

**VALORACIÓN EMOCIONAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
MUJERES CON CÁNCER EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

INVESTIGADORA: MARGARITA ROSA ÁLVAREZ GRAJALES

TRABAJO DE GRADO

Presentado a:

**ÁREA DE INVESTIGACIÓN: SALUD, CONOCIMIENTO MÉDICO Y
SOCIEDAD**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CÁNCER Y CIENCIAS SOCIALES

PROGRAMA: PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

BOGOTÁ D.C

2019

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: APROXIMACIÓN A LAS EMOCIONES Y EL CÁNCER	8
1.1. CÁNCER	9
1.1.1. CONOCIENDO EL CÁNCER	10
1.1.2. CÁNCER EN LA MUJER COLOMBIANA	12
1.1.3. CÁNCER EN BOGOTÁ	14
1.2. POLÍTICAS COLOMBIANAS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.	15
1.2.1. POLÍTICAS ENFOCADAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DE ENFERMEDADES CANCERÍGENAS	16
1.2.2. RESPECTO AL ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS	20
CAPÍTULO II: APROXIMACIONES CONCEPTUALES Y METODOLOGICAS	22
2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	23
2.2. OBJETIVO GENERAL	25
2.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
2.3. PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN	26
2.4. MARCO CONCEPTUAL	27
2.4.1. ACERCAMIENTO AL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL	27

2.4.2. EMOCIONES	30
2.4.2.1. ESTRÉS, EMOCIONES Y CÁNCER	34
2.4.3. TEORÍA DE LA VALORACIÓN	38
2.4.4. AFRONTAMIENTO	40
2.4.4.1. AFRONTAMIENTO Y CÁNCER	41
2.5. METODOLOGÍA, PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN	43
2.5.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.	44
2.5.2. ESCENARIOS Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	46
2.5.3. PASOS DE LA INVESTIGADORA	47
2.5.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.	49
CAPÍTULO III	51
3.1. EXPRESIÓN Y REPRESIÓN EMOCIONAL	52
3.1.1. EXPRESIÓN EMOCIONAL	52
3.1.1.1. EXPRESIONES NEGATIVAS	59
3.1.1.2. EXPRESIONES POSITIVAS	65
3.1.2. REPRESIÓN EMOCIONAL: UNA FORMA DE NO PREOCUPAR	71
3.2. AFRONTAMIENTO	74
3.2.1. AFRONTAMIENTO ENFOCADO AL PROBLEMA	75
3.2.2. AFRONTAMIENTO ENFOCADO A LA EMOCIÓN	78
3.2.3. “CONFIANDO EN DIOS”	84

3.3. APOYO SOCIAL	86
3.3.1. INICIO	87
3.3.2. TRATAMIENTO	90
CONCLUSIONES	94
REFERENCIAS:	99
ANEXOS	109
ANEXO 1	109
ANEXO 2	113
ANEXO 3	123
ANEXO 4	131
ANEXO 5	152

INTRODUCCIÓN

El presente documento es el resultado de un proceso investigativo en el que se establece un diálogo entre la psicología y las ciencias sociales y humanas, con el objetivo de identificar cómo es la influencia de las emociones en los procesos de afrontamiento y apoyo social en pacientes oncológicos. Esta investigación se desarrolló bajo el enfoque cognitivo-conductual, que propone, a grandes rasgos, que debido a los procesos cognitivos desarrollamos una tendencia a actuar.

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado se llevó a cabo una división del texto que consta de cuatro grandes partes: en primer lugar, se llevó a cabo una sub-capitulación que consta de dos partes: por un lado se expone la contextualización sobre lo que se entiende por cáncer, sobre la situación actual en la que se encuentran las mujeres que padecen esta enfermedad y un acercamiento a las condiciones con las que se entiende el cáncer en la ciudad de Bogotá, pues es allí donde se desarrolla la investigación; por otro lado, se llevó a cabo un acercamiento a las políticas nacionales que versan sobre el tratamiento de pacientes oncológicos, entendiendo que estas están enfocadas en el tratamiento de los pacientes y en el proceso de acompañamiento.

En segundo lugar, se expone el marco conceptual y metodológico en el cuál se desarrolló la investigación, identificando el problema de investigación y esbozando los referentes teórico-conceptuales que permiten comprender el fenómeno a estudiar. En este sentido, en primer lugar, se realizó un acercamiento al enfoque cognitivo-conductual, señalando los principales aportes que desde allí se emplearon y los conceptos como cáncer, emociones, estrés, afrontamiento y demás, que son de vital importancia para la investigación; en segundo lugar, se especificó el proceso metodológico, es decir cómo se llevó a cabo el proceso de sistematización y el análisis de la información recolectada.

En tercer lugar, se articulan los resultados y el análisis de la información, dando forma así, al capítulo que da respuesta a la pregunta de tesis en general, que es cómo es la influencia de las emociones en los procesos de afrontamiento y apoyo social en pacientes oncológicos. Este capítulo se dividió en tres partes: inicialmente se expuso cómo se llevó a cabo el proceso de expresión y represión emocional por parte de las pacientes oncológicas, seguidamente, se muestra cómo es el proceso de afrontamiento que adelantaron las pacientes; y finalmente, se profundiza en la estrategia de afrontamiento centrada en el apoyo social.

Para finalizar, se presentan algunas conclusiones que deja la investigación, en las que se rescata la relación entre el manejo emocional y los procesos de afrontamiento, el rol de las mujeres frente a su enfermedad y el apoyo que estas reciben al momento de efectuar su tratamiento.

CAPÍTULO I: APROXIMACIÓN A LAS EMOCIONES Y EL CÁNCER

El enfoque que se emplea en esta investigación es el enfoque cognitivo-conductual, desde el cual se ha entendido a la emoción como “una tendencia hacia algo evaluado como bueno o la evitación de algo evaluado como malo”, como lo señala Magda Arnold (1960) citada por Souza (2011). En esta perspectiva se entiende que las emociones no dependen únicamente de lo externo sino de lo interno, presentando por primera vez a las emociones como positivas o negativas. Indicando que las emociones positivas son las que se desean sentir mientras las negativas se tienden a evitar.

Las emociones positivas tienen la capacidad de permitir una recuperación más rápida de la presión cardiovascular que se puede presentar luego de una emoción negativa. Además, las emociones positivas permiten un mejor entendimiento de situaciones complejas, sin dejar de lado el hecho de que permiten el mejoramiento de situaciones estresantes y una mayor resistencia a adversidades de este tipo. Las emociones negativas, por su parte, son las que traen consigo una experiencia emocional desagradable, y al estar bajo este tipo de emociones es probable adquirir enfermedades que afecten al sistema inmune, sin dejar de lado que algunas emociones negativas están directamente relacionadas con trastornos y alteraciones como, por ejemplo: la ansiedad, con los trastornos de ansiedad; la ira, con los problemas cardiovasculares; y la tristeza con la depresión. (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009)

Lo anterior, permite entender que hay una relación entre emociones y salud. Cohen y Pressman (2005), citados por Vazquez, Hervas, Rahona, Gomez, D (2009), proponen dos modelos en los cuales puede explicarse la intervención de los afectos positivos y negativos en la salud: el primero de ellos habla principalmente del afecto positivo y su relación con el sistema fisiológico. Según este modelo se mejora la calidad del sueño y potencializa la realización de actividades

saludables, actuando también en el sistema nervioso autónomo reduciendo la tasa cardiaca, la presión sanguínea, entre otras; el segundo modelo resalta la influencia del estrés en el sistema fisiológico y cómo las emociones positivas sirven de amortiguadores minimizando los efectos que pueda tener el estrés sobre el organismo.

Lo descrito en el párrafo anterior pone en evidencia la relación de la psiconeuroinmunología con la salud-enfermedad, lo que permite considerar que los estados anímicos positivos pueden lograr una reducción en la activación simpática, mientras por otra parte se han estudiado las modificaciones inmunológicas y fisiológicas que producen los pensamientos y emociones negativas, como los estilos de pensamiento pesimista, la desesperanza, baja autoestima, ansiedad, cólera, depresión, estrés crónico, los cuales en todos los casos presentan valores alejados de los parámetros relacionados a la salud.(Parra, Sánchez. Barreto, Bustamante,Herrera, 2011,párr.5)

A modo de síntesis se puede afirmar que existe una relación entre la expresión emocional y el padecimiento de enfermedades. El interés particular de esta tesis, es el de estudiar la relación de las emociones con el cáncer. Por tanto, el presente capítulo tiene una estructura que está pensada de la siguiente manera: en primer lugar, se presenta un acercamiento a cómo se entiende el cáncer a nivel general; en segundo lugar, se presenta un acercamiento a las políticas colombianas que hablan sobre el tratamiento del cáncer.

1.1. CÁNCER

El presente capítulo está planteado con la intención de dar un desarrollo lo más completo posible del cáncer. Por tanto, se propone una división capitular que consta de tres grandes partes: en un primer momento se presenta el cáncer en su carácter biológico, junto con sus componentes psicológicos y emocionales; en un segundo lugar, se expone cómo es el estado actual del cáncer

en la mujer colombiana; y finalmente, se hace una breve aproximación al cáncer en Bogotá, en donde se muestra cuál es la situación actual de Bogotá en relación al cáncer.

1.1.1. CONOCIENDO EL CÁNCER

El cáncer, para la presente investigación, es entendido como:

Término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos (Organización mundial de la salud, [OMS] 2017, Párr.9)

Al entender el cáncer desde la perspectiva biológica, la multiplicación de células anormales, se debe tener en cuenta que puede ocurrir metástasis, que consiste en la propagación de estas células a otras partes del cuerpo. El tratamiento puede consistir en la cirugía de la parte afectada, la radioterapia¹ o quimioterapia². Existen también, tratamientos integrales que buscan mejorar la calidad de vida en cuanto a problemas físicos e intervenciones psicosociales. “Los cuidados paliativos³ pueden aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de los enfermos con cáncer avanzado” (OMS, 2017, Párr.2).

El cáncer, a nivel mundial, es una de las enfermedades que más número de muertes presenta. “Según las estadísticas del Globocan, para Colombia en el año 2012, aproximadamente 104 personas fallecieron cada día por esta enfermedad y 196 personas enfermaron de cáncer”

¹Uso de radiación de alta generación de los rayos X, Gamma, los neutrones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y achicar tumores. (Instituto Nacional de Cancerología).

²Tratamientos con medicamentos que destruyen las células cancerosas (Instituto Nacional de Cancerología).

³Atención que se proporciona a los adultos y a los niños con enfermedades graves que se enfoca en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias (American Cancer Society).

(Ospina, 2015, p .262). Además, debe considerarse que, aunque se habla del mismo país se encuentran diferencias en torno a las regiones que presentan una mayor incidencia de la enfermedad y las zonas del cuerpo que más se ven afectadas, encontrándose patrones como: mayor riesgo de mortalidad en la zona andina por cáncer de estómago, mayor riesgo de mortalidad en las urbes y en las mujeres con mejores condiciones socioeconómicas para cáncer de mama, y mayor riesgo de morir en las zonas alejadas y pobres, zonas de frontera y riberas de grandes ríos para cáncer de cuello uterino (Ospina, 2015, p. 263)

En Colombia esta enfermedad ha presentado, en cuanto a cifras, un aumento en los casos que se presentan anualmente. Este fenómeno hace pensar que el número de cifras tendrá un aumento significativo de los casos y de las muertes en los próximos años, como lo asegura el Instituto Nacional de Cancerología (2015, p.2), que afirma que “en Colombia, el cáncer se constituye como un problema creciente que ocupa la tercera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres. Anualmente se presentan cerca de 71.000 casos nuevos y se estiman al año 2035, 150.000 casos nuevos por año”

Estas cifras no son más que una muestra de un elemento que cada vez debe tomar mayor pertinencia a nivel social. Justo, en esta línea de pensamiento se encuentra el Instituto Nacional de Cancerología, que asegura que uno de sus fines es el de

Proveer al enfermo del cáncer de todos los beneficios diagnósticos, terapéuticos, (psico/afectivo) y socioeconómico necesario, para el mejor manejo y control de la enfermedad, aún en aquellos casos en donde la curación no es posible. Nuestro Instituto es un sitio de atención para quienes requieran ayuda en sobrellevar de la mejor manera posible la enfermedad, incluye el tratamiento del dolor y apoyo ante el *sentimiento de*

*la soledad y desarraigo propios y del entorno*⁴ (Instituto nacional de cancerología, 2015, p.2).

En este punto es importante señalar que cuando se habla del tratamiento de la enfermedad no sólo se remite a su carácter biológico, sino que se entiende que se debe llevar a cabo un acompañamiento de carácter psicológico y emocional, puesto que la enfermedad también afecta al paciente en lo que tiene que ver con su entorno social y con su seguridad emocional.

El desarrollo que se muestra sobre el cáncer tiene una particular relevancia para esta investigación, y es que permite entender a la enfermedad no sólo en términos biológicos, sino como una enfermedad que tiene relevancia social, psicológica y emocional. Esto es ideal, pues evidencia que efectivamente hay una ruta para resolver la pregunta que guía esta investigación, la cual está orientada a identificar cómo es la influencia de las emociones en los procesos de afrontamiento y apoyo social en pacientes oncológicos.

1.1.2. CÁNCER EN LA MUJER COLOMBIANA

En Colombia, el cáncer se constituye como un problema creciente que ocupa la segunda causa de muerte en mujeres (Instituto Nacional de Cancerología, 2015, p. 2). Durante el año 2016 se presentaron 70.000 casos nuevos, de estos, un total de 29.000 casos terminaron en la muerte. De estos “más de la mitad son mujeres, pues se estima que anualmente unas 33.000 colombianas son diagnosticadas con distintos tipos de cáncer y aproximadamente 16.600 mueren.” (Semana, 2016, Párr.1).

De esta enfermedad, la que se presenta con más frecuencia en las mujeres es el cáncer de seno (casos 8.600 y muertes 2.600); en segundo lugar, se encuentra el cáncer de cuello uterino (casos 4.500 y muertes 2.000); en tercer lugar, están los tumores carcinoides que se encuentran en

⁴Cursivas añadidas por la autora.

la parte gástrica e intestinal, “según cifras del Instituto Nacional de Cancerología (ESE), al año se diagnostican cerca de 2.800 nuevos casos y hay 1.400 muertes por esta enfermedad” (Semana, 2016, Párr.6); finalmente, se encuentra el cáncer de tiroides, que a comparación de los otros tumores, presenta una tasa de mortalidad menor: 500 muertes de 2.200 casos que se diagnosticaron en el año 2016.

Por otro lado, también es importante señalar, que más allá de las cifras de mujeres con cáncer, se suelen presentar distintas formas de tratar la enfermedad, lo cual implica que los distintos tratamientos tengan distintos procesos, y esto depende de características socio-económicas de la mujer y del sistema de salud al que esté afiliada, según lo demostró una investigación sobre las demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. La investigación señala que:

Las mujeres del régimen subsidiado tuvieron las mayores demoras en el tratamiento, incluso superior a las de mujeres sin afiliación. Esto indicaría un exceso de trámites administrativos o una insuficiencia en la red de prestadores del régimen subsidiado, sumado al hecho de que el estrato socioeconómico sea la variable que mejor predice las demoras (Piñeros, M., Sánchez, R., Perry, F., García, O. Ocampo, R., & Cendales, R. 2011, párr. 37).

Lo preocupante de esta situación es que, a pesar de que en las mujeres se presentan múltiples casos, el servicio de intervención que reciben las pacientes, gracias al sistema de salud, no es eficiente ni adecuado en el manejo de los tiempos (en algunos de los casos), lo cual implica un aumento de riesgo de mortalidad en las pacientes.

1.1.3. CÁNCER EN BOGOTÁ

En la ciudad de Bogotá el cáncer presenta, en el año 2014, una reducción significativa frente a nuevos casos de cáncer de cuello uterino. Pero, asimismo aumentaron las tasas de mortalidad “pasando de 72,5 por 100 mil habitantes en el año 2000 a 97,9 en 2014” (Caracol radio, 2015, Párr.2), aunque esta cifra es altamente significativa no es el único tipo de cáncer que ha evidenciado un alza en cuanto a sus índices de mortalidad. Índices que son medidos cada 100 mil habitantes

El cáncer de estómago que pasó de 25,9 en el 2010 a 27,9 en el 2014, el cáncer de mama que pasó de 13,6 en el 2010 a 14,8 en el 2014 y el cáncer de próstata que pasó de 10,4 en el 2010 a 11 en el 2014. Aunado a lo anterior, de todos los tipos de cáncer aproximadamente el 3 por ciento corresponde a casos de cáncer infantil, siendo las leucemias en menores de 18 años las responsables entre el 2010 y 2013 del 85% de la mortalidad por este tipo de cáncer (infantil). Esto representa una tasa de mortalidad por 100 mil habitantes de 7,3 en el 2010 y de 9 en 2014 (Caracol Radio, 2015, Párr.3).

En la ciudad también es importante hacer mención que en el año 2018 “de los 62.000 casos de cáncer que se estima se detectan al año en el país, 11.000 de ellos son en Bogotá” (El tiempo, 2018,Párr.27).

Este ejercicio permite evidenciar que en la ciudad de Bogotá hay una situación que presenta una paradoja, pues si bien se ha venido presentando una menor presencia de casos registrados por enfermedades cancerígenas, lo cierto es que el número de muertes ha ido en aumento. Lo preocupante en este caso es que

Se estima que el cáncer va a ser una de las causas con más peso porcentual tanto en la morbilidad como mortalidad en las próximas décadas; se estima que uno de cada cinco hombres y una de cada 6 mujeres desarrollará cáncer antes de los 75 años y uno de cada ocho hombres y una de cada 12 mujeres morirá por esta causa (Caracol Radio, 2015,Párr.5).

Cifras, como las anteriormente desarrolladas, son las que hacen necesario un análisis de los factores que potencialmente pueden incidir en los enfermos para que estos evalúen de una mejor manera la situación en la que se encuentran, para que haya un mejor proceso de recuperación, y en términos generales para que los enfermos tengan la posibilidad de comprender que el cáncer, como enfermedad, afecta el sistema biológico, pero está atravesado por múltiples factores, como el psicológico, emocional y social. Puesto que, como se señala en el Plan Decenal de Salud

La carga creciente del cáncer en el perfil de salud de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto esperado a nivel poblacional e individual sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad (Murillo-Piñeros, et al, 2012,p.11).

1.2. POLÍTICAS COLOMBIANAS PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Para tener un mejor entendimiento de la situación del cáncer en Bogotá es importante conocer el marco normativo y jurídico que cubre a la ciudad en cuanto al tratamiento que deben recibir los pacientes y el acompañamiento al que tienen acceso para mejorar el proceso que es la enfermedad, un claro ejemplo de esto es La Ley 1384 del 19 de abril de 2010, que busca establecer acciones para la atención integral del cáncer, por esto mismo su artículo 1º señala:

Objeto de la ley: Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.(Ley 1348, 2010)

Continuando con la anterior línea del pensamiento, a continuación se presentan algunas de las leyes que están enfocadas tanto al tratamiento de los pacientes oncológicos, como al acompañamiento a cargo de profesionales que permita un servicio integral en el proceso de la enfermedad. Sin dejar de lado, que la ley 1384 en su artículo 3° señala que su campo de aplicación, así como sus beneficios, son para toda la población residente en el territorio nacional. (Ley 1348, 2010)

1.2.1. POLÍTICAS ENFOCADAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES DE ENFERMEDADES CANCERÍGENAS

Respecto al tratamiento que llevan a cabo los pacientes oncológicos es necesario empezar por señalar que, según la nueva guía de la Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015), todos los países deberían adoptar medidas para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer.

En este orden de ideas, las tres medidas para mejorar el diagnóstico temprano del cáncer son: 1) sensibilizar al público acerca de los síntomas del cáncer y alentarlos a recurrir a la asistencia médica cuando los detecte; 2) invertir en el fortalecimiento y el equipamiento de los servicios de salud y la formación del personal sanitario para que se realicen diagnósticos

exactos y oportunos; 3) velar porque las personas con cáncer tengan acceso a un tratamiento seguro y eficaz, con inclusión del alivio del dolor, sin que ello les suponga un esfuerzo personal o financiero prohibitivo.

Este tipo de normatividad toma forma en la legislatura Colombiana a través de la propuesta de un tratamiento integral y oportuno, como se encuentra establecido en la ley 1384 del año 2010, que señala: que se debe buscar la garantía y el respeto a la vida por lo cual la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación del paciente. (Ley 1348, 2010)

Además, esta ley presenta una aclaración de los conceptos que la forman, como queda reflejado a continuación:

Artículo 4º. Definiciones. Las siguientes definiciones se aplican a esta ley:

- a) **Control integral del cáncer.** Acciones destinadas a disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer;
- b) **Cuidado paliativo.** Atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que puede ser mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas.
- c) **Unidades funcionales.** Son unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud habilitadas por el Ministerio de la

Protección Social o quien este delegue, conformadas por profesionales especializados, apoyado por profesionales complementarios de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer. Su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología.

d) **Nuevas tecnologías en cáncer.** Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos y modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención a los pacientes. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso. (Ley 1348, 2010)

En la ley también queda reflejado el esfuerzo nacional por buscar el cumplimiento de la entrega oportuna de la prestación de servicios como lo muestra el artículo número 20, que señala: que se debe garantizar la entrega oportuna de medicamentos y formularios a los afiliados (Ley 1348, 2010)

Cuando entró en vigencia la ley anteriormente mencionada, el Ministerio de Salud y Protección procuró, a través de diversos medios, como las resoluciones, llevar a cabo su debida implementación. Entre estas se encuentra Resolución 1383 del 2 de Mayo de 2013, por la cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021 (Ministerio de salud,

2018), el cual tiene como propósito “posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia.” (Ministerio de Salud, 2018)

Además, el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia cuenta con unos objetivos claros, que son:

1. Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer.
2. Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.
4. Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.
5. Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer (Murillo-Piñeros et al, 2012)

El Plan Decenal adicionalmente cuenta con 6 líneas de estrategia, que tienen objetivos claramente definidos, como los permite evidenciar el siguiente cuadro:

Línea estratégica	Objetivo
Control del riesgo	Reducir la ocurrencia de factores de riesgo modificables asociados al desarrollo de cáncer y otras enfermedades crónicas (consumo de tabaco y alcohol, obesidad; exposición a cancerígenos ocupacionales, a radiación solar UV y a infección por los virus del papiloma humano, hepatitis B y C.
Detección temprana	Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de las estrategias de detección temprana y la calidad de la atención. Los cánceres a intervenir son:

	Cáncer mama, cuello uterino, próstata, colon y recto y las leucemias agudas pediátricas.
Atención, recuperación y superación de los daños	Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer (Garantizando el acceso oportuno a diagnóstico y tratamiento de los cánceres con mortalidad prematura evitable)
Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes	Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer (Atención integral desde lo biológico, psicológico, familiar laboral y social)
Gestión de conocimiento	Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones
Formación y Desarrollo del Talento humano	Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer.

Tabla 1: adaptada de: Ministerio de Salud- prevención del cáncer

El Ministerio de Salud asegura que gracias a la implementación de esta serie de reglamentaciones se podrá ampliar la gama de beneficios que actualmente tienen los pacientes con cáncer, esto, eventualmente, se verá reflejado en un “mejor acceso, disponibilidad, oportunidad y continuidad para el diagnóstico y la atención de la enfermedad. Integralidad en las intervenciones, lo que incluye el fortalecimiento de los servicios de apoyo social en los componentes psicológico, familiar laboral y social” (Ministerio de Salud, 2018).

1.2.2. RESPECTO AL ACOMPAÑAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Es pertinente señalar que las leyes anteriormente desarrolladas no versan exclusivamente sobre el tratamiento de los pacientes oncológicos, sino que además abordan el proceso de acompañamiento que deben recibir los mismos. En cuanto a los especialistas que deben acompañar el proceso de los pacientes oncológicos se estipula que:

Artículo 5°. *Control integral del cáncer.* Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia. El

control integral del cáncer de la población colombiana considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinará acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Parágrafo 1º. La contratación y prestación de servicios oncológicos para adultos, se realizará siempre con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que cuenten con servicios oncológicos habilitados que tengan en funcionamiento Unidades Funcionales en los términos de la presente ley y aplica para todos los actores del sistema, como las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas que deben garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad a las acciones contempladas para el control del cáncer adulto; así, por ningún motivo negarán la participación de la población colombiana residente en el territorio nacional en actividades o acciones de promoción y prevención, así como tampoco la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo. (Ley 1348, 2010)

Adicionalmente, es pertinente señalar que la ley 1384 de 2010 también busca implementar que el tratamiento y el acompañamiento sea recibido por personas de la población que no se encuentran vinculadas con algún tipo de seguro médico, como queda estipulado en:

Artículo 11. *Rehabilitación integral.* Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social, incluyendo prótesis.(Ley 1348, 2010)

Asimismo, esta ley también promueve beneficios de acompañamiento para los menores de 18 años diagnosticados con la enfermedad, como queda en evidencia en:

Artículo 14. *Servicio de Apoyo Social.* Reglamentado parcialmente por la Resolución del Min. Salud 1440 de 2013. Una vez el Gobierno reglamente la presente ley, los beneficiarios de la misma tendrán derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un Hogar de Paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades, certificadas por el Trabajador Social o responsable del Centro de Atención a cargo del paciente. (Ley 1348, 2010)

CAPÍTULO II: APROXIMACIONES CONCEPTUALES Y METODOLOGICAS

Este capítulo expone el marco conceptual y metodológico en el cual se desarrolló la presente investigación. En primer instancia se expone el problema de investigación que corresponde al interés concreto de la investigadora; en un segundo lugar se plasman los objetivos que le permiten al lector orientar la ruta de acción que se llevó a cabo; en un tercer momento se hace un breve acercamiento a la pertinencia de la investigación; en un cuarto momento se abarca la postura de la investigadora orientada desde un enfoque cognitivo-conductual; en un quinto lugar se expone el sistema teórico-conceptual que permite enmarcar y orientar cómo se explica el fenómeno de investigación; y, en un sexto lugar, se evoca la metodología, planeación y desarrollo

de la investigación que especifica cuáles son los escenarios en los que se llevó a cabo, describiendo el procedimiento y recolección de información, método, técnicas e instrumentos implementados. Todo lo anterior teniendo en cuenta que el fenómeno de estudio es un estudio de caso en el que se identifica la relación existente entre emociones, apoyo social y las demás estrategias de afrontamiento que se presentan en pacientes oncológicas.

2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Al realizar la revisión temática sobre emociones y cáncer se encuentra que esta se centra fundamentalmente en dos líneas de investigación que tienen relación entre sí: la primera de ellas es la psiconeuroinmunología que estudia la influencia de las emociones sobre el sistema inmunológico, centrándose, esencialmente, en la relación existente entre el estrés y el cáncer. Dicho vínculo ha sido demostrado por investigaciones que exponen que el estrés puede modificar la forma en que el sistema inmune reacciona ante agentes invasores o infecciosos que eventualmente lleguen a comprometer el funcionamiento adecuado del organismo humano. Sin embargo, esta conexión no significa que el estrés ocasione cáncer, sino que puede alterar el funcionamiento fisiológico, influyendo en la manera en que se desarrolla la enfermedad (Arbizu, 2000).

La segunda línea de investigación involucra emociones y conducta, y es aquella en la que se identifica el cambio que presentan los pacientes oncológicos en la forma en que expresan sus emociones, llegando así al tema que más ha sido trabajado al respecto: el patrón de conducta tipo C, que es el que da “cierta evidencia de que los «pacientes con cáncer» presentan un estilo caracterizado por el control de las emociones (enfado, preocupación y tristeza) y la represión de la tristeza que los diferencia significativamente de los «sujetos sanos»” (Anarte, Esteve , Ramírez, López, & Amorós, 2001, p.641). Este patrón de conducta está caracterizado por la supresión de

las emociones, principalmente las negativas. Themoshok, quien ha sido de las autoras que más ha investigado el tema propone, además, otros dos factores que influyen en la progresión del cáncer: el primero de ellos es la expresión emocional y el segundo la sensación de amparo o desesperanza (Anarte, López, & Maestre ,2000).

Los estados emocionales negativos son los más trabajados en cuanto a emociones y cáncer, pero no son la única forma de entender la enfermedad, puesto que durante los últimos años el estudio de la relación de emociones positivas y padecimientos oncológicos se ha incrementado, centrándose, principalmente, en tres aspectos: el primero de ellos es el papel causal que el afecto positivo o negativo puede tener en el inicio y/o proliferación celular incontrolada; el segundo corresponde a las estrategias de afrontamiento eficaces en los estilos de respuesta y los factores de personalidad; y el último corresponde al aprendizaje positivo que puede presentarse en algunos casos.

Otro elemento que es importante rescatar es el del afrontamiento, que es la forma en que el sujeto se enfrenta o responde a situaciones estresantes. Cuando se presenta el afrontamiento, el paciente cuenta con múltiples recursos que puede poner a su disposición, como lo son: los recursos físicos, que son aquellos que se refieren al entorno físico y a las características biológicas incluyendo además los recursos materiales (instrumentos y equipo); los psicológicos, que se refieren a la parte afectiva y cognitiva del sujeto; los estructurales, son aquellos que tienen que ver más con la estructura de los papeles sociales, los sistemas sociales y sus subsistemas; los sociales, que se refieren a los procesos de interacción social, incluyendo el apoyo social, siendo este importante para afrontar la enfermedad crónica. Los recursos sociales representan las redes sociales de las cuales puede obtenerse información, asistencia tangible y apoyo emocional; y por

último, se encuentran los recursos culturales, en los cuales se encuentran las creencias que tienen las personas, así como las atribuciones causales.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, la pregunta a desarrollar en esta investigación es ¿cómo es la influencia de las emociones en los procesos de afrontamiento y apoyo social en pacientes oncológicos? Esta pregunta se plantea puesto que, la mayoría de las investigaciones se enfocan en la manera en que las emociones afectan al sistema inmune, y la forma en que se presenta un cambio en la conducta emocional del sujeto, investigaciones que presentan la relación entre emociones y estrategias de afrontamiento que pueden presentarse en el tratamiento de la enfermedad, pero no como temática central. Estos dos tópicos (el afrontamiento y las estrategias de afrontamiento) incluyen el apoyo social, entendido este como el tangible, el emocional o el de la comunicación de información sobre el padecimiento de la enfermedad y sus cuidados, y la forma en que estas ayudas puedan afectar el transcurso de la enfermedad y su tratamiento, permitiendo o no un mayor ajuste psicológico e identificar cómo el contexto puede influir en estos procesos en cada sujeto.

Desarrollar esta pregunta de investigación se considera importante para lograr identificar la manera en que la enfermedad es asumida emocionalmente por los pacientes y sus familias, y ver cómo durante el tratamiento se presenta o no el apoyo emocional, al ser un factor importante durante el desarrollo del tratamiento.

2.2. OBJETIVO GENERAL

- Identificar la relación existente entre emociones, apoyo social y las demás estrategias de afrontamiento que se presentan en pacientes oncológicos.

2.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer los procesos de afrontamiento que se presentan en pacientes oncológicos.

- Reconocer los elementos propios del apoyo social como parte del proceso de afrontamiento que llevan a cabo las pacientes oncológicas.
- Identificar el manejo de las emociones en pacientes oncológicos.

2.3. PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Hablar del cáncer hoy en día es hablar de una de las enfermedades que tiene un alto índice de mortalidad, “en Colombia, el cáncer se constituye como un problema creciente que ocupa la tercera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres (Instituto Nacional de Cancerología, 2015). En este sentido es pertinente tener en cuenta, que actualmente se tiene previsto que es una enfermedad que presentará más casos de incidencia en los próximos años. Esto nos obliga a ver el cáncer no sólo como un crecimiento descontrolado de células que afectan el sistema biológico de los seres humanos, sino también como una enfermedad que tiene incidencia social.

El cáncer es una enfermedad que “constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales” (Murillo -Piñeros, et al 2012). Puesto que, estos son uno de los grandes círculos vitales con los que se relaciona el ser humano, y según las investigaciones previas se evidencia una transformación de estos campos al momento de presentarse la enfermedad.

Esta investigación centra su foco de atención en las repercusiones emocionales que trae la enfermedad al sujeto. Esto se lleva a cabo porque se tiene presente la capacidad que estas tienen en los sujetos, que son capaces de lograr una modificación en la forma en cómo puede desarrollarse el proceso de diagnóstico y tratamiento, y por las distintas formas que se pueden hacer presente en los distintos sujetos la expresión y represión emocional (presentando el componente social de las emociones).

Al indagar sobre la manera en que se da el tratamiento también será importante profundizar sobre las estrategias de afrontamiento que emplean las personas y la vinculación de estas con los procesos emocionales y su expresión.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

Para explicar el fenómeno que corresponde a la mujer como paciente oncológica es importante establecer las referencias teórico-conceptuales. Por lo tanto, este apartado se divide en cuatro partes: la primera parte está enfocada en especificar cómo se entiende al sujeto de investigación desde el enfoque cognitivo-conductual; la segunda parte establece cómo se conciben las emociones; la tercera parte presenta la teoría de la valoración cognitiva propuesta por Arnold y apoyada por el modelo de emociones de Lazarus y Folkman; y finalmente se expone cómo se entiende las estrategias de afrontamiento y cuál es la relación entre el afrontamiento y el cáncer.

2.4.1. ACERCAMIENTO AL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

El enfoque de análisis que se emplea en la presente tesis corresponde al enfoque cognitivo-conductual. Para entender la unión de los dos enfoques es necesario hacer mención de los aspectos y abordajes que poseen cada uno de estos. Por lo tanto, se desarrolla en un primer momento, los postulados del enfoque conductual; y en un segundo momento se retoman los postulados de enfoque cognitivo para ponerlos en diálogo.

Por un lado, el enfoque conductista vivió sus inicios gracias a autores como Pavlov, Thorndike, Skinner y Watson. Pavlov por su parte realizó aportes que tienen que ver con el desarrollo del condicionamiento clásico, el cual consiste en provocar respuestas condicionales, generado la sustitución de un estímulo incondicional por un estímulo condicional, haciendo mención a los reflejos condicionales (adquiridos) y los reflejos incondicionales (innatos). Thorndike, consideraba que para lograr el aprendizaje debe existir una relación estímulo-respuesta,

puesto que “siempre que se produce el estímulo es seguido por la misma respuesta, lo que indica, según él, que existe una conexión o vínculo entre ambos por vías neuro-locomotoras” (Fonseca, H., & Bencomo, M. N. 2011, p.78). Skinner es el promotor del condicionamiento operante, allí retoma aportes de lo propuesto por Pavlov y Thorndike, y propone que “la conducta de un organismo se determina por la interrelación de este y el ambiente, en otras palabras, la conducta de un organismo se encuentra regida por las consecuencias de la misma” (Reynoso, L y Seligson, 2005, p.12). Watson indagaba sobre las reacciones no aprendidas, él “sostiene que la psicología científica debe estudiar sólo las manifestaciones externas (motoras, glandulares y verbales); aquellas que pueden ser sometidas a observación y registro riguroso, tanto como a verificación” (Bleger, 1969, p.24), por eso mismo el objetivo de la psicología es la conducta, predecirla y controlarla.

