

**MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO DEL ADULTO CON CÁNCER**

**“UNA PROPUESTA PARA EL AUTOCUIDADO”**

**JENIFFER GONZÁLEZ HERNÁNDEZ  
ALEJANDRA QUICENO GUTIÉRREZ  
NATALIA SALAZAR GIRALDO  
ALEJANDRA MARÌA TEJADA MEJÍA  
MARIA FERNANDA ZAPATA ARISTIZÁBAL**

**Asesor Metodológico**

**JULIA INÉS**

**Asesores Temáticos**

**MARTHA INÉS GARCÉS**

**MARIA NELCY MUÑOZ**

**UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA SEDE BELMONTE**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**PEREIRA**

**2008**

**MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO DEL ADULTO CON CÁNCER**

**“UNA PROPUESTA PARA EL AUTOCUIDADO”**

**JENIFFER GONZÁLEZ HERNÁNDEZ  
ALEJANDRA QUICENO GUTIÉRREZ  
NATALIA SALAZAR GIRALDO  
ALEJANDRA MARÍA TEJADA MEJÍA  
MARIA FERNANDA ZAPATA ARISTIZÁBAL**

**UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA SEDE BELMONTE**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**PEREIRA**

**2008**

*A nuestras familias que con amor  
y dedicación nos han acompañado  
en este proceso y que cada día nos  
motivan para seguir adelante.*

## AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a Dios, a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este trabajo de grado. A nuestros padres por su continuo y desinteresado apoyo desde el comienzo de la vida, a los profesores por su dirección, asesoramiento, amistad y constante ayuda durante este proceso; a todos aquellos compañeros que de una u otra manera con su inestimable colaboración hicieron de este proyecto una realidad.

*“¿Cómo pagaré al Señor todo el bien que me ha hecho?. Con gratitud al reconocer que todo lo bueno viene de El, doy gracias de la manera más especial y es hacerlo llevando con profesionalidad mi cargo en espíritu de servicio a los demás”*

## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>15</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	
3.1 Objetivo General	17
3.2 Objetivos Específicos	17
<b>4. MARCO REFERENCIAL</b>	
<b>4.1 MARCO TEÓRICO</b>	
4.2 Concepto de afrontamiento en psicooncología	18
4.2.1 Que entendemos por afrontamiento	20
4.2.2 Como funciona el afrontamiento	23
4.2.3 Afrontamiento y cáncer	24
4.2.4 Funciones y efectividad del afrontamiento ante el cáncer	27
4.3 Las respuestas de afrontamiento	30
4.4 Afrontamiento de la muerte	36
4.5 Personalidad y relación con el cáncer	37
4.6 Proceso de atención de enfermería	41
4.6.1 Objetivos PAE	42
4.6.2 Desarrollo del PAE	42
4.6.3 Ventajas del PAE	43
4.6.4 Características del PAE	43
4.6.5 Etapas de valoración	44
4.6.6 Métodos para obtener datos	48
4.7 Diagnósticos de enfermería de afrontamiento	54
4.7.1 Afrontamiento inefectivo de la comunidad	54
4.7.2 Disposición para mejorar el afrontamiento	55

<b>4.7.3</b>	<b>Disposición para mejorar el afrontamiento en comunidad</b>	<b>55</b>
<b>4.7.4</b>	<b>Afrontamiento defensivo</b>	<b>56</b>
<b>4.7.5</b>	<b>Disposición para mejorar el afrontamiento familiar</b>	<b>57</b>
<b>4.7.6</b>	<b>Afrontamiento familiar comprendido</b>	<b>58</b>
<b>4.7.7</b>	<b>Afrontamiento familiar incapacitante</b>	<b>60</b>
<b>4.7.8</b>	<b>Afrontamiento inefectivo</b>	<b>61</b>
<b>4.7.9</b>	<b>Temor</b>	<b>63</b>
<b>4.7.10</b>	<b>Ansiedad ante la muerte</b>	<b>65</b>
<b>4.7.11</b>	<b>Aflicción crónica</b>	<b>66</b>
<b>4.7.12</b>	<b>Negación ineficaz</b>	<b>67</b>
<b>4.7.13</b>	<b>Duelo anticipado</b>	<b>68</b>
<b>4.7.14</b>	<b>Duelo disfuncional</b>	<b>69</b>
<b>4.7.15</b>	<b>Deterioro de la adaptación</b>	<b>70</b>
<b>4.7.16</b>	<b>Ansiedad</b>	<b>71</b>
<b>4.8</b>	<b>Cáncer</b>	<b>75</b>
<b>4.8.1</b>	<b>Qué es el cáncer</b>	<b>75</b>
<b>4.8.2</b>	<b>Tipos de cáncer</b>	<b>76</b>
<b>4.8.3</b>	<b>Tumores benignos</b>	<b>77</b>
<b>4.8.4</b>	<b>Tumores malignos</b>	<b>78</b>
<b>4.8.5</b>	<b>Epidemiología del cáncer</b>	<b>78</b>
<b>4.8.6</b>	<b>Características del cáncer</b>	<b>79</b>
<b>4.8.6.1</b>	<b>Morfología del cáncer</b>	<b>79</b>
<b>4.8.6.2</b>	<b>Crecimiento tumoral</b>	<b>80</b>
<b>4.8.6.3</b>	<b>Crecimiento autónomo</b>	<b>81</b>
<b>4.8.6.4</b>	<b>Inhibición de los procesos de muerte</b>	<b>81</b>
<b>4.8.6.5</b>	<b>Invasión local</b>	<b>81</b>
<b>4.8.6.6</b>	<b>Angiogénesis o neovascularización</b>	<b>81</b>
<b>4.8.7</b>	<b>Signos y exámenes</b>	<b>81</b>
<b>4.8.8</b>	<b>Diagnóstico del cáncer</b>	<b>82</b>

4.8.8.1 Biopsia	82
4.8.9 Tratamiento	83
4.8.10 Pronóstico del cáncer	84
4.9 Información estadística	84
4.9.1 En el Mundo	84
4.9.2 En Colombia	85
4.9.3 En Risaralda	85
<b>4.10 MARCO DISCIPLINAR</b>	
4.10.1 Generalidades del autocuidado	86
4.10.2 Teorizante (Dorothea Orem)	88
4.10.2.1 Teoría del autocuidado	89
4.10.2.2 Teoría del déficit de autocuidado	89
4.10.2.3 Teoría de sistemas de enfermería	90
4.10.3 Aportes que hace Dorothea Orem a esta investigación	92
<b>5. PARADIGMA (FENOMENOLOGÍA)</b>	94
<b>6. MARCO INSTITUCIONAL</b>	97
6.1 Hospital Universitario San Jorge	97
6.2 Misión	97
6.3 Visión	97
6.4 Políticas de calidad	97
6.5 Servicio de urgencias	98
6.6 Servicio de hospitalización en salas y servicio especial	98
6.7 Servicio de quirúrgicas	98
6.8 Servicio de gineco-obstetricia	99
6.9 Servicio de cuidado intensivo	99
6.10 Servicio médico ambulatorio	99
6.11 Servicio de imagenología	99
6.12 Servicio de laboratorio clínico	99
6.13 Banco de sangre	100

<b>6.14</b>	Servicio de oncología	<b>100</b>
<b>7. DISEÑO METODOLÓGICO</b>		
<b>7.1</b>	Tipo de estudio	<b>101</b>
<b>7.2</b>	Población	<b>101</b>
<b>7.3</b>	Muestra	<b>101</b>
<b>7.4</b>	Variables de estudio	<b>101</b>
<b>7.5</b>	Instrumento de recolección de datos	<b>102</b>
<b>7.6</b>	Recolección de datos	<b>102</b>
<b>7.7</b>	Plan de análisis	<b>103</b>
<b>7.8</b>	Acercamiento institucional	<b>103</b>
<b>7.9</b>	Aspectos bioéticos (resolución 8430/93)	<b>104</b>
<b>7.9.1</b>	Disposiciones generales	<b>104</b>
<b>7.9.2</b>	Investigación en seres humanos	<b>105</b>
<b>8. RESULTADOS ESPERADOS</b>		
<b>8.1</b>	Codificación de los resultados esperados	<b>112</b>
<b>8.2</b>	Esquema de supervivencia de Moorey y Creer	<b>124</b>
<b>8.3</b>	Análisis de los resultados esperados	<b>125</b>
<b>8.4</b>	Proceso de atención de enfermería de los adultos con cáncer en relación al afrontamiento	<b>131</b>
<b>9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		<b>136</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		<b>138</b>



## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1. Esquema de supervivencia de Moorey y Greer (1989).....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 2. Esquema de autocuidado Dorothea Orem.....</b>	<b>93</b>
<b>Tabla 3. Codificación de los resultados esperados.....</b>	<b>112</b>
<b>Tabla 4. Esquema de supervivencia aplicado a los pacientes.....</b>	<b>124</b>
<b>Tabla 5. Plan de atención de enfermería.....</b>	<b>131</b>

## TABLA DE ANEXOS

<b>ANEXO A: FORMATO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO B: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO C: CARACTERIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS.....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO C: ENTREVISTAS.....</b>	<b>150</b>

## INTRODUCCIÓN

El afrontamiento es una respuesta humana en la que intervienen múltiples factores: biológicos, psicológicos, sociales, emocionales y culturales; esta respuesta humana debe ser comprendida por los cuidadores profesionales, debido a que las situaciones que ameritan cuidado, han sido previamente investigadas, como lo es el afrontamiento en los adultos con cáncer; es de suprema importancia ya que son los profesionales de enfermería, son quienes deben intervenir para que un proceso de afrontamiento sea eficaz, de allí la importancia de la elaboración de esta investigación, ya que describe el proceso y plantea una intervención adecuada, con una base científica sólida.

En esta investigación se describen los tipos de afrontamiento de los adultos con cáncer, del hospital San Jorge de la ciudad de Pereira en el primer semestre del año 2008, para diseñar una propuesta de autocuidado tendiente a compensar las demandas adicionales propias e la situación; esta investigación cuenta con un marco teórico basado en el concepto de afrontamiento en psicología, ¿cómo funciona el afrontamiento?, afrontamiento en el cáncer, expectativas del enfermo, respuestas de afrontamiento, afrontamiento ante la muerte, tipos de personalidad y su relación con el cáncer, el cáncer como patología, información estadística, generalidades del auto cuidado, teorizante y sus aportes a la investigación, paradigma de la investigación y para finalizar marco institucional .

La metodología utilizada es la cualitativa, en la cual se realizaron 12 entrevistas a pacientes con cualquier tipo de cáncer, del Hospital Universitario San Jorge, de la ciudad de Pereira en el año 2008. Se encontró

que los mecanismos de afrontamiento son diferentes en cada persona, de acuerdo a su condición social, familiar, económica, nivel educativo y religión.

Para el análisis se utilizó el esquema de supervivencia de Moorey y Greer (1989), ellos plantean dos tipos de afrontamiento uno activo que corresponde a los pacientes que están ubicados en las siguientes categorías: espíritu de lucha, evitación o negación, estos pacientes tienen una respuesta positiva al proceso de la enfermedad; y el afrontamiento pasivo que corresponde a los pacientes que se encuentran ubicados en las siguientes categorías: (fatalismo) o aceptación estóica, preocupación ansiosa y por último impotencia/desesperanza, estos pacientes reaccionan negativamente a la enfermedad.

Para finalizar el trabajo y darle continuidad al objetivo de la investigación, se realiza la propuesta para el autocuidado, dirigida a los profesionales de enfermería con el fin de guiar y posibilitar el proceso de afrontamiento de los adultos con cáncer.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Colombia ha tenido un incremento importante en las tasas de incidencia y mortalidad para la mayoría de tipos de cáncer. Este es por tanto un problema creciente de salud pública, que se ubica como la tercera causa de muerte en el país después de la violencia y las enfermedades cardiovasculares.

El cáncer, es una enfermedad que epidemiológicamente se encuentra a nivel mundial; patología que llega sin previo aviso al organismo del ser humano, causando mutaciones celulares, dependiendo del órgano donde se instale o en aquellos donde haga metástasis, no discrimina raza, sexo, edad o nivel socioeconómico.

El diagnóstico de cáncer es considerado como un estresor potente, que puede provocar reacciones emocionales como la ansiedad y la depresión, que están directamente relacionadas por una respuesta inmediata a un determinado estímulo, por tal motivo causa un desequilibrio en todos los aspectos de la vida del paciente; ya que él no se encuentra preparado para afrontar esta situación que cambia por completo la perspectiva y la calidad de vida del paciente; en este momento el paciente siente que sus ilusiones y su proyecto de vida, incluyendo sueños y metas, se ven frustrados al creer que no va a tener tiempo para realizarlos. “Para los psicólogos sociales, una situación es el conjunto de factores sociales, que influyen en la experiencia o conducta de una persona, en un lugar y momento determinado (Theodorson y Theodorson, 1969; Hewitt, 1976). Es un breve espacio temporal, en el cual actuamos de manera específica”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> VANDER, Zanden, J.w. Manual de psicología social. Ediciones paidós. Tercera edición. Barcelona. 1994. pagina 80.

En este orden de ideas, identificamos los mecanismos de afrontamiento, como las conductas necesarias que asume el individuo de acuerdo a su situación. Estos mecanismos, cumplen un papel muy importante ya que ayudan al individuo a entender o superar el proceso por el cual esta pasando; de esta manera, el sujeto puede llegar a cambiar o modificar sus actitudes y actividades para el posible mejoramiento de su estado emocional; no obstante, esta enfermedad afecta al individuo que la padece; un estado que no sólo perturba la aflicción emocional, si no también, los cambios que se produjeron en sus vidas cotidianas.

Cuando los mecanismos de afrontamiento son insuficientes y no se afronta la demanda de cuidado, de acuerdo con la situación en la que se encuentra el paciente, la recuperación se entorpece y puede llegar a tardar más tiempo o nunca llegar; es allí donde la enfermera tiene un papel muy importante de mediación y de apoyo emocional, para el sujeto afectado y su familia. Ella debe aproximarse al adulto con el ánimo de escucharlo y acompañarlo en el proceso de afrontamiento, teniendo en cuenta los sentimientos, las necesidades, los gustos y las posibilidades que exprese el enfermo.

De esta manera podrá establecerse un plan de cuidado holístico, tal como está determinado en el actuar enfermero.

Con base a este planteamiento surge la siguiente pregunta:

**¿CUALES SON LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO DEL ADULTO CON CÁNCER, DURANTE 2008 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE LA CIUDAD DE PEREIRA?**

## 2. JUSTIFICACIÓN

El cáncer, es una de las enfermedades más importantes de nuestra época, tanto por su elevada incidencia como por las distintas consecuencias de la misma. En los países occidentales es considerada la segunda causa de mortalidad en el mundo, en el “2007 alrededor de 12.3 millones de personas desarrollaron algún tipo de cáncer, estimando que 7.6 millones de personas murieron por esta enfermedad”<sup>2</sup>. “En Colombia, en el año 2005 se presentaron 36000 muertes por cáncer, de las cuales 20000 se atribuyen a un rango menor a 70 años”<sup>3</sup>. “En Pereira, los tumores malignos corresponden a la primera causa de mortalidad en el 2006 con un número que 514 casos”<sup>4</sup>.

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer, es una de las situaciones más difíciles y temidas en nuestra sociedad actual, pocas enfermedades provocan tantos problemas psicológicos en el paciente como el cáncer; en él se unen una serie de características, que por sí mismas son generadoras de malestar psicológico: el ser una enfermedad crónica, la incertidumbre ante el futuro, el significado social de la palabra cáncer y los tratamientos habitualmente utilizados para su control.

Se reconoce al afrontamiento, como una respuesta humana en la que intervienen múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales, emocionales, y culturales; esta respuesta debe de ser comprendida por los cuidadores

---

<sup>2</sup> Todo cancer. [sitio en internet] disponible en: [www.todocancer.org/](http://www.todocancer.org/) Acceso 30 de enero del 2008

<sup>3</sup>Who. [sitio en internet] Disponible en: [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/infobase/PolicyMaker/reports/ReporterFullView.aspx?id=5/](http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/PolicyMaker/reports/ReporterFullView.aspx?id=5/) Acceso 30 de enero del 2008

<sup>4</sup> Mortalidad por cáncer en Pereira, 2006. revista epidemiológica de Pereira Vol. 10 No.1 p 29

profesionales para implementar estrategias, las cuales traten al paciente de forma holística, integrando a su familia y adaptando mejores medidas de afrontamiento.

En la experiencia del cáncer, la cual es dolorosa, difícil y compleja culturalmente, las personas desarrollan un mecanismo de respuesta denominado afrontamiento, el que implica solucionar el problema o modificar nuestras propias actividades y actitudes. También nos permite actuar sobre algunas respuestas emocionales y físicas, las cuales conducen a afrontar el incremento de la demanda de autocuidado.

Esta investigación pretende realizar un gran aporte a los individuos que padecen cáncer, ya que crea un mejor acercamiento de las personas y con la enfermedad, un espacio de interacción social entre el sujeto que la padece y el cuidador, donde se busca crear estrategias para lograr un afrontamiento eficaz; además, contribuya a los profesionales de enfermería, para profundizar sobre el cuidado humanizado, entendiendo la respuesta humana a un acontecimiento de gran magnitud como el cáncer.

Es de igual importancia para la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira y en especial para la línea de investigación “cáncer y cuidado paliativo”, ya que permite enfocar este proceso hacia el plan de atención de enfermería (PAE), incrementando el auto-cuidado por parte del individuo; que no se centra en el proceso patológico de la enfermedad, aportando respuestas a la solución de problemas que genera el cáncer como patología social, que continúa ocupando los primeros lugares de mortalidad en el mundo.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

Describir los mecanismos de afrontamiento que desarrollan algunos adultos ante el diagnóstico de cáncer en el Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira durante el 2008, para diseñar una propuesta de auto-cuidado tendiente a compensar las demandas adicionales propias de la situación.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Describir las respuestas de afrontamiento de los pacientes ante el diagnóstico de cáncer.
- Identificar las actividades desarrolladas por los individuos para afrontar el incremento de la demanda de auto-cuidado, derivado de la situación de cáncer.
- Diseñar una propuesta de auto-cuidado, dirigida a los profesionales de enfermería para ser aplicada en los adultos con cáncer, que sea tendiente a compensar las demandas adicionales propias de esta situación.

## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1 MARCO TEÓRICO

### 4.2 CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO EN PSICOONCOLOGÍA

El interés por el afrontamiento (*coping*) ante el estrés y el interés por el afrontamiento ante la enfermedad, entendida ésta como estresor comenzaron a desarrollarse sobre la década de los 60 y 70, destacando la importancia que tienen las actitudes de un individuo ante un problema y, por extensión, las actitudes de un enfermo hacia la enfermedad. Dicho concepto, aunque relacionado en alguna medida con los mecanismos de defensa psicoanalíticos, se ha intentado desligar de los mismos. La prueba del citado interés la podemos encontrar en las múltiples definiciones planteadas por diversos autores, algunas de las cuales eran muy semejantes, mientras que otras se centraban en aspectos claramente diferentes. Cronológicamente se destacan algunas de ellas: *cuando se usa el término afrontamiento nos referimos a las estrategias para tratar con la amenaza* (Lazarus, 1966); *todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física para recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría* (Lipowski, 1970); *afrontamiento es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad* (White, 1974); *afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido, para conseguir alivio, recompensa o equilibrio* (Weissman y Worden, 1977); *conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de las personas que conllevan las demandas de la vida y las metas. Comprende la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido* (Mechanic, 1978);

*cualquier respuesta ante las tensiones externas que sirve para prevenir, evitar o controlar el distrés emocional (Pearlin y Schooler, 1978).*

Sin embargo, el máximo desarrollo se ha producido a partir del trabajo de Lazarus y Folkman de 1984, el cual ha sido utilizado como punto de partida de muchos trabajos posteriores. Estos autores definieron el afrontamiento como *los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.* Esta definición ha sido adoptada en la mayoría de trabajos referidos al afrontamiento, sobre todo en el ámbito de la psicología de la salud. A partir de aquí, y concretamente en el caso del afrontamiento ante el cáncer, aunque también en otros ámbitos, dicho concepto, lejos de matizarse, definirse, delimitarse y progresar, parece haberse transformado en un concepto difuso, en el que cabe casi todo lo que una persona hace para afrontar la enfermedad y en el que han ido apareciendo versiones y opiniones contrarias y contradictorias.

Hagamos algunas reflexiones sobre lo sucedido y sobre el estado actual de la cuestión. En primer lugar, *¿por qué tiene sentido hablar del afrontamiento ante el cáncer?* Atendiendo a un estudio realizado por María Valiente revisando las bases de datos de Psycinfo y Medline, en la última década (década de los 90 a 2000), los trabajos realizados sobre el ajuste/afrontamiento ante la enfermedad oncológica constituye el primer núcleo de interés, con un volumen de estudios de alrededor de 3000 trabajos, apareciendo en segundo lugar el estudio de la comunicación con el enfermo y con la familia, con unos 2000 trabajos y en tercer lugar encontrándose los estudios referidos a la calidad de vida de los enfermos con algo menos de 1500 trabajos.

#### 4.2.1 ¿QUÉ ENTENDEMOS POR AFRONTAMIENTO?

Cuando se aborda un determinado concepto parece que el primer paso a dar es aquel que permite establecer el ámbito de lo que se está hablando, es decir, resulta necesario establecer cuál es la definición del mismo, para así poder acotarlo y establecer su extensión. Podemos encontrar varios niveles de explicación: desde una perspectiva coloquial o legal, el afrontamiento tiende a identificarse con la confrontación o con las acciones directas que las personas emplean para resolver los problemas, tendiendo a considerar que las personas “no afrontan la situación” cuando intentan evitarla o cuando salen huyendo, procurando encontrarse directamente con el problema. A partir de ello podemos considerar que, en términos generales, existe una concepción del afrontamiento que se identifica en gran medida con la confrontación (*cotejar, carear, enfrentarse* e incluso con opiniones o juicios de valor como “*es mejor confrontar la realidad que engañarse*”, María Moliner, 1987).

Sin embargo, desde el saber popular también aparecen opiniones algo contrapuestas a la mencionada, al contemplar que “*una retirada a tiempo, a veces, es una victoria*”. Teniendo en cuenta lo mencionado, la pregunta sigue en pie, ¿en qué consiste el afrontamiento? En definitiva, parece ser un concepto en el que todo vale, parece, al igual que sucede con otros conceptos como puede ser el de estrés, que todo lo que una persona haga según las circunstancias, puede ser considerado bajo el rótulo de afrontamiento, La cuestión es que cuando se aborda el concepto desde otro punto de vista, el punto de vista “científico”, éste cambia o por lo menos se matiza. Sin lugar a dudas la definición de afrontamiento más extendida y tal

vez también la más aceptada es la que propusieron hace Lazarus y Folkman (1984) al considerar que bajo dicho concepto se incluían los *esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* (pp164 de la versión española, 1986). Con ello se destacaba que el afrontamiento: a) no es un rasgo, entendido como algo permanente en el individuo; b) no es un tipo de conducta automática; c) no se identifica con el resultado que de él se derive; d) no se puede identificar con el dominio del entorno; Atendiendo al punto “b” hemos de considerar que sólo se considera una acción bajo el rótulo del afrontamiento cuando supone un *esfuerzo*, con lo que parece claro que *afrontamiento no es todo lo que hace un individuo para resolver un problema*.

También hay que destacar que el afrontamiento no es algo permanente en el individuo, como si formase parte de su personalidad. Por ello se matiza que es algo cambiante, con lo que es preferible hablar de estrategias en lugar de hablar de estilos, entendidos como algo permanente en los individuos. Evidentemente no todos los autores están de acuerdo con este planteamiento, pues hay quien considera que todos los sujetos poseen tendencias a actuar de una determinada manera, no resultando algo totalmente cambiante o dependiente de las situaciones en que se encuentre la persona.

*En el caso del cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer* (Watson y Greer, 1998).

También se asocia a las *demandas específicas (o estresores) de una situación dada del cáncer (como por ejemplo el impacto psicológico inicial del diagnóstico o los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia o la prolongada duración de la rehabilitación.*

El afrontamiento se refiere a los intentos por salvaguardarse, para reducir o asimilar una demanda existente (estresor) tanto como esfuerzo intrapsíquico (cognición) como también por acción (observable), considerándose que el individuo suele disponer de un repertorio bastante amplio, en el que se puede encontrar estrategias más estables o constantes que otras (Heim, 1991).

Hay que considerar que las personas poseen un gran potencial para afrontar los eventos importantes y trascendentes en sus vidas. Rara vez una forma de afrontamiento (represión o sensibilización) puede dar cuenta de la variedad de estrategias empleadas para resolver una situación que nos desborda. Este repertorio es muy amplio, aunque ante una determinada circunstancia sólo se empleen unas pocas estrategias (una media de 10, encontraron Heim y cols., 1987), en donde algunas resultan tendientes hacia la repetición mientras que otras sólo se aplican bajo determinadas circunstancias.

Sin embargo, aunque se han realizado multitud de estudios acerca del afrontamiento ante la enfermedad poco se ha trabajado sobre los mecanismos que subyacen a la elección de las diversas estrategias del mismo. Probablemente la explicación se encuentra en la metodología empleada: la factorial. Esta metodología permite la obtención de estructuras, pero resulta muy difícil la obtención de las explicaciones al respecto,

precisamente debido a que se trata de un método de interdependencia, sin distinción de conjunto predictor y criterio.

Por otro lado, parte de la confusión establecida sobre dónde empieza el afrontamiento y dónde la emoción, la tienen diversos autores como el propio Leventhal (1970), al considerar las respuestas emocionales como procedimientos de afrontamiento (formas de expresar el estrés, las llamadas para la asistencia y la manipulación del ambiente social).

#### **4.2.2 ¿CÓMO FUNCIONA EL AFRONTAMIENTO?**

Desde la perspectiva transaccional se considera que el afrontamiento constituye un proceso en el que se pueden distinguir diversos componentes. En primer lugar debemos hablar de la *valoración*, entendida como un proceso evaluativo en el que se establece tanto la repercusión que tiene un evento para el sujeto como las posibles formas de actuación ante el mismo. Podemos destacar dos grandes formas de valoración.

En primer lugar, aunque no necesariamente en este orden, la denominada como *desafío*, en la que el individuo considera sus posibilidades para hacer frente al problema (supondría considerar la enfermedad como un reto).

En segundo lugar la *amenaza*, entendida como la consideración de una situación que supera claramente los recursos del individuo. Ambas formas coexisten en las diferentes situaciones, aunque suele establecerse entre ellas una relación negativa, de manera que cuando un tipo de valoración aumenta la otra tiende a disminuir.

Dentro del proceso de valoración también se consideran las diferentes posibilidades de acción haciendo que el individuo considere si puede hacerse algo al respecto. Hay que tener en cuenta que este proceso de valoración no se produce en un momento específico en el tiempo, sino que es un proceso que posee una duración en donde el individuo reconsidera sus valoraciones previas y reevalúa en función de los aspectos cambiantes de la situación.

Ante la aparición de un determinado evento el individuo valora en qué le afecta y cuáles son sus posibilidades de acción. A partir de este proceso se emite una primera respuesta emocional, la cual posee unas características y una determinada intensidad. A continuación aparecerían los recursos que posee la persona, los cuales intentan resolver el problema y reducir el malestar que se ha producido por la situación. En caso de no disponer de los recursos necesarios o de no ser estos suficientes se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento, las cuales se encuentran dirigidas al cambio en la situación y al cambio en la repercusión que ésta tiene en la persona. En la medida en que estas estrategias empleadas tengan el mínimo efecto, querrá decir que algo ha cambiado entre el individuo y la situación, produciéndose una reevaluación de los efectos de la situación, lo cual provoca una nueva respuesta emocional, que tendrá unas características y también una intensidad, completándose así un bucle que finaliza con el agotamiento de la persona o con la finalización de la situación.

#### **4.2.3 AFRONTAMIENTO Y CÁNCER**

En el caso del cáncer el afrontamiento se refiere a las *respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el individuo) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el*



cáncer) (Watson y Greer, 1998) En 1989 Moorey y Greer plantean un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado “*esquema de supervivencia*” considerado como la *capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad*. En dicho esquema se considera la visión del diagnóstico que tiene el enfermo (*¿Qué amenaza supone la enfermedad?*), (*¿Qué puede hacerse frente a ella ¿Se puede controlar?*) y, también, la visión del pronóstico que posee el enfermo (*¿Cuál es el pronóstico probable de la enfermedad y cómo es de fiable?*).

La aplicación del *esquema de supervivencia* supone el observar y considerar las relaciones existentes entre el proceso de valoración, afrontamiento y respuestas emocionales observadas en los enfermos de cáncer.

***Esquema de supervivencia (Moorey y Greer, 1989)***

<b>Categorías / variables</b>	<b>Espíritu de lucha</b>	<b>Evitación/ Negación</b>	<b>Fatalismo/ Aceptación estoica</b>	<b>Desamparo/ Desesperanza</b>	<b>Preocupación ansiosa</b>
<b>Diagnóstico</b>	Reto	Sin Amenaza	Poca Amenaza	Gran Amenaza	Gran Amenaza
<b>Control</b>	Moderado	No se plantea	Sin Control	Sin Control	Incertidumbre
<b>Pronóstico</b>	Optimista	Optimista	Aceptación del Desenlace	Pesimista	Incertidumbre
<b>Afrontamiento</b>	Búsqueda de Información	Minimización	Aceptación Pasiva	Rendición	Búsqueda de Seguridad
<b>Res. Emocional</b>	Poca Ansiedad	Poca Ansiedad	Poca Ansiedad	Depresión	Ansiedad

Universidad del Valle. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.uv.es/seoan/boletin/previos](http://www.uv.es/seoan/boletin/previos). Acceso el 18 de Febrero de 2008.

Recientemente Watson y Greer (1998) han realizado un estudio en el que se contemplan los resultados obtenidos a favor y en contra del esquema de supervivencia, planteando los siguientes resultados:

- Espíritu de Lucha: Respuestas activas con aceptación del diagnóstico, actitud optimista, dispuesto a luchar contra la enfermedad y participando en las decisiones sobre el tratamiento. 6 estudios a favor del resultado de la enfermedad, 1 estudio sin encontrar relaciones.
- Evitación (negación): El paciente rechaza el diagnóstico o, minimiza la seriedad del mismo, evitando pensar en la enfermedad. 4 estudios a favor del resultado de la enfermedad, 1 estudio en contra del resultado.
- Fatalismo (Aceptación estoica): El paciente acepta el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista. 5 estudios a favor del pobre ajuste ante la enfermedad.
- Preocupación ansiosa: El paciente se encuentra constantemente preocupado por la enfermedad, el miedo a cualquier tipo de dolor indican la propagación o recurrencia de la enfermedad, buscando frecuentemente la reafirmación. 4 estudios a favor del pobre ajuste ante la enfermedad
- Impotencia/desesperanza: El paciente se sumerge en el diagnóstico de cáncer adoptando una actitud totalmente pesimista con sentimientos de desesperanza. 5 estudios a favor del pobre ajuste ante la enfermedad, 1 estudio sin encontrar relaciones.

La conclusión derivada de estos resultados supone considerar la existencia de dos grandes tipos de respuestas: las denominadas pasivas que obtendrían un peor ajuste y que agruparían las estrategias de fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza y las denominadas activas que

muestran un mejor ajuste ante la enfermedad y que estarán formadas por las estrategias de espíritu de lucha y evitación/negación.

#### **4.2.4 FUNCIONES Y EFECTIVIDAD DEL AFRONTAMIENTO ANTE EL CÁNCER**

El afrontamiento, además de considerarse con un efecto restaurador también puede plantearse desde un punto de vista preventivo o intermediario o con un efecto de restablecimiento en el ajuste psicosocial.

El aspecto preventivo afecta al impacto emocional sufrido. La negación inicial de un diagnóstico temido o desfavorable aporta un poco de paz mental. En el presente inmediato un paciente represivo no tendrá que afrontar las emociones displacenteras. Otros pacientes buscarán apoyo social y atención, obteniendo de esta manera información adecuada que le permitirá valorar los riesgos posibles.

El aspecto de intermediario (*buffering*) es probablemente el más importante. Pese a que el impacto del estresor se encuentra presente en el inicio su influencia posterior se encuentra compensada. Nuevamente la búsqueda de atención (ej. por el otro miembro de la pareja) reducirá la amenaza de un futuro incierto; la capacidad para distraer la atención de los efectos asociados a la quimioterapia aportará un alivio considerable, permitiendo retomar el control de la situación abordándola desde un punto de vista racional.

El afrontamiento también resulta importante en cuanto a la obtención del equilibrio. Desde un punto de vista a largo plazo el *coping* permite al

individuo recuperar lo perdido, bien sea intrapsíquico, de relaciones sociales o de obligaciones del entorno familiar o próximo.

Por otra parte, al abordar la efectividad de las diferentes estrategias de afrontamiento se debe tener en cuenta ante todo la disposición por parte del individuo de determinados recursos. En primer lugar, el primer recurso necesario es el económico y/o el poder acceder a una atención médica. A continuación, aparece la necesidad de convivir y de ajustarse y adaptarse a la enfermedad. Aquí intervienen los recursos personales y sociales. Al respecto hay que considerar que los individuos difieren en su repertorio de respuestas de afrontamiento. Difieren sobre las creencias sobre qué respuestas serán más adecuadas para el problema y difieren sobre la creencia de su capacidad y habilidades para poner en práctica determinado tipo de estrategias de afrontamiento. Un elemento importante a la hora de considerar la eficacia o no de las estrategias de afrontamiento es el punto de vista seleccionado. Como indica Heim (1991) la efectividad o no del afrontamiento depende de la perspectiva que se considere. Podemos destacar tres puntos de vista importantes el paciente, la familia y la red social del paciente y los profesionales de la salud.

- *El enfermo*: su prioridad reside en mantener un equilibrio interno y psicosocial.
- *La familia*: quiere ver al paciente como un miembro de la red social que puede desenvolverse con normalidad.
- *Los médicos*: esperan la máxima cooperación teniendo en cuenta la dificultad y, en ocasiones, los métodos invasivos utilizados.

En el contexto del afrontamiento un término preferible es el de ajuste o adaptación. Se refiere a un sentido amplio y comprensivo de objetivos psicológicos y conductuales en el proceso de salud. Incluye la reacción de

ajuste ante la enfermedad, la integración de demandas cambiantes del paciente, respuestas de ajustes en las relaciones interpersonales y la adaptación a los roles sociales. Los factores que median este proceso pueden ser intrapsíquicos (cognitivos /emocionales) o comportamentales.

#### *EXPECTATIVAS DEL ENFERMO*

1. Recobrar su bienestar.
2. Ajustar o restaurar la integridad de su organismo tras la mutilación o la pérdida de determinadas funciones corporales.
3. Superar la inseguridad y la pérdida de control ante la autoimagen y la reorientación hacia el futuro.
4. Adaptación ante las situaciones extrañas (médicas), tales como la hospitalización con nuevas relaciones interpersonales.
5. Adaptarse a la amenaza existencial (al tener en cuenta la enfermedad terminal).
6. Preservación de una sensación de calidad de vida ante cualquier tipo de circunstancias.

#### *EXPECTATIVAS DEL PERSONAL HOSPITALARIO*

1. Compromiso óptimo con los procedimientos diagnósticos o terapéuticos
2. Resistencia al dolor y/o a las intervenciones molestas
3. Ajuste ante las nuevas demandas del rol de enfermo
4. Cooperación activa en la rehabilitación
5. Preservación de la integridad emocional a pesar de la duración de la enfermedad y el deterioro, incluso en la fase Terminal.

Los objetivos y/o metas aquí descritos, obedecen a distintos sistemas de valores. Lo que resulta bueno y deseable como lo indeseable y perjudicial son juicios adquiridos a través del proceso de socialización. Pearling (1989)

indica que “los valores... regulan los efectos de la experiencia regulando el significado y la importancia de la experiencia”. Esto resulta de particular importancia cuando atendemos a las diferencias étnicas y sociodemográficas (religión, creencias, valores, relaciones familiares, etc.)<sup>5</sup>

### **4.3 LAS RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO**

La reducción del desequilibrio entre demandas y recursos en que consiste el estrés se puede intentar de muchas maneras.