Actualmente el conductismo prioriza la conducta y lo observable en relación con la influencia del contexto. En este sentido, Gardner, H (1987)

Consideraba que los individuos no actuaban de la manera en que lo hacían a raíz de sus propósitos, o porque su aparato cognitivo poseyera ciertas tendencias estructurantes autónomas, sino que operaban como reflectores pasivos de diversas fuerzas y factores presentes en su medio (Gardner, H. 1987 p. 27)

Después de que la psicología pensara la conducta como eje central se dio un hecho que es conocido como la “Revolución Cognitiva”, en la que se permite un reconocimiento de los procesos internos del individuo, allí se da lugar al cognitivismo. Este sostiene que los individuos tienen procesos internos que no son observables pero que pueden ser reflejados en la conducta, entendiendo que el entorno es un factor relevante en el proceso. Es decir, la psicología cognitiva

es definida como “el estudio del comportamiento humano que se centra en los aspectos no observables, mentales, que median entre el estímulo y la respuesta abierta” (Villar, 2003, p.309).

En este punto, el enfoque cognitivo surge “bajo el planteamiento de que los procesos cognitivos son determinantes de la conducta y no del ambiente” (Núñez, & Tobón, S. 2005, p 38). Por lo tanto, la cognición es entendida por Beck como “cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto” (Becoña & Oblitas 1997 P.52), que se basa en esquemas desarrollados en experiencias anteriores, en los que dichos esquemas hacen referencia a las creencias, actitudes y supuestos que tiene el individuo.

Marzillier (1980), psicólogo cognitivo, distingue tres elementos que componen la cognición los cuales son: eventos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas.

Meichenbaum, (1985) menciona que los eventos cognitivos son los pensamientos e imágenes que ocurren en la conciencia (...) que son identificables y conscientes. Incluirá, por tanto, pensamientos, imágenes y sentimientos. Los procesos cognitivos atañen al modo como transformamos y procesamos los estímulos ambientales (...) finalmente, las estructuras cognitivas son características cognitivas generales como las creencias y actitudes, asunciones tácticas, compromiso y significados, que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo (Becoña & Oblitas, 1997 p.p 52-53).

Con lo anteriormente planteado es pertinente señalar que:

Un principio fundamental en el desarrollo del enfoque cognitivo-conductual es que se le da a las cogniciones un papel esencial en la conducta, buscándose determinar lo que los consultantes se dicen a sí mismos para entender su malestar emocional y las reacciones en el entorno (Núñez, & Tobón, S. 2005 p. 39).

El enfoque cognitivo-conductual tiene dos intereses. El primer interés corresponde a “favorecer los procesos de cambio esquemático y de repertorio conductual que garanticen la prevención de trastornos” (Enfoque cognitivo-conductual, s.f, p.9). El segundo interés está enfocado en “promover estilos de vida más saludables, tendientes a desarrollar una visión de sí mismo más dirigida hacia la realización y el bienestar” (Enfoque cognitivo-conductual. s.f, p.9)

Para concluir, es pertinente retomar estos planteamientos debido a que, en la investigación se entiende al sujeto psicológico como un sujeto activo que evalúa los estímulos que le proporciona el entorno, y asimismo son interpretados con el fin de consolidar tendencias a la acción. Es decir, se entiende al sujeto como aquel que es capaz de evaluar una determinada situación, y a través de su conducta expresa sus creencias, pensamientos y sentimientos (Becoña, & Oblitas, 1997).

2.4.2. EMOCIONES

Otro de los tópicos principales de esta investigación es el que hace alusión a las emociones vivenciadas por las mujeres. Es importante entender la naturaleza de estas (las emociones) y la forma en que han sido agrupadas, entre emociones positivas y negativas. Las emociones son consideradas como reacciones naturales ante situaciones que ponen en peligro la supervivencia, situaciones de amenaza o donde se presente algún logro o satisfacción (Cano, 2005). Esta serie de reacciones naturales también pueden considerarse “tendencias de respuesta con un gran valor adaptativo, que tienen evidentes manifestaciones a nivel fisiológico” (Vecina, 2006, p.10), y se presentan luego de la evaluación de un acontecimiento, pueden presentarse con gran intensidad y en un periodo de tiempo breve. Pensando las emociones como respuestas a las demandas ambientales, también se considera que estas tienen un valor subjetivo por cómo cada individuo percibe una situación determinada, clasificándola en la categoría de agrado y desagrado.

La función adaptativa permite un acercamiento o un alejamiento de las situaciones determinadas, función que además permite que a cada emoción básica⁵ le corresponda una reacción: “miedo-protección; ira -destrucción; alegría-reproducción; tristeza-reintegración; confianza-afiliación; asco-rechazo; anticipación-exploración; sorpresa-exploración.” (Piqueras, Ramos, Martínez, & Oblitas, 2009, p.88).

Las emociones también poseen una función social. Izard (1993), citado por (Piqueras, et al, 2009), menciona que existen varias funciones sociales de las emociones, como son: A) facilitar la interacción social; B) controlar la conducta de los demás; C) permitir la comunicación de los estados afectivos; y D) promover la conducta pro-social, por lo que evidencia que la expresión emocional trae beneficios en cuanto a la relación con otros, pero en ocasiones debe ser utilizada la represión emocional, que será desarrollada más adelante, por la forma en que estas pueden alterar las relaciones o el funcionamiento de los grupos a los cuales se es parte.

Las emociones también están relacionadas con la motivación y la carga que pueden tener en las actividades a realizar permitiendo un mayor acercamiento a estas, o así mismo un rechazo.

Anteriormente se mencionó la forma en que las emociones son agrupadas como positivas o negativas. Esto se lleva a cabo según su valencia. Las emociones pueden ser positivas o negativas⁶ según las situaciones que las evocan, la experiencia adaptativa y la experiencia subjetiva (Piqueras et al, 2009).

⁵Es pertinente señalar que no existe un consenso sobre cuáles son las emociones básicas y las secundarias. Para el presente trabajo investigativo, las emociones básicas son entendidas como las reacciones naturales que vivencian los seres humanos, como lo son la alegría, la tristeza, la sorpresa, el asco, la ira y el miedo. Las emociones secundarias, por su parte, y a pesar de no ser abordadas en la presente investigación, son entendidas como aquellas que son aprendidas contextual e interaccionalmente, como la culpa, la vergüenza, el orgullo, etc. Lo importante es que estas emociones se presentan en determinadas situaciones y se reconocen gracias a la forma en la que se evalúan.

⁶Esta no es la única forma en que las emociones son agrupadas, también existen las emociones sociales, estéticas y ambiguas (Bisquerra, R, S.F).

Teniendo en cuenta lo anterior, las emociones se han clasificado de la siguiente manera: entre las emociones básicas negativas se encuentra el miedo, la tristeza, la ira y el asco. El miedo se presenta ante situaciones que ponen en riesgo física o mentalmente al sujeto, por lo que busca dotar de energía al cuerpo para anular o disminuir el impacto de la situación. Esta emoción está relacionada altamente con la ansiedad. La tristeza es una emoción que ayuda en la construcción de un canal de comunicación en situaciones de pérdida o separación, que en algunos casos es concebido como irreparable. Esta emoción permite la cohesión con otros que se encuentren en la misma situación o el acercamiento de otros para apoyar al sujeto según el momento que esté atravesando. Esta emoción se encuentra altamente relacionada con la depresión. La ira es considerada negativa porque en la mayoría de casos suele presentarse en acontecimientos aversivos tanto físicos como cognitivos, se puede presentar ante situaciones de injusticia o frustración. En esta ocasión la energía corporal se centra en defensa o ataque. Por último, está el asco, el cual se presenta ante estímulos desagradables que pueden ser peligrosos o molestos, lo cual puede generar evitación o escape de estos. (Piqueras et al ,2009)

En cuanto a las emociones positivas se considera que estas (alegría, entusiasmo, satisfacción y complacencia⁷) solucionan cuestiones relativas al desarrollo y crecimiento personal y a la conexión social (Vecina, 2006). Además, se ha indagado sobre la influencia que poseen estas emociones en la capacidad del sujeto para tener pensamiento creativo, flexible y abierto.

La clasificación que se ha adelantado sobre las emociones ha generado investigaciones sobre el impacto de estas en la salud. Los modelos explicativos de la relación entre las emociones y la salud se dividen en: psicofisiológicos, que sostienen que las emociones están altamente

⁷Es pertinente señalar que, aunque se hace alusión a varias emociones positivas, la investigación presta especial atención a la emoción positiva básica: la alegría.

vinculadas con el sistema corporal y el sistema inmune; y los conductuales, que profundizan en la realización de conductas saludables o no saludables para el organismo.

Cohen y Pressman (2005), citados por Vázquez et al (2009), proponen dos modelos en los cuales puede explicarse la intervención del afecto positivo en la salud. El primero de ellos hace alusión principalmente al afecto positivo y su relación con el sistema fisiológico, según este modelo se mejora la calidad del sueño y potencializa la realización de actividades saludables, actuando también en el sistema nervioso autónomo reduciendo la tasa cardiaca, la presión sanguínea, entre otros malestares. El segundo modelo resalta la influencia del estrés en el sistema fisiológico y cómo las emociones positivas sirven de amortiguadores, minimizando los efectos que pueda tener el estrés sobre el organismo.

La presencia de emociones positivas no es únicamente buena por los aspectos anteriormente mencionados, también lo es porque se ha demostrado que las personas felices tienen un mayor apoyo social, lo cual es bueno cuando se presentan situaciones estresantes.

El modelo explicativo conductual menciona que los estados emocionales crónicos pueden afectar los hábitos de salud, aumentando la probabilidad de realizar conductas poco saludables, como el consumo de alcohol, y disminuyendo la realización de conductas sanas, como la ingesta de alimentos saludables, el ejercicio físico y la precaución ante posibles riesgos. Los estados emocionales agudos según Castro (1994) pueden agravar ciertas enfermedades, como por ejemplo el asma o la diabetes, en las cuales las preocupaciones emocionales pueden traer consigo el inicio de una crisis, afectando, de esta manera, el proceso de la enfermedad y no su inicio. En el caso de los pacientes oncológicos ocurre que, luego del malestar, que puede generar la quimioterapia, es probable que estos abandonen el tratamiento.

2.4.2.1. ESTRÉS, EMOCIONES Y CÁNCER

En las investigaciones realizadas en el campo de emociones y cáncer se hace presente el estrés como una variable constante en los pacientes oncológicos, por esto mismo es relevante, para esta investigación, abordar la relación entre las emociones y el estrés, donde se presenta la respuesta emocional que se da luego de evaluar una situación como amenazante para el bienestar personal.

Vincular el estado de ánimo con una enfermedad como el cáncer ha sido sugerido desde Hipócrates y Galeno quienes consideraban que las mujeres melancólicas eran más propensas a adquirir esta enfermedad. Más recientemente se han realizado investigaciones en donde se ha comprobado que el estrés puede aumentar la probabilidad de enfermedades infecciosas o modificar la severidad de las mismas, sin dejar de lado que aumenta la producción de citocinas. “El diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general como un evento vital estresante que afectará no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo” (Cano, 2005,p.71).

Cada sujeto puede evaluar esta situación de maneras distintas, esta valoración puede desprenderse de la forma en que el sujeto la realiza, evaluando en cuanto a tópicos como pérdida de salud o esperanza de vida y en otros casos la preocupación por la forma en que esta noticia será asumida por la familia.

Desde la psiconeuroinmunología el estrés puede alterar el sistema inmunitario a través de la intervención directa de los órganos linfoides del sistema central nervioso por medio de la liberación de citocinas y hormonas. Los cambios en el sistema inmune pueden causar la aparición de tumores o la metástasis de estos (Sirera, Sánchez, & Camps, 2006)

Además de esto, se ha comprobado que el estrés también influye en el inicio y curso de la enfermedad, pues este modifica la forma como el sistema inmune funciona, pero esto no significa que el estrés ocasione cáncer, si no que el estrés puede influir en el funcionamiento fisiológico, incidiendo en el curso de la enfermedad (Arbizu, 2000)

Antes de mencionar la relación entre emociones y cáncer es necesario hacer una breve explicación del estrés, por la relación de este con las respuestas emocionales y la relevancia de este en la relación entre emociones y cáncer

El estrés, inicialmente llamado “reacción general de alarma o síndrome de adaptación general”, representaría un esfuerzo del organismo para adaptarse a esas condiciones nocivas y no estaría relacionado a un evento estresor específico, sino que sería una reacción generalizada (Galán & Camacho 2012, p. 17).

El estrés implica tres elementos a los que hace referencia el modelo transaccional: A) la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores⁸; B) las emociones y afectos asociados a dicha apreciación; y C) los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores (Piqueras et al 2009). El estrés ocurre gracias a una evaluación constante que hace el sujeto sobre lo que le rodea y cómo esto se relaciona con su bienestar personal.

Recibir una mala noticia también puede traer como consecuencia estrés psicológico el cual es la representación de lo que el sujeto siente cuando está bajo presión mental, física o emocional. Este comienza a presentar niveles altos de estrés psicológico durante largos periodos de tiempo, lo cual puede desencadenar problemas de salud mentales y/o físicos (Instituto Nacional de Cáncer EE.UU, 2012)

⁸Los elementos estresores son aquellos que pueden ser evaluados como nocivos para el bienestar personal y que son desencadenantes del estrés, por ejemplo recibir una respuesta tardía, perder el autobús, entre otras.

El cuerpo libera hormonas de estrés cuando está ejerciendo una presión física, mental o emocional, esto aumenta la presión arterial, el ritmo cardíaco, los niveles de azúcar en la sangre y genera otros problemas de salud. Las relaciones aparentes entre el estrés psicológico y el cáncer podrían manifestarse de diversas maneras, por ejemplo, las personas con estrés pueden adoptar comportamientos como fumar, comer en exceso o tomar alcohol, los cuales aumentan el riesgo que tiene una persona de padecer cáncer (Instituto Nacional de Cáncer, EE.UU, 2012)

En cuanto a la relación de emociones y cáncer el tema que más se ha tratado es el patrón de conducta tipo C, que se caracteriza por la supresión emocional ante situaciones estresantes.

La supresión emocional se conceptualiza aquí como un estilo de afrontamiento que influye en la elección de determinadas estrategias que podrán ser activas, como no molestar a los demás y no implicar otras personas en sus propios problemas; en el desarrollo de un estilo ‘cooperativo’ para evitar conflictos y suprimir emociones, y en el uso de la represión (Stefano, 2003, p.164).

Como Anarte menciona la represión emocional se enfoca en la dificultad de comunicar las emociones negativas como la ira, la ansiedad o el dolor. Esto ha sido un método de afrontamiento empleado por mujeres con cáncer de mama. (Cerezo, Ortiz-Tallo, & Cardenal, 2009). Además, en investigaciones realizadas por esta misma autora, en cuanto el patrón de conducta tipo C, da “cierta evidencia de que los «pacientes con cáncer» presentan un estilo caracterizado por el control de las emociones (enfado, preocupación y tristeza) y la represión de la tristeza que los diferencia significativamente de los «sujetos sanos».” (Anarte et al, 2001, p.641).

Sin embargo, los estados emocionales negativos no son la única forma de entender la enfermedad. En los últimos años los estudios de las emociones positivas han aumentado y se están convirtiendo en un valioso recurso terapéutico, por tanto, también, es importante indagar sobre la

incidencia de las emociones positivas en el cuerpo y en la forma en la que intervienen y cómo ayudan en el afrontamiento de las enfermedades oncológicas.

La psicología positiva se centra principalmente en tres aspectos: A) el papel causal que el afecto positivo o negativo pueda tener en el inicio y/o proliferación celular incontrolado; B) las estrategias de afrontamiento eficaces, estilos de respuesta y los factores de personalidad; C) el aprendizaje positivo que puede presentarse en algunos casos.

Tras realizarse una investigación en mujeres con cáncer de mama se descubre que las mujeres más optimistas presentan un mejor ajuste psicológico, y el buen estado anímico también se relaciona con cambios corporales que benefician la salud.

Sin dejar de lado que, aunque es normal que las pacientes con cáncer presenten estrés postraumático o depresión, las altas tasas de depresión en cáncer pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de personas, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaz y dependiente, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas Massie & Popkin, (1998) citado por (Valencia, 2006)

Algunos de estos pacientes expresan efectos positivos de la enfermedad en sus vidas, en torno a su espiritualidad, prioridades de la vida, relaciones interpersonales y percepción de sí mismo.

El crecimiento postraumático (ctp) fue definido como “el cambio positivo que un individuo experimenta como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de la vivencia de un suceso traumático” Calhoun (1999) citado por (Vázquez & Castilla, 2007, p.392). Aunque este término fue encontrado en varios pacientes no significa que sea algo universal lo que demuestra que se

debe realizar una investigación más profunda acerca de los factores que predicen o promueven esta conducta.

2.4.3. TEORÍA DE LA VALORACIÓN

A partir de la teoría de la valoración la emoción es entendida como “una tendencia hacia algo evaluado como bueno o la evitación de algo evaluado como malo” Arnold (1960) citada por de Souza, 2011). Arnold (1960), menciona que “para que ocurra una emoción, el estímulo debe ser valorado como algo que me afecta de algún modo, que me afecta personalmente como individuo, con mi experiencia particular y mis metas particulares”(Palmero, Guerrero, Gómez, Carpi & Goyareb, 2011,p. 222). Lo importante, para que ocurra la valoración de una situación, es que el sujeto tenga las herramientas necesarias para llevar a cabo la misma, es decir, desde esta teoría “las emociones requieren pensamientos previos” (Palmero et al, 2011, p.221), que son los que permiten juzgar una determinada situación. Sin embargo, como el juicio se emite durante la evaluación de la situación ambiental, es pertinente señalar que esta ocurre mucho antes que la reacción fisiológica (Palmero et al, 2011)

Se considera, además, que el sujeto constantemente realiza valoraciones del entorno, lo cual permite llevar a cabo un acercamiento a lo agradable o un alejamiento de la estimulación aversiva, permitiendo que la emoción se desencadene fruto de la valoración que pueda obtenerse del estímulo que se presenta. Esto ocurre por lo que la emoción sólo se presenta tras la percepción y evaluación (Palmero, Fernández, Martínez, Choliz, 2002)

Arnold, sugiere que los eventos o situaciones son valorados como buenos o malos para un organismo a partir de tres ejes: beneficioso-perjudicial, presencia-ausencia de algún objeto–evento concreto que está siendo valorado, y que es el que potencialmente desencadenará la emoción, si

así concluye el proceso de valoración–, y dificultad para aproximarse o evitar ese objeto (Palmero et al 2011).

Completando los postulados de Arnold,

Lazarus (1977, 1993) desarrolla su modelo teórico de las emociones. Según postula este modelo, en un primer momento se evalúan las consecuencias positivas o negativas de una situación determinada (valoración primaria). Posteriormente se analizan los recursos que se poseen para hacer frente a dicha situación (valoración secundaria). La cualidad de la reacción emocional es consecuencia directa de los procesos de valoración cognitiva (Lazarus, 1982) y cada evaluación conduce a un tipo de emoción, manifestada por una tendencia a acción y expresión características. Para Lazarus no es adecuado plantear si la emoción precede a la cognición o si es consecuencia de la misma. La relación es bidireccional y ambas están intrínsecamente unidas, ya que la cognición es una parte fundamental de la emoción, que le proporciona la evaluación del significado (Montañés, 2005, p.30).

Nico H. Frijda (1986), agrega, a los postulados de Arnold, que la valoración de cómo manejar la situación se expresa a través de una tendencia a la acción. La tendencia a la acción es un concepto de corte funcionalista, que señala que ante eventos particulares existe un patrón de respuesta universal. Sin embargo, en dicha tendencia a la acción, la emoción cumple una función motivacional ante los eventos significativos, puesto que requiere una activación para conducir al acto, por ejemplo el miedo nos conduce a buscar la protección ante acontecimientos aversivos. (Rodríguez, 1998)

En síntesis, la teoría de la valoración señala que para que ocurra una emoción se realiza una valoración (tanto primaria como secundaria) de los estímulos ambientales, categorizándolos

como agradables o desagradables, cada una de estas valoraciones desencadena una emoción la cual nos permite realizar una acción (tendencia a la acción).

2.4.4. AFRONTAMIENTO

El afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1986), es el conjunto de “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p.164). Estos procesos se encuentran agrupados en dos grandes estrategias de afrontamiento general, que son: por un lado, la resolución de problemas que consiste en “aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar” (Vázquez, Crespo y Ring, s,f, p.426); por otro lado, la regulación emocional, que es entendida como “los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema” (Vázquez, Crespo y Ring, s,f, p.426).

De las estrategias generales anteriormente desarrolladas (resolución de problemas y regulación emocional) se desprenden ocho estrategias de afrontamiento. Las dos primeras están relacionadas con la resolución de problemas, las cinco siguientes están vinculadas con la regulación emocional y finalmente la última incorpora ambas. Dichas estrategias son:

- 1) Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
- 2) Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
- 3) Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno.
- 4) Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.

- 5) Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o en el mantenimiento del problema.
- 6) Escape-evitación: ejemplo de un pensamiento irreal improductivo o de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
- 7) Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
- 8) Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional (Vázquez, Crespo y Ring, s,f, P.426-428).

Ahora bien, es importante reconocer que dichas estrategias de afrontamiento surgen a partir de la valoración que hace el sujeto frente a las diversas situaciones desencadenantes que se le presentan, es decir, dependiendo de la forma en la que el sujeto vivencia y valora una determinada situación se desprende una estrategia de afrontamiento diferente.

2.4.4.1. AFRONTAMIENTO Y CÁNCER

En cuanto a afrontamiento y cáncer se encuentra, principalmente, que la forma de afrontar la enfermedad es la represión emocional. En el tratamiento de pacientes oncológicos se suelen presentar situaciones de afrontamiento pasivas y activas. El afrontamiento pasivo es aquel en el que se involucra al otro, mientras el afrontamiento activo es en el que no se involucran a otros en el proceso de enfrentar el dolor.

El apoyo social se encuentra dentro de los recursos de afrontamiento, refiriéndose a las redes sociales. Los distintos sujetos que componen estas redes pueden influir de manera distinta en los procesos de afrontamiento, la familia en algunos casos puede ayudar a mantener los niveles de estrés en una escala adaptativa óptima, pero en otros casos puede ocasionar que la evaluación

de la situación se presente de manera incorrecta, siendo ellos (los familiares) fuentes de estrés dependiendo la actitud que tomen frente a la noticia. Otros miembros de las redes sociales pueden proveer información al sujeto, bien sea errónea o inadecuada.

La enfermedad crónica posee un fuerte componente social, el cual puede evidenciarse en las conductas que adoptan los pacientes, “el resultado de las conductas de afrontamiento del paciente depende no solo de sus esfuerzos y estado psicológico, sino también la manera en la que los miembros de la familia y amigos reaccionan ante estas conductas de afrontamiento” (Rodríguez, Pastor y López, 1993 p, 361). En este sentido, recobra importancia las redes sociales y el apoyo que pueden brindar las personas que lo componen. El componente social, por ejemplo, puede verse reflejado en algunas mujeres con cáncer que practican la mastectomía, debido a que “el sentirse deformada afecta además su vida social, pues evitan determinadas situaciones y presentan un estado permanente de alerta respecto del plano personal” Die y Die (2003) citado por Mera & Ortiz, 2012, p. 70).

También, respecto a este tema hay autores que resaltan

En cuanto al apoyo social, se ha encontrado que disminuye el estrés en mujeres con cáncer de mama, pues media una relación negativa entre el optimismo y estrés (Alferi, Carver, Antoni, Weiss y Durán, 2001; Trunzo y Pinto, 2003); asimismo, se relaciona con mejor percepción de salud, optimismo y prácticas positivas de salud (Cannella, 2006 citado por (Galán & Camacho, 2012 p .184)

El optimismo en mujeres con cáncer de mama ha mostrado relación con estrategias de afrontamiento adaptativas tales como aceptación, uso del humor y reformulación positiva, las cuales a su vez se vinculan negativamente con el estrés (Carver et al., 1993). Las personas optimistas muestran menor estrés y depresión en situaciones

estresantes y cuentan con una red de apoyo social más amplia (Brissette, Scheier y Carver, 2002 citados por Cuevas, & Gutiérrez, 2012 p .184).

Concluyendo que pueden existir casos en el que las personas que pertenecen a la red generan un estrés extra al que ya propicia la enfermedad en sí. En este sentido “el apoyo social puede resultar útil para prevenir el estrés al hacer que la experiencia de la enfermedad crónica se valore como menos amenazante o perjudicial, proporcionando recursos valiosos para el afrontamiento de la situación” (Rodríguez, et al 1993,p. 359)

Haciendo la revisión anterior de la influencia de las emociones en cuanto a las reacciones corporales y la importancia de estas en las relaciones sociales, se puede vincular con la psiconeuroinmunología, que se centra en estudiar principalmente la relación entre los procesos psíquicos y el cuerpo, un ejemplo de esto son los estudios que hablan del impacto que tiene el estrés sobre el sistema inmunológico y que plantean que: no significa que el estrés ocasione cáncer, sino que puede alterar el funcionamiento fisiológico, influyendo en la manera en que se desarrolla la enfermedad (Arbizu ,2000). Además desde esta perspectiva se “ha demostrado cómo a través del apoyo psicosocial se pueden mejorar las condiciones psicológicas, emocionales e inmunológicas de las personas afectadas por un evento estresante” (Navas & Villegas, 2006, p. 38).

2.5. METODOLOGÍA, PLANEACIÓN Y DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este apartado es exponer la ruta metodológica que se llevó a cabo en la presente investigación. Para ello, se divide en cuatro secciones: la primera sección retoma la experiencia de la investigadora en el acercamiento a campo y se esboza la comprensión de la caracterización de la población empleada en la investigación; la segunda sección describe los escenarios concretos en los cuales se llevó a cabo el contacto con los sujetos; la tercera presenta el

método de investigación; para finalizar, en la cuarta sección, se expone las técnicas e instrumentos utilizados, especificando porque fueron importantes en el desarrollo de la investigación.

2.5.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Para el desarrollo de esta investigación se emplearon 4 mujeres que padecían enfermedades oncológicas de distintas características. Dichas mujeres fueron encontradas siguiendo el muestreo conocido como bola de nieve, que es una técnica de muestreo no probabilístico, que se emplea para identificar a sujetos potenciales que no son sencillos de encontrar para estudios investigativos. Se desarrolla una investigación en la que se tienen presente las mujeres debido al aumento de las altas cifras de mortalidad y morbilidad que se presentan en el territorio colombiano.

La primera mujer fue M1⁹, quien tenía leucemia, la cual fue diagnosticada en el año 2016 y le causó la muerte en febrero de 2017. La leucemia es un tipo de “cáncer que empieza en el tejido que elabora la sangre, como la médula ósea, y hace que se produzcan grandes cantidades de glóbulos y que entren al torrente sanguíneo” (Instituto nacional de Cancerología). Asimismo, es importante conocer que dependiendo del lugar de origen las leucemias pueden ser linfoides o mieloides, a su vez, dependiendo de la rapidez de la evolución pueden ser agudas o crónicas. Uniendo estas características se obtienen 4 tipos de leucemias: leucemia linfóide, leucemia mielóide aguda, leucemia linfóide crónica y leucemia mielóide crónica (Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma, 2013)

El tratamiento que puede recibir el paciente es diferente según el tipo de leucemia que se tenga, de tratarse de una leucemia aguda puede tratarse con quimioterapia o un trasplante de células madre. En el caso de la leucemia mielóide crónica el tratamiento principal es ingesta de medicamentos vía oral, si el paciente no responde bien a este tratamiento le corresponde el

⁹ Para efectos de la investigación los nombres de las pacientes oncológicas se han cambiado por letras y números. Esto se hace con la intención de garantizar el anonimato a las participantes de la investigación.

trasplante de células madre. En el caso de Leucemia linfocítica crónica no siempre se requiere un tratamiento, pero cuando es necesario consiste en quimioterapia o terapia con anticuerpos monoclonales. (Leukemia & Lymphoma society, 2012)

La segunda mujer es M2, quien fue diagnosticada en 2015 de cáncer de esófago, conocido también como cáncer esofágico, que se genera en la mucosa, que es la capa interna y crece hacia fuera por medio de la submucosa y la capa muscular (American Cancer Society). Según su localización y etapa se puede presentar como tratamiento, para etapas más tempranas se recomienda la cirugía, radioterapia o tratamientos endoscópicos (American Cancer Society).

La tercer mujer es M3, quien fue diagnosticada en el 2010 de cáncer de colon. Este tipo de cáncer es un crecimiento anormal de células en el colon. Este es un cáncer que requiere tratamiento según la etapa en la que se encuentre: en las primeras etapas se usa como tratamiento inicial la cirugía; y en las etapas avanzadas se interviene con quimioterapia (American Cancer society). La probabilidad de supervivencia después de 5 años de haber sido diagnosticada la enfermedad, señala que sólo sobrevive el 43% de las pacientes (Instituto de cancerología).

Finalmente está M4, quien fue diagnosticada en el 2015 de cáncer de Tiroides. Esta enfermedad se caracteriza por la aparición de masas en la glándula, que pueden llegar a medir 1 cm o alcanzar tamaños mayores. Se presentan dos clasificaciones carcinomas originados en las células foliculares y los carcinomas originados en las células C o parafoliculares. Su tratamiento consiste en cirugía y la yodoterapia, la probabilidad de mortalidad es del 10%.

De los tipos de cáncer anteriormente mencionados se puede decir que, el cáncer comparte sus posibles causas y factores de riesgo como los son la edad, los antecedentes familiares, radiaciones, el no mantener una dieta saludable, el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol y a causa de virus y bacterias.

Los virus de la hepatitis B y de la hepatitis C y algunos tipos de papilomavirus humanos aumentan el riesgo de contraer cáncer de hígado y cáncer de cuello uterino, respectivamente. Asimismo, la infección por el VIH aumenta considerablemente el riesgo de contraer determinados tipos de cáncer, como el cervicouterino (OMS, 2017).

2.5.2. ESCENARIOS Y PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las entrevistas de la investigación se llevaron a cabo en cuatro escenarios, que son: el Instituto Cancerológico, la casa de uno de los pacientes, el lugar de trabajo y distintas zonas sociales.

La entrevista realizada en el Instituto Cancerológico fue llevada a cabo bajo situaciones poco ideales: por un lado, a causa del tiempo, de la disponibilidad de la paciente y de las condiciones estructurales del Instituto, se generó un ambiente poco propicio, puesto que la entrevista se adelantó en la zona de urgencias, razón por la cual no estaban dadas las condiciones óptimas, es decir, la entrevista se realizó con algunos pacientes alrededor, producto de la sobrepoblación que vivenciaba el instituto. Por otro lado, la entrevista fue breve y esto fue a causa del poco tiempo que se dispuso, debido a que se realizó durante el tiempo destinado a la recepción de las visitas.

La entrevista realizada en la casa fue en un ambiente poco cómodo. Esto se debió al hecho de que en ella había muchas personas (tanto la mamá de la paciente, la hermana, la sobrina, etc.). Adicionalmente, algunas de estas personas presentaban enfermedades de distinto tipo, lo cual no generaba un ambiente propicio, puesto que se percibía un ambiente tenso y de enfermedad.

La entrevista realizada en el lugar de trabajo fue en un restaurante. El ambiente de esta entrevista fue muy particular, debido a que el lugar mismo permitió evidenciar que el paciente

diagnosticado con cáncer no siempre se encuentra en un rol pasivo frente a su enfermedad, sino que este puede mostrarse como un paciente activo, empoderado y con mucha vitalidad.

La entrevista realizada en las diversas zonas sociales, fue llevada a cabo en un centro comercial, en una biblioteca, en la Universidad Nacional y en un restaurante. A pesar de los cambios de escenarios esta entrevista fue presentada en un ambiente de bastante comodidad, en la que se procuró que no existiera mayor interferencia auditiva.

2.5.3. PASOS DE LA INVESTIGADORA

En el presente apartado se explican los pasos que se llevaron a cabo en la investigación. Por lo tanto, se postula, como instrumento de investigación, el estudio de caso. El estudio de caso consiste “en una descripción y análisis detallado de unidades sociales o entidades educativas únicas y se orienta a la comprensión de una realidad singular (individuo, familia, grupo, institución social o comunidad)” (Ocaña, 2015, p.75). Este método consta de una ruta que se aborda a continuación:

Inicialmente, se realizó, a cuatro pacientes oncológicas, una serie de entrevistas semi-estructuradas. Posteriormente, se llevó a cabo la transcripción de las entrevistas, con el propósito de identificar los fragmentos que corresponden a unas determinadas categorías, con sus respectivas variables, que son: afrontamiento (evitación, búsqueda de apoyo social y confrontación); apoyo social (institucional, familiar y redes sociales); manejo de las emociones (supresión emocional y represión emocional)

En el análisis de cada entrevista se le otorgó a cada categoría y a cada variable un color específico, que permite identificar similitudes, diferencias, y por lo tanto llevar a cabo una clasificación de la información recolectada.

Finalmente, para el análisis e interpretación de la información se realizaron dos procedimientos: El primero consistió en realizar una valoración de los resultados obtenidos con

base en la tabla metodológica que se había planteado en el proyecto de investigación y que se propuso con la intención de dar respuesta a los objetivos específicos, para finalmente responder al objetivo general de la investigación. Esto se llevó a cabo gracias a las tablas de información que se presentan a continuación:

Objetivos específicos

- Reconocer los procesos de afrontamiento que se presentan en pacientes oncológicos.

Objetivo específico	Categorías de análisis	Variable	Fuente	Técnica	Instrumentos
Reconocer los procesos de afrontamiento que se presentan en pacientes oncológicos.	Afrontamiento	Evitación	Entrevista semiestructurada	Análisis de discurso.	Libreta, ficha bibliográfica, ficha de lectura.
		Búsqueda de apoyo social	Entrevista semiestructurada	Análisis de discurso.	Libreta, ficha bibliográfica, ficha de lectura.
		confrontación	Entrevista semiestructurada	Análisis de discurso	Libreta, ficha bibliográfica, ficha de lectura.