En primer lugar, Lazarus (1966) discutió inicialmente dos tipos de respuestas de afrontamiento: acciones observables diseñadas para modificar la situación estresante directamente; y en segundo lugar, un tipo de afrontamiento paliativo definido como más acomodaticio, en cuyo caso la situación estresante es aceptada, las acciones se orientan en la emoción y el manejo del problema que esta causando el distrés (afrontamiento centrado en el problema). Folkman y Lazarus (1980) manejo o reducción de los sentimientos de distrés que resultan de ella.

Así pues, pueden establecerse inicialmente dos tipos de respuestas de afrontamiento según el foco en el que se centren y la regulación de las emociones causadas por el distrés (afrontamiento centrado en que demostraron que ambas formas de afrontamiento se usa en la mayoría de los encuentros estresantes y que las proporciones relativas de cada forma varían de acuerdo con la manera en que se evalúa cada “transacción”).

---

<sup>5</sup> Universidad del valle [Sitio en Internet] Disponible en: [www.uv.es/seoan/boletin/previos](http://www.uv.es/seoan/boletin/previos)  
Acceso 18/ de febrero del 2008

El afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción difieren en las facetas de la confrontación estresante que son usadas para ganar el control sobre el acontecimiento. El afrontamiento centrado en la emoción se usa para controlar esta, algunas veces alterando el significado de un resultado. El afrontamiento centrado en el problema se usa para controlar la relación perturbada entre la persona y su circunstancia mediante la solución de problemas, la toma de decisiones y/o la acción directa. Este tipo de estrategia, cualitativamente diferente de la centrada de la emoción, puede dirigirse al entorno tanto como a uno mismo. Atendiendo a su “foco”, también se puede clasificar las conductas de afrontamiento en tres tipos (Perrez y Reinherz, 1992): el afrontamiento orientado a la situación; el afrontamiento orientado a la representación, referido a acciones ejecutadas para cambiar la representación cognitiva de la situación, que puede implicar búsqueda o supresión de, información; y afrontamiento orientado a la evaluación que incluye operaciones dirigidas a las estructura de metas o a la valencia subjetiva de la situación.

En segundo lugar, en la literatura de los años recientes sobre el estrés y afrontamiento, hay una perspectiva común y muy coherente que se basa en dos categorías centrales; ya mencionadas antes, para entender el concepto de afrontamiento de un acontecimiento estresante: aproximación y evitación. En su forma más simple, este par de categorías se refiere a dos orientaciones Básicas hacia el acontecimiento estresante (dos formas de afrontar el estrés): la lucha o la huida. Ambos conceptos se pueden utilizar para proporcionar una estructura teórica coherente para la comprensión del afrontamiento del estrés, y para enmarcar una revisión de la literatura sobre el afrontamiento eficaz. Ambas estrategias no se excluyen una a otra, es decir, las personas no se caracterizan simplemente como aproximadoras o evitadoras, puesto que casi todas usarán alguna estrategia de cada

categoría. Esto es lo que parece más plausible: aunque haya evidencia de que en algunas situaciones las personas tienen una fuerte preferencia por las respuestas aproximativas o por las evitativas, es probablemente verdad que, en general, el uso de estrategias evitativas y aproximativas no es mutuamente excluyente. Pueden ser utilizadas de forma combinada de muchas maneras. Así pues, encontramos un segundo eje (que se puede dominar “de método”) que permite establecer otras dos formas generales de afrontamiento: afrontamiento aproximativo y afrontamiento evitativo. El afrontamiento aproximativo incluye todas aquellas estrategias de confrontación y enfrentamiento del problema que está generando el distrés, o a las emociones negativas concomitantes. El afrontamiento evitativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comporta mentales que permitan escapar de, o evitar, la consideración del problema o a las emociones negativas concomitantes. Se podría añadir aquí, de acuerdo con Perrez y Reicherts (1992), un afrontamiento pasivo, cuando se omite toda acción, y se permanece en situación de duda o espera.

En tercer lugar se puede introducir una tercera dimensión sobre la base de tipo de proceso que se hace intervenir en la respuesta de afrontamiento, y que permite distinguir dos categorías más de afrontamiento: afrontamiento comportamental y afrontamiento cognitivo. Las estrategias en la categoría de afrontamiento cognitivo implican un intento de tratar con los problemas mediante cogniciones. Por ejemplo las personas pueden decirse a si mismas que no vale la pena preocuparse por el problema, o que se resolverá en poco tiempo (“minimización”); o pueden centrar su atención en los aspectos positivos de la situación o dirigir su atención hacia otras cosas (distracción); pueden usar procesos de comparación selectiva para asegurarse a sí mismos que las cosas podrían ser peor o que en algunos aspectos están mejor que otras personas (comparaciones sociales); o pueden intentar



reinterpretar la situación de forma que se perciba como no problemática (reestructuración). Finalmente, los procesos de auto control para afrontar el problema pueden incluir el recuerdo de los éxitos previos (realce de la eficacia), el pensar sobre las consecuencias positivas o negativas de la realización de una conducta no deseada (consideración de consecuencias) o en algunos casos, simplemente el decirse uno a sí mismo que no haga algo (fuerza de voluntad).

Algunos autores (Will & Shiffman, 1985), distinguen una categoría denominada aceptación o resignación, basada en la creencia de que no se puede hacer nada (o no se debería hacer nada) respecto del problema que se afronta, y que en consecuencia simplemente debe aceptarse la situación hasta que vengan tiempos mejores. En mi opinión, este tipo de estrategia puede clasificarse perfectamente como “cognitivas”. Las Estrategias que caen dentro de la categoría del afrontamiento comportamental implican el intento de tomar una decisión y cambiar la situación problemática, llevando a cabo conductas que la persona supone adecuadas para ello. Por ejemplo, la estrategia denominada “solución de problemas” supone la búsqueda y reunión de información relevante para el problema, la evaluación de los cursos de acción alternativos, y la decisión por un curso concreto de acción. La “acción directa” implica hacer intentos de cambiar directamente la situación problemática, o mediante negocios o compromiso con otras personas. La “retirada” o “escape” supone abandonar físicamente una situación problemática o evitarla. La “conducta asertiva” consiste en la capacidad para aplicar de forma apropiada conductas asertivas a situaciones sociales. La “búsqueda de apoyo social” es un proceso en que los individuos buscan activamente ayuda de otras personas, bien hablando sus problemas con alguien que tenga confianza (apoyo emocional), bien buscando ayuda económica, física, etc. Las personas pueden, también realizar conductas

alternativas incompatibles con la conducta problemática (“conductas alternativas”).

En cuarto lugar, podemos distinguir dos tipos más de respuestas de afrontamiento si atendemos al “momento” en el que se emiten: anticipatorios restaurativos. Las primeras se ejecutan antes de la ocurrencia del acontecimiento estresante, y las segundas después de la ocurrencia del acontecimiento estresante. Es decir, las respuestas de afrontamiento pueden ejecutarse como un comportamiento preventivo de los acontecimientos estresantes que se esperan que ocurran (como una manera de manejar tales acontecimientos), o bien como un comportamiento restaurativo del equilibrio psicosocial una vez que se haya producido la respuesta estrés (la cual, como se ha dicho, es producto de una apreciación de desequilibrio entre las demandas de la situación y nuestros recursos) ante el acontecimiento o situación (Will y Shiffman, 1985). El afrontamiento anticipatorio o preventivo implica conductas de solución de problemas (afrontamiento comportamental), que ayudarían a prepararse para el acontecimiento demandante, esfuerzos para cambiar la interpretación o la importancia percibida de una situación (afrontamiento cognitivo), y esfuerzos para evitar la ocurrencia de acontecimientos estresantes, que puede ser tanto afrontamiento comportamental (por ejemplo, evitar asistir a una reunión en donde sabemos que nos encontraremos con una persona con la que nuestra relación no es buena), como afrontamiento cognitivo (por ejemplo, distracción de pensamientos o detención de pensamientos).

El afrontamiento restaurativo implica el uso de estrategias cognitivas y comporta mentales para habérselas con las dificultades en la medida que los acontecimientos se van presentando. Puede incluir el uso de solución de problemas de forma directa, o de destrezas sociales para traer eficazmente con situaciones problemáticas, o el uso de estrategias cognitivas de

minimización de reacciones emocionales productivas o el ejercicio de auto control. Este tipo de afrontamiento (el restaurativo) incluye, pues, una diversidad de estrategias para habérselas con las secuelas de acontecimientos estresantes. La solución de problemas puede aplicarse a limitar el daño causado por el acontecimiento, o para tratar de evitar que el estresor se vuelva a producir. Las personas pueden realizar actividades que distraigan su preocupación acerca del problema. Las re-evaluaciones cognitivas del acontecimiento pueden utilizarse para restaurar la autoestima, o el nivel de auto eficacia percibida. Finalmente, en quinto lugar, si nos fijamos en la amplitud o grado de generalidad de las respuestas podríamos clasificarlas en generales/globales o específicas. Es decir, se pueden ejecutar conductas con una finalidad “global”, que permitan reducir o manejar categorías de estresores, o se pueden ejecutar conductas que específicamente pretendan manejar un estresor específico. Parece claro, por otro lado, que las categorías señaladas constituyen un repertorio potencial de respuestas de afrontamiento, de las que cualquiera o todas ellas, pueden ser usadas por un individuo para vérselas con un problema particular. Deben ser enmarcadas dentro del modo propuesto que considera al afrontamiento como un proceso dinámico multidimensional y bio-psico-social en el cual los individuos estresados intentan resolver problemas prácticos, un sentido de autoestima positiva y mantener su estado bioquímico y fisiológico en un equilibrio óptimo. Dentro de este modelo debemos esperar una considerable variedad en las estrategias de afrontamiento usadas por los individuos en las diferentes situaciones y frente a distintos tipos de problemas. Ello no significa que no podamos detectar consistencias o a lo largo del tiempo en la probabilidad del uso de estrategias de afrontamiento concretas, en algunas personas que tengan un repertorio relativamente amplio de estrategias y que usen algunas de ellas con más frecuencia.

Como se ha dicho, “el afrontamiento del estrés es un proceso dinámico”, y sus orientaciones básicas pueden variar en primacía a lo largo del tiempo para un individuo, y pueden estar presentes en cualquier momento particular. En consecuencia, también un individuo puede tener una preferencia consistente hacia una u otra orientación, o cruce de categorías, incluso frente a restricciones situacionales que parecen “exigir” otra respuesta. En cualquier caso, se puede hablar de ciertos factores determinantes de la selección de las respuestas de afrontamiento que la persona pone en marcha cuando se produce un episodio estresante”.<sup>6</sup>

#### **4.4 AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE**

“La psiquiatra Elizabeth Kubler- Ross (1969) entrevistó a más de 200 individuos de todas las edades en fase terminal para tratar de entender los aspectos psicológicos de la muerte. Basándose en las entrevistas, describió una secuencia de 5 etapas por las que pasa las personas al reaccionar ante la eminencia de su muerte las cuales son:

- Negación: la persona niega el diagnóstico, no quiere creer que se acerca su muerte, insiste que se cometió un error y busca otras opiniones o alternativas más aceptables.
- Ira: la persona acepta la realidad de la situación, pero expresa envidia y resentimiento por los que vivirán para realizar un plan o sueño. Se hace la pregunta ¿Por qué yo? La ira se dirige contra el médico, enfermeras u otros. En esta etapa son decisivas la paciencia y comprensión de los demás.

---

<sup>6</sup>Universidad de Antioquia. [sitio en Internet] Disponible en: <http://docencia.udea.edu.co/enfermeria/psicologiadesarrollo/Descargas/cap1/Las%20respuestas%20de%20afrontamiento.doc>

- Negociación: la persona trata desesperadamente de ganar tiempo negociando con los médicos, con sus familias y con Dios en un intento loable por afrontar la realidad de su muerte.
- Depresión: al fracasar la negociación y al irse agotando el tiempo, la persona sucumbirá ante la depresión, lamentando los errores y fracasos que ya no puede corregir.
- Aceptación: agotada y débil, la persona inicia finalmente una etapa de “espera serena” sometiéndose a su destino”.<sup>7</sup>

#### **4.5 PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER**

“Muchos investigadores consideran que existe una relación entre el cáncer y ciertos patrones de conducta. En 1980, los investigadores Morris y Greer plantearon la existencia de un patrón de conducta al que llamaron tipo C, pero ya a principios del siglo XVIII, un autor llamado Gendron había planteado que las mujeres ansiosas y deprimidas eran proclives al cáncer.

En 1959 Leshan realiza una revisión bibliográfica sobre este tema y concluye que la desesperanza, la pérdida y la depresión son, con frecuencia predictivas de la aparición del cáncer.

#### **Características de la personalidad tipo C**

**1. Depresión.** Los estudios realizados no permiten afirmar que la depresión juegue un papel importante, pero sí puede ser un factor adicional en el desarrollo y aparición del cáncer, y las personas con depresión tienen un riesgo más alto de morir de cáncer años más tarde.

---

<sup>7</sup> MORRIS, Charles. Introducción a la psicología. Decima Edición. Editorial prentice hall. Pag398

**2. Desamparo y desesperanza.** Esta característica ha sido relacionada con la aparición del cáncer de un modo más consistente. Se ha visto que puede ser un buen predictor del desarrollo de cáncer de mama y melanomas, así como de las recaídas de la misma enfermedad. Estas personas suelen reaccionar con desamparo e impotencia ante acontecimientos estresantes.

**3. Falta de apoyo social.** La pérdida de personas importantes es uno de los factores que puede contribuir al desarrollo del cáncer. Así mismo, la pérdida o la ausencia de buenas relaciones con los padres puede ser un predictor del cáncer y las personas con mayores recaídas de la enfermedad presentan un mayor número de pérdidas recientes que aquellos que no recaen. Existen indicios de que la falta de apoyo social puede estar asociado a una baja actividad de los linfocitos NK, células capaces de destruir las células cancerígenas (así como las células infectadas por virus) cuando estas aparecen e impedir así el desarrollo de la enfermedad.

**4. Incapacidad para expresar las emociones negativas.** Las personas proclives al cáncer tienen una gran dificultad para expresar emociones de ira, agresividad, y otras emociones negativas, mientras que expresan emociones positivas (amor, solidaridad, etc.) en exceso. Suelen ser amables, preocupados por agradar y se presentan imperturbables ante el mundo. Son personas que se describen a sí mismas como con tendencia a guardarse la ira dentro. Es decir, no es que no sientan estas emociones, pues las sienten en la misma medida que la mayoría de las personas, pero en vez de expresarlas de un modo asertivo y apropiado, tratan de ignorarlas y suprimirlas sin llegar a procesarlas correctamente ni a solucionar el problema.

Esta tendencia procede tanto de factores genéticos como de los patrones de interacción familiar, que llevan a una persona a aprender a reaccionar ante

las dificultades, los acontecimientos estresantes o los traumas, suprimiendo la manifestación de sus necesidades y sentimientos. Así, suprimen sus propias necesidades en favor de las de las otras personas, las cuales sitúan por encima de las propias. Eso conlleva la eliminación de emociones negativas (enfado, ira, desagrado, injusticia, frustración, etc.) mostrándose sumiso, cooperativo y tranquilo.

En condiciones normales, cuando no existen acontecimientos especialmente estresantes, las buenas relaciones que logra tener con los demás, pueden compensar el malestar originado por la supresión de sus necesidades. Sin embargo, el bloqueo excesivo de la expresión de los sentimientos y necesidades tiene consecuencias negativas para la salud física y mental, sobre todo cuando los deseos o sentimientos que suprime son muy intensos (por ejemplo, en situaciones altamente injustas o estresantes).

Esto crea una gran tensión interna y estrés, que originan emociones negativas ante las cuales reacciona del mismo modo, suprimiéndolas y mostrando una fachada de normalidad y autosuficiencia a pesar de sentir un gran desamparo. De hecho, pueden llegar a ignorar incluso síntomas físicos, así como sentimientos de soledad, tristeza, miedo, etc. Así, la persona comienza a sentirse deprimida, pero esta depresión no se debe a un acontecimiento concreto, sino que se debe a la sobrecarga acumulada de necesidades y sentimientos sin expresar.

Cuando la persona se ve sobrecargada por el estrés acumulado, se da cuenta de que no puede continuar, y tiende a reaccionar de tres modos diferentes:

a) Comienza a cambiar y a desarrollar un estilo más adecuado de afrontamiento de los acontecimientos estresantes.

b) La fachada se derrumba y su desesperanza se hace manifiesta.

c) Continúa utilizando el mismo patrón tipo C, lo cual le crea cada vez más tensión.

Tanto la depresión como el desamparo o desesperanza son capaces de reducir la función de las células NK y, de este modo, influir sobre la aparición, desarrollo y recurrencia del cáncer.

Así mismo, este comportamiento puede inducir a una persona a la realización de conductas de riesgo para el cáncer, como el consumo de alcohol y tabaco.

La tendencia a la evitación emocional presenta las siguientes características:

1. Evitación de situaciones que producen emociones negativas.
2. No expresión de las emociones negativas a otras personas, con lo cual se intensifican estas emociones.
3. No afrontar los acontecimientos conflictivos.

La evitación emocional también puede estar relacionada con una menor tendencia a detectar síntomas físicos, los cuales también desea ignorar. Esto retrasa la búsqueda de ayuda médica y, por tanto, produce un retraso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer”.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Cepvi. [Sitio de Internet]. Disponible en: [www.cepvi.com/psicosomatica](http://www.cepvi.com/psicosomatica) Acceso 20 de marzo 2008



## 4.6 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA<sup>9</sup>

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

---

<sup>9</sup>TERRA [sitio en Internet] disponible en: [www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm).

ACCESADO 26/05/08

- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
  - Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
  - Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

#### **4.6.1 Los objetivos**

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

#### **4.6.2 Desarrollo del PAE:**

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).

- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

#### **4.6.3 Ventajas:**

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional.

#### **4.6.4 Características:**

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

#### **4.6.5 ETAPA DE VALORACIÓN:**

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consu1ta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano,

comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recolección de datos necesitamos:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas , creencias , etc ...)

- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos- antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

#### **4.6.6 Métodos para obtener datos:**

##### **A) Entrevista Clínica:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas



como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

- Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- Interferencia cognitiva: Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.
- Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),

- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
  - Expresiones faciales,
  - La forma de estar y la posición corporal,
  - Los gestos,
  - El contacto físico,
  - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

## **B) La observación:**

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así

como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

### **C) La exploración física:**

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración

- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilizemos.