Tabla 2: matriz metodología de análisis de la información.

- Identificar propiamente el apoyo social como proceso de afrontamiento en pacientes oncológicos

Objetivo específico	Categorías de análisis	Variable	Fuente	Técnica	Instrumentos
Identificar propiamente el apoyo social como proceso de afrontamiento en pacientes oncológicos	Apoyo social	Institucional	Entrevista semiestructurada	Análisis de discurso	Libreta, ficha bibliográfica, ficha de lectura.
		Familiar	Entrevista semiestructurada	Análisis de discurso.	Libreta, ficha bibliográfica, ficha de lectura
		Redes sociales	Entrevista semiestructurada	Análisis de discurso.	Libreta, ficha bibliográfica, ficha de lectura

Tabla 3: matriz metodología de análisis de la información.

- Identificar el manejo de las emociones en pacientes oncológicos.

Objetivo específico	Categorías de análisis	Variable	Fuente	Técnica	Instrumentos
Identificar el manejo de las emociones en pacientes oncológicos		Supresión emocional	Entrevista semiestructurada	Análisis de discurso.	Libreta, ficha bibliográfica, ficha de lectura.
		Represión emocional	Entrevista semiestructurada	Análisis de discurso.	Libreta, ficha bibliográfica, ficha de lectura.

Tabla 4: matriz metodología de análisis de la información.

El segundo momento de la investigación corresponde al diálogo que se estableció entre los resultados encontrados, los objetivos planteados y el marco metodológico. El resultado de este diálogo es el que da respuesta a la pregunta de investigación que orienta la presente tesis, que es ¿cómo es la influencia de las emociones en los procesos de afrontamiento y apoyo social en pacientes oncológicos? Esto queda plasmado en el tercer capítulo.

2.5.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

La técnica implementada para el desarrollo de la presente investigación fue la entrevista semiestructurada. En total se realizaron 4 entrevistas semiestructuradas, que tuvieron tiempo en los meses de enero-febrero y agosto-septiembre de 2017. Como tal, con cada una de las entrevistadas, se llevó a cabo la explicación de los objetivos del proyecto de investigación en general, de la entrevista en particular, se les explicaron los beneficios, los riesgos y los derechos y responsabilidades que adquirirían con la investigación y todo esto quedó reflejado en el acta de consentimiento informado que cada una de las pacientes firmó voluntariamente (ver anexo 5).

La entrevista semiestructurada se eligió por las múltiples facilidades que ofrece a un trabajo investigativo tan complejo como el que se adelantó. Como tal, esta técnica de investigación se escogió porque presenta una amplia flexibilidad respecto al formato y al orden en que se despliegan

las preguntas. Esto le otorga a la investigadora la posibilidad de presentar a la entrevistada un ambiente flexible, dinámico y no directivo.

Para fines de esta investigación, las entrevistas semiestructuradas se entienden como aquellas que

Presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz,Torruco, Martínez & Varela,2013, p. 163).

Se entiende que las entrevistas semiestructuradas presentan un grado de flexibilidad aceptable, puesto que, al tratarse de temas complejos como los relacionados con las emociones, lo ideal es que la presión sea la mínima y que por el contrario, el entrevistado tenga la libertad completa para dar respuestas a las diversas temáticas que se le presentan. Teniendo esto presente, también se entendió a la entrevista como “una "conversación amistosa" entre informante y entrevistador, convirtiéndose este último en un oidor, alguien que escucha con atención, no impone ni interpretaciones ni respuestas, guiando el curso de la entrevista hacia los temas que a él le interesan” (Díaz,Torruco, Martínez & Varela,2013, p. 164).

Las entrevistas semiestructuradas son de gran utilidad debido a que amplían el espectro del fenómeno de investigación, debido a que permite indagar sobre hechos que surgen en la conversación, como lo son los motivos, las emociones, los significados, entre otros. Adicionalmente, a pesar de existir un eje central, da la posibilidad de ampliar el tema central para profundizar en ideas específicas. Según Bernard las entrevistas semiestructuradas presentan una gran utilidad en

Situaciones en las que no existen buenas oportunidades para entrevistar a las personas. Las entrevistas semiestructuradas funcionan adecuadamente en investigaciones que se interesan por interrogar a administradores, burócratas o miembros de élite de alguna comunidad, personas que tienen poco tiempo o que están acostumbradas a usar eficientemente su tiempo. Aplicar este tipo de entrevista además ayuda al entrevistador, porque al contar con temas o preguntas establecidas demuestran al entrevistado que está frente a una persona preparada y competente con pleno control sobre lo que quiere y le interesa de la entrevista, sin que con ello se llegue a ejercer un dominio total sobre el informante (Tarres, 2001, p.76).

Finalmente, es pertinente señalar que las entrevistas que se desarrollaron en esta investigación tenían por objetivo identificar la relación existente entre emociones, apoyo social y los demás procesos de afrontamiento que se presentan en pacientes oncológicos. Para conseguir esto, en el análisis de las mismas, se emplearon categorías de análisis (expuestas en la sección anterior), y se llevó a cabo un minucioso ejercicio de observación de las respuestas no verbales que presentaban las entrevistadas, pues estas permiten evidenciar su respuesta emocional frente a los temas abordados.

CAPÍTULO III: VIVO Y SIENTO MI ENFERMEDAD

El presente capítulo da respuesta a la pregunta de investigación que originó este proceso investigativo, que es ¿cómo es la influencia de las emociones en los procesos de afrontamiento y apoyo social en pacientes oncológicos? Para ello, se presenta una división capitular que consta de tres grandes partes, a saber: en primer lugar, se expone cómo se llevó a cabo el manejo de las emociones por parte de las pacientes oncológicas, entendiendo que estas se comprenden según su valencia; en segundo lugar, se exponen los distintos procesos de afrontamiento que se presentan

en las pacientes oncológicas, haciendo una diferencia entre el afrontamiento dirigido a la emoción y el afrontamiento dirigido al cáncer como enfermedad (afrontamiento dirigido al problema); y, finalmente, se señalan los elementos propios del apoyo social que hicieron parte del proceso de afrontamiento que llevan a cabo las pacientes oncológicas.

Con la intención de cumplir con el objetivo anteriormente planteado se parte del abordaje de los resultados obtenidos en las entrevistas semiestructuradas para evocar el análisis de las mismas; permitiendo establecer un diálogo entre las variables presentes en el proyecto de investigación, el marco teórico planteado y los resultados obtenidos. Es importante señalar que el análisis que se presenta a continuación se encuentra orientado por el proceso psicológico emocional, por tanto, las conclusiones de cada uno de los niveles de análisis están encaminadas a mostrar cómo se evidencia dicho proceso.

3.1. EXPRESIÓN Y REPRESIÓN EMOCIONAL

La presente subsección da cuenta de cómo se llevó a cabo el manejo de las emociones por parte de las pacientes oncológicas. En este sentido se logró identificar que las pacientes emplean dos maneras diferentes de manejar sus emociones: por un lado, expresan su situación emocional según la valencia de su emoción, que puede ser positiva o negativa; adicionalmente, se identificó que otra manera de manejar sus emociones es la represión emocional, que hace alusión al control, llevado a cabo por las pacientes oncológicas, de sus emociones.

3.1.1. EXPRESIÓN EMOCIONAL

La expresión emocional hace referencia a los cambios comportamentales que suelen acompañar a las emociones. Estos cambios comportamentales se pueden expresar a través del rostro, la voz, los gestos, la postura y el movimiento corporal (Gross & John, 1995, ,1997) (Porro, Andrés, Rodríguez-Espínola). La expresión emocional, adicionalmente, presenta un carácter

multifacético, que se ve reflejado en tres dimensiones: la expresividad positiva (EP), la expresividad negativa (EN) y la fuerza del impulso emocional¹⁰ (Gross & John, 1998). (Porro, Andrés, Rodríguez-Espínola). La expresividad negativa y positiva hacen alusión a la tendencia de respuesta emocional y cómo esta es expresada (Gross & John, 1997)(Porro, Andrés, Rodríguez-Espínola).

En síntesis, se puede considerar que la valencia de las emociones parte de las valoraciones subjetivas que desarrolla cada individuo sobre determinadas situaciones, clasificando su percepción en las categorías de agrado y desagrado (positivas y negativas). Estas categorías surgen como respuesta a las distintas demandas ambientales que se pueden percibir. Con el fin de exponer las distintas maneras de expresión que presentaron las pacientes oncológicas, se procede a mostrar la forma como expresan las emociones, para en las secciones subsiguientes mostrar, según su valencia, cuál es el significado que estas le otorgan.

Las principales formas de expresión de las emociones empleadas por las pacientes oncológicas son llanto, gritos, apego emocional, expresión oral, estupefacción, escritura, entre otras. Lo importante es que cada una de estas formas de expresión varía según el contexto en el que se recibe la noticia del padecimiento de la enfermedad, el lugar en el que se recibe tratamiento, el acompañamiento familiar y profesional, y esto se debe al hecho, como se ha mencionado anteriormente, de que la expresión emocional responde a un estado emocional que varía según el componente subjetivo de la valoración realizada de la situación.

En relación a lo anterior, se puede señalar como la recepción de la noticia de que se padece cáncer puede ser asumida de distintas maneras: M1 y M3, por su parte, señalan que al recibir la

¹⁰El impulso emocional es tenido en cuenta en la presente investigación, y se entiende como el actuar motivado por la emoción sin que la razón funcione como elemento mediador de la deliberación. Sin embargo, no se lleva a cabo un desarrollo conceptual, puesto que el enfoque principal de la investigación está orientado por la valencia de las emociones.

noticia no sintieron mayor cosa, que su expresión inicial fue una sensación total de estupefacción. Esto queda retratado cuando señalan, respectivamente, que “el día que me dieron la noticia de la enfermedad y todo eso, no se me dio por nada, me dijeron y es como si no me hubieran dicho nada” (SIC) o, “yo lo tomé normal como si fuera una enfermedad cualquiera” (SIC). M2, por su parte, sí llevó a cabo toda una expresión física que involucró gritos, que pueden ser entendidos como una manera de expresar la sensación vivenciada en el momento. Esto es evidente cuando ella señala que “para mí fue horrible: yo pegué un grito, como que yo no lo esperaba... como que me descompenso” (SIC). Finalmente, M4 asumió una postura mucho más introspectiva, la sorpresa la invadió y la forma de expresar su emoción inicial fue cuestionarse a sí misma, como se puede evidenciar cuando ella expresa que:

En ese momento yo empecé a decir “pero ¿cómo así no la capto?, ¿esto no me puede estar pasando a mí!, ¿cómo así cáncer?... ¿me voy a morir?, ¿me van a tener que poner quimioterapia?, ¿cuánto voy a durar?”. Pensaba que uno iba a durar toda la vida y de repente te dicen eso y sientes que ya no vas a durar tanto, como que la vida se puede ir de un momento a otro...(SIC)

Lo importante de las reacciones iniciales dadas por las pacientes es que estas, como reacciones naturales que se presentan en situaciones donde se ve amenazado el sujeto (Cano, 2005), ofrecen una opción adaptativa (Vecina, 2006), que le permite a las pacientes oncológicas manifestar a sí mismas cuál es su condición anímica y cuál es el balance que hacen de su condición física (de enfermedad en este caso), para a partir de ello tomar conciencia de su situación y poder emplear las herramientas que disponen para llevar a cabo un tránsito mucho más claro hacia la nueva situación que se les presenta.

Otro momento en el que la expresión emocional recobra importancia, dentro del proceso que es padecer una enfermedad como el cáncer, tiene que ver con la interacción de la paciente con las personas que pertenecen a su entorno personal. En este orden de ideas, comunicar que se padece una enfermedad puede presentar tanto un reto como una oportunidad de afianzar los lazos de confianza que sostiene con las personas que se consideran cercanas. Esto ocurre porque la paciente analiza tanto la forma en la que se expresa emocionalmente como la respuesta emocional que percibe por parte de aquellos con quien tiene comunicación.

En esta investigación, la expresión emocional que se presentó con los miembros cercanos a las pacientes fue de distinto tipo. Por un lado, M1 estuvo acompañada por sus familiares en el momento de escuchar su diagnóstico, producto de esto, ella manifiesta que ellos “estuvieron allí conmigo pendientes de mí... ellos felices de verme a mí también así: una persona fuerte” (SIC). Por otro lado, M3 asegura que “a mí no me afectó, pero a mi familia sí, a mis hermanas, a mis hijos... yo los veía llorando hasta que un día les dije “¿ustedes por qué lloran?... ellos me dijeron... que yo sólo les duraba tres meses... Entonces yo les dije... “yo no me voy a morir hasta que Dios quiera que yo me muera” (SIC). Finalmente, M4 señala que ella les fue

Dosificando (la noticia), poco a poco, con el paso de los días como “sí,... me van a operar un nódulo”... como que dije “el miércoles me van a vaciar el cuello”... dos días después... ya le había dicho a mis papás, pero pues no les nombraba mucho la palabra cáncer, pero les decía “me van a operar...” (SIC)

Lo importante de que las pacientes oncológicas adelanten este proceso de expresión emocional con las personas que consideran cercanas, es que la expresión emocional tiene un sentido social Izard (1993), citado por (Piqueras, et al, 2009) que les permite mejorar la interacción, comunicar cuáles son sus estados afectivos y comprender cómo la enfermedad es capaz de afectar

a las demás personas. Las pacientes que expresan sus emociones se permiten liberar, en parte, el malestar que les genera el recibir la noticia. Adicionalmente, les permite buscar apoyo emocional, fortalecer los vínculos y ampliar sus conocimientos sobre la enfermedad que padecen.

Dentro de las distintas respuestas emocionales proporcionadas por las pacientes se logró detectar que el hecho de padecer una enfermedad como el cáncer, es ya un elemento que hace necesario cambiar los hábitos comportamentales de quien padece la enfermedad. Esto es producto de que la enfermedad, según el estado en que se encuentre, el tipo de cáncer y la condición física del paciente, exige cuidados y tratamientos de distinto tipo, que pueden ser a través de la quimioterapia, de la radioterapia, a través de una operación, entre otros.

Lo importante, en este caso, es tener en cuenta que la enfermedad exige el cambio de hábitos (que son los que permiten evidenciar la expresión emocional del paciente), pero dicho cambio de hábitos se encuentra condicionado por el estado emocional del paciente. Esto queda en evidencia en lo señalado por M1, quien asegura que “no, pues uno después de la enfermedad no puede seguir su rutina diaria, de pronto uno que se sienta bien puede hacer sus cosas sí, pero entonces ya no es igual toca más suave” (SIC). Por otro lado, M2 señala que después de saber de la enfermedad “me volví muy resabiada, cansona, entonces ellas (las hijas) viven bravas conmigo porque yo antes era de un temple...me ven cambiada” (SIC). También está M3, quien afirma que se cuida en su enfermedad “de forma muy natural porque no como nada de origen animal ni queso ni huevo: yo me volví completamente vegana, yo si como todo lo que es grano y ensaladas y jugos y extractos” (SIC). De la misma manera, M4 señala que

Llegó el lunes y el doctor me atendió... me dijo “a usted hay que operarla”... Entonces, dije... “doctor es que tengo un viaje” y dijo “¿quieres que te opere cuando llegues del viaje?... debes firmar un consentimiento informado porque usted está

atrasando este procedimiento y si... se agrava en 20 días no es mi responsabilidad porque yo te estoy programando una fecha... uno debe tener esas prioridades en la vida” (SIC).

Los ejemplos anteriores muestran cómo los cambios comportamentales de las pacientes son el resultado de padecer una enfermedad, pero están vinculados directamente con el estado emocional de las mismas, es decir, el tratamiento de la enfermedad exige una transgresión en las prácticas rutinarias (Giannini, 1999) y con ella la construcción de nuevas maneras de habitar el mundo (de Certeau, 1996). Estos cambios, que se dan en las prácticas rutinarias de las pacientes, son significativos para esta investigación porque es allí donde se permite evidenciar la expresión emocional de la estas, es decir la forma en que las mujeres se comportan luego de recibir el diagnóstico es un claro reflejo del sentir con el cual se asume la enfermedad, que permite evidenciar cómo la emoción es fuente de motivación para realizar una acción. Las pacientes oncológicas, a pesar de recibir la noticia y de tener el conocimiento del tratamiento a seguir, dependen, en alguna medida, de la carga emocional que tengan, del acompañamiento social y de las estrategias de afrontamiento que puedan emplear.

Otro elemento de análisis a tener en cuenta es el de los cambios circunstanciales que vivencian las pacientes oncológicas, porque a partir del momento en que se padece la enfermedad, los lugares y las personas que estas frecuentan entran a ser significativos para ellas, y por tanto generan una respuesta emocional, en otras palabras, las circunstancias a las que las pacientes se encuentran expuestas otorgan las condiciones de posibilidad para permitir o no aflorar las emociones que se vivencian durante el proceso. Un ejemplo de esto se evidencia en la entrevista llevada a cabo con M2, en la que se afirma que “sí, a los pacientes se les ve contentos (en el Centro Nacional de Oncología) en cambio usted va al San Diego (Hospital) y los pacientes lo entierran

con la mirada y *usted siente*¹¹ la angustia, el dolor” (SIC) También se puede ver reflejado en M3, quien afirma que

A mí me comenzó a atender Saludcoop y cuando se acabó ese seguimos con Cafesalud y resulta que con Cafesalud he tenido problemas porque el oncólogo me manda la inyección y yo voy y la erradicó y no me la dan... *he contado con suerte*¹² porque hay una fundación que se llama Enlace de Vida, ellos trabajan con el laboratorio que me manda a mí la inyección... ellos viven pendientes de si me dieron o no la inyección... ellos están bregando a ver por qué (SIC)

Ejemplos de lo anterior también se ven reflejados en M4, quien, para asegurarse sobre cómo llevar su tratamiento, buscó diversas opiniones, y siempre que se encontraba con una de ellas cambiaba de parecer porque le hacían dudar de si la decisión (operarse o no) era la más sensata. Este cambio, en su seguridad, respondía a la carga emocional con la que se enfrentaba a cada una de las diversas opiniones que encontraba. Lo interesante de los ejemplos anteriores es que permiten evidenciar que las emociones no son sólo un proceso interno, sino que responden a una serie eventos contextuales que son capaces de sugestionar a las personas e incidir en la toma de decisiones.

A modo de conclusión, es pertinente señalar que la expresión emocional, frente a la enfermedad, se presenta de diferentes maneras. Sin embargo, en los 4 casos anteriormente desarrollados, la expresión permite manifestar la forma interna de cómo se asume un proceso que es propio (como el de la salud), pero además, permite dar a conocer e interpretar, junto a las personas directamente involucradas, los pensamientos que se presentan al respecto, permitiendo,

¹¹Cursivas añadidas por la autora.

¹²Cursivas añadidas por la autora.

con esto, tener mayor consciencia de sí, mejorar las interacciones interpersonales y un conocimiento de cómo nos afectan las circunstancias.

3.1.1.1. EXPRESIONES NEGATIVAS

Ahora bien, tras haber señalado la importancia de la expresión emocional por parte de las pacientes oncológicas, se procede a mostrar cuáles son aquellas expresiones emocionales que pueden ser entendidas como negativas según la valoración cognitiva realizada por estas. Este análisis se lleva a cabo partiendo de tres escenarios diferentes en los que las cuatro pacientes oncológicas estuvieron insertas: por un lado, se analizan las expresiones emocionales negativas vivenciadas en el momento de recibir la noticia del padecimiento de la enfermedad; por otro lado, se tiene en cuenta las emociones vivenciadas durante el tratamiento de la enfermedad; y finalmente, se tiene en cuenta la expresión emocional que llevan a cabo con las personas con las que interactúan¹³.

Las emociones negativas son entendidas como aquellas que presentan una experiencia desagradable y que logran una alta activación fisiológica en el sujeto que las vivencia. Dentro de estas emociones están el miedo, la ansiedad, la ira, la tristeza y el asco (Piqueras et al 2009). El resultado de sufrir una experiencia emocional negativa genera diversas situaciones en el sujeto afectado, produciendo en él reacciones como malestar, llanto, angustia, entre otras.

Esta serie de emociones se pueden experimentar, por ejemplo, al recibir el diagnóstico de padecer una enfermedad como el cáncer. Las mujeres presentes en esta investigación vivenciaron emociones diferentes. M4, por su parte relata que la primera experiencia emocional fue de sorpresa (emoción que ha sido clasificada como ambigua, porque puede ser agradable o desagradable), pero

¹³Es importante señalar que la división que se presenta cumple una función meramente expositiva, puesto que las emociones que vivencian las personas están presentes en todos y cada uno de los aspectos de su vida, por ejemplo, una persona puede experimentar tristeza (o cualquier otra secuencia emocional) al recibir la noticia del padecimiento de una enfermedad, puede sentir tristeza en el tratamiento de la misma y finalmente puede sentir tristeza en el trato con las personas que considera cercanas.

en esta ocasión la sorpresa trajo consigo una percepción de desagrado, puesto que se encontraban afectados elementos de la salud y el bienestar personal. Esto se puede evidenciar en lo afirmado por M4, quien asegura que

Entonces yo me sentí fue como triste, sorprendida, asustada ¡eh!, como en shock (...) como si te hubieran mostrado un abismo y tú estuvieras, es, como sorprendido, como si estuvieras asustado como de ¿qué es eso?, como en shock, pero de lo que te están mostrando más que dolor, pues obviamente si había dolor, pero no era como algo que hubiera sentido antes era un dolor, era más como una sorpresa de algo insoportable, ¿Sí? Era negativa (SIC).

Asimismo, tanto M2 como M3, experimentaron una sensación cognitiva cercana al miedo, que es entendido, por Lazaruz (1993), como una valoración primaria sobre una situación de amenaza, en la que se reduce la eficacia de los procesos cognitivos (Montañés, 2005). Esto se hace evidente en las afirmaciones iniciales de las dos pacientes, en las que aseguran, respectivamente, que “para mí fue horrible: yo pegué un grito, como que yo no lo esperaba y todavía eso como que me descompenso, como o sea, yo sentí me descompenso” (SIC), y

Entonces entré (al consultorio) con mi nieta y mi sobrina y me dijo (el doctor) “lo que pasa es que usted tiene un tumor maligno, a usted hay que operar porque usted tiene cáncer”. Entonces cuando él me dijo así pues uno se asusta (SIC).

La reacción emocional de las personas diagnosticadas con cáncer no se reduce a la reacción que tienen al recibir la noticia inicial, puesto que al ser esta una enfermedad crónica puede traer consigo tratamientos largos y agotadores que producen, en las mujeres, reacciones emocionales de distinto orden. Una de las emociones vivenciadas por algunas de las pacientes fue la ansiedad¹⁴,

¹⁴En este apartado se mencionan algunas emociones secundarias por la forma en que se presentan los relatos de las mujeres, pero asimismo se centran en el vínculo que tiene con las emociones básicas.

(reacción que está altamente relacionada con el miedo), que es entendida como una reacción emocional que se presenta en situaciones de alarma y que nos prepara para actuar frente a dichas situaciones (Cano, 2005). Esta emoción está presente en M4, y se puede evidenciar en lo señalado por ella, al afirmar que “sentía no le iba poder hacer duelo a la tiroides, entonces los sentimientos fueron de una ansiedad horrible ya no era pánico si no ansiedad existencial” (SIC). La ansiedad también responde a factores externos que condicionan a las pacientes. Este tipo de ansiedad fue vivenciada por M1, quien asegura que

Tuve una angustia y yo a ratos le echo la culpa como a eso de mi recaída, no sé por qué, yo no puedo tener angustias ni nada de eso. Entonces yo muchas veces le echo la culpa a eso, no sé (...) (SIC)

Se entiende que la ansiedad se presenta por el constante estrés al que están sometidas las pacientes. Esto se debe al hecho de que estas deben decidir constantemente sobre elementos tales como cuál es el tratamiento más adecuado para su enfermedad o cómo comunicar la noticia a amigos y familiares. En esta serie de decisiones están en juego las expectativas sobre la salud y sobre cómo se verán afectados los distintos entornos, lo cual puede llevar una reevaluación de la situación, es decir de la enfermedad, generando más ansiedad en la paciente.

Una de las emociones más recurrentes dentro del grupo de pacientes empleadas en este estudio fue el miedo, que ha sido desarrollado anteriormente. Esta emoción se puede evidenciar, por ejemplo, en lo señalado por M4, quien afirma que

Entonces no era que yo pretendiera encontrar el origen psíquico de la enfermedad, si no que necesitaba expresar porque sentía me iba a quedar obsesionada, no tenía tanto alcance, necesitaba expresar porque tenía miedo de la operación, cómo sacarlo

y no encontrar el origen y no expresar el significado, de no hablar, de no expresar, por ejemplo por qué no aceptar la enfermedad tal cual es y sacarla (SIC)

Otro lugar discursivo en el que se puede identificar el miedo es en lo expuesto por M1, quien asegura que

Pues no sé, están en eso: estudiando todo, sacándome exámenes y todo a ver qué pasó, si de pronto fue algún virus o alguna enfermedad o algún bicho o bueno tantas cosas que hay por lo que uno está así tan débil, y tiene las defensas bajas, las plaquetas así bajitas. Entonces cualquier cosa se le entra a uno, entonces *¡eso lo acaba a uno de joder!*¹⁵ (SIC)

Lo particular que tiene esta manifestación de miedo, es que está acompañada por la ira, que es entendida como una emoción negativa porque suele presentarse en situaciones aversivas, en las que se puede percibir que se está cometiendo una injusticia o un acto que genera frustración (Piqueras et al , 2009).

El miedo, en los dos casos anteriores, es una emoción totalmente entendible, puesto que las pacientes se encuentran en escenarios en los que se enfrentan a situaciones que le son extrañas, desconocidas, y que les genera mucha incertidumbre en temas relacionados a su vida biológica y personal.

Otra emoción vivenciada por las pacientes oncológicas, y que se encuentra altamente vinculada al miedo, es la angustia, que siguiendo a Suárez Richards (1995), es entendida como un sinónimo de la ansiedad, puesto que ambas son estados psicológicos displacenteros, que generan una expectación penosa o desasosiego ante un peligro (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003). La expresión de esta emoción puede verse ejemplificada en lo relatado por M2, quien afirma que

¹⁵Cursivas añadidas por la autora.

sí, es que imagínese: yo estaba recién dada esa noticia (el padecimiento del cáncer), yo le decía al doctor “si usted no me saca de aquí yo no sé, yo qué voy a hacer, pero yo me les voy a volar, yo no me aguanto, yo no soporto esto, yo no me siento ya aquí ni agonizante ni moribunda como para que me tengan aquí”, y el doctor me dijo “no, si usted tiene toda la razón, miraremos cómo la cambiamos”, pero yo si noté que eso *si me bajoneo*¹⁶ no, yo sentí que eso fue lo duro (SIC)

Otro momento en el que se expresa angustia es el que se puede percibir en la conversación con M4, quien asegura que en el momento posterior de su operación

La despertada sí estuvo fuerte: me acosté feliz y *me desperté como en el lado opuesto*¹⁷ de eso porque la sensación al despertar fue que no podía respirar y me estaban diciendo como “pasa la cabeza a otro lado” y me sentí regañada como una bruta (SIC)

La expresión de emociones como la angustia y el miedo expresan la preocupación que sienten las pacientes o bien por algo que consideran cercano y que sentían como algo lejano (como la certidumbre de la muerte) o bien por la incertidumbre de no saber qué puede llegar a ocurrir con su condición médica.

Finalmente, en lo concerniente a los tratamientos médicos, las pacientes manifestaron sentir incertidumbre, que se puede entender como una sorpresa desagradable producto del miedo. Esto queda retratado en lo comentado por M4, quien asegura que “entonces, el tres (fecha del calendario) ya no era la tristeza, la angustia ni la sorpresa, si no me dio incertidumbre, es decir, yo pasé por muchos momentos” (SIC). En este caso, se evidencia cómo es posible pasar de un estado

¹⁶Cursivas añadidas por la autora.

¹⁷Cursivas añadidas por la autora.

emocional a otro, todo como resultado de una serie de condiciones externas que tienen incidencia en la forma de asumir internamente la enfermedad.

Ahora, tras haber señalado la expresión emocional de las pacientes al recibir la noticia del padecimiento del cáncer y la llevada a cabo a lo largo del tratamiento médico, es pertinente señalar cuáles fueron las emociones negativas que vivenciaron con las personas cercanas. En este sentido, la principal emoción expresada fue la tristeza. Esta es entendida por Stein y Levine (1990) como aquella valoración de pérdida o daño que no puede ser reparado (Montañés, 2005) y en la que Stein y Jewett (1986), mencionan que se lleva a cabo un proceso de introspección en el que se evalúan las consecuencias de una situación (Montañés, 2005). La tristeza, si no es manejada adecuadamente, puede conducir al proceso cognitivo de la depresión, que es caracterizado por escenas de excesiva tristeza y errores en el procesamiento de información. Sin embargo, Huebner e Izard (1988) comentan que las personas que sienten tristeza también tienden a comunicarse con aquellos que se encuentran en una situación similar, generando así, el uso de capacidades como la empatía o el altruismo (Montañés, 2005). Para Izard (1991) algunas de las consecuencias que suele dejar la tristeza es el abandono de las actividades o la valoración de otros elementos de la vida que anteriormente no tenían mayor reconocimiento (Montañés, 2005)

La tristeza fue una emoción expresada por M1, M2 y M3. Sin embargo, gracias a la gestualidad que presentaron a lo largo de la entrevista y a la forma en la que dieron las respuestas sobre su situación emocional, es permitido afirmar que la intensidad varía según cada caso. En M1, por ejemplo, la tristeza era una emoción intermitente. Esto queda en evidencia en lo señalado por ella, al afirmar que “pues hay momentos en que he tenido bajones, pero son más los de tranquilidad y esos *bajones pueden darse en cualquier momento*¹⁸” (SIC). En casos como M2 y

¹⁸Cursivas añadidas por la autora.

M4 la tristeza fue mucho más profunda, o por lo menos así lo expresan. Ellas afirman, respectivamente, que “sí, es que a mí se me alteraron mucho los nervios todos los controles y pidiéndole a mi Dios que me ayude” (SIC), y “porque todos felices y yo triste porque yo sólo quería escuchar se soluciona operando, y salí de allí llorando” (SIC)

A modo de conclusión, es pertinente asegurar que la expresión de las emociones negativas permite liberar a las pacientes del malestar que les genera la enfermedad. Asimismo, favorece la creación de interacciones en las que se afianza el entendimiento de una situación como es la enfermedad, lo cual le da al paciente la confianza necesaria para exteriorizar los procesos que lleva a nivel interno, generando, de esta manera, la búsqueda de nuevas formas de adaptación a las diferentes situaciones que se le presentan.

3.1.1.2. EXPRESIONES POSITIVAS

Otra manera de llevar a cabo la expresión emocional por parte de las pacientes oncológicas, es expresar aquellas emociones que para ellas tienen una valoración positiva. El análisis de esta serie de expresiones emocionales se lleva a cabo tomando como punto de partida la expresión emocional básica de la alegría. La alegría fue expresada, por las pacientes, a través de pequeños cambios comportamentales o a través de acciones que manifiestan las experiencias con las que acompañaban la enfermedad. Sin embargo, es pertinente señalar que las reacciones emocionales cercanas a la alegría suelen ser ambiguas e inespecíficas, puesto que estas emociones son más difíciles de distinguir que, por ejemplo, las expresiones negativas, porque no poseen expresiones faciales únicas, lo cual genera una mayor dificultad al momento de querer estudiarlas (Vera, 2006). Teniendo en cuenta esto, se realiza un análisis en el que se tienen presente ciertas acciones como la manifestación de la esperanza, de la tranquilidad, o de la complacencia, que son las que sirven

de hilo conductor para la presentación que se hace a continuación. Dicho análisis, además, señala brevemente el proceso cognitivo involucrado en las distintas pacientes.

Las emociones positivas son entendidas como aquellas que presentan una experiencia agradable a los sujetos y que son óptimas para contribuir en la solución de cuestiones relativas al desarrollo, al crecimiento personal y a la conexión social (Vecina, 2006). Una emoción como la alegría motiva a empujar los límites, a ser creativo (Frijda, 1986) y este tipo de motivación favorece el desarrollo y el entrenamiento de distintos tipos de habilidades, como: las habilidades físicas, que incluyen la fuerza, la resistencia y la precisión; las habilidades psicológicas e intelectuales, que incluyen la comprensión de normas, la memoria y el autocontrol; y las habilidades sociales, que son necesarias para el establecimiento de relaciones. Todas las habilidades que se desarrollan bajo estados anímicos positivos pueden potencializar a los sujetos en situaciones de conflicto, lo cual les permite llevar un mejor desarrollo de situaciones problemáticas (Vecina, 2006).

La alegría, como emoción positiva, en la presente investigación, se manifestó de distintas maneras, por ejemplo a través de la esperanza. En este sentido se encuentran varios ejemplos, como el de M2, quien afirmó que en el cambio de centro hospitalario tuvo una mejora que se vio reflejada en el cambio de su actitud. Esto queda reflejado cuando ella afirma que “¡si hay calidad humana para qué! (En el Centro Nacional de Oncología), le da a uno como esperanza” (SIC). Otro ejemplo de la esperanza como elemento que manifiesta la emoción de la alegría se puede evidenciar en lo dicho por M3, quien manifestó que “la cuestión que siempre digo, después de que uno esté amarradito de la mano de Dios no tiene por qué pasarle nada. Entonces, aquí estoy, y no sé cuántos más viviré porque yo espero tener diez años más” (SIC).

En estos casos la función cognitiva que se ve reflejada en la paciente es la que señala que hay un incremento en la capacidad para disfrutar de diferentes aspectos de la vida (Langsdorf,

Izard, Rayias y Hembree, 1983 en Montañez, 2005). Ella, a través de un pequeño cambio en la infraestructura encargada de su tratamiento, logró sentir un poco de esperanza respecto a su enfermedad, lo cual le permite considerar, que tras una eventual recuperación, podrá llevar a cabo una vida mucho más duradera.

Otra forma de manifestar la alegría es a través de la tranquilidad. Cuando se padece una enfermedad como el cáncer se hacen presentes, como se ha señalado en la subsección anterior, una serie de elementos que hacen que el paciente tome consciencia de factores tales como la certidumbre de la muerte o el temor a los cambios físicos que pueda experimentar en el proceso de la enfermedad. En este tipo de situaciones la tranquilidad se puede entender como una forma positiva de enfrentar la enfermedad, debido a que libra a los pacientes del estrés, de la duda o del temor a la muerte. Justo esto fue lo manifestado por M3, al afirmar que

No, te digo que en serio yo no he sido de pensar me voy a morir, no, nada. Yo he tomado mi enfermedad como le digo, como tener otra enfermedad como diabetes, o en lo que le hacen diálisis a uno, para mí esta enfermedad ha sido como cualquier otra enfermedad y uno sabe que de cualquier enfermedad se tiene que morir (SIC).

La alegría, en este caso, se manifiesta a través de la tranquilidad de asumir el cáncer como una enfermedad más. Esto le permite a la paciente tener actitudes positivas frente a la enfermedad, que le hacen sentir que la enfermedad lleva implícito un proceso de recuperación que puede ser exitoso y que no necesariamente debe concluir en la muerte.

La alegría también se puede expresar a través de la manifestación de sensaciones como lo son el entusiasmo o la motivación. Las pacientes oncológicas no siempre ven la enfermedad como algo negativo, sino que la pueden ver como un elemento que las impulsa a ver la vida con otra vitalidad. Esto puede verse representado, por ejemplo, en lo expresado por M4, quien afirma

Ya la sensación empezó a ser hasta bonita porque la vida me zarandeó, pero estoy sintiendo como muy especial porque la vida es como cuando el papá lo regaña a uno por el bien de uno y como una vaciada que (...) sabes es para que mejores, es más una sensación de estoy muy zarandeada, pero ¿sabes?, todo esto es muy positivo. Entonces, incluso me sentía mejor que antes, sí, emocionalmente me sentía mucho mejor que meses anteriores que venía como aburrida que no sabía a qué me quería dedicar (SIC)

En este sentido, M4 no sólo evaluó la enfermedad como un proceso motivacional, sino como todo un proceso de aprendizaje que le permitió enfocar su tiempo en otras cosas. En este sentido la enfermedad le permitió sentirse centrada y al terminar su proceso sintió nuevamente una pérdida de algo que la mantenía enfocada, como lo señala al afirmar que “después de todo esto sentí la tiroides me levantó de una “mamera” existencial de la cual venía desde el 2012, pero en diciembre de 2015 (final del tratamiento) sentía me dejaba caer más profundo volver a la rutina” (SIC).

En este caso la enfermedad sirvió como elemento motivacional, de aprendizaje y de entusiasmo, puesto que incitó a la paciente a hacer otras cosas con su vida, a cambiar en aspectos, cuya rutina, le tenían en una situación de aburrimiento y desinterés frente a las acciones que podía realizar con su vida. La motivación en este caso la ayudó a generar actitudes positivas hacia sí misma (Montañes, 2005), y a experimentar sensaciones de vitalidad, vigorosidad, que son algunos de los procesos cognitivos que están involucrados con la alegría (Montañes, 2005)

Otra sensación experimentada por las pacientes oncológicas fue la confianza, que también se relaciona con la alegría en la medida que les permite a las pacientes confiar en los

procedimientos, en los encargados de ejecutar los mismos, y por tanto creer en la posibilidad de la recuperación. Un ejemplo de esto se puede evidenciar en lo expuesto por M4, al señalar que

Si era como confiar y dejar atrás todo por lo que había pasado de estar segura de todo y aquí era como abandonar que soy yo la que tiene seguridades y confiar, lanzarme al vacío y después ya estaba era entretenida como niña chiquita que todo es nuevo y llegué a la sala de cirugía me subí a la camilla y me inyectaron, pero el enfermero todo chistosito pidió ayuda para salvar mi vena y me encanta del personal de salud que habla lo más cotidiano (SIC).

En este caso, la confianza genera en la paciente actitudes positivas que se ven reflejadas en su trato con los demás, lo que le permite la activación de procesos cognitivos que favorecen la generación de sensaciones como la empatía (Isen, Daubman y Norwicki, 1987), lo cual da las condiciones de posibilidad para establecer relaciones interpersonales fuertes y la activación de sensaciones como la vigorosidad.

Para finalizar, otra forma de expresar la alegría empleada por las pacientes oncológicas fue la complacencia, que se entiende como el placer que se experimenta al realizar acciones que son hechas con el fin de servir a los demás. La paciente que expresa con mayor claridad esta sensación es M4, quien no sólo se curó del cáncer de tiroides, sino que además logró retratar la experiencia de su enfermedad y de su proceso de tratamiento en un libro que comparte con otros pacientes oncológicos. La complacencia se puede evidenciar en lo expuesto por M4, cuando afirma que

Pues yo siento que mi foco es servir a las personas que están enfermas y usar el arte como forma de terapia, ayudarlos a expresar. Yo siento que el círculo social no cambia si no que el sentir que puedo ayudar le da mucho sentido a mi vida, es como lo que evita que me deprima o piense mi vida es hueca y vacía, por otra parte, mi

círculo social, es que yo siento que cuando me relaciono con las personas hasta desconocidas siento la tiroidectomía me dio un nuevo espíritu, siento agradezco más por todo lo que tengo y aprovecho más las cosas quitándose preocupaciones que no tiene fundamento, y se deja de angustiar porque distingues lo importante (SIC)

En este caso, lo importante es que se adelantan procesos cognitivos como la sensación de entusiasmo, placer y gratificación. Igualmente, se activan procesos cognitivos que favorecen el rendimiento cognitivo, así como la solución de problemas y la creatividad (Montañez, 2005), que son los elementos que pone M4 en el proceso de reelaborar su historia personal con el fin de encontrar una manera artística que le permita afrontar su enfermedad. A su vez, esto genera la posibilidad de presentar actitudes positivas de sí misma y de los demás, lo cual ayuda en el surgimiento de acciones empáticas o altruistas (Montañez, 2005), que favorecen la creación de relaciones interpersonales sólidas, que potencialmente pueden servir como amortiguadores, minimizando los efectos que pueda tener el estrés sobre el organismo.

Para concluir, es importante señalar que la expresión de las emociones positivas es beneficiosa porque permite a las mujeres un mejor ajuste psicológico y realizar una valoración ante las situaciones que presenta la enfermedad, valorándolas, en ocasiones, como menos perjudiciales, facilitando así una mejor adaptación a la situación vivida, por la flexibilidad que brindan al pensamiento, permitiendo, de esta manera, encontrar nuevas formas de enfrentar la enfermedad y su tratamiento, en la que la mujer, en palabras de M4, se siente “a personada de sí misma y feliz” (SIC), porque se empodera de su proceso y se vincula socialmente con las personas de su entorno y con las personas que atraviesan la misma situación.

3.1.2. REPRESIÓN EMOCIONAL: UNA FORMA DE NO PREOCUPAR

La represión emocional “se trata de una forma de modulación de la respuesta que se refiere a la inhibición del curso expresivo comportamental de la experiencia emocional” (John & Gross, 2004; Silva, 2005 citados por Porro, Andrés, & Rodríguez 2012, p.342), en otras palabras, la represión emocional trata la dificultad que pueden presentar las personas para expresar las emociones negativas como la ira, la ansiedad o el dolor (Cerezo, Ortiz-Tallo, & Cardenal, 2009).

La represión emocional también puede ser entendida como una forma de afrontamiento, en la que se emplean diversas estrategias como no molestar a los demás, no llamar la atención o no implicar a otras personas en los asuntos personales. Todo esto se lleva a cabo con la intención de evitar los conflictos o de no alterar las relaciones o funcionamientos de los grupos de los cuales se es parte, pero a su vez ocurre que se adelanta todo un proceso en el que se suprimen las emociones (Anarte, López, & Maestre, 2000).

Las mujeres presentes en esta investigación sobrellevan su enfermedad de distintas maneras. Esto es producto de múltiples factores, desde elementos tales como la condición económica o la circunstancia bajo la cual se enteraron del padecimiento de la enfermedad entre otros. Lo concreto es que la situación de represión emocional se presenta por varios motivos: por un lado, está el temor a la enfermedad o al tratamiento; por otro lado, se encuentra el interés de no perder un rol específico dentro de un círculo social; y finalmente, está el deseo de no querer generar mayores temores en los miembros de la familia gracias a la enfermedad que se padece, es decir, las pacientes optan por la represión emocional como resultado de no poder expresar sus emociones por el temor de incomodar o generar mayores preocupaciones a las que ya se vivencian al interior del círculo familiar o personal.

Los roles juegan un papel importante dentro de los círculos sociales, puesto que estos marcan el comportamiento y lo que se puede esperar de un individuo. De manera que, cuando se presenta la represión emocional en este contexto, lo más seguro es que se presente por el temor a perder el rol que se ejercen al interior de un círculo social. Así lo asegura (4), quien afirma que “uno siempre es la preocupación de que si comió, es como niña chiquita (la mamá, la paciente)” (SIC) hija de M2, quien a su vez afirma que perdido su carácter frente a la familia “si entonces con esto pues me ven cambiada entonces me dicen que qué me pasa porque hasta ya sin autoridad” (SIC). Lo preocupante de este tipo de situaciones es que hay todo un proceso en el que la paciente puede ver cómo se altera su importancia en la familia, y por el temor a no ser una carga más prefiere no expresar cuál es su estado emocional.

Otra situación en la que se presenta la represión emocional es en la que hay un miedo latente por la enfermedad o por el tratamiento de la misma. Esto, es justamente lo que le ocurrió a M4, quien asegura que “entonces yo no le pude contestar al doctor cuando me preguntó quién me iba a acompañar en la operación. Y yo estaba temblando y me rechinaban los dientes y no le pude contestar” (SIC). En este caso la represión se presenta ante una situación de extrema sorpresa, porque la paciente al saber que tiene que ser sometida a una operación en la que está en juego su integridad física se bloquea y termina por no saber qué respuesta otorgar, ni cómo asumir ese momento particular de su vida. Se puede afirmar que la represión funciona como una estrategia de afrontamiento frente a una noticia para la cual no se está preparado.

Finalmente, el motivo más importante por el cual se presenta la represión emocional es por el temor a generar situaciones negativas que puedan poner en conflicto el entorno en el que se suele habitar. Situaciones de este tipo quedan en evidencia en varios fragmentos de las entrevistas, en los que se señalan cosas como: “porque yo hasta no estar segura de lo que estaba pasando no

quería comunicarle a nadie nada, porque yo dije “no, ahora se estresan, ni siquiera sé si es lo que es, no he tenido cita con el cirujano” (SIC); también hay afirmaciones que señalan que “fui para donde mi amigo en la casa de él porque no quería en mi casa nadie se enterara” (SIC); este temor también se evidencia cuando afirman que “sí, estaba pensando en mi mamá o mi papá no sé, pero no me salían las palabras” (SIC).

Es tan grande la preocupación que tienen las pacientes oncológicas por no alterar el orden de sus círculos sociales que ellas incluso llegan a dar la información sobre su enfermedad o su tratamiento de una manera modulada, de forma tal que al dar la noticia concreta no resulte tan fuerte para el círculo social. Esto se puede evidenciar en lo expresado por M4, cuando afirma que

Entonces, se lo fui dosificando poco a poco con el paso de los días (...) Era como si yo sentía les iba a dar durísimo, estaba preocupada por ellos, o sea la preocupación era que se estresaran o pusieran tristes, eso era lo más preocupante porque uno no quiere angustiar a la familia (SIC).

A modo de conclusión, es permitido afirmar que no es ideal que se presenten situaciones de represión emocional, en este caso en particular, puesto que este tipo de situaciones no favorecen la expresión emocional y con ello todos los elementos positivos que trae consigo, como la posibilidad de liberarse del estrés vivido y de las emociones sentidas, o como el entendimiento de las situaciones vivenciadas fruto de la expresión emocional; o como el permitir que se construyan relaciones intersubjetivas en las que el otro tenga un mejor entendimiento del punto de vista del paciente y viceversa. Una muestra de la importancia de la expresión emocional la da a conocer M4, quien afirma

Sí, eso fue fundamental (que fuese escuchada en su proceso). Igualmente, uno quisiera hacer eso con otro porque ser escuchado es importante, como que el cáncer

te hace dar más amor porque la vida no será eterna, entender qué es lo fundamental y es el amor y servir a otros y dar amor y vivir eso, sólo lo puede saber el que lo vive. No se puede explicar (SIC).

Lo importante en situaciones de represión emocional como las expuestas anteriormente, es entender que callar no implica necesariamente no preocupar a las personas, porque es válido que las pacientes piensen en esa estrategia de afrontamiento, pero también es cierto que el guardar silencio puede generar problemas que se hagan más fuertes en el futuro, porque se suprimen las emociones y las vivencias que llevamos dentro, y si estas están presentes en nosotros es porque hay algo que nos quieren decir y debemos aprender a escucharlas.

3.2. AFRONTAMIENTO

La presente sección da cuenta de cómo se llevaron a cabo los procesos de afrontamiento por parte de las pacientes oncológicas. En este sentido, el análisis que se realizó permitió identificar que las pacientes utilizaron estrategias de afrontamiento en tres situaciones contextuales diferentes: por un lado, emplearon las estrategias de afrontamiento respecto a la forma en la que asumieron el cáncer. En este punto se logró identificar aquellas estrategias empleadas para manejar o controlar el problema que puede representar la enfermedad. Por otro lado, se emplearon diversas estrategias de afrontamiento en lo concerniente al manejo de las emociones. En este punto se identificaron las estrategias dirigidas a la regulación emocional de las pacientes oncológicas. Finalmente, se llevaron a cabo diversas estrategias de afrontamiento enfocadas al fortalecimiento espiritual. Estas las emplearon las pacientes con el fin de encontrar seguridad y darle sentido a su situación de enfermedad¹⁹.

¹⁹Es importante señalar que esta última estrategia de afrontamiento no estaba contemplada en el proyecto de investigación, sino que es el resultado de una categoría emergente que surgió a lo largo del análisis de las entrevistas semiestructuradas.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, lo primero que hay que señalar es que el afrontamiento se puede llevar a cabo desde dos perspectivas: una pasiva, en la que se involucra al otro; y una activa, en la que no se involucran a otros en el proceso de enfrentar el dolor. El afrontamiento se entiende como aquel conjunto de procesos cognitivos y conductuales, que son constantemente cambiantes, y que se desarrollan con la intención de manejar específicas demandas que siente el paciente, y que pueden ser tanto internas como externas, pero que, irremediamente, son entendidas como demandas excedentes o desbordantes respecto a los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986)

Como se menciona en las aproximaciones conceptuales (capítulo 2) existen 8 diferentes estrategias de afrontamiento: dos de estas se encuentran relacionadas con la resolución de problemas, cinco con la regulación emocional, y hay una última que se encarga de ambos procesos. A estas estrategias de afrontamiento se le debe sumar el uso de la religión, que es una estrategia en la que se busca del apoyo de la fe para hacer frente a la enfermedad. Sin embargo, cada una de estas estrategias de afrontamiento se ejecuta según la valoración que lleva a cabo el sujeto que vivencia las situaciones que le exigen emplearlas.

3.2.1. AFRONTAMIENTO ENFOCADO AL PROBLEMA

Las pacientes oncológicas de esta investigación saben que el padecer una enfermedad como el cáncer implica una serie de procesos, tanto de cuidado físico como emocional, que pueden determinar el éxito o el fracaso del proceso de recuperación. En este sentido, se logró identificar, que respecto a la enfermedad se emplearon dos estrategias de afrontamiento: por un lado, la planificación; y por otro lado, la confrontación.

Las pacientes que emplearon el mecanismo de afrontamiento de la planificación, el cual permite al sujeto pensar y desarrollar estrategias para buscar una solución a un problema (Vázquez,

Crespo y Ring,), fueron M2, M3 y M4, pero cada una respecto a elementos diferentes. Por ejemplo, M2 la ejecutó al sentir necesario un cambio en su lugar de recuperación, como queda retratado en las siguientes afirmaciones:

yo le decía al doctor “si usted no me saca de aquí yo no sé, yo que voy a hacer pero yo me les voy a volar, yo no me aguanto, yo no soporto esto, yo no me siento ya aquí ni agonizante ni moribunda como para que me tengan aquí”, y el doctor me dijo “no, si usted tiene toda la razón, miraremos cómo la cambiamos”, pero yo si noté que eso si me bajoneo, no yo sentí que eso fue lo duro (SIC)

O “es que sabe también qué, es otra cosa, que yo no quiero estar en Bogotá, yo quiero ir a tierra caliente, y yo les digo me den paseo por tierra caliente” (SIC)

Otro caso de planificación fue el expuesto por M3, quien empleó esta estrategia de afrontamiento respecto a los cuidados alimenticios que debía mantener a lo largo de su proceso de terapia. Esto es claro, cuando ella afirma que “porque eso es lo primero que tomó cuando me voy a venir a trabajar tipo 3:30 de la mañana; me hago mi extracto de lechuga verde, con lechuga romana, penca de sábila y manzana verde” (SIC)

Finalmente, se encuentra M4, quien empleó la misma estrategia de afrontamiento, pero a través de caminos totalmente diferentes: M4 decidió afrontar el proceso de su enfermedad a través de la escritura y del humor. Ella decidió que la enfermedad era algo que tenía dentro de sí y que quería comunicarle algo que ella debía escuchar para así poder entender por qué le había ocurrido lo que le había ocurrido (padecer cáncer de tiroides). Esto queda retratado cuando ella señala que:

Yo tengo que escribir esto porque si yo no escribo esto que me está pasando, lo que está significando para mí, todo lo que me tiroides me quiere decir, se me va a quedar adentro, y si no lo comprendo es posible esta enfermedad que yo tengo, y se

manifieste en el nódulo se me quede adentro (...) Entonces, empecé a escribir el 23 de abril y empecé a tomar nota de todo lo que me pasaba para redactar lo que me pasaba todos los días (SIC)

O cuando afirma que “empecé a usar el buen sentido del humor con ellas (las enfermeras), como transmitirles algo humorístico, y ellas lo recibían, y a mí me aliviaba porque me sentía con un papel activo de animarlas a ellas” (SIC)

El elemento común que tienen los ejemplos anteriores es que todas las pacientes toman conciencia de su situación, de su enfermedad y del malestar que esta tiene en distintos aspectos de su vida, y a partir de allí emplean la estrategia de afrontamiento de la planificación, que supone pensar y desarrollar estrategias para solucionar un problema (Vázquez, Crespo y Ring, s.f.), y con ello logran, al menos desde su experiencia vital, hacerle frente al malestar que les produce el cáncer. Lo importante en este punto es señalar que cada una de las pacientes, a través del cuidado físico, del cambio de centro hospitalario o de la narración escrita de su experiencia, busca conciliar el mal que su cuerpo experimenta a través de una planificación que le permita superar esa etapa de la vida.

La otra estrategia de afrontamiento empleada respecto a la enfermedad fue la de la confrontación. Esta estrategia fue empleada por dos de las cuatro pacientes oncológicas de esta investigación. Por un lado, está M4, quien la mañana previa a su operación se sintió mal físicamente: sintió que perdía el control sobre su cuerpo y decidió tomar “la decisión de que la ansiedad no controlara lo que me estaba pasando” (SIC). Por otro lado, se encuentra M3, quien empleó la confrontación como estrategia de afrontamiento en el momento de recibir la noticia del padecimiento de la enfermedad, al evidenciar que el doctor no le quería notificar directamente lo que le estaba ocurriendo. Esto se puede ver en lo expuesto por M3 al afirmar que “si tiene algo

que decir (le decía al doctor) me lo tiene que decir a mí que soy la enferma, la afectada, no a ellas (la sobrina y la nieta) y dijo “¿usted quiere que le diga?”, y le digo “sí, doctor” (SIC).

Los dos ejemplos anteriores son una muestra de la estrategia de afrontamiento de la confrontación en la medida que son intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas (Vázquez, Crespo y Ring, s.f.). Por un lado, la confrontación se da por el deseo de que el cuerpo no obstruya o interrumpa todo un proceso quirúrgico; y del otro lado, surge por el deseo de conocimiento sobre una situación física concreta que ocurre en sí misma. Lo importante en ambos casos es que las pacientes se sienten desbordadas por la situación que enfrentan y optan, de manera directa, por buscar una solución al problema que se les presenta.

A modo de conclusión, es pertinente señalar que tanto la estrategia de afrontamiento de la planificación como la de confrontación, pueden ser útiles para afrontar procesos complejos, puesto que le permite a la persona que los atraviesa tomar medidas para enfrentar una determinada situación: la planificación, por ejemplo, le permitió a las pacientes oncológicas llevar a cabo un balance de su situación, para a partir de él comprender cuál era el paso a seguir en su tratamiento médico, lo cual les brinda a ellas un relativo empoderamiento sobre su enfermedad, puesto que pueden decidir qué es lo que quieren hacer y cuáles son los métodos y estrategias a ejecutar. La confrontación, por su parte, permite a las pacientes, a partir de la búsqueda de soluciones al problema que se le presenta, ejecutar acciones concretas que les permita, por ejemplo, estar enteradas de su situación actual.

3.2.2. AFRONTAMIENTO ENFOCADO A LA EMOCIÓN

Las estrategias de afrontamiento emocional que emplearon las pacientes de esta investigación, se llevaron a cabo con la intención de intentar asumir el control de lo que

emocionalmente les ocurría para no ser desbordadas por la situación, y fundamentalmente como una forma de responder las situaciones internas y externas que vivenciaron. Las cinco estrategias de afrontamiento que orientan la exposición de esta subsección y que estuvieron presentes en las pacientes son: autocontrol, aceptación de la responsabilidad, distanciamiento, reevaluación positiva y escape- evitación.

Las pacientes oncológicas que emplearon la estrategia de afrontamiento de autocontrol fueron M1 y M3, quienes la ejecutaron respecto a cómo sintieron ellas que debían tratar la enfermedad: con paciencia y tranquilidad. Esto queda reflejado en lo expuesto por M1, quien afirma que tras recibir la noticia de la enfermedad su reacción fue de “no, pues salir adelante, uno debe tener mucha paciencia y pues mis hijos: ¡siempre han estado conmigo!” (SIC). Asimismo, asumió la enfermedad como un elemento que es parte de la vida y que se puede soportar, como queda evidenciado al afirmar que “la verdad no sé por qué me daría esta enfermedad, uno no entiende, pero hay que lucharla hasta donde se pueda y hasta al fin, hasta que mi Diosito nos de fuerzas y ánimo para poder soportar todo” (SIC). En esta misma circunstancia se encuentra M3, quien tuvo una respuesta similar a la de M1, respecto a su enfermedad, según lo relatado en la entrevista, en la que asegura que:

Yo lo tomé normal como si fuera una enfermedad cualquiera, a mí en ningún momento me ha dado por pensar que me voy a morir ya, no, en ningún momento, en ningún momento: yo me asuste, como le dijera, yo en ningún momento me deprimí (SIC)

En estos casos, la estrategia de afrontamiento del autocontrol funciona como un elemento que le permite a las pacientes oncológicas ejecutar esfuerzos para controlar sus sentimientos y sus respuestas emocionales (Vázquez, Crespo y Ring, s.f.), lo cual es relevante para lograr mantener

el manejo emocional y evitar un desbordamiento de las emociones, las cuales podrían impedir un adecuado entendimiento de la situación.

Otra de las estrategias de afrontamiento empleadas para llevar a cabo el control emocional por parte de las pacientes oncológicas fue la de la aceptación de la responsabilidad. En sentido, M3 tomó conciencia de que sus hábitos no eran los mejores respecto a su salud y, a partir de ello, optó por transformarlos, como queda en evidencia en lo expresado por ella, cuando afirma que

Entonces, no sé si será hereditario o será el cigarrillo (el culpable del inicio de la enfermedad) (...) ¡juemadre, es que me va a poder más la gana de fumar que de vivir!, ¡no señor, hasta hoy me fumo uno!”, y ni más que me volví a fumar un cigarrillo (SIC)

Lo interesante de poner en práctica una estrategia de afrontamiento como la de aceptar la responsabilidad, es que le permite a las pacientes oncológicas reconocer la responsabilidad que pueden tener en el origen o en el mantenimiento del problema (Vázquez, Crespo y Ring, sf) y a partir de ello tomar acciones que les permita cambiar el rumbo que tiene la enfermedad.

El distanciamiento, respecto a la enfermedad, fue una de las estrategias de afrontamiento más comunes empleadas por las pacientes que participaron en esta investigación. Por un lado, M3 manifestó que empleó esta estrategia para no generar una preocupación innecesaria. Esto queda evidenciado en lo anunciado por ella, al asegurar que:

De hecho a mí a ratos se me olvida que la tengo (la enfermedad), es que casi nunca me acuerdo que la tengo (...) no me eché a morir. Usted póngase a pensar en algo que la preocupe y le baja la moral, seguro usted se enferma, pero si uno no le pone mucha atención no se enferma (SIC)

Por otro lado, M1 manifestó que tuvo grandes momentos de tranquilidad, que son necesarios para el tratamiento de este tipo de enfermedades. Esto se puede ver en lo afirmado por ella, cuando argumenta que: “uno debe tener mucha tranquilidad para eso, para este tipo de enfermedades, porque hay personas que relaciona el cáncer con la muerte, pero eso si tengo yo, que soy una persona muy tranquila en ese sentido” (SIC)

El distanciamiento, como estrategia de afrontamiento, permite a las pacientes oncológicas apartarse del problema, evitando pensar en él, y de esta manera logran tomar distancia de los elementos estresores (Chico, 2002), lo cual, en potencia, puede ayudarles a no padecer otro tipo de problemas, como el estrés. Sin embargo, es pertinente tener en cuenta que el distanciamiento debe ser, en alguna medida, mental, mas no médico, puesto que el distanciamiento médico puede generar problemas que si no son diagnosticados a tiempo pueden alterar gravemente la salud de las pacientes.

Una de las estrategias de afrontamiento más interesantes, dentro de las expresadas por las pacientes oncológicas, fue la de reevaluación positiva, puesto que las pacientes son capaces de mostrar que aún en circunstancias adversas, es posible encontrar herramientas positivas que favorezcan la interpretación que hacen sobre los sucesos que les ocurren. Esta estrategia fue empleada, particularmente, por M4, quien afirma que

(la enfermedad) no fue como que me tumbó y me deprimió y me quedé en la cama o me quedé deprimida y no me levanté en todo el día: al contrario, fue como un cohete, como si me hubieran mostrado que el tigre está ahí y yo como si hubiera salido corriendo del tigre: ese cáncer, es decir ese carcinoma, porque yo me levanté a la misa a donde mi amigo “yo no me voy a dejar vencer y la voy a luchar como cuando suben al Everest”, o sea como que no me mató, si no que me motivó (SIC)

Esta sensación incluso la experimentó M4 previo a la operación, como lo señala al afirmar que

Ya la sensación (de padecer la enfermedad) empezó a ser hasta bonita porque la vida me zarandó, pero estoy sintiendo como muy especial, porque la vida es como cuando el papá lo regaña a uno por el bien de uno y como una vaciada que (...) es para que mejores, es más una sensación de estoy muy zarandeada, pero ¿sabes?, todo esto es muy positivo. Entonces, incluso me sentía mejor que antes, sí, emocionalmente me sentía mucho mejor que meses anteriores que venía como aburrida que no sabía a qué me quería dedicar, estaba en un momento que no sabía para dónde coger (SIC).

En este caso, la reinterpretación positiva empleada por las pacientes les permite vivenciar un momento y transformarlo como una oportunidad de crecimiento personal. Esto se consigue intentando sacar la parte positiva de una situación estresante (Chico, 2002), para que la misma situación se convierte en un elemento motivacional para adelantar acciones que anteriormente no se habían contemplado.

La última estrategia de afrontamiento empleada por las pacientes oncológicas fue la de escape-evitación. Esta estrategia, aparentemente, fue empleada cuando se veían desbordadas por las situaciones que vivenciaban, debido a que es una estrategia que se empleó, principalmente, en situaciones que pueden generar estrés en la paciente, como lo son, el momento previo a la operación, en la que una paciente señala que “estaba súper tranquila, emocionada viendo todo” (SIC), como si no tuviese la atención dispuesta a entender el riesgo al que se estaba sometiendo; o situaciones como la de imaginar elementos irreales, que le permitían evadir la situación, como lo retrata M4, cuando señala que:

Es que los imaginarios de uno son raros e inconscientes. Entonces es raro hacer eso consciente, como que te van a sacar la tiroides, pero realmente mi imaginación me llevaba a pensar que me iban a quitar era la cabeza, porque como que uno lo relaciona con cosas como locas (SIC).

En esta serie de ejemplos se puede ver el mecanismo de afrontamiento de evitación en la medida que las pacientes ponen un distanciamiento conductual y mental sobre las cosas que les acaecen (Chico, 2002), o generan un pensamiento irreal que les permite aislarse de la situación concreta que atraviesan (Vázquez, Crespo y Ring, sf).

Finalmente, es pertinente señalar que el uso de las estrategias de afrontamiento, enfocadas en la regulación emocional, adquieren relevancia en una situación desbordante como lo es el padecimiento de cáncer. En este tipo de enfermedades suelen relucir estrategias como el distanciamiento, que pueden ayudar a evitar el estrés, el cual puede presentarse en niveles elevados, pero asimismo no es recomendable estar todo el tiempo en un proceso de evitación constante de la situación, puesto que, este tipo de estrategias podrían traer consigo consecuencias perjudiciales para la salud física o mental. Adicionalmente, estrategias como el autocontrol permiten que las emociones no se presenten de manera desbordante, y nublen las decisiones que deben tomarse frente a la enfermedad y su proceso. Esto puede ser positivo en la medida que los enfermos pueden tomar consciencia de su situación emocional, hacer una valoración y actuar a partir de ella.

Estrategias como la aceptación de la responsabilidad permiten a la mujer reconocer su papel en el origen de la enfermedad, otorgando a su vez la posibilidad de que estas asuman un rol activo frente a la misma. Respecto a la estrategia de escape-evitación es pertinente señalar que hay ocasiones donde el realizar otro tipo de actividades puede hacer más llevadero el proceso, pero

asimismo es mejor estar al tanto del proceso a realizar. Por último, sobre la estrategia de la reevaluación positiva, es pertinente señalar que permite a las mujeres encontrar el lado positivo de su padecimiento, lo que a su vez puede traer consigo motivación para realizar otro tipo de conductas que hacen más llevadera la enfermedad.

3.2.3. “CONFIANDO EN DIOS”

En secciones anteriores se esclareció que hay un interés, por parte de las pacientes oncológicas, en querer expresar aquellas emociones que surgen producto de padecer una enfermedad como el cáncer. Esto ocurre debido al hecho de que el diagnóstico del cáncer trae consigo una experiencia emocional fuerte, frente a la cual, algunas mujeres buscan una forma de darle sentido a aquello que afrontan. Un elemento particular, dentro de esta investigación, es el hecho de que las mujeres intentaron entender el padecimiento de su enfermedad por medio de su experiencia espiritual. Esto puede ser el resultado de que en muchas ocasiones se suele establecer una relación entre la palabra cáncer y la palabra muerte, y en este sentido se acude a la fe, y a Dios, en busca de encontrar las mejores decisiones sobre sus vidas, para con ello poder encontrar paz y tranquilidad. Esto se puede ver reflejado en lo expresado por M3 (lo que a su vez representa en gran parte, el pensamiento de las otras pacientes oncológicas), al afirmar que “es que uno no se muere cuando le dicen (los médicos) “usted se va a morir” si no cuando Dios quiera que uno se muera...” (SIC).

Esta estrategia de afrontamiento es empleada en distintos momentos, por ejemplo M2, quien la emplea durante el tratamiento de la enfermedad. Ella asegura que “pues, uno primero confía en Dios, yo tengo la esperanza en Dios porque él fue el que nos hizo, nos formó, entonces confió primero en Dios y en lo que Dios está mandando el tratamiento del hombre” (SIC) o cuando asegura que

Dios ha permitido que mucha gente, es que ahorita hay cosas muy modernas, entonces lo están apoyando a uno la gente con tratamientos especializados eso también ha ayudado mucho (...) ¡yo quisiera que este dolor se quitara, le clamó al señor, le suplico a Dios! (SIC)

Otra forma de emplear la espiritualidad es la empleada por M4, al querer darle sentido a su enfermedad, para, a partir de ella, transformar su vida, como lo hizo, por ejemplo, al iniciar a retratar su enfermedad por medio de la escritura. Esto queda evidenciado, en lo expresado por ella, cuando asegura que

a las tres de la mañana me desperté y sentí Dios me estaba pidiendo que hiciera algo, como una misión de salir a las personas, como que por eso estaba pasando por esto ... una amiga me envió un mensaje de que Dios me tenía en sus manos y yo me sentía muy bien física, anímica y mentalmente (SIC).

Cuando este tipo de estrategias de afrontamiento ocurren, según Chico (2002), hay una tendencia en aumentar las actividades personales orientadas a la religión, y fue esto lo que efectivamente le ocurrió a M4. Esto se puede ver en lo expresado por ella al afirmar que:

Voy a ir a misa todos los días, voy a comulgar todos los días porque a mí el que me va a curar va a ser Dios” porque fue como un “¡Dios mío tú me tienes que curar!”. Entonces, fue como un “Dios me va a curar y voy a tener la comunión todos los días, sagrado, sagrado”, y me fui esa mañana de jueves a la misa a las 8 am (SIC)

Lo que nos deja como enseñanza la puesta en marcha de la estrategia de afrontamiento de la espiritualidad, es que esta se emplea para utilizar como herramienta de apoyo a la fe, para con ello hacer frente a la enfermedad.

3.3. APOYO SOCIAL

La presente sección tiene por objetivo reconocer los elementos propios del apoyo social como parte del proceso de afrontamiento que llevan a cabo las pacientes oncológicas. Sin embargo, es pertinente señalar que el apoyo social, en tanto que estrategia de afrontamiento, requiere una gran capacidad de análisis, puesto que, el apoyo social puede estar presente o no en el inicio de la enfermedad y en el tratamiento de la misma, y puede provenir o no, de distintas redes de apoyo, por ejemplo, de las redes sociales como la familia o los amigos, del acompañamiento profesional, como el que adelantan los doctores, o del acompañamiento institucional, como el que adelantan las EPS, o los mismos centros hospitalarios. Tomando esto en consideración se presenta una división capitular que consta de dos grandes partes, a saber: el acompañamiento al inicio de la enfermedad, y el acompañamiento a lo largo del tratamiento, y en estas partes, según corresponda se expone los distintos lugares desde los cuales puede provenir el apoyo social.

El apoyo social es entendido como aquella estrategia de afrontamiento empleada por personas que se sienten desbordadas por una situación, o que enfrentan situaciones estresantes, y que les sirve en la medida que les permite ejecutar una valoración de su situación actual o el afrontamiento de las mismas (Barra, Cerna, Kramm, & Véliz, 2006). Generalmente, cuando se emplea la estrategia de afrontamiento del apoyo social, lo que se hace es acudir a otras personas (amigos, familiares, etc) para buscar ayuda, información, comprensión, respaldo, confianza o apoyo emocional (Vázquez, Crespo y Ring, s,f), para a partir de ello dar solución al problema que se padece²⁰.