## **4.7 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA AFRONTAMIENTO<sup>10</sup>**

### **4.7.1 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO DE LA COMUNIDAD**

#### **Definición:**

Patrón de actividades de la comunidad (para la adaptación y solución de problemas) que resulta inadecuado para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad.

#### **Características definitorias**

- Expresión de impotencia de la comunidad.
- Déficit de participación de la comunidad.
- Excesivos conflictos de la comunidad.
- Expresión de vulnerabilidad.
- Altas tasas de enfermedad.
- Percepción de excesivos agentes estresantes.
- La comunidad no satisface sus propias expectativas.
- Aumento de los problemas sociales (Ej: homicidios, vandalismo, incendios, terrorismo, robos, infanticidios, malos tratos, divorcio, desempleo, pobreza, extremismo, enfermedad mental).

#### **Factores relacionados:**

- Desastres naturales o provocados por el hombre.
- Sistemas comunitarios inefectivos o inexistentes (ej: falta de servicios médicos de urgencia, de sistemas de transporte, de sistemas de planificación en caso de desastres).
- Déficit de recursos y servicios de soporte social de la comunidad.

---

<sup>10</sup> NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Edición 2005. Editorial Elsevier. España.

- Recursos inadecuados para la solución de problemas.

#### **4.7.2 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO**

##### **Definición:**

Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

##### **Características definatorias:**

- Define los agentes estresantes como manejables.
- Busca soporte social.
- Usa una amplia gama de estrategias orientadas a resolver los problemas y controlar las emociones.
- Utiliza los recursos espirituales.
- Admite tener energía.
- Busca el conocimiento de nuevas estrategias.
- Es consistente de los posibles cambios ambientales.

#### **4.7.3 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO DE LA COMUNIDAD**

##### **Definición:**

Patrón de actividades de la comunidad para la adaptación y solución de problemas que resulta favorable para satisfacer las demandas o necesidades de la comunidad, aunque puede mejorarse para el manejo de problemas o agentes estresantes actuales y futuros.

**Características Definitivas:**

Una o más características que indican un afrontamiento efectivo:

- Comunicación positiva entre los subgrupos y el conjunto de la comunidad.
- Disponibilidad de programas para la relajación y recreación.
- Recursos suficientes para el manejo de los agentes estresantes.
- Acuerdo respecto a que la comunidad es responsable del manejo del estrés.
- Planificación activa de la comunidad de actividades para los agentes estresantes previsibles.
- Postura activa de solución de problemas de la comunidad cuando se enfrenta con algún problema.
- Comunicación positiva entre los miembros de la comunidad.

**Factores relacionados:**

- La comunidad tiene la percepción de que puede manejar los agentes estresantes.
- Disponibilidad de soporte social.
- disponibilidad de recursos para la solución de problemas.

**4.7.4 AFRONTAMIENTO DEFENSIVO****Definición:**

Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.



### **Características definitorias**

- Grandiosidad.
- Racionalización de los fracasos.
- hipersensibilidad a los desaires o críticas.
- Negación de problemas o debilidades evidentes.
- Proyección de culpa o responsabilidad.
- Falta de seguimiento o participación en la terapia o tratamiento.
- Actitud de superioridad hacia otros.
- Risa hostil o ridiculización de los demás.
- Dificultad para percibir la realidad o contrastar sus percepciones con la realidad.
- Dificultad para establecer o mantener las relaciones.

### **Factores relacionados:**

- Pendiente de desarrollo.

## **4.7.5 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR**

### **Definición:**

Manejo efectivo de las tareas adaptativas del miembro de la familia implicando en el reto de salud del cliente, que ahora muestra deseos y disponibilidad para aumentar su propia salud y desarrollo y los del cliente.

### **Características definitorias:**

- la persona expresa interés en entrar en contacto individual o a través de un grupo de ayuda mutua con otra persona que haya experimentado una situación similar

- el miembro de la familia intenta describir el creciente impacto de la crisis en sus propios valores, objetivos, prioridades o relaciones.
- el miembro de la familia avanza en la promoción de la salud y un estilo de vida enriquecedor, apoyando y controlando los procesos de maduración, revisando y negociando los programas terapéuticos, y eligiendo generalmente experiencias que aumentan el bienestar

**Factores relacionados:**

- Necesidades suficientemente satisfechas y tareas adaptativas abordadas con la efectividad suficiente como para permitir aflorar objetivos de autorrealización

#### **4.7.6 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO**

**Definición:**

La persona que habitualmente brinda el soporte principal (un miembro de la familia o un amigo íntimo) proporciona en este caso un apoyo, consuelo, ayuda, o estímulo insuficiente o inefectivo (o hay el peligro de que ello suceda) que puede ser necesario para que el cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud.

**Características definitorias**

**Objetivos**

- La persona de referencia intenta poner en práctica comportamientos de ayuda o soporte con resultados poco satisfactorios

- La persona de referencia muestra una conducta desproporcionada (por exceso o por defecto) en relación con las capacidades o necesidad de autonomía del cliente
- La persona de referencia se retrae o establece una comunicación personal limitada o temporal con el cliente en el momento de necesidad
- La persona de referencia describe o confirma una comprensión o conocimiento inadecuado que interfiere con las conductas efectivas de ayuda y soporte.
- La reacción de la persona de referencia demuestra preocupación (ej: temor, duelo anticipado, culpa, ansiedad) ante la enfermedad o incapacidad, o cualquier otra crisis situacional o de desarrollo del cliente.

**Subjetivas:**

- El cliente expresa o confirma una queja o preocupación sobre la respuesta de la persona o personas de referencia a su problema de salud.

**Factores relacionados:**

- La persona de referencia está temporalmente preocupada e intenta manejar sus conflictos emocionales y sufrimiento personal, por lo que es incapaz de percibir o actuar de forma efectiva con respecto a las necesidades del cliente.
- Desorganización familiar y cambio temporal de roles.
- Prolongación de la enfermedad o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia.
- La persona de referencia sufre otras crisis situacionales o de desarrollo.

- La persona de referencia tiene información o comprensión inadecuada o incorrecta.
- El cliente, a su vez, brinda poco soporte a la persona de referencia.

#### **4.7.7 AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE**

##### **Definición:**

Comportamiento de una persona significativa (familiar u otra persona de referencia) que inhabilita sus propias capacidades y las del cliente para abordar efectivamente tareas esenciales para la adaptación de ambos al reto de salud.

##### **Características definitorias**

- Intolerancia.
- Agitación, depresión, agresión, hostilidad.
- hablar sobre los signos de enfermedad del cliente.
- Rechazo.
- Psicopatización.
- Falta de atención a las relaciones con otros miembros de la familia.
- Cuidado negligentes de las necesidades básicas o tratamiento de la enfermedad del cliente.
- Distorsión de la realidad del problema de salud del cliente, incluyendo negación extrema de su existencia o gravedad.
- Deterioro de la reestructuración de una vida significativa para sí mismo.
- Deterioro de la individualización, preocupación por el cliente excesiva y prolongada.

- Decisiones y acciones de la familia que son negativas para el bienestar económico o social.
- Realización de las actividades habituales, desatendiendo las necesidades del cliente.
- Abandono.
- Deserción.
- Desarrollo de desesperanza o dependencia pasiva por parte del cliente.
- Falta de satisfacción de las necesidades.

**Factores relacionados:**

- La persona significativa tiene sentimientos crónicos inexpressados de culpa, ansiedad, hostilidad, desesperanza, etc.
- Manejo arbitrario de la resistencia familiar al tratamiento, que tiende a consolidar las posiciones defensivas a medida que falla en afrontar adecuadamente la ansiedad subyacente.
- Discrepancia disonante de estilos de afrontamiento para hacer frente a las tareas adaptativas entre la persona significativa y el cliente o entre varias personas significativas.
- Relaciones familiares muy ambivalentes.

**4.7.8 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO**

**Definición:**

Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

**Características definitorias:**

- Falta de conductas orientadas al logro de objetivos o a la resolución de los problemas, incluyendo incapacidad para tratar la dificultad para organizar la información.
- Trastorno del sueño.
- Abuso de agentes químicos.
- Reducción en el uso de apoyo social.
- Empleo de formas de afrontamiento que impiden una conducta adaptativa.
- Mala concentración.
- Fatiga.
- Solución inadecuada de los problemas.
- Expresiones de incapacidad para afrontar la situación o para pedir ayuda.
- Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas.
- Conducta destructiva hacia si mismo o hacia los otros.
- Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol.
- Alta tasa de enfermedad.
- Cambio en los patrones de comunicación habituales.
- Asunción de riesgo.

**Factores relacionados**

- Diferencias de género en las estrategias de afrontamiento.
- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- Incertidumbre.
- Inadecuación del apoyo social condicionado por las características de las relaciones.
- Percepción de un nivel inadecuado de control.

- Inadecuación de los recursos disponibles.
- Alto grado de amenaza.
- Crisis situacionales o de maduración.
- Trastorno en los patrones de liberación de la tensión.
- Falta de oportunidades para prepararse para los agentes estresantes.
- Incapacidad para conservar las energías adaptativas.
- Trastorno en el patrón de apreciación de las amenazas.

#### **4.7.9 TEMOR**

##### **Definición:**

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

##### **Características Definitivas:**

Informes de:

- Aprensión
- Aumento de la tensión
- Reducción de la seguridad en uno mismo
- Excitación
- Sentirse asustado
- Inquietud
- Pavor
- Alarma
- Terror
- Pánico

Fisiológicas

Aumento del pulso

Anorexia

Náuseas

Vómito

Diarrea

Tirantez muscular

Fatiga

Aumento de la frecuencia respiratoria y falta de aliento

Palidez

Aumento de la transpiración

Aumento de la presión arterial sistólica

Dilatación pupilar

Sequedad bucal

#### Cognitivas

- Identifica el objetivo del miedo
- Los estímulos se interpretan como una amenaza
- Disminución de productividad, el aprendizaje, la capacidad para solucionar problemas

#### Conductuales

- Aumento del estado de alerta
- Conductas de evitación o de ataque
- Irreflexión
- Estrechamiento del foco de atención en el origen del temor

#### **Factores relacionados**

- Origen innato o natural (p. ej., ruido súbito, alturas, dolor falta de apoyo físico)
- Respuesta aprendida (p. ej., condicionamiento, imitación de otros o identificación con ellos).



- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p. ej., hospitalización, procedimientos hospitalarios)
- Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales
- Barreras idiomáticas
- Deterioro sensorial
- Desencadenantes innatos (neuromusculares)
- Estímulos fóbicos

#### **4.7.10 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE**

##### **Definición:**

Aprensión, preocupación o miedo relacionado con la muerte o con la agonía

##### **Características definitorias:**

- Preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas allegadas
- Impotencia ante los temas relacionados con la agonía
- Anticipación de dolor relacionado con la agonía
- Miedo a la pérdida física o de las capacidades mentales durante la agonía
- Tristeza profunda
- Miedo al proceso de morir
- Preocupación por sobrecarga a los cuidadores a medida que la enfermedad Terminal impaciente a la persona
- Preocupaciones sobre el encuentro con el creador o sentimientos de duda sobre la existencia de un Dios o un ser superior
- Pérdida total de control sobre cualquier aspecto de la propia muerte

- Imagen negativa de la muerte o pensamientos desagradables sobre cualquier acontecimiento relacionado con la muerte o la agonía
- Miedo a la muerte prematura porque impide el logro de importantes objetivos vitales
- Preocupación por causar duelo y sufrimiento a otros
- Miedo a dejar sola a la familia tras la muerte
- Miedo a desarrollar una enfermedad terminal
- Negación de la propia mortalidad o de la inminencia de la muerte

**Factores relacionados:**

- Pendiente de desarrollo.

**4.7.11 AFLICCIÓN CRÓNICA**

**Definición:**

La persona (familiar, cuidador o individuo con una enfermedad o discapacidad crónica) presenta un patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

**Características definitorias**

- Expresión de sentimientos periódicos recurrentes de tristeza
- Sentimientos de intensidad variable, periódicos, que pueden progresar e intensificarse con el tiempo y pueden interferir con la habilidad de la persona para alcanzar su nivel máximo de bienestar personal y social
- Expresión de uno o varios de los sentimientos siguientes: cólera, sentirse incomprendido, depresión, desencanto, vacío, temor,

frustración, culpación, desesperación, desesperanza, soledad, baja autoestima, pérdida recurrente, sentirse abrumado

### **Factores Relacionados**

- Muerte de un ser querido
- La persona experimenta uno o más acontecimientos desencadenantes (p. ej., crisis en el manejo de la enfermedad, crisis relacionadas con edades de desarrollo y oportunidades perdidas o hitos que obligan a establecer comparaciones con las normas de desarrollo, sociales o personales)
- La persona experimenta una enfermedad o discapacidad física o discapacidad física o mental crónica (p. ej., retraso mental, esclerosis múltiple prematuridad, espina bífida u otros defectos de nacimiento, enfermedad mental infertilidad, cáncer enfermedad de parkinson)
- Necesidad interminable de dar cuidados como constante recordatorio de la pérdida

### **4.7.12 NEGACIÓN INEFICAZ**

#### **Definición**

Intento consiente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad o el temor en detrimento de la salud

#### **Características definitorias**

- Retraso en la búsqueda o rechazo de la atención sanitaria en detrimento de la salud
- Falta de percepción de la relevancia de los síntomas o del peligro

- Uso de remedios caseros (autotratamiento) para aliviar los síntomas
- Negación del temor a la muerte o invalidez
- Minimización de los síntomas
- Desplazamiento del origen de los síntomas a otros órganos
- Incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estímulo de vida
- Gestos o comentarios de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos
- Desplazamiento del miedo provocado por su estado
- Muestra de emociones inadecuadas

**Factores relacionados:**

- Pendiente de desarrollo.

#### **4.7.13 DUELO ANTICIPADO**

**Definición**

Respuesta y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas, familias y comunidades intentan separar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.

**Características definitorias:**

- Pérdida potencial de un objeto significativo (p. ej., personas, posesiones, trabajo, hogar, ideales, partes y procesos corporales)
- Expresión de sufrimiento ante la pérdida potencial
- Negación de la pérdida potencial
- Negación del significado de la pérdida

- Culpa
- Cólera
- Tristeza
- Pacto
- Alteración en los hábitos alimentarios de sueño, en los patrones de sueño, nivel de actividad, libido
- Alteración de los patrones de la comunicación
- Dificultad para asumir roles nuevos o diferentes
- Resolución del duelo antes de producirse la pérdida

**Factores relacionados:**

- Pendiente de desarrollo.

#### **4.7.14 DUELO DISFUNCIONAL**

**Definición:**

Fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos, familias y comunidades tratan de superar el proceso de medicación del autoconcepto provocado por la percepción de una pérdida

**Características Definitivas:**

- Uso repetido de conductas inefectivas asociadas a los intentos de reinvertir en las relaciones
- Revivir experiencias pasadas como poco o ninguna reducción de la intensidad del duelo
- Inicio o exacerbación de respuestas somáticas y psicósomáticas
- Expresión de sufrimiento por la pérdida

- Negación de la pérdida
- Expresiones de culpa
- Expresiones de temas no resueltos
- Cólera
- Tristeza
- Llanto
- Dificultad para expresar la pérdida
- Alteración de los hábitos alimentarios, en el patrón de sueño, patrones de los sueños, nivel de actividad, libido, concentración o desempeño de las tareas
- Idealización del objeto perdido (p. ej., personas, posesiones, trabajo, posición, hogar, ideales, partes y procesos corporales)
- Interferencia con la vida diaria
- Regresión en el desarrollo
- Labilidad afectiva

**Factores relacionados:**

- Pérdida real o percibida de un objeto (p. ej., personas, posesiones, trabajo, posición, hogar, ideales, partes y procesos corporales)

#### **4.7.15 DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN**

**Definición:**

Incapacidad para modificar el estilo de vida coherente con un cambio en la situación de la salud

**Características definitorias:**

- Negación del cambio en el estado de la salud

- Fallo en el logro de un sensación óptima de control
- Falla en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud
- Demostración de nueva aceptación del cambio en el estado de salud

**Factores relacionados:**

- Falta de optimismo
- Estado emocional intenso
- Actitudes negativas hacia la conducta de salud
- No hay intentos de cambiar de conducta
- Múltiples agentes estresantes
- Falta de apoyo social para el cambio de ideas y prácticas
- Falta de motivación para cambiar las conductas
- Incapacidad o cambio en el estado de salud que requiere un cambio en el estilo de vida

**4.7.16 ANSIEDAD**

**Definición:**

Baja sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo a tomar medidas para afrontarlo.

**Características Definitivas**

Conductuales

- Disminución de la productividad
- Control y vigilancia
- Mal contacto ocular
- Agitación
- Lanzar miradas alrededor
- Movimientos extraños
- Expresión de preocupaciones de vidas a cambios en acontecimientos vitales
- Insomnio
- Inquietud

#### Afectivas

- Arrepentimiento
- Irritabilidad
- Angustia
- Sobresalto
- Nerviosismo
- Sobreexcitación
- Desesperanza dolorosa y creciente
- Desconcierto
- Incertidumbre
- Preocupación creciente
- Atención centrada en el yo
- Sentimientos de inadecuación
- Temor
- Distrés
- Aprensión
- Inquietud

#### Fisiológicas



- Voz temblorosa
- Estremecimiento
- Inestabilidad
- Aumento de la respiración
- Urgencia urinaria
- Aumento del pulso
- Dilatación pupilar
- Aumento de los reflejos
- Dolor abdominal
- Trastorno del sueño
- Hormigueo en las extremidades
- Excitación cardiovascular
- Aumento de la transpiración
- Tensión facial
- Anorexia
- Palpitaciones
- Diarrea
- Dificultad para iniciar el chorro de orina
- Fatiga
- Sequedad bucal
- Debilidad
- Disminución del pulso
- Enrojecimiento facial
- Vasoconstricción superficial
- Espasmos musculares
- Disminución de la presión arterial
- Náuseas
- Frecuencia urinaria

- Desmayo
- Dificultad respiratoria
- Aumento de la presión arterial

#### Cognitivas

- Bloqueo del pensamiento
- Confusión
- Preocupación
- Olvido
- Rumiación
- Deterioro de la atención
- Disminución del campo perceptual
- Miedo de consecuencia inespecífica
- Tendencia a culpar a otros
- Dificultad para la concentración
- Conciencia de los síntomas fisiológicos

#### **Factores Relacionados**

- Exposición a toxinas
- Conflicto inconsciente sobre los valores y metas esenciales de la vida
- Necesidades no satisfechas
- Transmisión o contagio interpersonal
- Asociación familiar o herencia
- Crisis de maduración o situacionales
- Amenaza de muerte
- Amenaza al auto concepto
- Estrés
- Abuso de sustancias

- Amenaza de cambio en: el rol, estado de salud, patrones de interacción, funciones del rol, entorno, situación económica.