²⁰Considerando que en ocasiones esta estrategia puede generar que la valoración de la situación sea más estresante.

3.3.1. INICIO

El apoyo social, al recibir una noticia como es el padecimiento del cáncer, suele ser de alto impacto para la paciente, puesto que, como se ha señalado anteriormente, hay muchas ocasiones en las que se suele vincular el cáncer con la muerte, y para las pacientes oncológicas resulta fundamental contar con el apoyo de aquellos a quienes aprecian. En ese sentido, retoman importancia aquellas personas (principalmente familiares) que acompañaron, en la valoración inicial, a las pacientes, puesto que, por lo menos en esta investigación, mantuvieron una fuerte conexión con estas, como lo permite evidenciar M1 al afirmar que “¡sí, pues mis hijos y mi familia: ¡ellos siempre han sido mi apoyo, para qué!” (SIC).

La importancia que retoman las redes sociales de apoyo (en este caso familiar), es que estas están configuradas de tal manera que, a partir del entorno del sujeto, sean elementos proveedores de apoyo (Marin, Pastor, & Roig, 1993), que se ve manifestado en la confianza que las pacientes depositan en ellos.

En una situación contraria se encuentran los amigos de las pacientes, que, por lo menos desde la percepción de estas, sufrieron una leve, pero significativa reducción. Esto queda evidenciado en lo señalado por M1 y M3, cuando afirman, respectivamente, que “pues en un momento (después de recibir la noticia) sí sentí se redujo (el círculo social de la amistad)” (SIC), o, “ya poco me visitan (los amigos) porque los que siempre están pendiente de uno, y no lo dejan igualmente sólo son la familia: mis hermanos, mi mamá, mis hijos” (SIC). M4, a diferencia de las otras pacientes manifiesta que efectivamente sentía cierta sensibilidad frente a ciertos tratos indiferentes de sus amigos, pero en algunos casos estas circunstancias fueron transformadas en elementos positivos, como se puede ver a continuación:

Mi amigo dijo como “no dramatices tanto” o algo así, no recuerdo bien. O no, eso no, no fue ni ese el caso, es que yo empecé “es que el cáncer de tiroides no es cualquier cosa” y me acaban de decir que tengo cáncer y eso es importante y me puse como delicada sensible y le dije a todos como noticia (...) y entonces fue como una terapia de grupo y empecé fue conectar con cosas del pasado de mi casa, atando cabos de cosas que pasaron por mucho tiempo en mi casa, como vivencias personales (SIC)

El apoyo social, recobra sentido, en este caso, porque le permite a la paciente, a través de aquellas personas que la rodean y de los recursos que le brindan, tener un amparo emocional tangible, que le sirve como un elemento ideal para compartir intereses comunes, y le brinda unas condiciones idóneas para sentirse comprendida y respetada (Feldman et al 2008).

Un elemento particular, dentro de esta investigación, es que una de las pacientes oncológicas manifestó que ella (quien, además llevó a cabo un proceso de reevaluación positiva), tan pronto recibió la noticia de la enfermedad, se convirtió en un apoyo para los demás miembros de la familia. Esto se puede ver en lo expresado por M3, cuando asegura que:

cuando a mí me abrieron que no me pudieron operar, el doctor le dijo a mis hijos “llévela a la casa y consiéntela mucho porque ella no les dura si no tres meses”. Entonces, yo los veía llorando hasta que un día les dije “¿ustedes por qué lloran?, ¿Qué les dijo el médico? ¿les dijo que me les voy a morir?”. Entonces ellos me dijeron que sí, que yo sólo les duraba tres meses. Entonces yo les dije “el doctor podrá tener su sabiduría, podría tener su ciencia, pero yo no me voy a morir hasta que Dios quiera que yo me muera y si Dios no quiere que yo me muera todavía no me voy a morir (SIC).

La respuesta de M3 es una respuesta valiosa e interesante porque ella asumió, de la mejor manera posible, los comentarios y las gesticularidades que le ofrecía su familia. Es importante porque en muchas ocasiones las redes sociales pueden cumplir la función de ser elementos que entorpecen los procesos de evaluación que realiza el sujeto (Marín, Pastor, & Roig, 1993,) y por tanto generar respuestas negativas del paciente en torno a la enfermedad.

Otro tipo de acompañamiento vivenciado por las pacientes oncológicas en el origen de la enfermedad fue el profesional, que en gran medida fue empleado con el fin de buscar información y segundas opiniones respecto a su condición física. Esto se puede evidenciar en lo relatado por M4, quien asegura que

Lo primero que pensé en el bus fue “yo tengo que hacer tres llamadas a un médico Ayurvédico²¹ que me había acabado de ver hacía unos días, al médico que no me había podido ver y un amigo que es médico” (...) llamé a mi amigo y le dije “quiero hablar mañana contigo urgente” y me dijo “por la tarde”, pero me lo paso para el viernes. Ahí mismo le escribí al Ayurvédico, que me ayudara contándole mi situación, para saber qué tenía que hacer y entonces listo, al otro día me levanté (...), el Ayurvédico me había dicho “yo te voy a ayudar, ese problema tiene solución, yo te voy a ayudar con la medicina Ayurvédica”... (SIC)

La importancia del apoyo social, tanto familiar como profesional, radica en que le permite a la paciente oncológica no sentirse sola en su lucha contra la enfermedad, y tener un conocimiento más profundo tanto de lo que padece, como de las posibles vías de tratamiento que puede efectuar en su cuerpo, permitiéndole tener mayor conciencia de su situación actual y brindándole herramientas para elegir el mejor curso de acción para su salud. La importancia del apoyo social

²¹Quien practica la medicina tradicional India, que es aquella que busca el equilibrio entre cuerpo, alma y espíritu por medio de la interacción de la energía corporal con las energías del medio natural.

también se puede evidenciar en la percepción que ejecuta la paciente oncológica de aquellos elementos (Feldman et al 2008).

3.3.2. TRATAMIENTO

Como se señaló en apartados anteriores, para las pacientes de esta investigación la creencia espiritual en Dios resulta fundamental en el proceso de afrontamiento de la enfermedad, debido a que esta creencia les da confianza y seguridad. Esto, según los resultados de la investigación, parece ser lo que buscan las pacientes oncológicas al acudir al apoyo social, pero al entender que su círculo familiar, por cuestiones circunstanciales, no puede acompañarlas durante todos y cada uno de los momentos de la enfermedad, tienen una ligera tendencia considerar que sólo Dios las acompaña a lo largo del tratamiento. Esto queda evidenciado, por ejemplo, en lo expuesto por M4, cuando afirma que

Pues, principalmente Dios (la ha acompañado en el proceso de la enfermedad) porque a veces como que uno dice finalmente, o sea claro la familia, pero *uno a veces siente que el único del que se puede agarrar es de Dios*²² uno siente que ni siquiera las otras personas de tu familia pueden entender, o sea como que el único que me puede salvar es Dios. Entonces, finalmente del que uno se agarra es Dios: tú te sientes solo y sólo de él te puedes agarrar, para mi Dios era como y yo: sentía la presencia de Dios muy palpable, sentía un amor enorme como que todo era demasiado especial (SIC)

Como se señaló anteriormente, respecto al apoyo social, no son sólo importantes aquellos elementos presenciales, sino también la percepción de apoyo que se puede tener (Feldman et al 2008). En este punto la percepción de un ente superior que realiza un acompañamiento durante la

²²Cursivas añadidas por la autora.

enfermedad le da la paciente confianza en el tratamiento, así como tranquilidad porque no se siente sola y desamparada.

Sin embargo, también es pertinente señalar que esta creencia en el acompañamiento constante de Dios, es tomada como un elemento que favorece la autonomía de las paciente, puesto que las incita a valerse de sus propios recursos en actividades como, pedir citas médicas, como lo permite evidenciar M3, al afirmar que:

Cuando tengo que llevar a un acompañante ahí si va mi hijo o mi sobrina, pero de resto yo voy sola a hacerme aplicar mi inyección, voy sola a reclamar, sola a erradicar mis papeles, yo hasta ahora, gracias a mi Dios, no he necesitado que nadie me tenga que acompañar (SIC)

También es importante señalar, que a pesar de la creencia anteriormente desarrollada, las pacientes sienten la compañía de sus familiares, tanto en el tratamiento como en el tema económico. Esto queda evidenciado cuando M4 y M2, señalan, respectivamente, que “sentía mucho a mis papás porque son los que van a estar permanentemente, por eso sentía el apoyo de ellos: era lo único que necesitaba” (SIC) o “Sí, eso sí, con los gastos tratamos de ayudarnos (entre los miembros de la familia)” (SIC).

Al igual que en la subsección anterior, llama la atención que M3, en particular, desarrolló una actitud activa frente a la enfermedad, lo cual le permitió, constantemente, y no sólo durante el inicio de su enfermedad, ser un sujeto de apoyo tanto para su familia como para sus amigos, como queda evidenciado en los siguientes relatos: “ellos dicen (los hijos) “si no se preocupa ella que tiene la enfermedad por qué nos vamos nosotros que echar a morir porque ella tiene esa enfermedad”(SIC) y “yo lo llevé (a un compañero de trabajo) donde el doctor P2 y el doctor me dijo “está muy avanzado, pero vamos a ver qué hacemos para que dure unos años más” (SIC)

Durante el tratamiento, las pacientes contaron con distinto tipo de apoyo profesional, que fue tanto psicológico como médico, lo que les permitió asumir, desde una perspectiva mucho más positiva, la enfermedad. Esto queda evidenciado en lo expuesto por M3 y M1, quienes afirman, respectivamente, que

Estuve como cinco veces donde la psicóloga cuando eso era Saludcoop (...) Yo también tuve un tratamiento con el doctor P2, él es un médico inmunólogo, profesor de la Universidad Nacional. Él me hace a mi acupuntura y yo estuve en un tratamiento con él 5 años (SIC)

Y

Ellos (los doctores) felices de verme a mí también así: una persona fuerte (...) ahorita la doctora que me estaba tratando anteriormente (...) me había hecho sacar unos exámenes. Entonces ella los leyó y todo eso y me dijo que en los exámenes estaban muy bajas las defensas: totalmente no tiene defensas. Dijo “me va a tocar suspenderle el medicamento por unos 15 días a ver qué pasa” (SIC)

En este caso, el apoyo social que le prestan los médicos y las enfermeras a las pacientes oncológicas les permite favorecer el mantenimiento de las relaciones sociales y desarrollar procesos de adaptación que nutren el bienestar del individuo, al menos, durante el tratamiento de la enfermedad (Marín, Pastor, & Roig, 1993)

Finalmente, se encuentra el acompañamiento institucional que, según lo dictaminado en la ley 1384 del 19 de abril de 2010, debe ser aquel que busque asegurar que los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, garanticen la prestación de todos los servicios que se requieran para su tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo. Sin embargo, es pertinente señalar que esto no ocurre así en todos los casos de esta

investigación. Hay casos como M1 y M3, quienes asisten a una institución conocida como Enlace de Vida, que les ha ofrecido apoyo en medicina y tratamientos. Pero, hay otros casos en donde esto no ocurre, escasamente, debido a la insistente demanda por parte de las pacientes y de los miembros de su familia y de otras instituciones, se cubren algunas necesidades básicas. Este tipo de ejercicios muestra el grave incumplimiento de la ley que se presenta con algunos pacientes oncológicos. Un ejemplo de lo anterior lo relata M3, quien afirma que

Pues ya llevo un año sin que me hagan eso (la aplicación de una inyección), pero era cada 6 meses, pero cuando cambio a Saludcoop me han mantenido de un oncólogo para otro. Allí me tienen, allí estancada (...) A mí me comenzó a atender Saludcoop y cuando se acabó ese seguimos con Cafesalud, y resulta que con Cafesalud he tenido problemas porque el oncólogo me manda la inyección y yo voy y la erradicó y no me la dan (...) en este momento, como llevo tres meses de no aplicarse la inyección, ellos (Enlace de Vida) están bregando a ver por qué, como a mí me la estaban aplicando en la clínica San Diego, pero la clínica dejó el contrato que tenía con Cafesalud. Entonces ¿qué pasó?, cuando yo fui a que me entregaran los papeles, que ellos no sabían esos papeles dónde estaban, entonces los de Enlace de Vida son los que me están ayudando a recuperar

Una situación peor es la vivenciada por M2 y su núcleo familiar, quienes aseguran que

Me llevaron a ese hospital San diego (...) No les importaba, no hay calidad humana (...) a ponerme gente a morir al pie, eso fue terrible porque me dejaron 8 días, yo sentí que me enloquecía (...) Ya venían (los doctores) y se la entregaban (los medicamentos) a los enfermeros y miraban la dosificación y decían “¡ay no, este

de esta noche no pasa!” ¡Terrible!, y yo decía “¡ay Dios mío qué es esto, esto es un sepulcro!”

En este punto, siento la responsabilidad moral con las pacientes, que gentilmente me relataron sus historias, sus procesos emocionales, y en alguna medida me hicieron parte de ese duro proceso que es padecer una enfermedad como el cáncer, de denunciar los abusos, la negligencia médica, el trato inhumano y las indignantes condiciones en las que reciben los tratamientos médicos. Algunas de las pacientes que hicieron parte de esta investigación pasaban por momentos difíciles de sus vidas, que están más allá de la enfermedad, y es entristecedor vivenciar cómo el sistema médico de algunos hospitales, y el modo de proceder de algunas IPS no es el adecuado, ni digno para que una persona lo reciba.

Los relatos de las personas presentes en esta investigación muestran gran parte de la insensibilidad del sistema de salud al que se tienen que ver sometidas muchas personas que padecen enfermedades de este tipo y que no cuentan con los recursos propios para costearse los tratamientos. La falta de un acompañamiento institucional fuerte, sobre todo lo que es el tratamiento de una enfermedad como el cáncer puede traer en los pacientes una carga emocional negativa, que les puede afectar la motivación, y conducirlos a escenarios en los que pueden considerar que, producto de la pérdida de tiempo en la instauración de tutelas, en la demora de las citas médicas, en el cambio constante de profesionales encargados de sus tratamientos médicos, entre otros, lo mejor sea aplazar o renunciar a los mismos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ La primera gran conclusión que arroja la investigación señala que tanto las estrategias de afrontamiento, como la expresión y la represión emocional, son elementos que no se puede separar por el puente común que hay en estas: las emociones. Las emociones, a

su vez, se entienden como los elementos precursores para efectuar la acción, y como los elementos que permiten evidenciar las respuestas que las mujeres dan respecto a ciertas demandas externas, como la enfermedad. Asimismo, es válido señalar que dependiendo del manejo que se les dé a las emociones se vincularan con distintas formas de afrontamiento, por lo tanto, el proceso de la enfermedad está atravesado por distintas emociones, por distintas formas de darle manejo a estas y por formas distintas de afrontar cada uno de los momentos.

Lo anterior se puede vincular con el hecho de que la mujer no siempre se encuentran en un rol pasivo frente a su enfermedad, puesto que, en esta investigación, tanto en la noticia inicial como en el tratamiento, desarrollaron varias estrategias que les permitieron empoderarse de su proceso, lo que les da la posibilidad de ser el sujeto que genera, en su círculo social, una reducción de estrés frente a situaciones demandantes, tranquilizando a sus familiares y dando apoyo a amigos que estén transitando situaciones similares. Esto se puede contrastar con las investigaciones que generalmente comentan que las mujeres entran en estados depresivos a causa de la enfermedad, permitiendo identificar que no en todos los casos la respuesta emocional se presenta de la misma manera, y en ocasiones trae consigo espíritu de lucha y no decaimiento.

Lo anterior permite evidenciar que las emociones, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, se relacionan continuamente en el proceso de la enfermedad, por la forma en que cada una de las mujeres valora la situación, valoración que origina reacciones emocionales y conductuales, estas reacciones a su vez afectan la forma de afrontar cada uno de los momentos de este proceso. Proceso que posee componentes sociales por lo tanto las reacciones emocionales y comportamentales afectan a el círculo

círculo social de la mujer y la forma en que se relaciona con cada uno de los actores que intervienen en este.

En el proceso de la enfermedad se hace presente la relación continúa entre las emociones, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social. Dicha relación se evidencia en el momento inicial en el que la mujer realiza la valoración de la situación (padecer cáncer), valoración que es subjetiva y puede desencadenar en emociones positivas o negativas (según su valencia) y en situaciones que propicien la expresión y la represión emocional. Esta serie de procesos emocionales pueden modificar la relación que las pacientes oncológicas tienen con los actores principales de los círculos sociales, debido a que respuestas como la expresión emocional tiene un sentido social que puede mejorar las relaciones sociales, mientras que estrategias como la represión emocional, pueden ser entendidas como forma de afrontamiento en las que no se quiere involucrar a otros en asuntos personales.

La valoración de la situación y la reacción emocional que se presenta frente a dicha situación es lo que da entrada al uso de las estrategias de afrontamiento, las cuales están enfocadas en la resolución del problema o en la regulación emocional. Estas estrategias de afrontamiento pueden presentarse de forma pasiva, que es cuando la paciente involucra a otros en el proceso de la enfermedad, y de forma activa, que se presenta en el momento en que la paciente decide no involucrar a otros, evidenciando, con esto, el componente social de las estrategias de afrontamiento en general.

La relación de las emociones, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social no ocurre de manera lineal, debido a que cada uno de estos elementos afecta el desarrollo del otro, en otras palabras, las emociones vivenciadas pueden modificar la estrategia de

afrontamiento y la relación con el apoyo social, así como el apoyo social puede modificar o influir en la valoración que se realiza frente a la enfermedad.

- ✓ La segunda conclusión señala que la enfermedad, en algunas ocasiones, puede ser valorada como una situación que impulsa la realización de nuevos proyectos, que puedan estar vinculados a brindar apoyo a personas que padezcan enfermedades similares. Asimismo, esto se vincula con el hecho de que la enfermedad puede traer consigo un aprendizaje positivo, que posibilita efectuar una reevaluación de la enfermedad, para poder ver a esta como una situación que trae consigo una enseñanza, que permite repensar las interacciones y los modos de hacer. De la misma manera, puede ser pensada como una expresión corporal de malestares emocionales, angustias o problemas del pasado, lo cual permite dar importancia a que el cáncer no es sólo una enfermedad con componentes biológico, si no que se encuentra dotada de un componente social y psicológico, en el que también importan las interacciones con los otros y el trato recibido durante la noticia y el tratamiento.
- ✓ Por último, al considerar la enfermedad no sólo como una enfermedad biológica, se considera las mujeres no reciben el mejor acompañamiento institucional ni para los síntomas físicos que esta presenta, ni para los malestares que se pueden presentar social y psicológicamente, acompañamiento que, según la ley colombiana, debería estar presentes, dejando en evidencia el mal estado del sistema de salud colombiano.

Recomendaciones

- ✓ La primera recomendación que arroja esta investigación es que, al trabajar con mujeres con cáncer e indagar como estas valoran, vivencian emocionalmente y afrontan la

enfermedad se debe tener un entrenamiento de nosotros como psicólogos y psicólogas, para poder prestar correctamente atención a las demandas de las mujeres, hombres y niños que padecen cáncer, dado que en el momento que ellos comienzan a narrar su historia, historia que puede estar permeada por una gran cantidad de variables tanto sociales, familiares, económicas y culturales al ser ,en algunos casos, un proceso largo y cambiante.

Este entrenamiento debe estar enfocado a como nuestra emocionalidad no se vea desbordada, ante situaciones que puedan causar dolor, o donde la persona que padezca cáncer exprese su emocionalidad por medio del llanto, sino que por el contrario sea un motivante para prestar una mejor atención y acompañamiento. Acompañamiento que les permita entender que en partes del proceso es permitido estar triste y comunicarles este estado a otros en busca de apoyo, información o consuelo.

- ✓ La segunda recomendación arrojada por esta investigación señala que se puede trabajar con las mujeres, que padecen la enfermedad, no desde un papel de víctima, si no como sujetos activos, que se empoderan de su enfermedad y son capaces de transformar y afrontar los procesos que esta (el cáncer) trae consigo.

REFERENCIAS:

- Anarte, M., Esteve, R., Ramírez, C., López, A y Amorós, F (2001) Adaptación al castellano de la escala Courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. Revista Psicothema, 13(4), 636-342. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/491.pdf>
- Anarte, M., López, A., Ramírez, C y Esteve, R (2000) Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. Revista Anales de psicología, 16(2), 133-141. Recuperado de <https://search.proquest.com/openview/b5630ac713575662765ccd06eb90202f/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1606360>
- Arbizu, J (2000) Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. Revista Anales del sistema sanitario de Navarra,24(1), 173-178. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>
- American Cancer Society(s,f) Tratamiento de cáncer de colon según la etapa. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/por-etapas-colon.html>
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D y Véliz ,V (2006) Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. Revista Terapia psicológica,24(1), 55-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/785/78524106/>
- Becoña, E y Oblitas, L(s,f) Terapia cognitivo-conductual: antecedentes y técnicas. Revista Veritas, 49-70. Recuperado de http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_03_1_terapia-conitivo-conductual-antecedentes-tecnicas.pdf
- Bleger, J (1969) Psicología de la conducta. (Vol. 5). Centro Editor de América Latina. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38488678/Bleger__Jose_-_PSICOLOGIA_DE_LA_CONDUCTA_1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1522210243&Signature=apYd3k1ZLZmbIhVyU9RpFM9Ka7g%3D&respo

nse-content-disposition=inline%3B%20filename%3DBleger_Jose_-
_PSICOLOGIA_DE_LA_CONDUCTA.pdf

Bisquerra, R.(s,f)Viajar al universo de las emociones. p.1-9. Recuperado de
<http://padresformados.es/wp-content/uploads/2016/04/Ponencia-Universo-de-emociones-texto-RB.pdf>

Cano, A (2005) Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. Revista Psicooncología,2(1), 71-80. Recuperado de
https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/39251452_Control_emocional_estilo_represivo_de_afrontamiento_y_cancer_ansiedad_y_cancer/links/0912f50196e841901b000000/Control-emocional-estilo-represivo-de-afrontamiento-y-cancer-ansiedad-y-cancer.pdf

Cano-Vindel, A., Sirgo, A., & Díaz Ovejero, M. B. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: Relaciones con salud y enfermedad En Emociones y Salud, 69-90. Madrid: Ariel

Caracol Radio (4 del septiembre 2015) Revelan aumento en tasa de mortalidad por cáncer en Bogotá. Caracol Radio. Recuperado de
http://caracol.com.co/emisora/2015/09/04/bogota/1441399876_480378.html

Castaño, E y León, B (2010) Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. Revista International Journal of psychology and psychological therapy, 10(2), 245-257. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estr-ES.pdf>

Castro, J (1994) Emociones y salud. Revista anuario de psicología,61, 25-32. Recuperado de
<http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61117/88851>

- Cerezo, M., Ortiz, M y Cardenal, V (2009) Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 131-140. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511492010>
- Chico Librán, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14(3).
- DE Certeau , MICHEL. (1979): La invención de lo cotidiano. El arte de hacer (1ªed). Tomo I. México: Universidad Iberoamericana, 1996.
- De Souzar, L (2011) “Estudio de las emociones: una perspectiva transversal”, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss/16/.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttex
- Diaz, M (2009) Emociones positivas y salud.
- El Tiempo (4 febrero del 2017) Detección temprana, vital en la lucha contra el cáncer. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-del-cancer-en-colombia-48605>
- Enfoque cognitivo-conductual. Recuperado de http://www.upbbga.edu.co/filesupb/ENFOQUE_COGNITIVO.pdf
- Feldman et al L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas psychologica*, 7(3), 739-752.

- Fonseca, H y Bencomo, M (2011) Teorías del aprendizaje y modelos educativos: Revisión histórica. Revista Salud, Arte y Cuidado, 4(1), 71-93. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3938580>
- Fundación colombiana de leucemia y linfoma (2013) generalidades de la leucemia mieloide crónica en adultos “guía para pacientes y familiares” Bogotá: Colombia. Recuperado de <http://www.funleucemialinfoma.org/images/FOLLETOSWEB2014/CARTILLA-PARA-PACIENTES-CON-LMC.pdf>
- Galán, S y Camacho, E (2012) Estrés y salud: investigación básica y aplicada. México: El Manual Moderno.
- Gardner, H (1987) La nueva ciencia de la mente: historia de la revolución cognitiva. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M y Quintero, M (2007) de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Revista Psicología desde el Caribe, (20). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/213/21302004/>
- Giannini. La “reflexión” cotidiana. Hacia una arqueología de la experiencia. Santiago de Chile: Universitaria, 1999b.
- Gómez, O (2005) Richard Stanley Lazarus (1922-2002). Revista Latinoamericana de psicología,37(1),207-209. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80537112.pdf>
- Instituto Nacional de Cancerología (2015) Informe de gestión 2015. Recuperado de [http://www.cancer.gov.co/Rendicion de Cuentas 2015/Informe Gesti%C3%B3n-2015..pdf](http://www.cancer.gov.co/Rendicion%20de%20Cuentas%202015/Informe%20Gesti%C3%B3n-2015..pdf)
- Instituto Nacional de Cancerología (2018) Glosario. Recuperado de <http://www.cancer.gov.co/content/glosario-l>

- Instituto Nacional de Cáncer E.E.U.U (2012) El estrés psicológico y el cáncer. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estres>.
- Jaller, F (4 de febrero 2018) Un centro de diagnóstico de cáncer se inaugura en Bogotá. El Tiempo. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/bogota/nuevo-centro-de-prevencion-y-diagnostico-temprano-de-cancer-en-bogota-178882>
- James, W (1985) ¿Qué es una emoción? Revista de estudios de psicología 21, 188-205. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/65926.pdf>
- Jiménez, M (2006) Emociones positivas. Revista papeles del psicólogo 27(1),9-17. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1280.pdf>
- Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986. (Original de 1984.)
- Leukemia y Linphoma society (2012) La leucemia. Recuperado de https://www.lls.org/sites/default/files/file_assets/sp_leukemia.pdf
- Ley 1348 del 2010 “Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia” 2009-19-04. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1384010.pdf>
- Liga contra el cáncer (2016) Cáncer colorrectal. Recuperado de <http://www.ligacontraelcancer.com.co/cancer-colorrectal/>
- Marin, J. R., Pastor, M. A., & Roig, S. L. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema, 5(Sup), 349-372. recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/727/72709924.pdf>

- Martínez, F y Fernández, J (1994) Emoción y salud. Desarrollos en la psicología básica y aplicada. Presentación del monográfico. Revista Anales de psicología,10(2), 101-109. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/01-10_2.pdf
- Mera, P y Ortiz, M (2012) La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. Revista terapia psicológica,30(3), 69-78. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n3/art07.pdf>
- Ministerio de Salud (2018) Prevención del cáncer. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Prevenciondel-cancer.aspx>
- Montañés, M. C. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Universidad de Valencia.
- Murillo, J., Piñeros, M., Wiesner, C., Rivera, D., Bernal, L., & Aguilera, J. (2012). Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021. Ministerio de Salud Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf>
- Navas, C., & Villegas, H. (2006). Espiritualidad y salud. Revista ciencias de la Educación, 1(27), 29-45. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/volIn27/27-2.pdf>
- Núñez, A. C., & Tobón, S. (2005). Terapia cognitivo-conductual: El modelo procesual de la salud mental como camino para la integración, la investigación y la clínica. Universidad de Manizales. Manizales.
- Ocaña, A. O. (2015). Enfoques y métodos de investigación en las ciencias sociales y humanas. Ediciones de la U.
- Organización Mundial de la Salud (2017) El cáncer infantil. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/es/>

- Ospina, M., Huertas, J., Montaña, J y Rivillas, J(2015) Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 33(2), 262-276. Recuperado de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19044>
- Palmero, F., Fernández, E., Martínez, F y Choliz, M (2002) Psicología de la motivación y la emoción. España: McGraw-Hill.p.289-332.
- Palmero, F (2003) La emoción desde el modelo biológico. Revista electrónica de motivación y emoción, (6)13. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=640533>
- Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi, A y Gorayeb, R (2011) Manual de teorías emocionales y motivacionales. Universitat Jaume I. recuperado de <http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/25363/s57.pdf>
- Palmero, F., Fernández E y Martínez, F. (2002) Teorías emocionales.
- Parra, I., Sánchez, J., Barreto, Y., Bustamante, L y Herrera, J(8 de agosto del 2011) La psiconeuroinmunología[mensaje de un blog].Recuperado de <http://lapsiconeuroinmunologiauft.blogspot.com.co/>
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A y Oblitas, L(2009) Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Revista Suma psicológica, 16(2),85-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134213131007.pdf>
- Piñeros, M., Sánchez, R., Perry, F., García, O., Ocampo, R y Cedales, R(2011) Demoras en el diagnostico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Revista Salud Pública,53(6), 478-485. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n6/a03v53n6.pdf>
- Porro, M., Andrés, M y Rodríguez, S (2012) Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. Revista Avances en psicología

latinoamericana,30(2),341-355.

Recuperado

de

<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n2/v30n2a10.pdf>

Reynoso, L y Seligson, I (2005) Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. México: El Manual Moderno.

Ribes, E. (1995). John B. Watson: el conductismo y la fundación de una Psicología científica. Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis del Comportamiento, 3(3),66-78. Recuperado de <http://www.journals.unam.mx/index.php/acom/article/view/18327/17408>

Robles, O (1957) La psicología de la emoción. Revista colombiana de psicología, 2(1),3-21, Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/32388>

Rodríguez, J., Pastor, A y López, S(1993) Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Revista Psicothema, 5(1),349-372. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2018629>

Rodríguez Parra, M. J., Esteve Zarazaga, R. M., & López Martínez, A. E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. Psicothema, 12(3).recuperado de <http://www.redalyc.org/html/727/72712303/>

Rodríguez, C. (1998). Emoción y cognición. James, más de cien años después Carlos Rodríguez Sutil. Universidad Complutense de Madrid. Universitat de Barcelona. Anuario de psicología, 29(3), 3-23 recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61489/88336>

Semana sección oncología (3 de septiembre 2016) Los cánceres más comunes en las mujeres. Revista Semana. Recuperado de <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/los-canceres-mas-comunes-en-las-mujeres/464740>

- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Revista mal-estar e subjetividade, 3(1). recuperado de <http://www.redalyc.org/html/271/27130102/>
- Sirera, R., Sánchez, P y Camps, C (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. Psicooncología, 3(1), 35-48. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/4e809c2eb636f8833d56c2052d110d5b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=54850>
- Sobre toda la vida (2013) <http://sobretodolavida.com/2013/07/03/la-inteligencia-emocional-segun-goleman/>
- Stefano, V. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. Revista colombiana de Psiquiatría, 32(2), 161-168.
- Tarrés, M.L (2001) Observar, escuchar y comprender: sobre la tradición cualitativa en la investigación social. México: FLACSO
- Téllez, A., López, F, García, C, Sánchez, L., Martínez, J., García, E y Juárez. D y Villegas, D (2012) Estrés y cáncer. Revista Estrés y salud: Investigación básica y aplicada. 181-191. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=567593>
- Tortosa, F y Mayor, L (1992) Watson y la psicología de las emociones: evolución de una idea. Revista Phicotema, (4)1, 297-325. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72704122>
- Valencia, S (2006) Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. Revista Diversitas, 2(2), 241-257. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v2n2/v2n2a06.pdf>
- Vázquez, C y Castilla, C (2007) Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama, Revista psicooncología, 4(2-3), 385-404. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220385A/15628>

- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J y Gómez, D (2009) Bienestar psicológico y Salud: Aportaciones desde la psicología positiva. Revista anuario de psicología clínica y de la salud,5, 15-28. Recuperado de http://institucionales.us.es/apcs/doc/APCS_5_esp_15-28.pdf
- Vázquez Valverde, M. Crespo López y J. M. Ring (s.f) Estrategias de afrontamiento
- Vecina, M (2006) Emociones positivas. Revista papeles del psicólogo,27(1), 9-17. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1280.pdf>
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. Papeles del psicólogo, 27(1)
- Villar, F. (2003). Proyecto docente: Psicología Evolutiva y Psicología de la Educación (Doctoral dissertation, Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología Evolutiva y de la Educación, España. Recuperado de http://www.ub.edu/dppsed/fvillar/principal/pdf/proyecto/cap_08_nuevos_individuales.pdf
- Zaragoza, J (2013) Historia de las emociones: una corriente historiográfica en expansión. Revista Asclepio, 65(1). Recuperado de <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/viewArticle/547/571>

ANEXOS

ANEXO 1

Entrevista N: 1

Título: Sin definir

Duración: 12 Minutos, 10 segundos.

Convenciones:

(1) Entrevistadora

M1 Entrevistada.

Descripción: la grabación, en términos generales, goza de buen audio, por ende, se realiza una transcripción lo más fiel posible. Sin embargo, el contexto en el que surge la entrevista no es el más adecuado, debido a que se presenta en la sala de urgencias, lo cual condiciona, en parte, a la entrevistadora, debido a que las condiciones espaciales y clínicas no eran las ideales para llevar a cabo una actividad como la que se pretendía. El espacio se encontraba con pacientes que padecían diferentes enfermedades, dolencias o con la visita de amigos y familiares, y este tipo de escenario es capaz de trastocar la sensibilidad emocional de la entrevistadora.

Transcripción:

(1): Hola. Buenas tardes, yo soy Margarita Álvarez la chica de la que te habló la doctora Ana sobre la investigación que está haciendo respecto al tema de emociones afrontamiento y cáncer, de antemano te agradezco por permitirme hablar contigo.

M1: No te preocupes.

(1): Bueno, para comenzar me gustaría me dijeras tu nombre completo.

M1: Bueno mi nombre completo es M1, y estoy aquí hospitalizada en Cancerología por urgencias. Me tocó venirme a hospitalizar porque me dio una fiebre muy fuerte entonces me tocó estar hoy aquí.

(1): ¿Hace cuánto ya qué te diagnosticaron?

M1: Pues la enfermedad de la leucemia, me la diagnosticaron hace más de un año: el año pasado

(1): ¿Quién estuvo allí contigo?

M1: Pues cuando me la diagnosticaron, estaban mis hijos, estuvieron allí conmigo pendientes de mí, ellos se dieron cuenta de todo.

(1): ¿Y cómo fue el momento, al momento, de recibir la noticia cómo te sentiste emocionalmente?

M1: No, pues salir adelante, uno debe tener mucha paciencia y pues mis hijos: ¡siempre han estado conmigo!

(1) ¿Son tu apoyo fundamental?

M1: Sí, pues mis hijos y mi familia: ¡ellos siempre han sido mi apoyo, para qué! ¡Gracias a Dios!