## **4.8 “CÁNCER”**

### **4.8.1 ¿QUÉ ES?**

El cáncer surge cuando las células de alguna parte del cuerpo comienzan a crecer sin control. Aunque existen muchos tipos de cáncer, todos comienzan debido al crecimiento sin control de las células anormales.

Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren en una forma ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen con más rapidez hasta que la persona alcanza la edad adulta. Posteriormente, las células normales de la mayoría de los tejidos sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o moribundas y para reparar las lesiones.

Debido a que las células cancerosas continúan creciendo y dividiéndose, son diferentes de las células normales. En lugar de morir, viven más tiempo que las células normales y continúan formando nuevas células anormales.

Las células cancerosas surgen como consecuencia de daños en el ADN (DNA, en inglés). Esta sustancia se encuentra en todas las células y dirige sus funciones. La mayoría de las veces en las que el ADN se daña, la célula muere o ésta puede reparar el ADN. En las células cancerosas el ADN no se repara. Las personas pueden heredar ADN dañado, que es responsable de los tipos de cáncer hereditarios. Sin embargo, en muchas ocasiones el ADN de las personas se daña como consecuencia de alguna exposición ambiental como el fumar.

El cáncer usualmente asume forma de tumor. Algunos tipos de cáncer, como la leucemia, no forman tumores, sino que estas células cancerosas afectan la sangre y los órganos que producen la sangre (la médula ósea, el sistema linfático y el bazo) y circulan a través de otros tejidos en los que se pueden acumular.

Las células cancerosas a menudo viajan a otras partes del cuerpo donde comienzan a crecer y a reemplazar el tejido normal. Este proceso, llamado metástasis, ocurre a medida que las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos de su cuerpo. Cuando las células de un tumor como el del cáncer del seno se propagan a otro órgano como el hígado, el cáncer continúa llamándose cáncer del seno, y no cáncer del hígado.

Recuerde que no todos los tumores son cancerosos. Los tumores benignos (no cancerosos) no se propagan y, con muy raras excepciones, no constituyen una amenaza para la vida.

Los diferentes tipos de cáncer pueden comportarse de maneras diferentes. Por ejemplo, el cáncer del pulmón y el cáncer del seno son enfermedades muy distintas. Crecen a distinta velocidad y responden a distintos tratamientos. Esta es la razón por la cual las personas con cáncer necesitan un tratamiento dirigido a su tipo de cáncer en específico.

#### **4.8.2 Tipos de cáncer**

- Cáncer colorrectal
- Cáncer de mama
- Cáncer de piel

- Cáncer de próstata
- Cáncer de pulmón
- Cáncer de testículo
- Cáncer de laringe
- Cáncer de vesícula
- Cáncer óseo
- Carcinoma microcítico pulmonar
- Cáncer de estómago
- Cáncer de páncreas
- Leucemia

#### **4.8.3 Los tumores benignos no son cancerosos.**

Generalmente pueden removerse y, en la mayoría de los casos, no reaparecen. Lo que es más importante, las células de tejidos benignos no se extienden a otras partes del cuerpo. Las células de tumores benignos permanecen juntas y a menudo son rodeadas por una membrana de contención. Los tumores benignos no constituyen generalmente una amenaza para la vida.

Ejemplos de tumores benignos

Papiloma - Masa protuberante en la piel (por ejemplo, una verruga)

Adenoma - Tumor que crece en las glándulas y en torno a las mismas

Lipoma - Tumor en un tejido adiposo

Osteoma - Tumor de origen en el hueso

Mioma - Tumor del tejido muscular

Angioma - Tumor compuesto generalmente de pequeños vasos sanguíneos o linfáticos (por ejemplo, una marca de nacimiento)

Nevus - Pequeño tumor cutáneo de una variedad de tejidos (por ejemplo, un lunar).

#### **4.8.4 Los tumores malignos son cancerosos.**

Las células cancerosas pueden invadir y dañar tejidos y órganos cercanos al tumor. Las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar al sistema linfático o el flujo sanguíneo, que es la manera en que el cáncer alcanza otras partes del cuerpo. El aspecto característico del cáncer es la capacidad de la célula de crecer rápidamente, de manera descontrolada e independiente del tejido donde comenzó. La propagación del cáncer a otros sitios u órganos en el cuerpo mediante el flujo sanguíneo o el sistema linfático se llama metástasis.

Los tumores malignos generalmente se pueden clasificar en dos categorías.

##### **Carcinomas**

Estos cánceres se originan en el epitelio. El epitelio es el recubrimiento de las células de un órgano. Los carcinomas constituyen el tipo más común de cáncer. Lugares comunes de carcinomas son la piel, la boca, el pulmón, los senos, el estómago, el colon y el útero.

##### **Sarcomas**

Los sarcomas son cánceres del tejido conjuntivo y de apoyo (tejidos blandos) de todos los tipos. Los sarcomas se encuentran en cualquier parte del cuerpo y frecuentemente forman crecimientos secundarios en los pulmones.

#### **4.8.5 Epidemiología del cáncer**

Frecuencia: El cáncer es la segunda causa principal de muerte detrás de las enfermedades cardíacas. Sin embargo, las muertes por enfermedades cardiovasculares están disminuyendo, mientras que las muertes por cáncer están aumentando. Se estima que a lo largo del siglo XXI, el cáncer sea la primera causa de muerte en los países desarrollados. A pesar de esto, se ha producido un aumento en la supervivencia de los pacientes con cáncer. Las cinco principales causas de muerte por cáncer por orden de importancia tanto en hombres como en mujeres son: cáncer de pulmón, cáncer colorrectal, cáncer de mama, cáncer de próstata y cáncer de páncreas.

Causa del cáncer: Es desconocida pero se conocen la mayoría de los factores de riesgo que los precipitan. El principal factor de riesgo es la edad o el envejecimiento, ya que dos terceras partes de todos los cánceres ocurren en personas mayores de 65 años. El segundo factor de riesgo es el tabaquismo y le sigue la dieta, el ejercicio físico la exposición solar, y otros estilo de vida. Sea como fuere, no podemos pensar en el cáncer como una enfermedad de causa única, sino mas bien como el resultado final de una interacción de múltiples factores entre los que se incluyen el ambiente, los hábitos dietéticos, la herencia genética, etc. En la actualidad se realizan infinidad de estudios epidemiológicos que tratan de buscar asociaciones de toda índole con el cáncer. Así por ejemplo para discernir entre genética y ambiente, existen estudios que comparan la incidencia de distintos cánceres en una población de origen con la incidencia de los mismos cánceres en una población emigrante en otro ambiente (cáncer de estomago en Japón con cáncer de estómago en sucesivas poblaciones de emigrantes japoneses en Estados Unidos).

#### **4.8.6 Características del cáncer**

##### **4.8.6.1 Morfología del cáncer**

Las células tumorales tienen una morfología alterada que depende de la diferenciación y de la anaplasia. La diferenciación celular de un tumor es el grado en el que las células parenquimatosas se asemejan a las células normales de las que proceden, tanto morfológica como funcionalmente. Generalmente, los tumores benignos son bien diferenciados y los cánceres varían desde bien diferenciados a indiferenciados. La anaplasia es la ausencia de diferenciación que conlleva a una falta de especialización o de función celular y generalmente cuanto más anaplásico sea un cáncer más alta es su velocidad de crecimiento.

#### **4.8.6.2 Crecimiento tumoral**

El crecimiento tumoral o la proliferación de células tumorales tiene las siguientes características:

Acelerado por un aumento de la división celular que hace que las células tumorales se encuentran en continuo ciclo celular con un exceso de proliferación celular.

Descontrolado debido a que no se deja influir por los factores de crecimiento ni otros estímulos externos.

Hay estudios recientes (Antonio Brú) que indican que el crecimiento tumoral se puede controlar con factores externos. Según esta nueva teoría explica que la dinámica del crecimiento tumoral no es exponencial como se pensaba hasta ahora, sino lineal. En los primeros comienzos de la división, esta es claramente exponencial, pero una vez constituido el tumor en sí mismo la dinámica cambia pasando a ser lineal. Esto es debido a que las células necesitan espacio para crecer, si el tumor tiene un cierto tamaño las células cancerígenas interiores sufren presión por parte de las células que las rodean, disminuyendo su velocidad de crecimiento. Por ello, sólo las células exteriores son las que crecen descontroladamente, manteniéndose una



dinámica de crecimiento general lineal. Se ha experimentado in vitro con tumores, poniéndolos en diversos líquidos (gelatinas, centrifugados, etc...) y se ha comprobado que el tumor en un principio crece exponencialmente, pero luego crece de forma lineal, pero a diferentes velocidades de crecimiento según el medio exterior en el que se encuentra el tumor.

**4.8.6.3 Autónomo:** La división celular es independiente y no está coordinada con el resto de células de su entorno.

Escapa al sistema inmunitario que reconoce a las células tumorales como propias.

**4.8.6.4 Inhibición de los procesos de muerte:** Las células tumorales nunca entran en apoptosis o muerte celular programada, son eternas o inmortales.

#### **4.8.6.5 Invasión local**

La invasión es la capacidad que tienen las células tumorales de infiltrar o penetrar en los tejidos normales y en los vasos sanguíneos y de ahí empezar el proceso de metástasis. La invasión no es debida sólo a la presión del crecimiento tumoral, sino a características fenotípicas que adquieren las células cancerosas. Los pilares sobre los que se asienta la invasión son:

**4.8.6.6 Angiogénesis o neovascularización:** Es la capacidad de formar nuevos vasos sanguíneos por medio de la secreción de factores de crecimiento como el Factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF). Los nuevos vasos son indispensables para la nutrición de las células tumorales y de las metástasis.

#### **4.8.7 Signos y exámenes**

Al igual que sucede con los síntomas, los signos del cáncer varían dependiendo del tipo de tumor y de su ubicación en el cuerpo. Algunos de los exámenes más comunes son:

- TC
- Conteo sanguíneo completo (CSC)
- Químicas sanguíneas
- Biopsia del tumor
- Biopsia de médula ósea (para detectar linfoma o leucemia )
- Radiografía de tórax

La mayoría de los cánceres se diagnostican por medio de una biopsia y dependiendo de la ubicación del tumor, ésta puede ser un procedimiento sencillo o una cirugía delicada. A la mayoría de las personas afectadas por un cáncer se las somete a TC para determinar la ubicación exacta del tumor o tumores.

Es difícil hacerle frente a un diagnóstico de cáncer. Sin embargo, es importante hablar acerca del tipo, tamaño y localización del cáncer en el momento del diagnóstico. Igualmente, la persona deseará hacer preguntas acerca de las opciones de tratamiento, junto con los beneficios y riesgos.

Es buena idea asistir con alguien más al consultorio médico para que esa persona le ayude a pasar el momento del diagnóstico. Si la persona afectada tiene dificultades para hacer las preguntas después de escuchar el diagnóstico, la otra persona que la acompaña las puede hacer en su lugar.

#### **4.8.8 Diagnóstico del cáncer**

##### **4.8.8.1 Biopsia**

El diagnóstico del cáncer se basa indispensablemente en la toma de biopsia del tumor para un estudio histológico con su grado de diferenciación y de invasión y para un estudio molecular para determinar sus marcadores biológicos y genéticos. Ningún diagnóstico de cáncer es válido si no está basado en el estudio de una biopsia, y por lo tanto el personal médico hará todo los esfuerzos por conseguir una muestra de tejido válida para confirmar el diagnóstico de cáncer ante la persistencia de la sospecha clínica.

#### **4.8.9 Tratamiento del cáncer**

El tratamiento del cáncer se fundamenta en tres pilares básicos: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Existe un cuarto pilar llamado terapia biológica que incluiría la hormonoterapia, inmunoterapia, y nuevas dianas terapéuticas no citotóxicas. El tratamiento del cáncer es multidisciplinar donde la cooperación entre los distintos profesionales que intervienen (cirujanos, oncólogos médicos y oncólogos radioterapeutas), es de máxima importancia para la planificación del mismo; sin olvidar el consentimiento informado del paciente.

En el plan de tratamiento hay que definir si la intención es curativa o paliativa.

La respuesta al tratamiento puede ser:

**Completa:** Si se ha producido la desaparición de todos los signos y síntomas de la enfermedad.

**Parcial:** Si existe una disminución mayor del 50% en la suma de los productos de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones mensurables.

**Objetiva:** Es la respuesta completa o parcial.

Progresión: Si aparece cualquier lesión nueva o existe un aumento mayor del 25% en la suma de los productos de los diámetros perpendiculares de todas las lesiones mensurables.

**Estable:** Si existe crecimiento o reducción del tumor que no cumple ninguno de los criterios anteriores.

Cuando no es posible la medida de las lesiones, los marcadores tumorales son útiles para valorar la respuesta al tratamiento.

#### **4.8.10 Pronóstico del cáncer**

A partir de la década de 1990 y con las técnicas terapéuticas disponibles el cáncer es curable en aproximadamente el 50% de los pacientes diagnosticados. El pronóstico del cáncer depende sobre todo de:

La localización anatómica del tumor primario.

Del tipo histológico con su grado de diferenciación celular, sus características biológicas y citogenéticas.

Del estadio del cáncer o extensión de la enfermedad.

La edad del paciente.

El estado funcional o la reserva fisiológica del paciente”.<sup>11</sup>

### **4.9 INFORMACIÓN ESTADÍSTICA**

#### **4.9.1 EN EL MUNDO:**

“En el 2005 de 58 millones de defunciones registradas en todo el mundo, 7.6 millones obedecieron al cáncer, mas del 70% de todas las muertes por

---

<sup>11</sup>Monografías. [Sitio en Internet]. Disponible en:

[www.monografiass.com/Salud/Enfermedades](http://www.monografiass.com/Salud/Enfermedades). Acceso 9 de Octubre de 2007

cáncer se produjeron en países de ingresos bajos o medios, donde los recursos disponibles para la prevención, diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad son limitados o inexistentes. Se prevé un aumento de las muertes por cáncer, hasta aproximadamente 9 millones en el 2015 y 11.4 en el 2030". En la actualidad los índices de natalidad han disminuido debido al acceso de la contracepción, al ingreso de la mujer a la educación y al campo laboral. Esto conlleva a que la mortalidad halla disminuido notoriamente y la esperanza de vida halla aumentado, esto indica que la población se esta envejeciendo y a que exista mayor incidencia de cáncer.

#### **4.9.2 EN COLOMBIA:**

En Colombia el cáncer asesinó aproximadamente a 36.000 personas, 20.000 de ellas eran menores de 70 años.

En el año 2005 el porcentaje de muertes por cáncer en Colombia con respecto a otras enfermedades fue del 27.6% destacándolo como la primera causa de mortalidad".<sup>12</sup>

#### **4.9.3 EN RISARALDA:**

##### **MORBILIDAD POR CÁNCER**

"La incidencia de cáncer en el departamento de Risaralda en el año 2006, fue de 2471 personas, de los cuales 1490 fueron mujeres y 981 fueron hombres. Los tres primeros tipos de cáncer que tuvieron más incidencia en el sexo femenino fueron: 486 para Melanoma y otros tumores malignos de la piel, 235 para Tumor maligno de mama y 180 para Tumores malignos de los órganos digestivos.

---

<sup>12</sup> Who. [Sitio de Internet]. Disponible en: [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/). Acceso 20 de Febrero de 2008

En el sexo masculino los tres primeros tipos de cáncer que tuvieron más incidencia fueron: 348 para Melanoma y otros tumores de piel, 202 para Tumores malignos de los órganos digestivos y 180 para Tumores malignos de los órganos genitales masculinos. Se puede concluir que en la población Risaraldense se encuentra mayor incidencia en el Melanoma y otros tumores de piel.

Esta investigación se hace oportuna ya que el afrontamiento para este tipo de cáncer es más complejo debido a que sus manifestaciones son externas; alterando su imagen y afectando su autoestima.

## **MORTALIDAD POR CÁNCER**

La mortalidad por cáncer en el departamento de Risaralda en el año 2006, en el sexo masculino fue de 475. Las primeras tres causas fueron: 83 para Tumor maligno de los bronquiolos o del pulmón, 83 para Tumor maligno de estómago y 51 para Tumor maligno de próstata.

En el sexo femenino el total de las defunciones por cáncer fueron 481, de las cuales las más sobresalientes fueron: 59 por Tumor maligno de los bronquiolos o de pulmón, 51 por Tumores malignos de estómago y 45 por Tumor maligno de mama.

Con estos datos se continúa corroborando que el cáncer se encuentra entre las primeras causas de mortalidad en la región; lo que hace viable esta investigación ya que es muy importante que las personas con cáncer y sus familias realicen un afrontamiento eficaz ante la posibilidad de muerte que existe en esta circunstancia”.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD, Revista Epidemiologica de Pereira. Vol 9 #1 de Enero- Junio 2007. Pp 39

## **4.10 MARCO DISCIPLINAR**

### **4.10.1 GENERALIDADES DEL AUTOCUIDADO<sup>14</sup>**

El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del diario vivir.

El agente de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud con lo cual identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas y promover, mediante un proceso educativo de reflexión- acción, un regreso a la práctica para transformarla.

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su promoción las siguientes estrategias:

Desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento, como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al

---

<sup>14</sup>Universidad de Antioquia. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://docencia.udea.edu.co/nyd/enfermeria/autocuidado/conceptos.html>. Acceso 10 de Mayo de 2008.

potenciar la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.

Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.

Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos. Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud viva con bienestar se estará en condiciones de promocionar la salud de los demás.

Contextualizar el autocuidado, es decir una direccionalidad de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.

Generar procesos participativos; la promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y



compromiso mutuo sobre su propia salud de las personas que ofrecen los servicios de salud y quienes lo reciben.

#### **4.10.2 TEORIZANTE DOROTHEA OREM**

“Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

##### **4.10.2.1 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO**

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de auto-cuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto-cuidado:

- Requisitos de auto-cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación,

actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de auto-cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

#### **4.10.2.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

#### **4.10.2.3 TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA**

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona auto-cuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto-cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de auto- cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. El concepto de auto- cuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de auto-cuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el auto-cuidado, etc) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto-cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.

3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

**Concepto de persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su auto-cuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de auto-cuidado y el cuidado dependiente.

**Concepto de Salud:** La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

**Concepto de Enfermería:** Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su auto- cuidado, según sus requerimientos,

debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de auto- cuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta”.<sup>15</sup>

#### **4.10.3 APORTES QUE HACE DOROTHEA OREM A ESTA INVESTIGACIÓN**

Dorothea Orem plantea el auto cuidado como la práctica de actividades que las personas maduras o están madurando, inician y llevan a cabo en determinados

periodos de tiempo, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano continuando con el desarrollo personal y bienestar.

Se ve la necesidad de retomar lo planteado por Dorothea Orem en esta investigación ya que el objetivo principal es diseñar una propuesta de autocuidado, tendiente a compensar las demandas adicionales propias de esta situación.

Dorothea afirma que las personas nunca dejan de cuidarse, aunque su salud este deteriorada, así mismo siempre va a recibir cuidados de su familia, estos van a estar determinados por la necesidad de cuidado que presente.

El aporte que Orem hace es de mucha importancia para la investigación ya que la meta para los profesionales de enfermería, se centra en como cuidar un proceso de afrontamiento para que sea eficaz, pues para los enfermeros el afrontamiento es una respuesta humana, un dominio de cuidado referido principalmente a la forma, a la manera como el individuo, la familia, o la

---

<sup>15</sup> WIKIPEDIA. [Sitio en Internet] Disponible en: [www.es.wikipedia.org/wiki/Dorothea\\_Orem](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Dorothea_Orem). Acceso 20 de febrero de 2008

comunidad desarrollan actividades que busca satisfacer el incremento de las demandas derivado de una situación de enfermedad, de conflicto o de crisis. Por otro lado Orem plantea el Proceso de Atención de Enfermería, para lograr la independencia de las personas y sus familias en cuanto a cuidado se refiere esto se puede observar en el siguiente cuadro.

<b>ROL DEL PACIENTE</b>	<b>SISTEMA DE ENFERMERÍA</b>	<b>FUNCIÓN DE LA ENFERMERÍA (O)</b>
	Totalmente compensatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compensar las incapacidades para el auto-cuidado.</li> <li>• Apoyar y proteger.</li> <li>• Emitir juicios y tomar decisiones para los pacientes.</li> <li>• Cultivar las capacidades existentes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar algunas medidas de autocuidado</li> <li>• Aceptar de buen agrado la ayuda del equipo de enfermería</li> </ul>	Parcialmente compensatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar algunas medidas de auto-cuidado para el paciente</li> <li>• Compensar cualquier limitación del auto-cuidado</li> <li>• Ayudar al paciente según sea necesario</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacer los requerimientos de autocuidado</li> <li>• Continuar aprendiendo y desarrollar capacidades de autocuidado</li> </ul>	De apoyo / educación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a tomar decisiones</li> <li>• Ayudar al paciente a aprender</li> <li>• Actualizar periódicamente la información</li> </ul>

Tendencias y Modelos mas utilizados en Enfermería, [Sitio en Internet] Disponible en: [www.personal.redestb.es/a\\_sanguesa/modelos.html](http://www.personal.redestb.es/a_sanguesa/modelos.html), Acceso el 18 de Febrero del 2008

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la

hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

## 5. PARADIGMA MÉTODO FENOMENOLÓGICO<sup>16</sup>

El método fenomenológico no parte del diseño de una teoría, sino del mundo conocido, del cual hace un análisis descriptivo en base a las experiencias compartidas. Del mundo conocido y de las experiencias intersubjetivas se obtienen las señales, indicaciones para interpretar la diversidad de símbolos. A partir de allí, es posible interpretar los procesos y estructuras sociales. En las ciencias sociales se requieren de constructos" y "tipos" para investigar objetivamente la realidad social. Estos tienen que tener las características de una consistencia lógica y una adecuación al fenómeno estudiado.

El énfasis no se encuentra en el sistema social ni en las interrelaciones funcionales, sino en la interpretación de los significados del mundo (Lebenswelt) y las acciones de los sujetos. Estas nociones epistemológicas inducen al empleo de métodos cualitativos de investigación.

Algunos otros elementos han sido mencionados anteriormente en las referencias sobre la experiencia vivida de Ricoeur y en algunas obras de Gurvitch. El *sentido* (significado) se desarrolla a través del diálogo y las interacciones, para lograr así una interpretación en términos sociales, dado

---

<sup>16</sup>CREFAL [sitio en Internet] Disponible en: [www.crefal.edu.mx/biblioteca\\_digital/CEDEAL/acervo\\_digital/coleccion\\_crefal/retablos%20de%20papel/RP03/tiv42.htm](http://www.crefal.edu.mx/biblioteca_digital/CEDEAL/acervo_digital/coleccion_crefal/retablos%20de%20papel/RP03/tiv42.htm) ACCESADO: 26 mayo de 2008

que las acciones de las personas tienen una intencionalidad e influyen en los demás y viceversa.

En este método se trata, en primer lugar, de eliminar los elementos casuales, a través de la reducción fenomenológica. Por medio de la reducción y la interpretación, el fenómeno cobra sentido. La gente posee una acumulación de conocimientos, a partir de los cuales interpreta las nuevas experiencias.

Una segunda reducción es la eidética (eidos es la idea, forma, especie) que en las interpretaciones últimas conduce a los universales, los fundamentos relacionales, lo que le da el carácter científico. Es la búsqueda de las propiedades invariables de los fenómenos.

Algunas críticas al método fenomenológico son que las reducciones llevan a un estilo de investigación descriptivo y no a marcos explicativos. Además se puede argumentar que contribuye al mantenimiento del orden existente. El carácter social del sentido subjetivo está insuficientemente desarrollado, y a su vez la motivación de los sujetos, en su manera de actuar, no se explica en primer lugar desde el contexto social, sino a través de la interacción subjetiva.

No obstante estas críticas, el método fenomenológico aporta ciertos elementos para el método de investigación participativa. Estos elementos son la intersubjetividad y el empleo de la intuición en la comprensión de los fenómenos sociales.

El método fenomenológico puede resultar particularmente útil para la interpretación de los hechos y procesos estudiados; para captar el sentido de los fenómenos y la intención de las actividades sociales.



Sin embargo, el método dialéctico y el estudio del sistema social en sus dimensiones históricas y estructurales tienen una importancia mayor en la investigación participativa. En lo que se refiere al carácter individualista del método fenomenológico, se opone directamente al método de investigación participativa.

Por otra parte, el primero es meramente descriptivo, mientras que el método participativo busca la interpretación de los datos cualitativos y cuantitativos, al interior y exterior de la realidad inmediata, por parte de los sujetos involucrados, tanto los investigadores como los demás participantes. Es decir, en la investigación participativa el investigador coadyuva en el proceso de describir y estructurar el significado que los involucrados dan a sus propios problemas, a los hechos y procesos sociales, desde su situación social, para formular, conjuntamente, un plan de acción para transformar esa realidad.

En este sentido es contrario, entonces, al método fenomenológico en el que el investigador trata de describir la, realidad vivida por otras personas.

## **6. MARCO INSTITUCIONAL**

### **6.1 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA<sup>17</sup>**

El hospital san Jorge es una empresa social del estado, se caracteriza por prestar un servicio de 3 y 4 nivel de complejidad; es importante resaltar fortalezas, tales como la existencia de personal altamente capacitado, además de mirar al ser humano de forma holística, individualizando las características propias de la enfermedad en cada sujeto.

---

<sup>17</sup> HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE [Sitio en Internet] Disponible en: [www.husj.gov.co/servicios.php](http://www.husj.gov.co/servicios.php). Acceso 26 de mayo del 2008

## **6.2 MISIÓN**

Es una Empresa Social del estado prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad, que garantiza al usuario atención con calidad, calidez y ética, participando en la formación del talento humano, brindando desarrollo al cliente interno y siendo autosostenibles.

## **6.3 VISIÓN AL 2011**

Es el mejor prestador de servicios de salud en la ecorregión del Eje Cafetero, enfocados en el ser humano.

## **6.4 POLÍTICA DE CALIDAD**

En el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE DE PEREIRA, estan comprometidos con la satisfacción de las necesidades del usuario, cliente interno y externo, que accede al servicios, a través de un talento humano altamente calificado, que se destaca por su ética y trato amable, en proceso constante de crecimiento y motivación con recursos adecuados y promoviendo la implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad, que nos permite brindar un óptimo servicio y permanecer en el mercado.

El hospital universitario san jorge cuenta con los siguientes servicios

## **6.5 SERVICIOS DE URGENCIAS MEDICO-QUIRÚRGICAS**

Atienden las 24 horas a toda la población de nuestra área de influencia, coordinados por el Centro de Referencia de Urgencias, Emergencias y Desastres del Departamento, CRUED.

## **6.6 SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN SALAS Y SERVICIO ESPECIAL**

Es la institución con mayor capacidad de alojamiento en el departamento para la prestación de los servicios de ginecología, medicina interna, pediatría, intermedios pediatría, neonatología, intermedios neonatología, intermedios adultos, ortopedia, cirugía, neurocirugía y subespecialidades.

## **6.7 SERVICIOS QUIRÚGICOS**

Disponen de quirófanos y personal especializado para la atención de urgencias las 24 horas y cirugías electivas, incluyendo todo el soporte tecnológico para los procedimientos que lo requieren como: Fluoroscopio, Microscopios para cirugía del SNC, Cirugía Vascular, Cirugía de Otorrinolaringología.

## **6.8 SERVICIOS GINECO-OBSTÉTRICOS**

Cuentan con un recurso Humano altamente calificado e infraestructura física para atención de partos desde bajo hasta alto riesgo.

## **6.9 SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Brindan atención especializada a pacientes neonatales, pediátricos y adultos en estado crítico, con recurso humano altamente calificado y tecnología de

punta que permite monitoreos y procedimientos de tipo invasivos y no invasivos.

### **6.10 SERVICIOS MÉDICOS AMBULATORIOS**

Atienden consulta externa en las especialidades de: Cirugía General y Oncológica, Medicina Interna, Gineco-obstetricia y consulta de alto Riesgo de Obstetricia, Pediatría, Hemato-oncología Pediátrica, Ortopedia, Oftalmología, Cirugía Pediátrica, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Urología, Cirugía plástica, Cirugía Máxilo-facial, Cirugía Vascular, Gastroenterología, Fisiatría, Oncología y Otorrinolaringología.

### **6.11 SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA**

Centan con la última tecnología en Ecografías (Eco-Doppler, Tridimensional), Tomografía de Alta Resolución, Mamografía, Ecocardiografía, Radiología intervencionista, Biopsias Dirigidas.

### **6.12 SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO**

Cuenta con tecnología de última generación que nos permite ofrecer a la comunidad médica y científica una amplia gama de exámenes de diagnóstico, con alta confiabilidad y oportunidad para la adecuada toma de decisiones.

### **6.13 BANCO DE SANGRE TIPO A**

Servicio de apoyo hospitalario que capta, procesa, almacena y distribuye hemoderivados para atender la demanda intrahospitalaria y las diferentes instituciones de salud de la región, cumpliendo con los requisitos exigidos por el INVIMA.

#### **6.14 SERVICIO DE ONCOLOGÍA**

El servicio de Oncología fue el lugar que dio pie para la realización de la investigación, este servicio cuenta con unas áreas específicas las cuales son: consultorio médico, sala de quimioterapia, sala de cobaltoterapia, sala de espera, en cada una de estas salas se lleva a cabo el proceso de tratamiento de los pacientes con cáncer. Los participantes en el estudio fueron captados durante o en espera del tratamiento.

## **7. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **7.1 TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio de esta investigación es cualitativa, la cual esta basada en la teoría de la fenomenológica.

### **7.2 POBLACIÓN**

La población para esta investigación fueron 12 adultos con cáncer que se encontraban en tratamiento en el Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira en el año 2008

### **7.3 MUESTRA**

Fueron realizadas 12 entrevistas, las cuales permitieron la descripción del fenómeno, el muestreo fue no probabilístico.

### **7.4 VARIABLES DE ESTUDIO**

En la investigación cualitativa no se discrimina el fenómeno en variables sino que se mira en una forma holística, pues reconoce la complejidad social del hombre y su estudio se hace en su totalidad.

Para la realización de entrevistas se tuvieron en cuenta los siguientes dominios: Afrontamiento y tolerancia al estrés, Auto percepción, Seguridad/ Protección, Principios vitales.

Las categorías son: Apoyo espiritual, Pensamiento sobre la enfermedad, sentimientos, cambios producidos por la enfermedad, suicidio, autoestima, apoyo, esperanza de vida, cambio de hábitos y vicios.

## **7.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la presente investigación se realizó la recolección de datos por medio de una entrevista semiestructurada y observación.

La observación se realizó mientras se ejecuta la entrevista semiestructurada (ver anexo A), mirando la actitud del paciente hacia sí mismo, su contexto familiar.

## **7.6 RECOLECCION DE DATOS**

Para la recolección de datos de los pacientes con Cáncer, las investigadoras se dirigieron al Hospital Universitario San Jorge de la ciudad de Pereira, donde contaron con las historias clínicas y demás datos de los pacientes, para poder empezar la investigación, con estos pacientes las investigadoras hablaron, observaron y aplicaron una entrevista semiestructurada, que propició una conversación acerca del afrontamiento de su enfermedad y del apoyo que han recibido de la familia.

Una vez se tuvieron las entrevistas listas, se procedió a realizar el estudio exploratorio, el cual fue probado en 3 pacientes; en primer lugar las investigadoras se presentaron con el paciente y le dieron a conocer la finalidad de la investigación; una vez justificada la presencia de las investigadoras, el paciente tuvo la opción de decidir aceptar o no colaborar

con la investigación, una vez decidió colaborar se le leyó el consentimiento al paciente, informándole que iba a ser grabada su voz. Cuando el paciente acepto y firmo el consentimiento se daba lugar a la aplicación de la entrevista.

## **7.7 PLAN DE ANÁLISIS**

El análisis de las entrevistas realizadas a 12 pacientes adultos oncológicos se hizo por medio de la recolección de datos con base a una entrevista, las cuales se recogieron y se codificaron, allí se encontraron unos resultados importantes que dieron pie para hacer el respectivo análisis; además como referencia tomamos el esquema de supervivencia (Moorey y Creer, 1989), en el cual se establecen unas categorías de afrontamiento frente al cáncer, que son: Espíritu de lucha, Evitación/ Negación, Fatalismo/ Aceptación Estoica, Desamparo/ Desesperanza y Preocupación Ansiosa. Estas categorías se analizan de acuerdo a unas variables que incluyen el diagnóstico, control, pronóstico, afrontamiento y respuesta emocional, de acuerdo con lo anterior los pacientes se clasificaron en 2 tipos de afrontamiento, uno activo y otro pasivo según lo establecido por (Moorey y Creer, 1989).

## **7.8 ACERCAMIENTO INSTITUCIONAL**

Para obtener el permiso de visita a la institución, este se hizo por medio de la Universidad Libre, enviando una carta al gerente o a la persona encargada del servicio de la institución, donde se realizo la investigación, para notificarles la visita de las investigadoras; la enfermera del servicio de oncología fue la persona encargada de crear el vinculo entre los pacientes y las investigadoras, y fue ella quien facilito todo el proceso del el inicio hasta el final de la investigación.



## **7.9 ASPECTOS BIOÉTICOS RESOLUCION 8430 de 1993<sup>18</sup>**

Esta investigación tomo como referencia la resolución 8430 de 1993, apoyándose en las consideraciones bioéticas, que fueron aplicadas en 12 pacientes con diagnóstico de cáncer para ser desarrollada en los seres humanos, los aspectos éticos de esta investigación fueron evaluados y aceptados por los comités éticos de la Universidad Libre de Pereira y el hospital San Jorge de la ciudad de Pereira; a continuación se transcribe la resolución.

### **TITULO 1.**

#### **7.9.1 DISPOSICIONES GENERALES.**

**ARTICULO 1.** Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.

**ARTICULO 2.** Las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos, deberán tener un Comité de Ética en Investigación, encargado de resolver todos los asuntos relacionados con el tema.

**ARTICULO 3.** Las instituciones, a que se refiere el artículo anterior, en razón a sus reglamentos y políticas internas, elaborarán su manual interno de procedimientos con el objeto de apoyar la aplicación de estas normas

---

<sup>18</sup> Ministerio de la protección social. [Sitio en Internet] disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo267711.pdf>  
Acceso 26 de Mayo del 2008

**ARTICULO 4.** La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- a. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c. A la prevención y control de los problemas de salud.
- d. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.
- f. A la producción de insumos para la salud.

## **TITULO II.**

### **7.9.2 DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS.**

#### **CAPITULO 1.**

#### **DE LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS.**

**ARTICULO 5.** En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

**ARTICULO 6.** La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

- c. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.
- e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.
- f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

**ARTICULO 7.** Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

**ARTICULO 8.** En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

**ARTICULO 9.** Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

**ARTICULO 10.** El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

**ARTICULO 11.** Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

b. Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesa al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima

de dos veces a la semana y volúmen máximo de 450ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo **55** de esta resolución.

c. Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo: Son aquellas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, estudios con los medicamentos y modalidades que se definen en los títulos III y IV de esta resolución, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyen procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

**ARTICULO 12.** El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación.

Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

**ARTICULO 13.** Es responsabilidad de la institución investigadora o patrocinadora, proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente le corresponda.

**ARTICULO 14.** Se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

**ARTICULO 15.** El Consentimiento Informado deberá presentar la siguiente, información, la cual será explicada, en forma completa y clara al sujeto de investigación o, en su defecto, a su representante legal, en tal forma que puedan comprenderla.

- a. La justificación y los objetivos de la investigación.
- b. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- c. Las molestias o los riesgos esperados.
- d. Los beneficios que puedan obtenerse.
- e. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- f. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

j. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución responsable de la investigación, en el caso de daños que le afecten directamente, causados por la investigación.

k. En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o de la institución responsable de la misma.