(1): ¿Y tu círculo social se ha mantenido?

M1: Pues en un momento sí sentí se redujo, pero ahora no sé cómo vaya

(1) ¿Al reducir te refieres a?

M1: Que ya poco me visitan porque los que siempre están pendiente de uno y no lo dejan igualmente sólo son la familia, mis hermanos, mi mamá, mis hijos y por ahí uno que otro amigo

(1): Y ¿con qué apoyo institucional, hospitales, EPS has contado para el manejo de la enfermedad?

M1: Con el apoyo de, eso es una institución que se llama Enlace de vida, donde tratan niños con cáncer y todo eso. Ellos también me han dado el apoyo

(1): ¿Cómo qué tipo de ayuda te brinda?

M1: Como en medicina y así.

(1) Bueno señora M1 y ¿usted a qué se dedica?

M1: Yo soy ama de casa.

(1): Y después de la enfermedad ¿te seguiste dedicando a tus cosas rutinarias?

M1: No, pues uno después de la enfermedad no puede seguir su rutina diaria, de pronto uno que se sienta bien puede hacer sus cosas sí, pero entonces ya no es igual toca más suave

(1): ¿Al surgir este cambio, cuál se ha vuelto tu cotidianidad?

M1: (Momento de silencio) pues allí no hay muchas cosas.

(1): ¿Das el origen de la enfermedad a alguna causa?

M1: La verdad no sé por qué me daría esta enfermedad, uno no entiende, pero hay que lucharla hasta donde se pueda y hasta al fin, hasta que mi Diosito nos de fuerzas y ánimo para poder soportar todo.

(1): Igual, según entiendo, el apoyo de tu familia ha sido constante.

M1: Sí, pero también lo que me ha ayudado es que he sido una persona muy tranquila

(1): ¿Tranquila?

M1: Sí, o sea el día que me dieron la noticia de la enfermedad y todo eso, no se me dio por nada, me dijeron y es como si no me hubieran dicho nada. Entonces, uno, en eso también le ayuda mucho a uno porque uno debe tener mucha tranquilidad para eso, para este tipo de enfermedades, porque hay personas que relaciona el cáncer con la muerte, pero eso si tengo yo, que soy una persona muy tranquila en ese sentido. Sí, yo he sido muy tranquila, a mí me veían en la casa y es como si no estuviera enferma como si estuviera bien.

(1): ¿No te dejaste caer?

M1: No.

(1): Y ¿cómo lo tomó tu familia?

M1: Ellos felices de verme a mí también así una persona fuerte

(1): ¿Tú crees esa tranquilidad es la que te ha ayudado a estar así, bien?

M1: Sí, claro.

(1): ¿Cada cuánto dirías te da una recaída?

M1: Pues no me había dado recaída así desde el año pasado, más o menos en mayo hasta ahora, esta vez.

(1): ¿Y te dio por alguna infección?

M1: Pues no sé, están en eso: estudiando todo, sacándome exámenes y todo a ver qué pasó, si de pronto fue algún virus o alguna enfermedad o algún bicho o bueno tantas cosas que hay por lo que uno está así tan débil, y tiene las defensas bajas, las plaquetas así bajitas. Entonces cualquier cosa se le entra a uno, entonces eso lo acaba a uno de joder.

(1): ¿En qué consiste tu tratamiento, quimioterapia?

M1: No, mi tratamiento me lo dan es en tabletas. Anteriormente, el primer tratamiento que me dieron se llamaba Imanitib por 400 gr, ese duré tomándolo como siete u ocho meses el año pasado y ese no me hizo mucho efecto ni nada. Entonces, no hubo evolución con ese medicamento. Entonces me lo quitaron, me lo cambiaron, entonces, ahorita me estoy

tomando Nilotinib ese es por 150 mg: me tocaban seis diarias, pero entonces ahorita la doctora que me estaba tratando anteriormente, ahorita último, ella me dijo, inclusive la semana pasada yo vine al control, que el control lo tenía el 17 de enero, y entonces la doctora ya me había hecho sacar unos exámenes. Entonces ella los leyó y todo eso y me dijo que en los exámenes estaban muy bajas las defensas: totalmente no tiene defensas. Dijo “me va a tocar suspenderle el medicamento por unos 15 días a ver qué pasa puede ser el medicamento muy fuerte o quién sabe”. Entonces en el momento estoy suspendida por 15 días, entonces, esperar a ver qué pasa ¿sí?

(1): Me gustaría saber ¿cuáles fueron los síntomas que presentaste para acudir al médico y te descubrieran la enfermedad?

M1: Jum, eso presenté muchos malestares: me dolía mucho la boca del estómago, mucho decaimiento en todo el cuerpo, mucho sueño, me dolían las vistas, se me iba cayendo el cabello y mantenía con un decaimiento en todo el cuerpo. Yo salí a andar así y en un momentico yo me sentía ya sin ánimos de nada totalmente destruida y unos calores pero terribles.

(1): ¿Cuántos años tienes?

M1: En este momento tengo 44 años.

(1): ¿y tus hijos?

M1: El mayor va a cumplir 27 años ahorita en febrero, la que sigue en agosto cumple 25 y el menor cumple 23: tengo tres nada más.

(1): ¿Y siempre ante la enfermedad ha mantenido la tranquilidad?

M1: Pues hay momentos en que he tenido bajones, pero son más los de tranquilidad y esos bajones pueden darse en cualquier momento.

(1): ¿Recuerdas el último?

M1: Más o menos hace unos 15 o 20 días. No sé por qué tuve una angustia y yo a ratos le echo la culpa como a eso que me hizo enfermar o algo, no sé por qué yo no puede tener angustias ni nada de eso. Entonces, yo muchas veces le echo la culpa a eso, no sé y entonces a veces llega mi concuñado, y ese señor es muy tomador y llega a toda hora borracho y llega es a molestar y llega es a pelear con mi hermana. Entonces yo, como ahorita bien o mal mi hermana es la que me da la posada ahorita que yo estoy enferma es la que me ha dado la mano

(1): ¿Vives solo con tu hermana?

M1: No, vivo con mi hermana y mi mamá

(1): ¿Y cómo han manejado la enfermedad?

M1: Pues como antes: nosotros teníamos antecedentes de esto, un primo mío, que vive por allá en el Caquetá, a él también le había dado esa enfermedad, pero pues en este momento, ¡bendito sea Dios!, él está bien, él ya estaba así hace unos 10 12 años, pero a él si le cambiaron médula: le hicieron todo el tratamiento completo, pero eso es una lucha muy verraca, muy verraca y arriesgando que cuento se muere o se alienta de una pero pues tranquila luchándola.

(1): Pero veo eres una mujer muy fuerte ¿ya cuánto luchando con esta enfermedad?

M1: Sí, pues esto días enferma acá y la doctora Ana me dijo la veo bien M1, hasta gordita la veo me felicitó y todo.

(1): ¿Y haz estado muy visitada?

M1: Pues sí, gracias a Dios he tenido visita: la familia, mis cuñadas y mañana viene mi hermana y mis hijos vendrán hasta el fin de semana porque, pues, trabajando entonces no les dan permiso. Entonces esperan hasta el fin de semana.

(1) Bueno, veo ya llego la próxima visita ¡muchas gracias por permitirme este tiempo!

M1 No, con gusto.

ANEXO 2

Entrevista N: 2

Título: Sin definir

Duración: 58 Minutos, 18 segundos.

Convenciones:

(1): Entrevistadora

M2: Entrevistada.

(4): Hija de la entrevistada

(5): M.2.1., persona cercana a la forma de proceder de la EPS

Descripción: La grabación, en términos generales, goza de buen audio, por ende, se realiza una transcripción lo más fiel posible. Esta entrevista se da en el hogar de la mujer diagnosticada con cáncer, lo cual permitió hablar con unas de sus hijas. De igual manera, interviene M.2.1,

que es una mujer que está relacionada con la enfermedad y con las formas de proceder si la EPS no presta los servicios.

(1): Buenas tardes, yo soy Margarita Álvarez, y soy la chica que la doctora Ana les comento que está realizando la investigación, entonces me gustaría me comentaran ¿cómo ha sido el proceso?

M2: Pues me dio un tumor en la región del esófago que une el estómago, la boca del estómago y me hicieron un tratamiento, y eso pues me volvieron a ser exámenes y desapareció, pero ahorita en unos exámenes que me hicieron salieron unos ganglios.

(4): Pues aquí está la historia clínica, la última porque el oncólogo la vio el 20 y está con tratamientos invasivos: son 14 días de quimioterapia y descansa dos semanas y vuelven otros 14 días y así: son cuatro ciclos de seguido, ya después lo que sigue son los exámenes nuevamente para saber si ya se ha controlado la enfermedad

M2: Pues, uno primero confía en Dios, yo tengo la esperanza en Dios porque él fue el que nos hizo, nos formó, entonces confió primero en Dios y en lo que Dios está mandando el tratamiento del hombre.

(1): ¡Qué pena, ¿pero podrías repetirme tú nombre completo y edad?!

M2: M2 y tengo 56 años.

(1): ¿Y el tuyo?

(4): El mío es 4, soy hija y tengo 23 años.

(1): ¿Hace cuánto te diagnosticaron?

M2: Va ser un año como en marzo más o menos.

(1): ¿Y cuáles fueron los síntomas para ir al médico y ser diagnosticada?

(4): Pues mi mamá empezó a bajar mucho de peso porque a ella no le pasaba la comida: todo lo que comía lo vomitaba. Entonces, al comienzo, pensábamos que era lo de hígado graso porque ella sufrió de hígado graso tiempo atrás. Entonces, como no le pusimos cuidado mucho, pero cuando ella ya comenzó a bajar mucho de peso ahí sí le hicimos una endoscopia, pero toco particular porque con todo lo del seguro me tocó ponerle tutela a Cafesalud, me tocó poner tutela pelea, ha sido un desastre tanto la carga emocional, como la carga de tiempo, de angustia, venga, vaya para allá, que le damos o no los exámenes, por ejemplo, este último examen que mostró bien cómo estaba funcionando su cuerpo duramos casi un mes peleándolo, y eso que porque fue por medio de la tutela que le mandaron desacato y aun

así es la hora que Cafesalud no ha reembolsado lo del examen, si no que lo que pasa es que yo fui a llorarle allá al del Idime que por favor me le abriera un cupo a mi mamá, ¡qué mire!, y Dios, que tocó corazones, y el señor me abrió el cupo para el examen de ella, porque ellos decían que si Cafesalud no hacía el pago anticipado no lo podían hacer, y yo fui a llorarle, ¡por favor es que estamos hablando de una vida!, es más, me llegó un telegrama hace unos días que habían tomado medidas judiciales en contra del gerente judicial de Cafesalud porque no pusieron atención a nada de lo de mi mamá, ¡y ya van como tres desacatos! Gracias a Dios, que ha puesto ángeles para que el tratamiento siga, porque por medio de Cafesalud ha sido más que todo pelea: yo voy a la EPS, yo ruego, yo lloro, pedía me le abrieran un campo para los exámenes. Todos los días iba allá sentada todo el día: me hice amiga de las doctoras, no, mejor dicho rogando todo el tiempo si porque por medio de Cafesalud, como dicen Cafesalud, porque no les importan los pacientes no les importa la vida de las personas.

(1): ¿Eres la única hija?

(4): No, somos cuatro mujeres y un hombre, pero es que realmente, pues todos hemos colaborado en lo económico porque nos ha quedado demasiado pesado. Aquí estamos es con las uñas como se dice, pues mis dos hermanas, las mayores, trabajan todo el día, mi hermano también trabaja y pues mi hermana y yo que somos las que ahora estamos un poquito libre con el cuento, ayudándole a mi mamá pues nos tocó dejar la vida un poco quietica para poder enfocarnos en mi mamá.

(1): ¿Pero el tratamiento si ha funcionado?

(4): Pues allí en la historia dice al final que ya subió dos kilos porque el doctor nos decía antes lo contrario: que cuando empezaban ese tratamiento lo que hacía era bajar de peso, pero pues gracias a Dios ella ha aumentado los dos kilos. Obviamente sigue baja de peso, pero allí vamos con una dieta especial, porque pues con ella se nos vienen muchos gastos, pues porque la alimentación es totalmente diferente a la de nosotros, pues porque todo debe ser alto en calorías, pues para poder que resista el tratamiento, pues porque el fin de ese tratamiento es atacar las células malas, pero pues también destruye las buenas y pues también le quitó mucho el apetito. Entonces, también debemos estar encima de ella diciéndole que coma, pero pues uno la entiende porque comer sin ganas, entonces, pero pues toca.

(1): ¿Actualmente cuánto está pesando?

(4): Está en 40 kilos antes estaba en 36: es un progreso y ya estas dos semanas de descanso vamos por dos kilos más.

(1): ¿Y está con algún suplemento nutricional?

(4): Pues, realmente la doctora no le quiso mandar Ensure ni otro componente porque ella necesitaba que masticara sólido porque el primer diagnóstico era que ella tenía una masa a nivel gástrico. Entonces, ella no podía porque si usted toma Ensure se va a sentir muy llena, entonces no va a masticar, y lo que necesita ella es estimular el estómago. Entonces, le dijo que este mes “haga el deber de comer, masticar y poner el estómago grande y así, la próxima consulta, que es como en 10 días, ahí si le mando algún componente nutricional”.

(1): ¿y anímicamente están recibiendo algún apoyo?

(4): Pues, la está viendo la psicóloga de allá porque en realidad nosotros tuvimos la idea de un ángel que nos dijo nos pasáramos de IPS, porque mi mamá estaba en la san Diego y pues allá le dicen “la morgue” porque estaba sin tratamiento, y se pelea todos los días para que le hagan consulta, pero todo se demoraba: el tratamiento, la droga y pues de tanto pelea apareció el ángel y me dijo “cámbiese de IPS porque nosotros, por ser Sur, pues nos afilian allí a la San Diego”, pero, pues conseguí la dirección de un amigo en el norte, me cambie de IPS y a ella la trasladaron el Centro Nacional de Oncología y pues ahí si el tratamiento, es decir, vamos bien este mes, es decir vamos a cumplir un mes que tiene buena atención: la ve una psicóloga, por ejemplo, ya va para la segunda cita y pues mañana tenemos nosotros las hijas con la psicóloga

(1): Ah, ¿son sesiones familiares?

(4): Sí, porque lo que hace esta enfermedad es afectar todo el núcleo familiar y pues no sólo la trata a ella, si no que va a mirar cómo estamos nosotros porque es una carga, pues, fuerte, es una noticia muy fuerte obviamente nosotros confiamos en Dios y sabemos con Dios vamos a salir de esta

M2: Dios ha permitido que mucha gente, es que ahorita hay cosas muy modernas, entonces lo están apoyando a uno la gente con tratamientos especializados eso también ha ayudado mucho.

(1): ¿Quién estaba presente en el momento de la noticia?

(4): Pues primero nos llamaron a nosotros los hijos y pues como nosotros hicimos la biopsia particular para poderlo analizar porque, pues, con Cafesalud se demoraba la biopsia y

después tocaba pagar particular y que eso se demoraba 20 días en llegar, entonces hicimos todo particular y sólo se demoraba 8 días y se los mostramos al doctor y pues él nos cogió a todos nosotros y nos dijo “pasa esto, esto y esto”. Entonces, pues todos estábamos ahí llorando, diciéndole que aún no le dijera a mi mamá, pero pues teníamos que decirle para saber qué íbamos a hacer. Entonces, yo entré con mis hermanos al cuarto, callados, cuando entró al doctor y le dio la noticia delante de todos y pues fue duro el golpe.

M2: Para mí fue horrible: yo pegué un grito, como que yo no lo esperaba y todavía eso como que me descompenso, como o sea, yo sentí me descompenso, pero yo, confiando en Dios y confió en Dios, y sé que él es el que tiene la última palabra, ¡pero sí, siento que eso como que no!

(5): Sí, es que a veces la palabra cáncer es dura, eso es lo que más derrumba a los pacientes, pero juega también la parte psicoactiva, la parte de la red de apoyo. Ustedes, como hijos, es indescriptible, los necesita porque ellos cada día bajan sus defensas, pero hay que subir un poco el ánimo porque Dios tiene muchas cosas para nosotros, pero también se necesita la fortaleza de nosotros. Hay hijos que están en la esperanza, en el desespero, cada día más luchadores, pero si usted no pone un granito de arena más de su parte

M2: Y de repeso me llevaron a ese hospital San diego a ponerme gente a morir al pie, eso fue terrible porque me dejaron 8 días, yo sentí que me enloquecía.

(1): Pero ¿ánimicamente ya estás mejor?

M2: Pues sí, emocionalmente ya estoy mejor.

(4): Es que mira que nosotros estábamos en un dilema muy grande porque allá dejaban ver a mi mamá únicamente una hora en la mañana y otra en la tarde. Entonces, pues todo el tiempo ella se la pasaba sola, pero era el miedo de sacarla y que no le hicieran el tratamiento.

M2: Por un bendito examen me dejaron 8 días allá.

(4): Exacto, entonces a nosotros nos daba miedo sacarla porque CafeSalud actúa más rápido estando el paciente allí, pero ¿si sacamos a mi mamá el tratamiento dónde queda? Entonces, un doctor llegó y dijo “no tranquila, yo me hago cargo saqué a su mamá de aquí que hay dos pacientes”. Entonces si a uno le da duro a ella también.

M2: Sí, es que imagínese: yo estaba recién dada esa noticia, yo le decía al doctor “si usted no me saca de aquí yo no sé, yo que voy a hacer pero yo me les voy a volar, yo no me aguanto, yo no soporto esto yo no me siento ya aquí ni agonizante ni moribunda como para que me

tengan aquí”, y el doctor me dijo “no, si usted tiene toda la razón, miraremos cómo la cambiamos”, pero yo si noté que eso si me bajoneo no yo sentí que eso fue lo duro.

(5). No, y pensar que en los países desarrollados dan la prioridad para sus tratamientos para todo, para evitar ese impacto allá los separan, los de cáncer con los de cáncer, en cambio aquí son todos mezclados. Entonces, eso hace que los pacientes no se ayuden.

(4): También hay poco profesionalismo de los doctores al dar la noticia.

(1): ¿Son inhumanos?

M2: Ya venían y se la entregaban a los enfermeros y miraban la dosificación y decían ¡ay no, este de esta noche no pasa! ¡Terrible!, y yo decía “¡ay Dios mío qué es esto, esto es un sepulcro!”

(4): Y a parte que mi mamá viene de unos temas emocionales bastantes fuertes porque mi papá fue diagnosticado con párkinson.

(1): ¿Tú no has pensado buscar un sitio para tú mamá porque eso es lo que también está afectando a tu mamá?

(4): Pues sí, es que él, por la enfermedad, se volvió violento, pero pues el párkinson es asociado con demencia y alzheimer, pues él no tiene alzheimer, pero sí está en una tónica de grosería que cuando él quiere se alborota, entonces para tenerlo en un buen sitio hay que pagar.

(5): Sí, pero si tú hablas con la EPS lo pueden remitir y con la entidad que lo pensionó.

(4): Pues mira, eso es lo pensado, pero la pensión es un mínimo, eso es lo que le llega y pues nosotros estábamos pequeños, estábamos aún en el colegio y sobrevivíamos con eso, casi imposible y Cafesalud, pues mi papá lleva ya casi 16 años y maman gallo, por ejemplo, él ya se orina, debemos mantenerlo con pañal, pues eso también es una carga, no que mi papá sea una carga si no la situación, por ejemplo, mi hermana es la que todos los días le lava.

(1): ¿Pero ellos comparten lecho?

(4): No, mis papás están casados, pero no comparten lecho, es decir él responde por nosotras y vive con nosotras y será su esposa ante Dios y vivimos todos como una familia, pero no consuman su matrimonio jajajaja.

(1): ¿Y ya hace cuánto que tú papá se encuentra en esta situación?

(4): Ya son como unos 16 años y cada día, pues.

(5): ¿Pero él, clínicamente, ya está declarado como paciente con párkinson o con algo más de fondo?

(4): No, pues hace 16 años a él lo declararon como paciente con párkinson.

M2: Pues, es que para algunos doctores si es párkinson, para otros que no, pero le mandan tratamientos de párkinson, pero él necesita terapias y no se las mandan.

(4): A él le mandan carbidopa y levodopa, que es lo que él se toma cada cuatro horas para poderse mover y pues dura cuatro horas moviéndose y cuatro horas lento y lento, es, pues, totalmente tieso en una cama.

(1): ¿Y en esas cuatro horas es agresivo o es calmado?

(4): Depende son como reacciones diferentes a veces ve televisión.

(1): ¿Pero es rara la reacción de él?

M2: Sí, es que hay doctores, que es raro se quede porque el paciente de párkinson no queda del todo quieto.

(5): Puede ser alguna enfermedad que no han descubierto

M2: Pues a él lo estuvieron analizando para cirugía, pero eso quedó en veremos.

(4): Sí, es que dijeron que no había convenio, porque eso es lo que pasa con Cafesalud, con el tratamiento. Entonces, un mes sin tratamiento porque no había convenio y pues ya nos va a volver a tocar poner tutela con mi papá, pues, porque sólo la pusimos con mi mamá porque era importante.

(1): ¿Pero cómo en tutelas?

(4): La tutela me la ayudaron a hacer en la personería y la erradique en el juzgado 36 para qué, pero ellos han hecho todo lo posible, pero, pues Cafesalud sigue en las mismas: ellos llamaban y tenían cartas de quejas todos los días y llámelos, pero Cafesalud ni fu ni fa. Entonces yo iba adelantando todo, no dejaba les llevaran por correspondencia las cosas si no que iba a la oficina administrativa porque son tres días hábiles, pero es complicado.

(1): ¿Qué apoyo institucional has recibido?

(4): O sea, es que los centros atienden a mi mamá porque saben que tiene que cobrarle a Cafesalud, pero realmente la están atendiendo como tal por la tutela, porque uno la lleva a un centro y dicen “pero ¿ella ya está autorizada?”, entonces los centros al ver que es una paciente prioritaria dicen sí atenderla y después nosotros peleamos con ellos, pero que hayan ayudado mucho no, si no que es más por la humanidad de la gente porque por Cafesalud mi mamá seguiría aquí en casa.

M2: Sí, es que donde estoy hay calidad humana.

(1) ¿Cómo se llama dónde estás?

(4): Centro Nacional de Oncología.

M2: ¡Si hay calidad humana para qué!, le da a uno como esperanza.

(4): Si, a los pacientes se les ve contentos en cambio usted va al San Diego y los pacientes lo entierran con la mirada y usted siente la angustia, el dolor.

(1): Pues me sorprende es lo de la prestación de ayuda psicológica.

(4): Sí, porque en la San Diego nunca es más como la psicóloga del centro la vio tan mal, pues anímicamente y mentalmente, “yo le voy a mandar una orden de psiquiatría para adelantar por si acaso”.

M2: Sí, es que a mí se me alteraron mucho los nervios todos los controles y pidiéndole a mi Dios que me ayude.

(1): ¿Y usted cómo está de sueño, si duerme bien?

M2: No, yo si gracias a Dios duermo bien.

(4): Pero, ahora porque duró cuatro meses que era tirada aquí en en la cama, porque era arrodillaba porque el dolor no la dejaba, pero aun así la San Diego no la entendía por la falta de convenio con Cafesalud, aquí con la única forma que se atiende es con pago anticipado, pero yo tengo a mi mamá tirada en el piso por el dolor, pero no les importaba

M2: No les importaba, no hay calidad humana.

(4): Pero entonces nos pasamos para el Centro Nacional de Oncología y yo le dije a la muchacha porque eso se hacía efectivo hasta el otro día, pero como eso se hizo al final de la tarde, el muchacho que me colaboró para qué, muy querido, un ángel y me dijo “yo voy a llamar para saber si ya apareces y puedas ir al Centro Nacional de Oncología”, y me dijo “ya apareces ve a ver si te dan la cita”, y me la dieron para después de un mes, pero me llamaran varias veces y la cita terminó siendo para después de cuatro días, realmente les importó el paciente, la han atendido muy bien hasta ahora, de pronto por medio de tutela esperar, mirar que manden un examen avanzado para saber que va a pasar con Cafesalud.

(1): Entonces ¿como familia, les mandaron algún ejercicio que deban hacer como familia?

(4): Pues hasta mañana nos verá la psicóloga, tenemos cita mi hermana y yo que estamos más tiempo con mi mamá porque los otros, pues, no alcanzan por cuestión de tiempo. Ella y yo nos hacemos cargo de llevarla al médico.

(1): ¿Y ellos trabajando cómo se han sentido anímicamente?

(4): Pues, yo creo uno no rinde igual porque de todas maneras nosotros somos cristianos hace muchos años y confiamos en Dios, pero pues también somos hijos y uno siempre es la preocupación de que si comió, es como niña chiquita. Yo cuando estoy lejos es como “¿si comió?”

M2: Me volví muy resabiada, cansona, entonces ellas viven bravas conmigo porque yo antes era de un temple

(4): Había que tenerle miedo, ella decía algo y se cumplía.

M2: Sí, entonces con esto pues me ven cambiada, entonces me dicen que qué me pasa, porque hasta ya sin autoridad.

(4): Sí, es como una niña chiquita, que si comió, qué hizo. Sí, se cambió el rol, pero pues por el momento es porque toca, ya después que nos pegue, que se vengue (risas)

M2 No ya uno da mucho cambio, ya con cosas así no.

(4): Pero gracias a que estamos así ha subido de peso y pues la situación económica es difícil. Entonces nos ayudamos entre todos porque es un apartamento aquí y otro arriba. Entonces, a veces, que no hay, mi abuelita nos guarda comida aquí abajo.

M2: Sí, eso sí, con los gastos tratamos de ayudarnos

(4): Si por el momento estamos así con ayuda, pero es difícil.

(5): Tiene mucho desaliento.

M2: Los desalientos si se me han calmado un poquito, es mucho dolor en la pierna, me duele mucho, me están aplicando morfina.

(4): Pero como le mandaron eso para el dolor, el estómago se vuelve lento. Entonces, le mandaron unas pastillas para que evacuara bien porque con ese medicamento se lo mandaron cada 12 horas porque ella no puede dejar de comer, y debe hidratarse bien: debe tomar un litro con agua aparte de lo que tome como coladas, jugos porque da mucha sed y se le revienta la boca. A ella si es que es hacerle quimio todos los días.

M2: Si eso me quema la lengua.

(1): ¡Sí, pero ahí vas saliendo adelante!

M2: Sí, ¡pero yo quisiera que este dolor se quitara, le clamo al señor, le suplico a Dios!

(1): ¿Cuánto le aplican de morfina?

(4): 0.2.

M2: Pues la doctora dice que es muy poquito, pero por ahora ella ensaya conmigo así.

(4): Si es que cuando el cuerpo ya está muy intoxicado no va ser la misma reacción.

(5): Claro, necesita ir subiendo la dosis para que haga el efecto, pero la ves mucho mejor que desde el principio.

(4) Sí, claro porque ella se tiraba al piso a llorar, antes no sé cómo no se desnutrió más, daba tristeza: pensaba 36 kilos, y nosotros éramos mamá ya porque pues no nos imaginábamos fuera algo tan fuerte y en la pierna no le hacen terapia, por ahora es sólo morfina y el dolor es que se le hizo un ganglio muy fuerte en la pierna, y entonces, cuando camina se lastima, pero pues apenas vamos en la primera parte.

M2: Yo sólo estoy bien con la dosis se pasa el efecto y me da ese dolor.

(5): ¿Antidepresivos no le han dado?

(4): No, pues le han dado naturales unas gotitas que se llaman Bon Rescate porque la psicóloga no quiere la vea la psiquiatra porque lo que ella hace: medicarla. Entonces lo importante es recuperar su cuerpo. Igual ha mejorado porque ella tenía unos ganglios en la pierna grandes, y han desaparecido y el médico fijo “la veo muy bien la veo cambiada”, pero por lo mismo porque nos pusieron un ángel y la pasamos al Centro porque o si no seguiríamos llorando aquí por la salida.

(1): ¿Y ella rodeada de los otros pacientes?

(4): Pero es que enserio, da pesar la gente allá sufriendo y sólo para que les den un seguro, la gente sufriendo por tratamiento, y lo que hacen es mandarlos para su casa. En cambio allá luchan hasta el final, no desahucian a nadie porque no saben cómo va a responder su cuerpo con el tratamiento.

(5): Si claro, pero en estos tratamientos también juega la parte emocional. Entonces las conductas de tu padre no son buenas.

(4): Sí, pero es que el espacio es limitado, entonces, pues es preocupante porque cuando él escucha todo lo resiente ella, entonces ella comienza “siéntese y así”, y él a veces intenta agredirla.

M2: Se va a agredirme, insultarme y me dice de todo.

(5): Pero, pues ustedes como familia deben pensar en el bienestar se su madre y sacar a su padre del entorno: hay que buscarle un buen lugar.

(4): Sí, pero a veces son instituciones in-humanas que le da a uno como miedo porque sea como sea es el papá de uno. Entonces, esto y también ayuda para lo de mi mamá, ella se ayudaba,

ayudando, vendiendo lechona y así porque cómo íbamos a vivir con el mínimo y de la familia de mi papá tampoco recibimos ayuda.

(1): ¿y amigos?

(4): Usted sabe en las malas uno no tiene amigos y aquí en el arriendo ya nos pidieron porque nos demoramos 11 días, pero es que llevamos tres años con ella y pues ese mes si hemos sido algo incumplidos y, pero con los servicios si cumplidos, pero a ella no le sirvió. Cayeron varias cosas pero gracias a Dios mi mamá ya está en tratamiento luego de 5 meses de no tener, pero ella debe poner de su parte. Igual, algunos doctores comunican de una manera muy fea ¿Sí? y cuando uno depende de un seguro, que es el que decide si se le hace o no tratamiento, y hay gente que con el cáncer puede durar años, pero no les importa y los mandan para su casa. Igual las dietas que envían los nutricionistas, ella, como distinto a nosotros. Otra cosa es que mi hermana, con la que la cuidamos, sufrió muchos años de anorexia.

(1): ¿Podrías decir tanta carga enfermo a tu mamá?

(4): Sí, porque fue al tiempo de lo de mi papá y ella era la que corría cuando la hospitalizaban, que si la iban a sacar en una camilla. Desde los 11 años le empezó anorexia nerviosa, y ahora, pues ella es la que casi no duerme porque es la que inyecta a mi mamá.

M2: Sí, ella vive diciéndome si comí o no, pero se enoja si yo le pregunto.

(4): Igual lo que pasó es que mi mamá se victimizó.

M2: Es que sabe también qué, es otra cosa, que yo no quiero estar en Bogotá, yo quiero ir a tierra caliente, y yo les digo me den paseo por tierra caliente.

(4): Sí, pero es que con ella hay que tener mucho cuidado. Además, apenas comenzó el tratamiento para que recupere glóbulos blancos, entonces yo le digo hay que esperar un poco.

(1) Sí, porque primero la salud y el cuidado. ¡Bueno muchas gracias por esta conversación que ha sido de gran ayuda! y espero logren salir adelante, y en serio quedo sorprendida de la manera cómo manejan tantas cosas que pueden generar estrés.

(4): Sí, igual todo se maneja con amor.

ANEXO 3

Entrevista N: 3

Título: Sin definir

Duración: 36 Minutos, 49 segundos.

Convenciones:

(1): Entrevistadora

M3: Entrevistada.

Descripción: La grabación, en términos generales, goza de buen audio, por ende, se realiza una transcripción lo más fiel posible. Esta entrevista se da en el lugar de trabajo de la entrevistada, lo cual permitió evidenciar que el paciente diagnosticado con cáncer no siempre se encuentra en un rol pasivo frente a su enfermedad.

(1): Hola, buenas tardes ¿cómo estás?

M3: Hola, muy bien ¿y tú?

(1): Bien, también, bueno pues como te comentaba estoy realizando una investigación sobre Emociones Cáncer y Afrontamiento y pues me gustaría me comentaras tu experiencia al respecto. Bueno, bueno para iniciar me gustaría saber tu nombre completo y edad.

M3: M3, y tengo 66 años.

(1): ¿A qué te dedicas?

M3: Me dedico a trabajar en un negocio de comidas rápidas.

(1): ¿Hace cuánto trabajas allí?

M3: Hace como 10 años, 11 años, si, desde el 2005.

(1): Bueno ¿y qué tipo de cáncer te diagnosticaron?

M3: Tengo un cáncer de colon en la válvula Ileocecal.

(1): ¿Hace cuánto fuiste diagnosticada?

M3: Hace siete años fui diagnosticada de que tenía el cáncer.

(1): ¿Y cuáles fueron los malestares que te hicieron asistir al médico para darte cuenta que tenías cáncer?

M3: Pues al principio a mí me daban muchas diarreas, pero yo creía eran normales, luego comenzaron a darme muchos dolores de estómago y me fui por urgencias y allá me dijeron que eso no era nada que era una virosis, pero afortunadamente yo iba con una nieta, que ella se rebotó y les dijo “no pero qué es esto a mi abuela me la atienden bien eso no es normal que a ella ya quince días con esos dolores de estómago, entonces me hace el favor y a mi abuelita me la atiende bien”, pues de verla tan alterada la doctora que me atendió me mandó a tomar una radiografía, en la radiografía que me tomaron, ella quién sabe qué vería, pero

me mandó a donde un gastroenterólogo, él me mandó a tomar, hacerme una colonoscopia y en la colonoscopia me salió que yo tenía el tumor maligno en el colon. Él me mandó a operar, a mí me alcanzaron a rajar, pero no me extrajeron el tumor por la sencilla razón de que estaba cerca a la vena mesentérica, bueno no me sé los términos clínicos. Entonces no me pudieron operar, entonces comencé el tratamiento con el oncólogo. El oncólogo muy buena gente, me mandó a aplicar una inyección mes tras mes y fuera de eso yo cuanto me decían que era bueno para el cáncer yo tomaba y así me he sostenido, yo, ya siete años, es que es si no supiera que tengo eso enfermedad porque a mí no me duele nada, el único problema de la inyección que me mandaron, del tratamiento que yo he tenido para la enfermedad, es que me afectó el corazón. Entonces, últimamente es más el cuidado que he tenido con el corazón que con el mismo cáncer porque yo me siento bien del cáncer.

Entonces a raíz de la inyección me afectó el corazón me tuvieron que hacer un cateterismo, me han hecho un aquel y desde ahí me molesta más el corazón, pero voy bien, a mí no me ha vuelto a doler ninguno de los dolores de cabeza que me daban antes, claro que la diarrea no se me ha quitado, pero yo me mantengo controlada por una pasta que se llama loperamida, a mí mes tras mes que voy a donde el oncólogo me recetan esa pasta para controlar la diarrea. Entonces, ahí voy.