**ARTICULO 16.** El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo **15** de ésta resolución.

b) Será revisado por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde se realizará la investigación.

c) Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación.

d) Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

e) Se elaborará en duplicado quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.































### **8.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS**

El análisis de las entrevistas realizadas a 12 pacientes adultos oncológicos se hizo por medio de la recolección de datos con base a una entrevista semiestructurada, estos se codificaron, allí se encontraron unos resultados importantes que dieron pie para hacer el respectivo análisis; además como referencia tomamos el esquema de supervivencia (Moorey y Creer, 1989), en el cual se establecieron unas categorías de afrontamiento frente al cáncer, que son: Espíritu de lucha, Evitación/ Negación, Fatalismo/ Aceptación Estoica, Desamparo/ Desesperanza y Preocupación Ansiosa. Estas categorías se analizan de acuerdo a unas variables que incluyen el diagnóstico, control, pronóstico, afrontamiento y respuesta emocional.

Los resultados obtenidos:

- Se encontraron algunos pacientes que participaron de las decisiones del tratamiento, ubicándolos así en la categoría de Espíritu de Lucha, lo que indica respuestas activas con aceptación del diagnóstico, actitud optimista, dispuestos a enfrentar la enfermedad y participar de las decisiones del tratamiento. Para estos pacientes el diagnóstico es un reto, ya que para ellos lo principal es la recuperación y de esa forma seguir adelante con su proyecto de vida. En estas personas el afrontamiento es eficaz, ya que son optimistas ante el pronóstico, buscan información necesaria para conocer el tratamiento y mejoran las expectativas de vida que tienen ante la enfermedad, adoptando una nueva forma de autocuidado de acuerdo a las necesidades derivadas de la enfermedad.

Esto se refleja en la respuesta del paciente:

*“Los médicos me dijeron que por mi no había nada que hacer, yo le dije opéreme tranquilos que a mi no me va a pasar nada, el me dijo que si yo me salvaba quedaba ensuciando por una bolsa, orinando por manguera y comiendo por manguera, pero yo sabía que no me iba a pasar nada y así fue.” (Entrevista 1)*

*“Yo ya me lo sospechaba pero igual me hice los exámenes y me salió, el médico me dijo que me tenía que operar y yo le dije listo opéreme, y necesito aliviarme primero que todo, yo soy lo más importante” (Entrevista 4)*

*“Yo estaba conciente que el tratamiento había que empezarlo lo más pronto posible y me sometí al tratamiento de una vez” (Entrevista 12)*

- En la categoría de Evitación / Negación se ubicaron una parte de los pacientes que presentaron rechazo del diagnóstico o minimizando la seriedad del mismo, evitando pensar en la enfermedad. El diagnóstico no representa una amenaza y se encuentra optimista ante el pronóstico, ya que el paciente hace un afrontamiento de minimización, lo cual aporta un poco de paz mental ya que el paciente no tendrá que afrontar las decisiones displacenteras; esto conlleva a una respuesta emocional de poca ansiedad.

La Negación/ Evitación de la enfermedad en las personas entrevistadas se refleja en la minimización de la enfermedad en:

*“Yo no pues, que todo el mundo tenemos ese cáncer usted lo tiene y usted sólo que no se ha desarrollado, porque yo tanto que me cuidé mejor dicho eso no es de cuidado” (Entrevista 6)*

*“Yo pienso con la ayuda de Dios uno se alivia si yo si creo, además yo casi no he tenido cáncer” (Entrevista 10)*

- Se ubicaron unos pacientes en la categoría Fatalismo (aceptación estoica) donde el paciente acepta el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista. Ante el diagnóstico estos pacientes demuestran poca amenaza, con un pronóstico de aceptación del desenlace de la enfermedad. Donde el paciente no muestra motivación alguna para una posible recuperación y no se muestra ansioso ante la hora de llegada de la muerte, considera la enfermedad como un suceso cotidiano, el cual, cualquier persona lo puede vivir y esto cierra el ciclo normal de la vida que es la muerte.

El fatalismo (Aceptación estoica) de la enfermedad en las personas entrevistadas se refleja las siguientes voces:

*“Miedo no, porque desde que uno se muera en paz con el señor” (Entrevista 3)*

*“Yo soy un hombre muy tranquilo yo no siento miedo así como que miedo me voy a morir como muchas personas que dicen que miedo tengo cáncer, no si le tocó a uno le tocó de todas maneras todos tenemos que morir” (Entrevista 8)*

- Dentro de la categoría de Preocupación Ansiosa se ubicaron algunos pacientes, esta indica que el paciente se encuentra constantemente preocupado por la enfermedad, el miedo a cualquier tipo de dolor indican la propagación o recurrencia de la enfermedad, buscando frecuentemente la reafirmación. Estas personas perciben el diagnóstico como una gran amenaza donde el pronóstico es incierto y el afrontamiento se basa en una continua búsqueda de seguridad,

como resultado a esto la respuesta emocional es de ansiedad, lo que puede llevar a la persona a sentimiento de tristeza anticipándose a una agonía dolorosa o ser una “carga” para su familia o para las personas allegadas.

La preocupación ansiosa se ve reflejada en las siguientes voces:

*“Mi mayor preocupación es la otra operación que tengo, porque de pronto no quedo bien, porque la anterior estuve mes y medio en cuidado intensivo” (Entrevista 2)*

*“Si yo fuera sola le diría a Dios que me llevara rápido que no me deje sufrir tanto” (Entrevista 7)*

- Por último, en la categoría de Desamparo / Desesperanza, se encontraron una parte de las personas, estos se sumergen en el diagnóstico de cáncer, adoptando una actitud totalmente pesimista con sentimientos de desesperanza. Estas personas ante el diagnóstico asumen una posición de gran amenaza, donde el pronóstico es pesimista, llevándolos a un afrontamiento de rendición, provocando una respuesta emocional depresiva, abandonando todas las metas y proyecto de vida; se encuentran cansados, fatigados, sin esperanza alguna, sólo esperan el momento en que llegue la muerte.

El desamparo/Desesperanza de la enfermedad se ve reflejado en las siguientes voces:

*“Me siento muy mal, muy cansada por el cáncer, no puedo más, no aguanto más, estoy muy aburrida” (Entrevista 5)*



*“Hay veces que se me salen las lágrimas que de pronto me muera o que siga mal de la enfermedad” (Entrevista 11)*

Una vez los pacientes se encuentran ubicados en cada una de las categorías anteriormente mencionadas Greer y Watson (1998), plantean dos tipos de afrontamiento, un afrontamiento pasivo y otro activo los cuales surgen de las categorías del esquema de supervivencia.

El afrontamiento activo está formado por las categorías de Espíritu de Lucha y Evitación/ Negación, las cuales sugieren un mejor ajuste ante el cáncer, donde la respuesta emocional es de poca ansiedad, lo que permitirá a la persona tener un mejor equilibrio psíquico, social, que podría permitir una posible recuperación, ya que la percepción ante el pronóstico del afrontamiento activo es optimista; en este tipo de afrontamiento se clasificaron la mitad de los pacientes.

El afrontamiento pasivo que incluye el Fatalismo (aceptación estoica), Preocupación Ansiosa y Desesperanza/ Desamparo indican que obtendrán un peor ajuste ante la enfermedad, ya que la respuesta emocional de los pacientes se pueden manifestar en tres tipos, poca ansiedad, depresión y ansiedad, lo cual causa un desequilibrio psíquico, fisiológico y emocional, en él puede dificultar aún más la respuesta al tratamiento; aquí se clasificaron la mitad de los pacientes.

El afrontamiento también depende de otras variables, como son: la cultura, la religión, el nivel socioeconómico, los conocimientos sobre la enfermedad y el apoyo que reciben de sus familias las personas afectadas. En esta investigación se encontró un gran desconocimiento sobre el significado de la enfermedad, para ellos el cáncer es significado de muerte, esto es

directamente proporcional al bajo grado de escolaridad que presentan los pacientes, contribuyendo a un mayor índice de despreocupación y poca adopción de hábitos saludables, que conlleva a un déficit de autocuidado; además la cultura juega un papel muy importante en los mecanismos de afrontamiento de cada individuo, ya que cambia la perspectiva del cuidado que se debe asumir en esta enfermedad, acudiendo a métodos menos ortodoxos, pero que son más significativos para el paciente y son brindados por personas sin conocimiento clínico, y en este momento es donde la enfermedad avanza, ya que el diagnóstico se retrasa.

En casi todos los pacientes entrevistados se encontró, que el apoyo espiritual es fundamental para el afrontamiento de la enfermedad, en cierta parte, posibilita el equilibrio espiritual, ya que estas personas se aferran a la idea de que hay un ser supremo el cual les va a evitar el sufrimiento, sin depender de una posible recuperación física.

Por otro lado el apoyo familiar es de gran ayuda para estas personas enfermas, ya que no se sienten solas luchando contra la enfermedad, además se sienten con la obligación de seguir adelante, de no desfallecer, de seguir viviendo por los hijos.











## 9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El afrontamiento depende de variables, como : la cultura, la religión, el nivel socioeconómico, los conocimientos sobre la enfermedad y del apoyo que reciben; estas variables pueden dar pautas para clasificar a los pacientes oncológicos en dos tipos de afrontamiento, uno activo que indica un mejor ajuste ante el cambio, que permite a la persona un mejor equilibrio psíquico y social, y uno pasivo que indica un mal ajuste, donde la persona está en desequilibrio, además de manifestar depresión y ansiedad.
- El enfermo se preocupa, siente miedo, reacciona con aceptación o rechazo ante la enfermedad, considera que la muerte está próxima, siente la necesidad de buscar un refugio espiritual para mitigar la ansiedad que genera el cáncer.
- Se encontró un gran desconocimiento acerca del cáncer; condición que influye en el tipo de afrontamiento que desarrolla el paciente, desencadenando en un déficit de autocuidado que puede en algún momento llegar a entorpecer el tratamiento.
- Algunas personas que padecen cáncer sienten la necesidad de luchar contra la enfermedad, para que sus seres queridos no sufran por su posible ausencia (muerte), por esta razón la mayoría de las veces renuncian al pensamiento o intento suicida.
- Gracias a esta investigación se realizó una propuesta para el autocuidado la cual surgió del plan de atención de enfermería (PAE),



que se realizó a partir de las entrevistas, para que los profesionales de enfermería puedan aplicarlo en los pacientes oncológicos; de esta manera mejorar el afrontamiento de estas personas.

- Esta propuesta permite la búsqueda de respuestas científicas a la solución de los problemas que cada día aumentan en frecuencia y severidad, en la medida en que el cáncer, como patología social continúa ocupando los primeros lugares de morbimortalidad en el mundo, Colombia y en la región.
- Se recomienda a los profesionales de enfermería fortalecer los conocimientos acerca del afrontamiento frente al cáncer; de esta forma podrán realizar las intervenciones más adecuadas que requiere esta situación, permitiendo que el cuidado sea más humanizado y con visión holística.
- Se invita a los estudiantes de pregrado de la Universidad Libre de la facultad de enfermería y a los profesionales de enfermería a utilizar la propuesta de autocuidado, que está basada en el cómo intervenir y evaluar las respuestas de afrontamiento de los adultos con cáncer.

## BIBLIOGRAFÍA

- ◆ ANN, Marriner Tomey, RAILE, Martha, Modelos y teorías en enfermería. Eitorial Mosby. 5ta edición. 2003 Pp, 189-190.
- ◆ Monografías. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.monografias.com/Salud/enfermedades](http://www.monografias.com/Salud/enfermedades). Acceso 09 de octubre de 2006.
- ◆ Terra. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.terra.es/personal/duenas/teoria5](http://www.terra.es/personal/duenas/teoria5). Acceso 09 de octubre de 2006.
- ◆ Pereirasaludable. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.pereirasaludable.gov.co](http://www.pereirasaludable.gov.co). Acceso 10 de octubre de 2006.
- ◆ Dorotea Orem. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.es.wikipedia.org/wiki/Dorothea-Orem](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Dorothea-Orem). Acceso 10 de octubre de 2006.
- ◆ Universidad de Antioquia. [Sitio en Internet]. Disponible en: [http://docencia.udea.edu.co/nyd/nutrición\\_clinical/atencionnutri/conceptos.html](http://docencia.udea.edu.co/nyd/nutrición_clinical/atencionnutri/conceptos.html). Acceso 10 de octubre de 2006.
- ◆ Colombiambassy. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.colombiambassy.org](http://www.colombiambassy.org). Acceso 10 de octubre 2006.
- ◆ Revista Oncológica. [Sitio en Internet]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14\\_3\\_98/onc06398](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_3_98/onc06398). Acceso 10 de octubre de 2006.
- ◆ Organización Panamericana de la salud. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.col.ops-oms.org/sivigila/mortalidad37.htm](http://www.col.ops-oms.org/sivigila/mortalidad37.htm). Acceso 12 de octubre de 2006.
- ◆ Scielo. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.scielo.org.co](http://www.scielo.org.co). Acceso 17 de octubre de 2006.
- ◆ Universidad del Valle. [sitio en Internet]. Disponible en: [Rpcc.univalle.edu.co/](http://Rpcc.univalle.edu.co/) Acceso 17 de octubre de 2006.

- ◆ Biblioteca. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.cyta.com.ar/bibliotecabddoc/bdlibros/eltrabajodetesis/estrategi](http://www.cyta.com.ar/bibliotecabddoc/bdlibros/eltrabajodetesis/estrategi) Acceso 17 de octubre de 2006.
- ◆ Psiquiatría. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.psiquatria.com/boletin/revista](http://www.psiquatria.com/boletin/revista). Acceso 12 de septiembre de 2007.
- ◆ who. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.who.int.com](http://www.who.int.com). Acceso 12 de septiembre de 2007.
- ◆ INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD, revista epidemiológica de Pereira. Vol 9 N° 1 de enero-junio de 2005. Pág. 31.
- ◆ Wikipedia. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.es.wikipedia.org/wiki](http://www.es.wikipedia.org/wiki). Acceso 12 de septiembre de 2007.
- ◆ Dorothea-Orem. [sitio en Internet]. Disponible en: [www.es.wikipedia.org/wiki/Dorothea-Orem](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Dorothea-Orem). Acceso 12 de septiembre de 2007.
- ◆ VANDER, Zanden, J.w. Manual de psicología social. Ediciones paidos. Tercera edición. Barcelona. 1994. pagina 80.
- ◆ WIKIPEDIA. [Sitio en Internet] Disponible en: [www.es.wikipedia.org/wiki/Dorothea\\_Orem](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Dorothea_Orem). Acceso 20 de febrero de 2008
- ◆ Todo cáncer. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.todocancer.org/](http://www.todocancer.org/) Acceso 30 de febrero de 2008.
- ◆ Who. [Sitio en Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/ncd\\_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/reports/ReporterFullView.aspx?id=5/](http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/InfoBasePolicyMaker/reports/ReporterFullView.aspx?id=5/). Acceso 30 de febrero de 2008.
- ◆ Mortalidad por cáncer en Pereira, 2006. revista epidemiológica de Pereira Vol. 10 No.1 p 29.
- ◆ Universidad del Valle. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.uv.es/seoan/boletin/previos](http://www.uv.es/seoan/boletin/previos) Acceso 18 de marzo de 2008.
- ◆ Universidad de Antioquia. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://docencia.udea.edu.co/enfermeria/psicologiadesarrollo/Descarga>

s/cap1/Las%20respuestas%20de%20afrentamiento.doc. Acceso 19 de marzo de 2008.

- ◆ MORRIS, Charles. Introducción a la psicología. Décima Edición. Editorial prentice hall. Pag398.
- ◆ Cepvi. [sitio Internet]. Disponible en: [www.cepvi.com/psicosomatica](http://www.cepvi.com/psicosomatica) Acceso 20 de marzo de 2008.
- ◆ Who. [Sitio en internet]. Disponible en: [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/). Acceso 20 de marzo de 2008.
- ◆ Monografías. [Sitio en Internet]. Disponible en: [www.monografiass.com/Salud/Enfermedades](http://www.monografiass.com/Salud/Enfermedades). Acceso 23 de marzo de 2008.
- ◆ MOORHEAD, Sue. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Editorial Mosby. Tercera edición. Madrid España. 2005. Pp, 556- 647
- ◆ JOHNSON, Marion; BULECHEK, Gloria; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Editorial Mosby. Segunda Edición: España. 2003. Pp 41- 444
- ◆ MCCLOSKEY, Joanne; BULECHEK, Gloria. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Tercera Edición. Editorial Mosby. España 2002. Pp 777- 859
- ◆ NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnosticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006. Edición 2005. Editorial Elsevier. España. Pp 6- 16
- ◆ CREFAL [sitio en Internet] Disponible en: [www.crefal.edu.mx/biblioteca\\_digital/CEDEAL/acervo\\_digital/coleccion\\_crefal/retablos%20de%20papel/RP03/tiv42.htm](http://www.crefal.edu.mx/biblioteca_digital/CEDEAL/acervo_digital/coleccion_crefal/retablos%20de%20papel/RP03/tiv42.htm) ACCESADO: 26 mayo de 2008
- ◆ TERRA [sitio en Internet] disponible en:

[www.terra.es/personal/duenas/pae.htm](http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm) ACCESADO 26/05/08

- ◆ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL [sitio en internet] disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo267711.pdf>. Acceso 26 de Mayo del 2008
  
- ◆ HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE [sitio en internet] Disponible en: [www.husj.gov.co/servicios.php](http://www.husj.gov.co/servicios.php). Acceso 26 de mayo del 2008
  
- ◆ Universidad de Antioquia. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://docencia.udea.edu.co/nyd/enfermeria/autocuidado/conceptos.html>. Acceso 10 de Mayo de 2008.

# ANEXOS

**ANEXO A**  
**PREGUNTAS DE LA**  
**ENTREVISTA**

\* Nombre: \_\_\_\_\_ \* sexo: M\_\_\_F\_\_\_

\* Edad: \_\_\_\_\_ \*escolaridad: P\_\_\_ S\_\_\_ C\_\_\_ OTROS\_\_\_

\* Tipo de cáncer\_\_\_\_\_

### **DOMINIO: AFRONTAMIENTO**

- ◆ ¿Cómo se siente?
- ◆ ¿Ha cambiado su vida los últimos meses? En qué sentido?
  - familiar
  - económico
  - laboral
  - en su vida cotidiana
  - social
  
- ◆ ¿Cómo ha reaccionado ante las dificultades que se le han presentado?
  - ira
  - miedo
  - temor
  - indiferencia
  - angustia
  - enfrenta la dificultad
  - impotencia
  
- ◆ Ha recibido algún tipo de apoyo?
  - familia
  - amigos
  - psicólogos
  - trabajador social

Para qué le ha servido?