(1): ¿Y cómo fue el momento de recibir la noticia, con quién estabas?

M3: No, no, cuando yo recibí la noticia de que tenía un tumor maligno yo estaba con una sobrina y mi nieta. Yo estaba con ellas dos, entonces, cuando fui a que me entregaron el resultado de la biopsia el doctor, el gastroenterólogo le dijo a mi sobrina, le dijo a mi nieta, ella que se quede allí sentada ustedes dos entren, entonces yo le dije doctor si tiene algo que decir me lo tiene que decir a mí que soy la enferma, la afectada, no a ellas y dijo “¿usted quiere que le diga? y le digo “sí, doctor”. Entonces me dijo “si pase al consultorio”, entonces entre con mi nieta y mi sobrina y me dijo “lo que pasa es que usted tiene un tumor maligno a usted hay que operar porque usted tiene cáncer”. Entonces cuando él me dijo así pues uno se asusta, pero yo dije “ah”, yo lo tomé normal como si fuera una enfermedad cualquiera, a mí en ningún momento me ha dado por pensar que me voy a morir ya, no, en ningún momento, en ningún momento: yo me asuste, como le dijera, yo en ningún momento me deprimí, que me dijeran que “usted tiene cáncer”, es como si me hubieran dicho “usted tiene hepatitis o usted tiene cualquier otra enfermedad”, pero que no fuera cáncer a mí no me afectó, pero a mí

familia sí, a mis hermanas, a mis hijos, es más, cuando a mí me abrieron que no me pudieron operar, el doctor le dijo a mis hijos “llévela a la casa y consiéntela mucho porque ella no les dura si no tres meses”. Entonces, yo los veía llorando hasta que un día les dije “¿ustedes por qué lloran?, ¿Qué les dijo el médico? les dijo que me les voy a morir”. Entonces ellos me dijeron que sí, que yo sólo les duraba tres meses. Entonces yo les dije “el doctor podrá tener su sabiduría, podría tener su ciencia, pero yo no me voy a morir hasta que Dios quiera que yo me muera y si Dios no quiere que yo me muera todavía no me voy a morir y yo a ellos ...” por ejemplo, yo veo gente de misma familia “ay que fulana tiene cáncer” y yo les digo como “no que piense es una enfermedad normal común y corriente como decirle que tiene hepatitis que tiene diabetes pero por qué se va a poner a pensar que se va a morir es que uno no se muere cuando le dicen usted se va a morir si no cuando Dios quiera que uno se muera, entonces ese día se va a morir no cree”.

(1): ¿Y con eso lograste tranquilizar a tu familia?

M3: Yo inclusive he sido el apoyo de un cuñado, que él resultó con cáncer de próstata. Entonces, mi hermana me llamó y me dijo “ay que mire, que es que él tiene cáncer de próstata” y él dijo se iba a morir, y yo le dije “no señora, él todavía no se va a morir dígame que piense que él no se va a morir que tiene mucho que hacer en este mundo”, y ahí está mi cuñado, ya lleva cuatro años con su enfermedad a él si lo operaron y el si está bien, y cuando medio se deprime un poquito me llaman a mí y me dice “usted cómo está excelentemente bien, exageradamente bien”, entonces uno no, o bueno al menos yo, o bueno no sé cómo seré yo, pero no me he deprimido, por eso ¿no me ve aquí trabajando?

(1): Sí, sí señora, pero entonces ¿no has tenido necesidad de asistir donde un psicólogo?

M3: Al principio asistí donde una psicóloga muy buena, hasta que ella me dijo que no tenía necesidad de volver “yo te veo divinamente”.

(1): ¿Quién te sugirió asistieras al psicólogo?

M3 P1 me dijo “mami usted por qué no va a donde un psicólogo es que yo no sé yo a usted la veo muy tranquila y para mí no es normal que usted esté tan tranquila con esa noticia”, y yo “ah bueno hijo, sáqueme la cita”, y sí, estuve como cinco veces donde la psicóloga cuando eso era Saludcoop, y ella me dijo “no”, y un día llamó a mi hijo y le dijo “¿qué hay de su mamá?, dígame que venga para que me cuente cómo le ha ido”. Yo también tuve un tratamiento con el doctor P2, él es un médico inmunólogo, profesor de

la Universidad Nacional. Él me hace a mi acupuntura y yo estuve en un tratamiento con él 5 años, ya llevo como un año que no voy.

(1): ¿y eso?

M3: Factor económico, porque la sola consulta cuesta 300.000 y me resistí un año, pero no, ya la situación en la casa ya se puso muy, tuvimos muchos altibajos, pero si Dios quiere y me presta la vida el próximo mes retomaré las citas con él.

(1): ¿En qué etapa te descubrieron el cáncer?

M3: En la cuarta, o sea, que ya estaba muy avanzado, pero yo voy a donde el oncólogo y me mandan a tomar exámenes, radiografías, tags y me dicen que el cáncer está allí quietecita, no avanza ni disminuye, pero yo vivo tomando mis batidos y las cosas que me dicen que son buenas pal cáncer y yo me las tomé, y en verdad que no siento nada ni siquiera pereza de levantarme a las tres de la mañana para venir a trabajar, ni siquiera eso.

(1): ¿Y en qué EPS te atienden?

M3: A mí me comenzó a atender Saludcoop y cuando se acabó ese seguimos con Cafesalud y resulta que con Cafesalud he tenido problemas porque el oncólogo me manda la inyección y yo voy y la erradicó y no me la dan, y ya llevo tres meses de no aplicarme la inyección, pero he contado con suerte porque hay una fundación que se llama Enlace de Vida, ellos trabajan con el laboratorio que me manda a mí la inyección, que se llama Nobartis. Entonces, ellos viven pendientes de si me dieron o no la inyección, en este momento, como llevo tres meses de no aplicarse la inyección, ellos están bregando a ver por qué, como a mí me la estaban aplicando en la clínica San Diego, pero la clínica dejó el contrato que tenía con Cafesalud. Entonces ¿qué pasó?, cuando yo fui a que me entregaran los papeles, que ellos no sabían esos papeles dónde estaban, entonces los de Enlace de Vida son los que me están ayudando a recuperar. En la 116 que es donde lo atienden a uno, entonces ahí estamos mirando a ver si me los van a entregar o no me los van a entregar.

(1): ¿Tú con quién vives?

M3: Yo vivo con mi hijo.

(1): ¿Él te acompaña a tus citas?

M3: No, yo sola, no ve que mi nieta se fue para Estados Unidos y mi hijo trabaja, y por ejemplo, yo ahorita salgo y me voy a una cita que tengo a las 4:30.

(1): ¿En serio sola?

M3 Sí, pero cuando tengo que llevar a un acompañante ahí si va mi hijo o mi sobrina, pero de resto yo voy sola a hacerme aplicar mi inyección, voy sola a reclamar, sola a erradicar mis papeles, yo hasta ahora gracias a mi Dios no he necesitado que nadie me tenga que acompañar.

(1): ¿Haz estado hospitalizada?

M3: No, pues sólo esa vez que me operaron y no más.

(1): ¿Quién estuvo al pendiente de ti?

M3: Mis hijos.

(1): ¿Y cuántos hijos tienes?

M3: Tres, dos hombres y una mujer, mi hija trabaja con la S Centro de Salud del Meta y mi hijo trabaja con el gobierno en el Fondo Nacional de Tierras, y mi otro hijo si es comerciante.

(1): Bueno, me comentas tomaste la enfermedad con mucha tranquilidad, pero ¿alguna vez te ha afectado?

M3: No, te digo que en serio yo no he sido de pensar me voy a morir, no nada. Yo he tomado mi enfermedad como le digo, como tener otra enfermedad como diabetes, o en lo que le hacen diálisis a uno, para mí esta enfermedad ha sido como cualquier otra enfermedad y uno sabe que de cualquier enfermedad se tiene que morir

(1): ¿Ya tu familia lo toma de mejor manera?

M3: Sí, ya ellos dicen “si no se preocupa ella que tiene la enfermedad por qué nos vamos nosotros que echar a morir porque ella tiene esa enfermedad”

(1): ¿Qué crees pudo ocasionar para ellos fuera un golpe tan duro?

M3: Porque en la casa se han muerto hermanas y mi mamá de cáncer, pues a ellas cuando les dio la enfermedad rapidito, rapidito, se mueren porque ellas no han sido personas que hoy les diagnostican que tiene cáncer, y entonces dentro de tres, cuatro meses morían, pero eso era lo que ellas esperaban, en cambio yo no porque yo me imagino que cuando fueron al médico y se la descubrieron era porque iba muy avanzada, en cambio a mí la mía también estaba avanzada, pero yo no me eche a morir porque tenía la enfermedad.

(1): Entonces, según entiendo ¿tú crees eso fue lo que te ayudó?

M3: Claro eso es lo que le ayuda a uno. Usted póngase a pensar en algo que la preocupe y le baja la moral, seguro usted se enferma, pero si uno no le pone mucha atención no se enferma. Entonces, yo digo que fue y es eso y también la cuestión que siempre digo, después de que

uno esté amarradito de la mano de Dios no tiene por qué pasarle nada. Entonces, aquí estoy y no sé cuántos más viviré porque yo espero tener diez años más

(1): ¿El único malestar que tiene es el daño de estómago, alguna dieta?

M3: No, pues yo ya no como carne no volver a fumar.

(1): ¿Ah, tú fumabas?

M3: Sí, yo me fumaba dos cajetillas diarias y fue que me diagnosticaron la enfermedad ni más. Entonces un día cualquiera dije “no fuma más”, y llevo siete años que voluntariamente lo dejé, eso fue una fuerza de voluntad. Un día cualquiera y bueno el doctor Castro me dijo “yo no le hago el tratamiento si no deja de fumar y comer carne”, entonces yo le dije doc noo que me muera y me fui a trabajar, pero me salí y me senté en una mesita y me puse a pensar a fumarme un cigarrillo y tomarme un tinto y dije “¡juemadre es que me va a poder más la gana de fumar que de vivir!, ¡no señor, hasta hoy me fumo uno!”, y ni más que me volví a fumar un cigarrillo, y soy como sádica, mantenía una tira de 10 paquetes sobre el armario y dije “vamos a ver la fuerza de voluntad que tengo”, que me compré media de cigarrillos a ver qué pasaba y esos cigarrillos duraron allí 5 meses, y cuando vi que no necesitaba fumar los regalé. Entonces, eso es pura fuerza de voluntad. Mas, sin embargo, hace cuatro meses el doctor me dijo estaba preocupado porque me veía, no le puse mucha atención, pero ahí sí vine yo y pensé “¡ay juemadre yo creo que ya llego la hora!”, pero al mes siguiente me volvieron a hacer los mismos exámenes, dijo “no usted está bien, quién sabe qué pasaría con esos otros exámenes porque usted está bien”, pero yo no me dejo deprimir, yo digo llegará el momento que el señor me llamará a arreglar cuentas, pero de resto no.

(1): ¿Aludes el origen de la enfermedad a algún suceso en específico?

M3: Pues no sé si eso será hereditario porque, como te digo, en la casa se han muerto tres hermanas de cáncer, mi mamá se murió de cáncer, mi abuela se murió de cáncer. Entonces, no sé si será hereditario o será el cigarrillo. Ahí si no sé.

(1): ¿Y amigos que se encontraran en el proceso contigo?

M3: Pues P3, uno que trabajó conmigo pero él si se dejó derrumbar, yo le digo a mi Jefe que “él sí se dejó fue llevar” porque yo lo llevé donde el doctor P2 y el doctor me dijo “está muy avanzado, pero vamos a ver qué hacemos para que dure unos años más”, pero no lo llevé si no una vez porque no quiso volver, él no le veía sentido a eso y después de eso duró unos cinco o seis meses. Él tenía cáncer de próstata, pero sí se dejó llevar, él se dejó morir, yo le

llevé de todo lo que yo tomaba, le dije que no comiera carne que se alimentara a punta de frutas y verduras de extractos de jugo, porque eso es lo primero que tomó cuando me voy a venir a trabajar tipo 3:30 de la mañana; me hago mi extracto de lechuga verde, con lechuga romana penca de sábila y manzana verde.

(1): ¿Así le haces frente a la enfermedad?

M3: Sí, de forma muy natural porque no como nada de origen animal ni queso ni huevo: yo me volví completamente vegana, yo si como todo lo que es grano y ensaladas y jugos y extractos.

(1): ¿Debes comer cuántas veces al día?

M3: No, pues de comer cuántas veces al día no, porque yo me la paso comiendo jajajajaja porque aquí en el restaurante traigo mi desayuno, mi cereal, mis cosas.

(1): ¿Tus compañeros de trabajo se comportan de otra manera contigo?

M3: No, ninguno, porque yo en mi trabajo seguí normal pero me imagino que si uno llega como que porque está enfermo todo el trabajo se lo va a dejar a los compañeros. Yo creo que si habría quien brincara, pero como mi trabajo yo si lo hago común y corriente como si fuera una persona normal, aliviada, inclusive hay compañeros que no creen tengo esa enfermedad, de hecho los jóvenes se enferman más que yo porque mantengo mis defensas bien altas, si yo no me he dejado achicopalar por mi enfermedad, de hecho a mí a ratos se me olvida que la tengo, es que casi nunca me acuerdo que la tengo.

(1): ¿No fue algo tan relevante para ti?

M3: No, para mi vida no fue como preocupante tener esta enfermedad no. Bueno, ¡qué pena mira la hora y tengo una cita en la 109 ahora a las 4:30! Entonces pues nada, cuando quieras seguirme entrevistando pues vienes.

(1): No, antes gracias a ti, me enseñaste mucho de cómo manejas la enfermedad tú sola.

M3: Si es que a veces yo llamo a mi sobrina cuando debo llevar acompañante que me van a inyectar algo muy fuerte, yo digo que me escanean ajajaja porque me meten en una máquina y me toca como dos horas sin poderme mover a algún lado. Pero antes de eso me aplican una inyección, entonces yo digo que eso es la inyección que debo llevar a alguien que debido a la inyección yo salgo con mareo.

(1): ¿Y esa inyección cada cuánto es?

M3: Pues ya llevo un año sin que me hagan eso, pero era cada 6 meses, pero cuando cambio a Saludcoop me han mantenido de un oncólogo para otro. Allí me tienen, allí estancada.

(1): Bueno, nuevamente ¡gracias por tu tiempo y colaboración y espero te vaya mejor en esa cita!

ANEXO 4

Entrevista N: 4

Título: Sin definir

Duración:

Convenciones:

(1) Entrevistadora

M4 Entrevistada.

Descripción: la grabación, en términos generales, goza de buen audio, por ende, se realiza una transcripción lo más fiel posible.

(1): Bueno, hola, buenas tardes, mi nombre, como te había comentado, es Margarita Rosa Álvarez y estoy realizando una investigación sobre emociones afrontamiento y cáncer en mujeres. Entonces, me gustaría que me dijeras tu nombre, tu edad, tu ocupación.

M4: Sí, claro mi nombre es M4, este año cumplí 40 años

(1): ¿Cómo se compone tu familia?

M4: Bueno, pues nosotros somos 6 hermanos y mis dos papás. Entonces en este momento yo vivo con mis papás y vivo con 3 de mis hermanos, mis otros dos hermanos, uno vive en Cartagena y la otra en Canadá, y ellos son menores que yo y yo estoy viviendo con la que es la cuarta el quinto y el sexto.

(1): ¿En tu familia ya se habían presentado algún antecedente con la enfermedad?

M4: En mi familia si se había presentado mi abuelo paterno, él murió de cáncer de hígado, creo, y mis bisabuelos maternos uno murió de dos cánceres o en el hígado o en la garganta o no recuerdo muy bien. El caso es que murieron de cáncer, aparte de eso no, pues en mi familia si hay muchos con problemas de tiroides, en el caso específico del cáncer de tiroides que es el caso mío, y ha habido muchos casos de tiroides como lo es en mis tías maternas, en mi mamá, en mi tío materno también. Es más que todo por la familia materna, incluso a mi

mamá ya le había salido un nódulo en un época por hipotiroidismo, pero a ella en esa época se le desapareció al tomar la levotiroxina, entonces si ha habido situaciones de cáncer, sí.

(1): ¿Cuáles fueron los síntomas que te hicieron a ti asistir para darte cuenta que tenías la enfermedad?

M4: Pues yo no tenía malestares que me hicieran pensar nunca en cáncer simplemente yo consulté en medicina general por primera vez en el 2010 porque, pues, yo le comentaba a la doctora que se me estaba cayendo el cabello, que ya se me venía cayendo más o menos desde el 2007 lo cual no lo hacía algo nuevo para mí. Lo que yo le comentaba a la doctora y que si era raro para mi eran los retrasos en el periodo, que yo nunca los había tenido porque el insomnio y mareos yo se los referí, pero yo ya los tenía hace tiempo, si no que ella cogió todo eso y lo relaciono con la tiroides. Entonces ella me palpó la tiroides y me encontró unos nódulos y me mando una TCH (ecografía de tiroides) y me salió bien, pero si salieron los nódulos, pero para mí eso era normal, no era de mayor preocupación, pero ella ahí mismo me mandó a operación de cabeza y cuello en la mis EPS y me remitió, y yo como “¿cirugía por unos nódulos?”, eso es para otras personas no para mí, sentía que me estaban mandando a una cosa que nada tenía que ver conmigo y bueno yo fui allá en la Clínica Colombia, porque mi EPS es Sanitas, y yo bueno fui y me tenían que hacer una biopsia en la que le chuzan a uno el nódulo con una aguja larga para extraer células del nódulo. Me hicieron eso y el resultado salió que benigno tipo 2, y yo no le paré bolas a eso, y yo “bueno ah benigno”, y pensé “¿será que puede salir maligno?”, pero eso nunca me angustió y otro año que me lo tomé salió “no se puede hacer conclusión diagnóstica con esta muestra”, ah, yo entonces, yo “ah bueno”, lista, fresca y ya, entonces paso que yo estuve así desde el 2010 hasta el 2015.

(1): ¿Es decir todos los años debías hacerte una biopsia?

M4: Sí, pero había años en los que yo no, es decir, dejaba baches que ni siquiera iba a la cita que como eso se supone es anual, pero no había agenda, entonces, por ejemplo todo el 2013 y 2014 yo no fui a cita.

(1): ¿Y todos esos trámites con quién los hacías?

M4: No, pues como sola, pues porque para mí era una cita más de la EPS, y pues yo no sentía nada, mi TCH estaba perfecta y no me molestaban los nódulos, y yo me miraba y si tenía una pepa como si tuviera la manzana de adán de los hombres, y en el 2014 me tocó ir a una

cita en una clínica de la 100, que es chiquita, y me atendieron súper mal: el doctor me dijo no le había llevado los exámenes completos y era un doctor todo grosero.

(1): ¿Porque te mandaron a esa clínica?

M4: Porque no había agenda en la clínica Colombia por eso fui a la clínica en la 100. Entonces el doctor me dijo que no me podía atender por no llevar las dos últimas ecografías. Entonces yo dije “quiero ir a la clínica Colombia porque me atienden bien” y me puse a buscar cita en la clínica Colombia hasta que un señor de seguridad me dijo “es que en ocasiones usted viene y le pide directamente la cita al doctor, entonces venga un lunes o miércoles y lo hace”. Aunque yo no me desvelaba por no conseguir la cita, entonces, para responder tu pregunta era que yo no tenía síntomas, el único así para que la doctora me palpaba, era lo del periodo, pero ya se me reguló a finales del mismo 2010, ya lo único era lo que decían las biopsias.

(1): ¿Luego conseguiste la cita en la clínica Colombia?

M4: Sí, entonces resulta que esa cita la conseguí para un 28 de diciembre y yo “¡uy sí, día de los inocentes!”, y luego otra para febrero 18 de 2015 creo, y llegue muy temprano entregué los papeles y me fui a hacer otra autorización y volví a la sala de espera y ya había pasado media hora de la hora de mi cita, y no me llamaban. Entonces pregunté y me dicen “no es que cuando llegas el sistema te mete y te pueden llamar antes y a ti ya te llamaron y ya perdiste la cita”. Entonces, yo “¿pero cómo si yo llegue antes y esta cita es difícil de conseguir?”. Entonces pregunté dónde podía encontrar al doctor y me dijeron que en los consultorios de prepagada y me subí y no me querían atender. Entonces yo cogí una tarjeta de él, sin pensar y pues ya qué, ya había perdido la cita me fui, y entonces, creo que volví a llamar y conseguí la cita 5 días después, y entonces la conseguí el 25 de febrero y yo no había ido a donde el doctor hace como tres años, y me dijo “no te preocupes el pinchazo de siempre tú sabes”, y me mandó la orden y luego conseguí esa cita para el 8 de abril y conseguí cita con el mismo doctor el 15 de abril en Semana Santa. Entonces, biopsia el 8 y con el doctor 15 de abril. Entonces fui a la biopsia y era el mismo doctor que me había atendido porque me hizo un comentario como mordida de Drácula, y cuando yo entré a donde el doctor fue raro porque había unas mujeres hablando de la virgen de Medjugorje, y mi mamá me estaba acompañando porque para eso si exigen acompañante. Entonces me dijeron que si le quería enviar una carta a la virgen y yo no tenía cabeza para pensar en ello porque estaba pensando en la biopsia y entré y el doctor me dijo vamos a ver qué encontramos, y yo como

“¿por qué dice eso?”, y fue como un presentimiento y cuando me estaba chuzando dijo “esto como que creció”, y eso a mí me asustó, pero yo no le dije nada y él me dijo “tengo que chuzar bien para salir de dudas”, y a mí esas palabras sí me quedaron resonando porque sí era una cosa como que “¡uy!”, pero fue como que las palabras que él dio fueron muy significativas, como que a uno la intuición le está diciendo algo, y yo ya había tenido una ecografía el 9 de Diciembre y respecto a ese día algo había crecido y habían pasado solo tres o cuatro meses, es decir habían sido seguidas y como ellos vuelven y miran con ecografía la zona de la tiroides, es decir cuando ellos chuzan, ellos tienen que ir haciendo ecografía para saber dónde chuzan por eso las ecografías se pueden comparar. Entonces me fui y a los 8 días fui a recoger y el mismo día tenía cita y volví a llegar tarde.

(1): ¿Y cómo te sentías para ir a esa cita nerviosa o cómo?

M4: No, pues yo iba preocupada, pero por ir tarde, por tener que ir por la biopsia y luego la cita y siempre llegando tarde, pero entonces yo llegué tarde porque me habían dicho que la entrega de la biopsia era el 27 de abril, pero entonces “¿Para qué voy a esa cita sin la biopsia?!”. Entonces, pensé “esa cita no tiene sentido”. Entonces no le metí toda la energía para llegar por estar pensando “¿a qué voy?”, pero dije “soy irresponsable por no cancelarla y un paciente la puede estar necesitando en urgencias”, y entonces fui a recoger a la biopsia y el sexto sentido de uno es una cosa rarísima porque antes de abrirlo algo me decía que el resultado no iba a ser igual a la de los años anteriores: yo tenía un palpito pero súper inconsciente. Entonces yo abrí el papel y era así todo el papel escrito, en cambio los otros eran como dos renglones y el resto vacío porque es una hoja tamaño carta, y entonces eso fue lo primero: ver todo el papel lleno fue como “¡uy Dios mío esto es como ahhhhh!”, como que esto no es igual a los otros. Y comenzaba la biopsia: se divide en dos en segmento: A y segmento B. Entonces, yo “Oh my good”, eso a mí me decía que por algo dividían las cosas en dos, y después decía en el segmento A se observa benigno tipo 2 en la clasificación de Bethesda, y yo dije “¿si este está normal el otro cómo está que lo partieron en dos?”. Entonces comienzo a leer crecimiento nuclear de los celulares con folículos de esas palabras que uno no entiende, pero suenan horrible como agrandamiento nuclear y leo más abajo “sospechoso de carcinoma papilar de tiroides”, y yo “¡oh! ¿Qué es esto?” Entonces volví a leer, así como cuando en las películas tiene que volver a leer las letras, y yo “¡ah, ¿qué es esta vaina?!”, y comencé carcinoma, carcinoma, “esto es como cáncer” yo decía, que es esa

palabra y me paso un corrientazo de los pies a la cabeza porque fue como si me hubieran pegado un susto así y yo como “¡Dios mío Dios mío!”

Entonces fui a reclamar la ecografía, que me la dieron por el otro lado, pero yo ya estaba como “¡pero qué es esto Dios mío, no la capto!”, porque me sonaba rarísimo y me fui a una fisioterapia que tenía de la cadera que me estaba doliendo.

Yo dicto una clase en la facultad de medicina de la Militar. Entonces, yo ahí mismo llame al doctor, cuando iba en el colectivo y le dije “¿qué es carcinoma papilar de tiroides?” y él estaba embolado y me dijo “en este momento no puedo hablar con usted pero eso es cáncer de tiroides pero tranquila eso es cáncer de tiroides”, pero yo no le dije eso me había salido en una biopsia y me dijo “¿es que los estudiantes te hablaron de eso y tú no lo entiendes o qué?”, y le dije “no, es que es un biopsia mía” y él como “¡ah, no, entonces pues, eh tranquila, es cáncer de tiroides, pero después hablamos mejor dicho!”. Quedó que no sabía.

(1) ¿Cómo te sentiste después de esa llamada?

M4: No, pues ya me lo está confirmando un médico y me lo dijo así ya a rajatabla y estaba asustadísima de recibir el papel hace como 10 minutos, y en ese momento como que yo dije “¿cómo así?”. Él me lo estaba confirmando y yo me sentí como apoyada por él, porque él es un profesor que somos muy amigos y siempre le preguntó lo que tiene que ver con salud, pero en ese momento yo empecé a decir “pero ¿cómo así no la captó?, esto no me puede estar pasando a mí, ¿cómo así cáncer?”. En ese momento yo pensé “me voy a morir, me van a tener que poner quimioterapia, ¿cuánto voy a durar?”. Pensaba que uno iba a durar toda la vida y de repente te dicen eso y sientes que ya no vas a durar tanto, como que la vida se puede ir de un momento a otro, y tú estabas pronosticando vivir muchos años y de repente esa palabra hace que tú sientas que no, que se te puede acabar la vida de un momento a otro. Entonces yo me sentí fue como triste, sorprendida, asustada ¡eh!, como en shock. Además, que yo iba en el colectivo como si me hubieran cambiado la película, eso que uno a veces se sube en el colectivo y uno está pensando en la plata, que lo empujaron que no sé qué, yo en ese momento sentía que eso era de la más mínima importancia y que lo que me estaban diciendo que cáncer yo sentía que esas bobadas eran como que estupidez, pero lo que más sentía es que yo miraba por la ventana y decía, como que el mundo se me puso patas arriba, como que mi percepción de las cosas fue totalmente, me cambió en cuestión de instantes, me cambiaron el chip totalmente, o sea ¡Dios mío cataclismo! “¡me voy a morir, voy a dejar

de existir!”. Sí, eso fue una cosa que como que yo miraba por la ventana y lloraba y lloraba sentada, ni siquiera me preocupe por darle el puesto a la señora de edad, no me importaba. Abrí la ventana del colectivo y yo decía como que veía los carros y pensaba “¡ni qué carro ni qué carro me voy a morir!”, era como que el mundo me resultaba muy banal, el carro, el trancón, era banal todo eso. No tiene sentido, sino que es muy superficial como para dónde se va todo esto cuando uno se muere. Entonces que el camión, o sea es una situación difícil de describir, que es súper difícil, porque como que uno siente que llega a un límite de la existencia que nunca había llegado, como que uno por primera vez siente que la muerte me puede pasar a mí.

(1): ¿Es como sentirla más real?

M4: Sí, la sentí súper evidente y no la pensé, es decir, no pensé en la muerte, si no que la sentí, porque uno la piensa y es un pensamiento más y aquí era como que me corrieron el piso, me movieron el piso y me puse a llorar, aunque no era un llanto como de dolor, porque uno a veces está triste y llora como del dolor porque me dejó mi novio, no era tan doloroso no era dolor por que a uno como que a veces le duele el pecho y llora como “¡ay qué mi novio, qué mi novio, pena de amor, no me quiere!”, o pedir tal cosa o no pude hacer tal cosa, pero no esto era más como si te hubieran mostrado un abismo y tú estuvieras es como sorprendido, como si estuvieras asustado, como de “¿qué es eso?”, como en shock, pero de lo que te están mostrando, más que dolor, pues obviamente si había dolor, pero no era como algo que hubiera sentido antes, era un dolor, era más como una sorpresa de algo insondable. Sí, era negativa, no era como “¡cayó el príncipe azul del paracaídas!”, era si, era como una cosa, pero no tan negativa porque yo de pronto he sentido otras cosas también negativas, si no que era también como “¡miércoles, ¿quién soy yo?!”, como preguntándome “¿yo qué he hecho en la vida?”, y ya cuando llegué a la fisioterapia y me pusieron a hacer los ejercicios yo pensaba y pensaba, como “¡Dios mío, esta enfermedad, esta enfermedad me la diagnosticaron a mí!”, y yo pensaba que sólo le pasaba a los otros y “¿cómo así? y ¿cáncer?, ¿o sea que me voy a morir ya en el baño?”, pasó a ser más que el shock el pensar en eso “me voy a morir ahora, ¿qué va a pasar?, ¿qué tratamiento me van a hacer?, ¿cómo será eso?, ¡Dios mío!”. Ahí si me empecé a sentir enferma, antes no me había sentido así, pero como que ya me empecé a sentir, como los viejitos que tienen que ir, y como estaba en la fisioterapia ya me empecé a sentir en el lugar de la fisioterapia, como el lugar al que van los

enfermos y justo en el baño estaban esas barras de las que se sostienen las personas que no pueden cogerse bien y fue verla y sentirme enferma, y yo pensaba como en los viejos y los enfermos, y yo hacía los ejercicios de la cadera y levantaba y yo “¡Dios mío, cómo así!”, como raro, porque como que con la fisioterapia me estaba cuidando la cadera, pero ya me sentía enferma como paciente de cáncer haciendo fisioterapia jajaja o sea era muy raro, muy extraño. Yo me sentía como otra persona más, que triste era, como si me cambiaran el mundo y entonces llegué a mi casa y lo primero que pensé fue “tengo que llamar a alguien”.

Lo primero que pensé en el bus fue “yo tengo que hacer tres llamadas a un médico Ayurvédico que me había acabado de ver hacía unos días, al médico que no me había podido ver y un amigo que es médico”. Entonces, eso fue lo que pensé: hacer tres llamadas. Cuando llegué a casa llegué, descolgué el teléfono y marqué el fijo de la tarjeta que había cogido antes, que es como una cosa de que todo se va encadenando, como en las películas, y yo como “¡uy la tarjeta que cogí antes pero no sabía por qué la estaba cogiendo, pero ahora la estoy utilizando!” y marqué y me contestó el mismo doctor, cuando yo pensaba que me iba a contestar una secretaria o que no me iban a contestar porque eran las 7:30 de la noche. Entonces, nadie me va a contestar y me contestó el doctor “aló”, y yo como (gemidos) y él “¿sí?, ¿quién habla?, ¿qué necesita?”, y yo (hablaba con llanto) “doctor”, y empecé a llorar por el teléfono. Después de decir dos o tres palabras y él cómo “que qué, no le entendiendo nada” y me dice “¿usted es paciente, yo la operé a usted?”, y yo “noooo” y esa palabra la operé, y yo “¿cómo así que la opere?” y me preguntó “¿usted es de la prepagada?, es de que no entiendo, ¿yo la operé?” y yo como “no, soy de la EPS y el examen salió malo”, pero él no tenía ni idea de quién era yo porque él atiende es a las personas de la prepagada. Entonces, ni idea quién era yo, pero me dijo “no, pero tranquila”. Entonces, yo creo él pensó me había operado y en el postoperatorio algo me había pasado y me dijo pasara el lunes y colgué, y llamé a mi amigo y le dije “quiero hablar mañana contigo urgente” y me dijo “por la tarde”, pero me lo paso para el viernes. Ahí mismo le escribí al Ayurvédico, que me ayudara contándole mi situación, para saber qué tenía que hacer y entonces listo, al otro día me levanté, yo no le dije nada a nadie ni a mi papá ni a mi mamá, no, nada .

(1): ¿Por qué tomaste esa decisión?

M4: Porque yo hasta no estar segura de lo que estaba pasando no quería comunicarle a nadie nada, porque yo dije “no, ahora se estresan, ni siquiera sé si es lo que es, no he tenido cita

con el cirujano”. Entonces ni idea, debía confirmarlo y además que yo dije “¡qué bruta, claro esa cita hubiera sido clave para confirmar con el cirujano lo que me está pasando, ahora debo esperar hasta el lunes, un fin de semana eterno para que me confirmen!” Entonces, al otro día me llamaron para que pasara por el resultado de la biopsia, que me decían no salió bien con la mayor delicadeza y yo “tranquila que ya la reclamé”. Me decían pena porque debía ir urgente a reclamar, y yo “¡ay tan decente lo llaman a uno!”, pero así mismo dije “¡ush, entonces si es urgente porque cuando lo llaman a uno de un laboratorio entonces dije la cosa es en serio”!, y también mi chip fue “voy a ir a misa todos los días, voy a comulgar todos los días porque a mí el que me va a curar va a ser Dios” porque fue como un “¡Dios mío tú me tienes que curar!”. Entonces, fue como un “Dios me va a curar y voy a tener la comunión todos los días, sagrado, sagrado”, y me fui esa mañana de jueves a la misa a las 8 am y al llegar a mi casa, el Ayurvédico, me había dicho “yo te voy a ayudar, ese problema tiene solución, yo te voy a ayudar con la medicina Ayurvédica”, y eso me dio como alivio y no recuerdo qué hice ese día, pero lo que había pasado ya había partido una raya del 15 de abril hacia atrás y del 15 de abril hacia adelante.

Entonces, el viernes fui para donde mi amigo en la casa de él porque no quería en mi casa nadie se enterara. Y entonces a mí me pasa una cosa y es que yo he hecho muchas cosas de actuación, entonces se vuelve uno persistente por fijarse más en el fondo que en la forma. Entonces yo me acostumbre a esa persistencia. Entonces, mi primer sentimiento no sé o emoción o actitud, fue como “no está cosa a mí no me va aganar”, no fue como que me tumbó y me deprimió y me quedé en la cama o me quedé deprimida y no me levanté en todo el día: al contrario fue como un cohete, como si me hubieran mostrado que el tigre está ahí y yo como si hubiera salido corriendo del tigre ese cáncer, es decir ese carcinoma, porque yo me levanté a la misa a donde mi amigo “yo no me voy a dejar vencer y la voy a luchar como cuando suben al Everest”, o sea como que no me mató, si no que me motivó. Entonces, yo pensaba “¿o me deprimó y me vuelvo una nada y esta cosa y ya, o me motivo?”, y yo pensaba me iban a hacer quimioterapia y o como que pensaba “dos años para mí, era como dos años de quimioterapia”. Esa era la imagen que yo tenía o que iba a durar dos años. El caso, era algo con dos años, como una imagen en la mente y bueno llegué a donde mi amigo, pero no le dije era mío para no predisponerlo y como él sabe de medicina China podría darme un concepto diferente a los cirujanos que sólo hacen que cortan y rajan, y le mostré el papel y

se puso pálido y a temblar: él estaba más nervioso que yo porque yo ya había pasado el shock, y me intentaba decir y yo como “este hombre está aquí sufriendo porque no era capaz de decirme igual con el llevo 5 años de amistad”. Entonces, yo le dije ya sabía, que era mi pregunta era más cómo, yo ya tenía el concepto de que eso se operaba porque el doctor me había dicho “el tratamiento de eso es operar”, ¿si había opción de que no lo operaran con la medicina alternativa?, y me dijo “yo pienso no te complique la vida ¡opérate para que no te arriesgues!” Entonces, eso fue como un gran respaldo porque le pude compartir eso a él y me fui. Entonces, el sábado vino otro amigo con el que tenemos investigación en salud, con él y otro antropólogo, e hicimos una meditación con una vela, con él, entonces nos vimos viernes y sábado. Bueno, entonces que una vela que no sé qué y la meditación, y pues en esa meditación algo dijeron y yo me puse súper histérica, como que yo dije que quería contarles algo porque venía ese antropólogo y otro y una niña y mi amigo dijo como “no dramatices tanto” o algo así, no recuerdo bien. O no, eso no, no fue ni ese el caso, es que yo empecé es que el cáncer de tiroides no es cualquier cosa y me acaban de decir que tengo cáncer y eso es importante y me puse como delicada sensible y le dije a todos como noticia y dije como “necesito sea una terapia para mí” y entonces fue como una terapia de grupo y empecé fue conectar con cosas del pasado de mi casa, atando cabos de cosas que pasaron por mucho tiempo en mi casa, como vivencias personales, atando cabos entre el cáncer y eso porque era como “¿qué estoy haciendo de mi vida?, ¿por qué no viajé?, ¿por qué tal relación?” Entonces, es como que la vida te zarandea. Entonces, uno como que “¿por qué he sido tan boba?, ¿por qué hice esto y no lo otro?” y surgió el tema de la familia y la otra chica comentó que a ella le pasaba lo mismo que mi mamá esto, y que en la familia lo tenían a uno, como en una dependencia o lo manipulan y fue como un exorcismo allí, pero no del cáncer si no de cosas que uno se cuestiona.

(1): ¿Te cuestionas por las relaciones que estaban en ese momento de tu vida?

M4: No, pues también incluso antes, es como cuando te roban la cartera y conectas el por qué has cometido un error tras otro. Es como la gota que rebosa el vaso, y en ese momento fue para mí una catarsis completa y ya mi amigo me dijo cómo “tranquiliza la mente, para con tanta pensadera”. Esto pasó 4 días después, lo cual me ayudó al compartirlo con todos. Llegó el lunes y el doctor me atendió ahí mismo, porque yo llevaba la biopsia y de una me dijo “a usted hay que operarla”, pero me lo dijo calmadamente. Yo en esa consulta estaba temblando

porque no quería que él me dijera eso porque era la solución de las otras personas que yo había conocido, porque yo como que sospechaba que lo que hacían era operar la tiroides y yo como que “¡oh my good!”, y yo sentía que me iban a descabezar, como que para mí operar y sacar la tiroides era como cortar.

Es que los imaginarios de uno son raros e inconscientes. Entonces es raro hacer eso consciente, como que te van a sacar la tiroides, pero realmente mi imaginación me llevaba a pensar que me iban a quitar la cabeza porque, como que uno lo relaciona con cosas como locas, pero eran como ideas sueltas que por ahí se le disparaban a uno, y entonces yo no le pude contestar al doctor cuando me preguntó quién me iba a acompañar en la operación. Y yo estaba temblando y me rechinaban los dientes y no le pude contestar.

(1): ¿Pero mentalmente si pensabas en alguien?

M4: Sí, estaba pensando en mi mamá o mi papá no sé, pero no me salían las palabras porque allí lo que sí me dio fue pánico de me van a operar, ya no era el shock del principio de “qué me está pasando, ¿me voy a morir?”, no, ya era un pánico más inmediato como cuando te van a poner una inyección, pero más fuerte que ese. Ya no era tan trascendental en susto, a lo que me refiero es que como yo ya había hablado con mi amigo había hablado con el Ayurvédico y con el otro doctor, con el que yo trabajo, este mismo doctor me decía “esto se soluciona pues operando”, ya todo era más manejable, porque yo le veía más manejo, más previsible, ya no me decía era quimioterapia o que era grave o que no se sabía diagnóstico, para el doctor esto era común como “te opero de la tiroides”. Y entonces, después es necesario hacer toda terapia. Entonces, la idea de “me voy a morir” paso a un segundo plano. Esa sensación me duró los tres primeros días como preocupada “¿cómo le iba a decir a mi mamá?”, pero ya esto me tranquilizó porque no era un cáncer de estómago que uno conoce esas historias que uno dice “murió esto”, fue más como un shock primero y luego como “ah, pero me van a operar la tiroides”, fue como bueno, fue más el susto. Ya la sensación empezó a ser hasta bonita porque la vida me zarandeó, pero estoy sintiendo como muy especial porque la vida es como cuando el papá lo regaña a uno por el bien de uno y como una vaciada que, que, das sabes es para que mejores, es más una sensación de estoy muy zarandeada, pero ¿sabes?, todo esto es muy positivo. Entonces, incluso me sentía mejor que antes, sí, emocionalmente me sentía mucho mejor que meses anteriores que venía como aburrida que no sabía a qué me quería dedicar, estaba en un momento que no sabía para dónde coger. De

hecho, en Semana Santa le comenté a un padre todas las ideas que tenía y mira cómo todo se une porque en ese momento él me dijo “lo que usted tiene que hacer es no hacer nada”. Yo creo que él tenía el sexto sentido, que la vida me estaba diciendo como “¡pare!”.

Bueno, entonces él me mandó por los papeles para la operación y yo esa semana ya me estaba haciendo a la idea y el miércoles me agarró el este, de cómo me iba a dejar operar a dejar sacar mi tiroides ni por el no, no, no, no y me agarró como una angustia de no me puedo dejar sacar la tiroides.

(1): ¿En ese momento ya se lo habías comunicado a tu familia?

M4: No, es que yo empecé fue como “mamá, que yo tengo unos nódulos, mamá que para prevenir que sean cancerígenos de pronto me los van a operar”. Entonces, se lo fui dosificando poco a poco con el paso de los días como ¿sí?, que me van a operar un nódulo pero el doctor si me había dicho tiroidectomía total y vaciamiento de cuello, yo como que dije “el miércoles me van a vaciar el cuello”, eso fue lo que a mí generó eso dos días después. Mira, eso fue un caso que como que me hizo actuar cosas del pasado como “yo no me puedo dejar hacer esto” y todos los significados que tiene el cuello que me van a quitar, como mi voz ahí me generó mucha angustia, la cual se transformó en hacer consciencia de lo que estaba significando la tiroides porque eso fue el 22 de abril, una semana después, primero me dio mucha angustia por la noche el miércoles y luego yo comencé a hacer consciencia de los mecanismos de poder a través del cuerpo (tema del que trató mi tesis). Entonces, dije “yo siempre he trabajado el cuerpo”, lo cual me permitió centrarme en toda esa dispersión que yo traía. Entonces, me tranquilizó mucho y eso que estaba la angustia de lo de vaciamiento de cuello y luego, entonces, dije “yo tengo que escribir esto porque si yo no escribo esto que me está pasando, lo que está significando para mí todo lo que me tiroides me quiere decir se me va a quedar adentro y si no lo comprendo es posible esta enfermedad que yo tengo, y se manifieste en el nódulo, se me quede adentro”. Entonces, fue como “yo tengo que escribir esto por lo que está significando y yo los tengo que descubrir” y pensé “si me operan y yo no los descubro me voy a enfermar más”, fue lo que pensé en esa angustia. Después de pensar, el no me operan por esa sensación de que mi tiroides me dice algo y si me operan es como que no quieren que dijera lo que ella quería decir: tu cuerpo habla y déjalo porque el malestar no está allí.

Entonces el martes yo tengo clase en la Militar. Me vi con el doctor y un estudiante y yo le dije “te quiero contar lo que me está pasando”, y nos encontramos el viernes y yo le dije “yo no sé pero tengo que contarte todo lo que me está pasando, necesito entender porque siento tanto pánico de que me operen y porque si me la quitan siento me voy a quedar obsesionada con mi tiroides”, o sea me entró el pánico, se me iba a volver una obsesión la tiroides si me la sacan, es decir, no el miedo a que me la sacaran si no a obsesionarme con la tiroides.

(1): ¿Sí, te entiendo bien era como que si te la sacaban no sabrías cuál es esa enseñanza que te está dando tu cuerpo?

M4: Sí, exacto era como sin más iba a ser tan simple de me va operar y se acabó la cosa. Pero el fondo de lo que pasaba se iba a quedar en silencio y la verdadera enfermedad iba a quedar sin poder expresarse, y por lo tanto sentía que si no lo sabía la enfermedad se me iba para otra parte.

Entonces, el primer pánico fue quedar obsesionada, como un desaparecido al que no pueden enterrar y la familia, sentía no le iba poder hacer duelo a la tiroides. Entonces, los sentimientos fueron de una ansiedad horrible, ya no era pánico si no ansiedad existencial, y es porque tiendo a ser un poco obsesiva y reconocía eso en otras cosas que me habían pasado.

Entonces, empecé a hablar porque él es estudiante de medicina pero quería hacer psiquiatría. Después, entonces le dije “aprende”, y yo empecé a hablar y intentar explicar y fue una cosa maravillosa lo que paso: yo sentí pude sacar ese significado como encontrar el punto de partida fue muy bello: yo lloré y le decía que estaba buscando las palabras para intentar expresar lo que sentía, mira, y aun eso se conectó con más cosas del pasado.

(1): ¿es decir ese punto de partida era algo del pasado?

M4: No sé si estaba algo del pasado pero si sé que ese carcinoma me evocó cosas del pasado y me las trajo al presente y es posible tuviera su origen en esas cosas del pasado, era la punta del iceberg la enfermedad. Entonces no era que yo pretendiera encontrar el origen psíquico de la enfermedad, si no que necesitaba expresar porque sentía me iba a quedar obsesionada, no tenía tanto alcance, necesitaba expresar porque tenía miedo de la operación, cómo sacarlo y no encontrar el origen y no expresar el significado de no hablar, de no expresar, por ejemplo por qué no aceptar la enfermedad tal cual es y sacarla.

O sea fue una catarsis brutal que se me quitó todo temor, se desapareció toda ansiedad, como coger el gusanito y sacarlo: fue increíble, pero él no dijo más de tres palabras. La magia del escuchar.

Entonces, empecé a escribir el 23 de abril y empecé a tomar nota de todo lo que me pasaba para redactar lo que me pasaba todos los días. Luego, la siguiente semana, pedí las citas de tórax y la anestesia y fue curioso porque las había pedido para una fecha y me las adelantaron y el tres de mayo acompañé a mi hermano a lanzarse de parapente y tenía cita.

(1): ¿ya en ese momento les habías dicho a tus familiares?

M4: Ah bueno, yo en ese entonces ya le había dicho a mis papás, pero pues no les nombraba mucho la palabra cáncer, pero les decía me van a operar porque igual yo tampoco sabía mucho del tema porque salía sospecha, entonces uno dice sospecha o sea no es seguro.

Entonces esa semana me fui a hacer la radiografía, pero me agarró, después de superar lo de la operación, lo de la obsesión, me dio por ¡ah!, pero si es sospecha iba sacando una cosa y me encontraba con otra y me fui al laboratorio para hacer la radiografía y me fui a donde la bacterióloga a preguntarle y decirle si me iban a operar lo que era por ser sospechosa, y me dijo “ya tu tiroides no es sana por ese montón de nódulos, ya no es sana”, pero pensé “¿y si se equivocaron?”, porque el 29 un amigo me explicó la biopsia mencionando cosas que eran relativas y me dijo “busca otro patólogo”. Entonces, el tres ya no era la tristeza, la angustia ni la sorpresa, si no me dio incertidumbre, es decir, yo pasé por muchos momentos que tienen su emoción y ella ya me dijo “esto lo revisan 5 personas”, y me calmo un poco, pero yo pedí mis muestras, pero me dijo me dijo “usted se las lleva la EPS no le resuelve porque declara se quiere independizar”. Entonces, pensé “mejor dejar así”, es decir esa mujer me devolvió el alma al cuerpo y por la noche fui a misa y me acabe de tranquilizar. Bueno, entonces allí hice las vueltas y un día me tocó con el anesthesiólogo y la EPS estaba repleta. Entonces, piensas atienden los pacientes así a la carrera y pensé “¿cómo me van a atender aquí?”. Es que todo lo que me pasaba me angustiaba. Entonces, pensar no me atendieron bien me cargó y llegué así a la cita y me dio la lloradera con el anesthesiólogo porque uno estaba emocionalmente muy susceptible, así uno quisiera tranquilizarme me encontraba en shock, todo lo que pasaba me generaba duda inseguridad, y así mismo le dije “¿cómo harán porque soy hipoglucémica con el azúcar?” y el doctor me escuchó por un tiempo, pero luego se puso todo cortante y yo estaba vuelta nada, porque me panique que no pudiera como quejarme

porque sentía no responden mis dudas, y ya él me dijo “firma allá afuera lo siguiente”, y leo riesgos: asfixia, muerte etc., y yo como “¡Ok unas cosas que suenan horrible!” y dije “bien, listo”. Ya después de llorar y haberme indignado dije como “bueno, ya voy a firmar” y al otro día me fui a tomar la cita con el doctor y yo tenía un viaje para el 9 de junio. Entonces, dije que me la programe antes o después y él comenzó a pasar las hojas de la agenda y llegó al 11 de junio y el viaje era como de 10 días. Entonces, “yo doctor es que tengo un viaje” y dijo “¿quieres que te opere cuando llegue del viaje?”, y me dijo “si quieres te opere después debes firmar un consentimiento informado porque usted está atrasando este procedimiento y si esto por ser cáncer se agrava en 20 días no es mi responsabilidad porque yo te estoy programando una fecha”, y me dijo “uno debe tener esas prioridades en la vida”. Esas palabras me dieron una enseñanza muy sabia: hoy en día aun la uso. Saber qué es lo más importante en determinado momento y no hacer todo a la vez. No sólo me operaba la tiroides, también me enseñaba cosas igual. Él me contagió la seguridad y la incertidumbre de estar patinando de un lado al otro, me desapareció porque él me ponía y muchas de las cosas que me han pasado emocionalmente es por falta de ellos. Entonces, el límite de tiempo fue como gracias, y me explicó la seguridad de que fuera cáncer. Luego de eso yo retome cosas porque estaba más calmada como medicamentos ayurvédicos y un amigo me decía “¿cómo te tomas eso antes de la operación?” Y yo le dije “no es que esto a mí me ha vuelto valiente, a mí me van a operar y me quitó el temor no estoy solo valiente estoy el doble de valiente”. Entonces, ya no tengo miedo. Entonces, era perder el miedo y las supersticiones como levantarme del lado izquierdo porque nada garantiza la vida. Entonces no estaba deprimida si no más fuerte

(1): ¿Empezaste a romper son cosas?

M4: Exacto, con miedos y cosas como que pase el tiempo y me zafé de una cantidad de miedos, de bobadas, sentí que me liberé. Entonces, el médico ayurvédico, en una cita, también, me dijo me operara para mí. Lo más grave para mí en esos momentos era que me dijeran que no era necesaria la operación porque necesitaba anclarme a algo seguro.

Bueno paso mayo y llegó el 29 de mayo y me fui a donde mi jefa que es endocrinóloga y le quería contar por ser mi jefa y ella me dice “ve” pero como “mide, tan poco es muy pequeño para que te lo operen” y me decía cosas y cada cosa era más dudosa que la anterior y puedes dudar mucho sin nada, que quedan sin voz. En esa operación que den tomar calcio el resto de la vida y faltaban como una semana y media para la operación y me dio el número de otro

endocrinólogo, que nadie se muere de esa cáncer de tiroides. Yo me fui poniendo pálida y por teléfono le dijo que sólo un pedazo, que mejor ni me dejara operar, me decía ella o sea ese día yo casi me muero, me tocó meterme a la oficina de profesores a llorar, pero un llanto de desesperación de estar en la espada y la pared, ya no era de morirme si no de quedarme sin tiroides por el resto de mi vida en vano. Y nadie tiene la seguridad y yo lloré y se me acercó un doctor que me hace pensar que la medicina no sólo es recetar, si no escuchar, porque él lo único que hizo fue “voy a rezar por ti y confía en Dios”, me habló un resto de Dios. Este señor me dio la tranquilidad absoluta en ese momento, tenía una mirada tranquilizadora. Luego de eso me tocó cambiarme porque había sudado mucho.

Ese día yo tenía cita de dermatología y ese doctor también me dijo es cáncer hay que operarlo. Entonces, ya dije “no importa ya no importa me opero”, y el 3 de junio aun así pedí una cita con el contacto de mi jefa, pero esperaba me dijera debía operarme para estar tranquila emocionalmente sin incertidumbre. Luego de revisar lo papeles me dijo “mira esto hay que operarlo” y yo “¡sí, que alegría!”, me reafirmaba los límites del otro y después de eso me monté al SITP y me sentía en las nubes de la felicidad, llegue a mi casa y me faltó cantar como Blanca Nieves y los siete enanitos. Entonces, el 4 me llamó un amigo que una charla sobre salud y antioxidantes y cáncer y empezó la charla con la magia de los antioxidantes naturales y cuando llevaba una hora y media la charla y testimonios, cada cosa que decían me ponía a dudar y una chica me dijo “que una por tomar esta fruta, a ella cuando la operaron, ya no le tenían que quitar la tiroides”. Entonces, que me quitaran la seguridad, era como un abismo cada vez más profundo porque todos felices y yo triste porque yo sólo quería escuchar se soluciona operando, y salí de allí llorando tres veces más de las veces anteriores, por tener todo acumulado, porque me sentía acorralada por la sensación de sinsentido y vacío existencial y le pregunté al doctor “¿me van a operar dentro de 8 días?” y me empezó a hablar sobre cosas espirituales y me escuchó, y al final me dijo “mira si te tienes que operar estas frutas contribuyen o se usan cuando no hay otra opción”, y me dijo “si quitarse la tiroides totalmente”. Entonces, en ese momento fue como “gracias”, tenía una confirmación por octava vez y me fui a mi casa y pensé “ya estuve en los abismo y ya no le voy a preguntar a nadie nada, esta vez soy yo la que va a poner el límite por el aprendizaje que era para mí y no esperar quién te ponga el límite”

(1): ¿Sentías dependías de las palabra de alguien más?

M4: Exacto, de la confirmación de alguien más para encontrar el límite, y me decían si me alegraba, y me decían no me entristecía, pero en el fondo yo sí quería operarme. Entonces me fui para el santísimo el 5 de junio para hablarle a Dios por la decisión radical que había tomado, como que por primera vez en mi vida es una decisión mía, sentí ese día acababa la búsqueda y el 2 yo había ido a lo de Juan Pablo Segundo y me agarró una gripe por estar a la intemperie y esa semana, el jueves, me operaban, y si me daba gripa debía llamar a cancelar, pero llamé y me preguntaron si era con fiebre y como no era así no pasaba nada, y el día anterior me tocó hacer un pocotón de vueltas hasta exámenes de rutina, y ya en ese momento yo hablaba normal de cáncer

(1): ¿En ese momento ya lo hablabas también normal con tu familia?

M4: Bueno, con mi familia ya les dije, como si, ya cuando era más cerca la operación les dije “no es un pedacito, me la van a sacar toda: no es preventivo es cáncer”. *Entonces, como se los fui dosificando y se lo conté ya como relajada de “no se preocupen ese cáncer es una maravilla”, entonces se iban dando contra el planeta, pero el golpe era más suave y era al punto de hablar desde lo positivo y les pasa a las personas con cánceres terribles: las escuchas súper positivas en medio de algo terrible,* pero la noche anterior fue terrible porque tenía que levantarme a las 4 para estar allá a las seis, y llegó mi tío de visita y yo estaba súper estresada y susceptible, pero de lo inmediato era como superar lo macro para estar en lo micro, de pasar “al me voy a morir a no voy a poder dormir”, y a mí la ansiedad y la hipoglucemia me da dolor de cabeza y mareo, y me empiezo a enfermar y me levanté más temprano para ir presentable a la cirugía, y hubo un momento en que sentí me iba a enfermar, que me iba a ganar la enfermedad y me acordé de Juan Pablo, y le pedí que esté bien en las condiciones de la operación y fue un pensamiento, pero sentí mi cuerpo hizo click, y ya sentí no iba a enfermarme: tomé la decisión de estar bien y antes sentí tenía mucha energía

(1): ¿decisión de controlar tu cuerpo?

M4: Sí, la decisión de que la ansiedad no controlara lo que me estaba pasando

(1): ¿Forma de evitar que las emociones te controlaran?

M4: Claro, porque allí las emociones me podían llevar a dos caminos: o me agarraba la ansiedad de que las condiciones no estaban perfectas, entonces podía estar mal; y la preferencia de enviar todo al carajo por la sensación de todo o nada, pero una fuerza de pensamiento me dijo “no hay por qué indisponerte de indisponerte por pensamientos que cruzan tu mente,

aceptar las cosas están pasando de esta manera” y entonces algo hizo pick, y me sentí bien física y emocionalmente. Entonces mis papás me llevaron porque debía estar a la 6 Am y en el carro, mi preocupación, en el carro era lo represado en el celular porque no me gusta tener cosas pendientes, y mis amigos de la misión me habían enviado un mensaje súper largo, un mensaje que no es como decirlo como que manda un mensaje social, si como sentimiento de humanidad. Entonces, entré y fue como “pongase esto y lávese” y me dieron las maripositas en el estómago, como la emoción de nervios, pero como emocionantes, no era ni miedo ni pánico, pero pensé “no me despedí de mi papá” pero ya en bata no podía salir. Entonces di por hecho ya me había despedido

(1) ¿y como estaban tus papás?

(M4) Mi mamá estaba como tranquila porque no era como una cirugía de llegar con “el corazón en la mano” y como se fue tan rápido no alcanzamos a hablar bien y me montaron en silla de ruedas, y en ese momento sí me sentí totalmente desnuda, no sólo por la bata, si no por no sentirme dueña de mí, y usted me llevara a donde quiera, yo no sé para dónde voy, no soy dueña de lo que hay que hacer: fue una sensación de soltarme totalmente de todo, lejos de mí, una sensación de sentirme ligera

(1): ¿te gustaba esa sensación?

M4: Sí era como confiar y dejar atrás todo por lo que había pasado, de estar segura de todo y aquí era como abandonar que soy yo la que tiene seguridades y confiar, lanzarme al vacío y después ya estaba era entretenida, como niña chiquita que todo es nuevo, y llegué a la sala de cirugía me subí a la camilla y me inyectaron, pero el enfermero todo chistosito pidió ayuda para salvar mi vena y me encanta del personal de salud que habla lo más cotidiano.

En ese momento yo estaba súper entretenida mirando todo y a todos, pero me preocupaba que me dieran ganas de ir al baño a la mitad de la cirugía y me dijeron la anestesia duerme eso, pero en ese momento yo estaba era como feliz, con sensación de que no se acabara, y llegó el doctor que tiene muy buen sentido del humor y lo relaja a uno y le dije “yo había rezado por él”, consejo que me dio una amiga, me presentó al anesthesiólogo pero sólo le vi la barriga y me decía “te vas a quedar dormida” y empezaron a hablar como a contar cuentos que son intencionados para distraer al paciente y empecé a sentir como la sangre le daba la vuelta a mi cuerpo y me dormí, pero estaba súper tranquila, emocionada viendo todo.

Bueno, pero la despertada sí estuvo fuerte, me acosté feliz y me desperté como en el lado opuesto de eso porque la sensación al despertar fue que no podía respirar y me estaban diciendo como “pasa la cabeza a otro lado”, y me sentí regañada como una bruta que no pasaba la cabeza. Entonces sentí colocaron a andar la cama y la cara la tenía empapada y me costaba mucho respirar. Y me pusieron en el cubículo y me dio sensación de náuseas y cada minuto que pasaba era eterno, y el dolor en el cuello terrible y me temblaban las piernas, y calor porque me habían puesto una cobija llena de aire caliente y poner la cabeza estirada, sentía me dolía más, lo único que me preocupaba era sobrevivir a esa sensación corporal: me dominaban las sensaciones corporales. Y además decidí no hablar y le hacía señas a las enfermeras de lo que sentía y más analgésico implicaba tener más náuseas entonces prefiero él.

Llegó el anestesiólogo y me dijo como “¿no podías respirar?”, me hizo sentir como “gracias por preguntar” y me generó una sensación que me alivió muchos síntomas porque me sentí comprendida y acompañada: una sensación de una persona muy cariñosa como muy tierno. Y llegó el doctor y la sensación fue de “fresca con las enfermeras”. Yo encontré que tomándoles la mano se me pasaba el dolor, como energía humana hacia soportable el dolor porque poder expresar era liberador y empecé a usar el buen sentido del humor con ellas, como transmitirles algo humorístico, y ellas lo recibían, y a mí me aliviaba porque me sentía con un papel activo de animarlas a ellas de hacerles el trabajo más tedioso.

(1): ¿Sentías construías una relación más empática?

M4: Sí, por ejemplo cuando le pasan el pato y eso hacía que fuera más empático la paciente que hace funcione para ella, me sentía apersonada de mi misma y yo seguía feliz, y que me di cuenta que respirar como en teatro me calmaba las náuseas porque es el control del propio cuerpo y después de dos horas me iban a llevar a la habitación y fue como “¡ash se acabó la película!”, pero me devolvieron y un señor gritando que me estresaba, pero lo durmieron, pero igual se da cuenta que por más analgésico eso duele, y luego empecé a levantar teniéndome la cabeza hasta que me senté y sentía ya estaba bien y decía ya estoy fuerte y comencé a hacer etnografía y me di cuenta que no había comida y estaba bien y esa fuerza venía de Dios, entró mi mamá y me visitó y luego me cerraron las cortinas y me aburrí, pero a mí la sala de cirugía se me hacia cálida y con mucha acción y me sentía acompañada, y cuando me dijeron que me llevaban a la habitación me dio un desánimo, me dio mucha

tristeza, como cuando se acaba una película y vuelves a la realidad. Y entonces me aburrí y con frío porque seguía con la bata y llegaron mis papás y se hizo de noche, me trajeron como una crema de pollo y lo devolví todo, pero bueno me acosté a dormir, mis papás se fueron y me dijeron el residente me daría la salida, pero como a las tres de la mañana me desperté y sentí Dios me estaba pidiendo que hiciera algo, como una misión de salir a las personas, como que por eso estaba pasando por esto.

(1) ¿Es como si a esa misión atribuyes tu enfermedad a poder realizar esa misión?

M4: Sí, pero también la atribuyó a otras cosas que habían pasado antes, como en el 2010, pero en este momento no estaba sintiendo cuál era el origen, si no cuál era el futuro, como un camino que Dios me mostraba para hacer las cosas: la razón de ser era como centrarme en los temas de antropología médica, y justo ese día una amiga me envió un mensaje de que Dios me tenía en sus manos y yo me sentía muy bien física, anímica y mentalmente. Y me traían cosas con azúcar y me tocó forzar la voz para explicar, no podía comer, lo cual me dio rabia. Luego me quitaron el suero, me trajeron el almuerzo y me dio energía, y ya salir para la casa, y pensé “ah todo”, y me dio guayabo, como que todo se acaba y sentí se me acabo el proyecto de vida porque la operación me había ocupado por dos meses y medio, tristeza perder ese norte. Y entonces, ya me centré en seguir escribiendo toda mi experiencia, que al volver a escribirlo emocionalmente fue muy duro, hasta nostálgico, pero empecé a sentirme especial y renovada, pero con la sensación de esto se acabó y ¿que va a pasar ahora? y me daba tristeza el pensar qué iba a pasar y lloré de desespero y mal genio y pensaba “a nadie le importaba lo que pasaba después, las emociones que sentía el paciente” y entré así al consultorio, pero el doctor me hizo cambiar de opinión

(1): Pensando en esto ¿quién sientes fue un apoyo fundamental en todo el proceso de la enfermedad?

M4: Pues, principalmente Dios porque a veces como que uno dice finalmente, o sea claro la familia, pero uno a veces siente que el único del que se puede agarrar es de Dios, uno siente que ni siquiera las otras personas de tu familia pueden entender, o sea como que el único que me puede salvar es Dios. Entonces, finalmente del que uno se agarra es Dios: tú te sientes solo y sólo de él te puedes agarrar, para mi Dios era como y yo: sentía la presencia de Dios muy palpable, sentía un amor enorme como que todo era demasiado especial en esos dos meses: la cotidianidad se volvió especial.

Si sentía a Dios, pero, pues, también sentía el apoyo de mi mamá, o sea el apoyo de mi mamá siempre estaba porque al fin al cabo los amigos qué, pero la mamá y los médicos también están, pero la mamá le dio la vida a uno. Entonces, sentía mucho a mis papàs porque son los que van a estar permanentemente, por eso sentía el apoyo de ellos: era lo único que necesitaba.

(1): ¿Por eso decidiste decirles la noticia de esa manera?

M4: Sí, como para no preocuparlos. Era como si yo sentía les iba a dar durísimo, estaba preocupada por ellos, o sea la preocupación era que se estresaran o pusieran tristes, eso era lo más preocupante porque uno no quiere angustiar a la familia. Entonces, si mis papás, para mí eran un apoyo muy grande, yo creo, y pues también los doctores con los que trabajo, que estaban muy pendientes o mis amigos que me aconsejaban. Y que el doctor hiciera ciertos comentarios porque hacía todo menos traumático. Y luego me daban las citas con tiempo de distancia y pensé “lo mío no fue grave”, y luego venía lo de la yodoterapia y sentía la importancia que me estaban dando: se acababa que la urgencia se acababa y se acabó la emoción y sentirse nuevamente en la rutina. Y luego vino la maluquera por la cicatriz y lo incomoda que me hacía sentir también el cambio en mi voz, también dejé de ir a misa todos los días, pero de nuevo la sensación de poder ayudar a los otros, por ejemplo el contacto de asociación de personas con cáncer de tiroides.

Y con ella me puse a hablar de varias cosas como a qué se atribuía y era al ser complaciente y surgió en la época del 2010, que sentía no me podía expresar y en la parte sentimental con los hombres, me parece, las cosas amorosas me dejan muy traumatizada y no sólo era no expresarme, si no el no detener lo que no quería hacer, dejar lo que quiero hacer por complacer a otros, el sentirme ahorcada, bueno, pero retomando lo de la asociación conocí más tipos de cáncer de tiroides, y esta experiencia te hace pensar en el aprendizaje de hacer las cosas por ti y no sacrificarte por nada, y si pierdes el bienestar mejor no hacer las cosas. Bueno después de todo esto sentí la tiroides me levantó de una manera existencial de la cual venía desde el 2012, pero en diciembre de 2015 sentía me dejaba caer más profundo, volver a la rutina, como que el espíritu que se despierta por el diagnóstico ya se calma, y pues me centré en el relato y las primeras copias se la di a los doctores y a mi hermano menor, el cual es como un hijo y da unos consejos súper buenos, y al doctor por enseñarme que hay

prioridades, lo cual es muy importante y también lo experta que uno se vuelve en el tema hablando con los doctores.

(1): ¿Después de todo este proceso y aprendizaje cómo van tus relaciones sociales?

M4: No pues yo siento que mi foco es servir a las personas que están enfermas y usar el arte como forma de terapia, ayudarlos a expresar. Yo siento que el círculo social no cambia si no que el sentir que puedo ayudar le da mucho sentido a mi vida, es como lo que evita que me deprima o piense mi vida es hueca y vacía, por otra parte, mi círculo social es que yo siento que cuando me relaciono con las personas hasta desconocidas siento la tiroidectomía me dio un nuevo espíritu, siento agradezco más por todo lo que tengo y aprovecha más las cosas quitándose preocupaciones que no tiene fundamento, y se deja de angustiarse porque distingue lo importante. Entonces, en cuanto a las relaciones sociales me siento más llena de amor para dar y con las personas que me relaciono siento puedo ofrecer más cosas y más profundas, y que si alguien necesita de mi ayuda yo tengo más madurez para ayudarla en su proceso.

(1): ¿Escuchar, como según entiendo, fuiste escuchada en tu proceso?

M4: Sí, eso fue fundamental. Igualmente, uno quisiera hacer eso con otro porque ser escuchado es importante, como que el cáncer te hace dar más amor porque la vida no será eterna, entender qué es lo fundamental y es el amor y servir a otros y dar amor y vivir eso, sólo lo puede saber el que lo vive. No se puede explicar

Entonces, yo me siento más dispuesta a ayudar y no importa si mi red es más grande o más pequeña o son famosos o no, si no que lo que importa es que a todo el mundo le das lo que eres como persona y te renovaste, pero claro la red social se creció por las personas que he conocido, que están en lo de salud y pues ya el estar sumergido con cáncer y las pacientes que conoces. Uno siente conecta con otros proyectos y con otras personas y lo que das está totalmente renovado porque lo que llena no es superficial, por eso digo la enfermedad me mejoro el espíritu, y ya para concluir es como los proyecto que uno tiene y el cambio que sufre y como me atormentaba el profundizar en temas de salud y encontrar qué es lo mío, lo que sí sé es que me gustaría ayudar a las personas con las catarsis que puede hacer el teatro y ya quería cerrar con eso.

(1): No, pues gracias a ti por compartirme tu experiencia en esta conversación

M4: No, antes gracias a ti por escuchar

ANEXO 5

Consentimiento informado

Yo _____
identificado con cédula de ciudadanía _____ de _____

En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado del objetivo al cual me presento como participante a una técnica de investigación conocida como entrevista semiestructurada. En consecuencia, autorizo mi participación en la Entrevista y a su vez autorizo el uso de la información que quede como resultado de la técnica sea utilizado para fines académicos por la investigadora, perteneciente a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia

Firma participante _____

Firma de la investigadora: _____