***DOMINIO: AUTOPERCEPCIÓN***

- ◆ Qué le preocupa con respecto a:
  - familia
  - dinero
  - metas
  - imagen

***DOMINIO: SEGURIDAD/PROTECCIÓN***

- ◆ Ha intentado evadir su situación recurriendo a:
  - alcohol
  - cigarrillos
  - droga
  
- ◆ Ha pensado o ha intentado suicidarse:
  - Si
  - NoPorque?

***DOMINIO: PRINCIPIOS VITALES***

- ◆ Cual ha sido su apoyo espiritual?
  - Dios
  - Indios
  - Chamanes
  - Espíritu Santo
  - Virgen

**NOTA**

El resto de preguntas Irán surgiendo a medida que se va haciendo la entrevista debido a que es una entrevista flexible y la profundización está dada por el aporte de la persona entrevistada.

**ANEXO B**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**ANEXO B**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con CC \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, certifico que el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año 2008.

Fuí informado (a), a cerca de la participación voluntaria en la investigación desarrollada por parte de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira. La cual se denomina “**mecanismos de afrontamiento del adulto frente al cáncer**” por Jeniffer Gonzáles Hernández, Alejandra Quiceno Gutiérrez, Natalia Salazar Giraldo, Alejandra María Tejada Mejía, María Fernanda Zapata Aristizábal, que se llevará a cabo en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE**. En la cual se me da a conocer la manera como fuí seleccionado (a), se me han aclarado los objetivos de la investigación y el porque de la recolección de la información; además el compromiso que ellos como investigadores adquieren conmigo respetando y garantizando la absoluta privacidad y confidencialidad de la información en caso de aceptar, participar o no en esta; incluso si aun habiendo decidido participar y estar dentro de la investigación decidiera retirarme, lo podré hacer con plena libertad si así lo prefiero en cualquier momento.

Para constancia firmo a los \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Participante  
CC

Investigador  
CC

**ANEXO C**  
**CARACTERIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS**

<b># ENTREVISTA</b>	<b>GENERO</b>	<b>EDAD</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
1	Masculino	49	Viudo	Ca. gástrico
2	Femenino	21	Unión libre	Ca. colon
3	Femenino	59	Casada	Ca. útero
4	Femenino	49	Soltera	Ca. mama
5	Femenino	42	Soltera	Ca. mama
6	Masculino	51	Separado	Ca. pulmón/ hígado
7	Femenino	44	Casada	Ca. cervix
8	Masculino	63	Casado	Ca. próstata
9	Femenino	66	Viuda	Ca. mama
10	Femenino	60	Separada	Ca. tiroides
11	Femenino	55	Casada	Ca. mama
12	Femenino	40	Casada	Ca. mama

## ANEXO D

### ENTREVISTA 1

**EDAD:** 49 años

**TIPO DE CANCER:** Gástrico

• **Cómo se siente:** Pues yo me siento bien gracias a Dios, en el momento me siento muy bien por la operación, antes era mucho los dolores, el cólico, no podía comer.

• **Qué piensa sobre su enfermedad:** No que es una enfermedad normal, cualquiera la puede tener.

• **Cómo se sintió cuando se lo DX:** Pues yo ya me lo sospechaba, no fue tan duro, antes de que me operaran sentía mucho temor por la operación porque pensaba que no iba a volver.

• **Pero le daba más miedo la operación o el cáncer:** la operación. Pero yo tenía fe en Dios en que no me iba a pasar nada.

• **Cómo ha cambiado su vida en el último año:** para mi ha sido un acercamiento con mi familia, porque yo mantenía más aislado, desde que tengo esta enfermedad tengo mejor trato con mi madre, mis hermanos, porque era muy apartado.

• **De quién recibe apoyo:** De mi familia en todos los sentidos, psicológico también, para mi la vida es normal.

• **Qué es lo que le da miedo:** a la muerte, y más con la enfermedad, a mi ya me ha tocado esta enfermedad, mi esposa murió de cáncer, yo la maneje a ella en esa enfermedad, porque tuve la experiencia ya no se me dio tan duro; cuando a mi señora le dijeron que tenía cáncer me preparé la preparé a ella y a mis hijos y lo mismo ahora. Me da miedo dejarlos solos y eso fue lo que me impulso a tener tanta fe. Mejor dicho desde un principio uno le teme a la muerte, cuando a mi esposa le dio eso yo pensé si a mi me da esto yo me mato y esa era mi idea, pero después reaccioné y me puse a pensar en mis hijos, porque me faltaba criarlos y con la ayuda de Dios como que recapacite.

• **Cuándo busco más a Dios:** desde que a mi esposa le descubrieron la enfermedad. En lo de mi esposa dudaba mucho, porque a uno se le acaba la fe y se siente muy mal, yo reaccioné porque yo me le iba a tirar a un carro, cuando yo reaccioné de ese pensamiento no lo hice.

• **En qué se refugió:** no, el alcohol lo tomaba bastante cuando falleció mi esposa, hace 3 años, pero cuando me dijeron que tenía cáncer no tomo más.

• **Usted enfrentó mejor su enfermedad que la muerte de su esposa:** si es que la muerte de mi esposa fue muy dolorosa.

• **Cómo se siente con su imagen corporal:** yo me siento bien, no me he sentido rechazado, esto es algo con lo que se aprende a vivir, porque cuando uno esta bien todo el mundo está al lado de uno y cuando uno no hasta la familia estorba.

• **Lo que más le preocupa:** lo que más me preocupa lo uno es mejorarme y lo otro acabar de criar a un hijo de 14 años. Porque el grande de 19 ya gracias a Dios le di estudio.

• **Sus metas se han visto afectadas con esta enfermedad:** no cuando me lo dijeron yo lo que pensaba era en mis hijos no mas, la meta mía siempre fue educarlos a ellos, porque uno no pudo tener el estudio, igual le pedía a mi Dios que me ayudara, y ahí voy con ellos gracias a Dios.

• **Cómo está su estado de ánimo:** no yo ya, o sea yo tuve apoyo de personas que en muchas veces los que estudian droga y los médicos no lo creen, yo me fui para putumayo estuve tomando yaje, tomé yaje 2 meses, y estuve tratando con los indios, esa gente sabe, ese señor me dijo a mi me leyó un tumor maligno en el estómago, una flama mucosa pegada del intestino que es la que no dejaba comer, yo comía y la comida se vinagraba en el estómago y después la vomitaba, yo no daba del cuerpo, nada. El indio me trató me sacó toda la flama mucosa cuando ya me sacó esa flama mucosa, él me dijo es más peligroso lo que tiene que de lo que lo van a operar, lo está matando más ligero lo que tiene en el intestino, tiene dos enfermedades, una de yerba y otra médica yo le cogí mucha fe a ese señor, él cuando terminó me dijo lo que se iba a ser aquí ya se hizo, vaya tranquilo que a usted no le va a pasar nada. Y cuando yo llegué los médicos me dijeron que por mi no había nada que hacer, yo le dije opérenme tranquilos que a mi no me va a pasar nada. El me dijo que si yo me salvaba quedaba ensuciando por una bolsa, orinando por manguera y comiendo por manguera, pero yo sabía que no me iba a pasar nada y así fue. La vida mía todo es normal, hasta lo sexual, porque ya me ensayé y bien.



## ENTREVISTA 2

**EDAD:** 21 años

**TIPO DE CÁNCER:** Colón

- **Qué información le ha dado el médico:** Que voy bien, los exámenes me salen bien.
- **Cómo se siente:** Bien, tengo que salir adelante porque tengo 2 niños, tengo mi hogar, tengo que luchar por ellos.
- **Ha sentido miedo:** Pues si uno a veces piensa muchas cosas y más que todo en los hijos.
- **Qué piensa:** en que yo tan joven y con esto, el oncólogo me dice que a él le parece muy raro todo esto porque esta enfermedad es común en personas de 55 años en adelante.
- **Ha tenido sentimientos de rabia:** No, me dio rabia fue porque a mi me lo ocultó mi esposo, él no me quería decir.
- **Cómo se dio cuenta:** como a los dos meses de haber salido del hospital me di cuenta, porque la cuñada de él me llevó a una cita médica y el oncólogo le preguntó que yo que tenía y ella dijo que era cáncer en el colón.
- **Usted como se sintió:** me dio mucha rabia porque me lo ocultaron y yo sin saber contra que era lo que yo estaba luchando.

- **En qué ha cambiado su vida:** no mucho ahora me hago este tratamiento.
- **Ha recibido algún tipo de apoyo:** De mi esposo, de mi papá, mamá.
- **Cuál es el tipo de apoyo:** mi esposo me ayuda con las vueltas, cosas así, pero como ahora trabaja de noche me toca a mi hacer las vueltas.
- **Qué piensan sus hijos:** ellos pues como yo tengo colosomía, me dice mamá yo quisiera que a usted le quitaran todo eso, y yo le digo que todo esto va a pasar.
- **Cuándo se dio cuenta en qué se refugió:** En Dios yo le pedía mucho a Dios, y no pensaba en mi enfermedad sino que yo tenía mis hijos.
- **Cuál es su mayor preocupación:** Mi mayor preocupación es la otra operación que tengo, porque de pronto no quedo bien, porque en la anterior estuve mes y medio en cuidados intensivos porque me dio peritonitis.
- **Cómo se siente con su aspecto físico:** A veces es muy maluco porque la herida que tengo a veces me da muy mal olor y la colostomía.
- **Quién la ayuda con las curaciones:** yo misma me hago todo.
- **Cómo se siente con su esposo:** pues bien, el me ayuda.
- **Ha recibido apoyo psicológico:** No.
- **Cuáles son sus metas:** salir adelante por mi familia.

- **Qué conoce del cáncer:** pues no, no sé. El oncólogo me dice que voy bien que desde que no me de en el hígado todo va bien.

### ENTREVISTA 3

**EDAD:** 59

**TIPO DE CÁNCER:** Útero

- **Qué información le ha dado el médico:** Pues me han dicho que yo quedo bien con lo que me están haciendo.
- **Cómo se siente:** Pues bien gracias a Dios, me da mucho dolor bajito de noche, pero yo estoy entregada al señor porque él me alivia.
- **De quién recibe apoyo:** De dos hijas que me cuidan, ésta y una que vive en Medellín cuando ésta se va viene la otra y así.
- **Usted ha recibido apoyo psicológico:** si y cuando estaba acá tenía una cita y la perdí y eso fue lo que me perjudicó.
- **Porqué la perjudicó:** porque más se avanzó, yo volví un año después.
- **Porqué se demoró tanto:** porque estaba trabajando y no tenía plata.
- **Qué cambios ha tenido en su vida en los últimos tiempos:** Me da mucho desaliento. Tuve que dejar de trabajar por el desaliento y además olía muy maluco, no me daban ganas de trabajar como cuando estaba aliviada.

- **Cómo se sentía con su cuerpo:** Me daba pena, por el olor, me sentía con mucha fiebre y muy enferma.
  
- **Qué le preocupa:** pues como yo soy con esas cosas del señor si es pa yo aliviamme bien y si no el señor me lleva. Me preocupa que la hija se va y yo me quedo sola por ahí. (Llanto), me quedo sola 4 días, para venir acá en bus sola.
  
- **Ha sentido miedo:** miedo no porque uno desde que se muera en paz con el señor, pero cuando me dijeron pensé que me iba a morir, pero la familia me dice no se ponga a pensar en eso porque más se le dispierta, tranquila que el señor la va aliviar.
  
- **Ha sentido rabia, ira:** no que pecao, porque uno se va con rabia, el señor no lo oye a uno y no lo ayuda.
  
- **Qué pensaba cuando le Dx cáncer:** yo pensaba señor no me salves por mi, hágalo por mi hijo de 14 años, que no se quede por ahí solito. Me da mucho miedo y tristeza dejar a mi hijo (Llanto), que no vaya a quedar solo, le pido a Dios que no lo haga por mí sino por él, porque es menor de edad (Llanto). Todos los días le pido al señor porque él es el único que nos alivia, nos da la muerte. Pedía que me operen ligero antes que este mal se avance.
  
- **Cuál es su meta en este momento:** Aliviarme para seguir trabajando y sacar a mi hijo adelante o hasta que el señor me deje a ver.

## ENTREVISTA 4

**EDAD:** 49

**TIPO DE CÁNCER:** Mama

- **Cuándo recibió el Dx cómo fue qué sintió:** yo fui sola con una amiga, y el médico me dijo que me tenía que hacer unos exámenes pero yo no me los quise hacer porque tenía miedo.
- **De qué tenía miedo:** del resultado porque yo ya me lo sospechaba, pero igual me los hice y salió, el médico me dijo que me tenía que operar, y yo le dije listo que me operen.
- **De quién recibe el apoyo:** de una hermana de España que me costea todo, ella es la que me ayuda y le pido mucho al señor que me saque adelante.
- **Con quién vive:** con otra hermana pero no, no la llevamos bien, ni me determina.
- **Usted cómo se siente con eso:** No normal yo no me puedo deprimir por ella.
- **Ha estado con ayuda del psicólogo:** No nunca lo necesité.
- **Sintió miedo por la cirugía:** espérese y verás, 8 días antes de que me operaran se murió un hermano y en el velorio fue cuando toda la familia se puso mucho miedo. Después que me operaron me daba mucha angustia ir a los días que me iban a operar, cuando estaba cerca la operación me dio

controles con el médico. Yo le pregunté al médico cuando me quitó los puntos que cómo me había salido todo, él dijo que mal, yo le pregunté doctor me voy a morir, él me dijo no solo se te va a caer el pelo, yo era de pelo largo acá muy bonito. Yo el día antes de ir al oncólogo fui al jordan y de rodillas le pedí a la virgencita que lo mío fuera de tratamiento.

- **Qué le dijo el Oncólogo:** Me dijo usted con quien viene, yo le dije sola y él me dijo hay cosas que usted no debe saber, y me dio mucha angustia, y me contó lo que me iba a pasar, me dijo te cortas el pelo para que no te vayas a traumatizar, “cual traumatizar yo no”, yo Salí normal, ni llorando ni nada.

- **Alguna vez se ha sentido deprimida por la enfermedad, su aspecto:** No nada, normal. No sentí miedo ni en la segunda cirugía.

- **Qué es lo que más le preocupa:** No yo quiero y le pido mucho al señor aliviarme para seguir mi vida normal, porque con esta enfermedad uno no tiene tiempo sino para esta enfermedad, hay que estar pendiente de los tratamientos igual que como he estado yo.

- **Cuando le Dx cáncer recurrió al alcohol, cigarrillo u otro vicio:** Ha no que tal, es que es más a mi la gente me dice usted parece que no tuviera cáncer.

- **Cómo ha cambiado su vida en el último año:** No pues imagínese los contratiempos que uno tiene, hay que estar pendiente de todo.

- **Qué metas tenía antes del Dx:** Yo me iba a ir para España con mi hermana, pero me Dx cáncer y mi hermana me dijo ya le mando para que se haga todo.

- **Usted cómo se sintió en ese momento que los planes:** No enfrentar. Y necesito aliviarme primero que todo, yo soy lo más importante.
- **Qué conoce del cáncer:** Hasta donde yo tengo entendido es una enfermedad Terminal, pero no de todo el mundo. Yo había cuidado a alguien que murió de cáncer y yo decía hay Dios mío líbrame pero mire a los 3 años yo me enfermé y yo trataba de no pensar en la experiencia, yo pensaba en mi, yo tengo que salir adelante.
- Uno es mucho más fuerte cuando no tiene apoyo de nadie, es más fuerte uno que las personas que tienen el apoyo, esas se desmejoran más, porque son más mimadas.

## ENTREVISTA 5

**EDAD:** 42 años

**TIPO DE CÁNCER:** Mama

- **Que información le ha dado el médico:** Por ahora nada.
- **Cómo se siente:** (tono llorón) muy mal, muy cansada por el cáncer, no puedo más.
- **Qué cambios ha tenido en los últimos meses en la salud:** fatiga, debilidad.
- **En cuanto a la familia:** A no mis hermanas me cuidan mucho.

- **Usted esta casada, tiene hijos:** No. Soy soltera
- **En lo económico:** no porque mis hermanas me ayudan mucho.
- **En lo laboral:** yo trabajaba pero cuando me di cuenta deje de trabajar eso me puso triste, aburrida. Pero no me siento mal por no hacer nada porque ya trabajé mucho.
- **Con sus amistades:** Ha no antes tenía muchos amigos, pero yo me aislé, no volví a hablar con ellas.
- **Cómo se siente ante las dificultades que se le han presentado:** no aguanto más, estoy muy aburrida.
- **Cómo reaccionó ante el Dx:** normal, me dijeron y yo a bueno, que voy a hacer, yo me quedé tranquila.
- **Qué tipo de apoyo ha recibido:** El de mis hermanas. Me han cuidado mucho.
- **Ha recibido apoyo psicológico:** No
- **Se ha refugiado en la religión:** si siempre he estado con Dios, pero no volví a porque me siento muy cansada, pero siempre estoy con Dios.
- **Siente miedo:** Si un poquito de morirme.
- **Cuál era su meta o metas antes de que le Dx cáncer:** Trabajar para sostenerme, pero ahora no tengo metas, vivir el día.



- **Qué es lo que más le preocupa:** Que no me ayuden las otras hermanas.
- **Si siente mal con su cuerpo:** Si muy delgada.
- **A tratado de evadir la situación en el alcohol, cigarrillo, u otros:** No eso si no, me distraigo viendo televisión.
- **Cómo se dio cuenta que tenía cáncer:** Porque me sentía una bola en el seno y yo pensaba que era de una caída que me pegué, y fui al médico, pero no me asust .
- **Qué está esperando:** A ser la misma de antes, porque no puedo más.

## ENTREVISTA 6

**EDAD:** 51 años

**TIPO DE CÁNCER:** Cáncer Terminal

**EN QUÉ PARTE DEL CUERPO:** En el pulmón, Hígado.

- **Cómo se siente en estos instantes:** En estos instantes me siento con mucho dolor porque no me han aplicado la morfina. Mucho dolor, mucho.
- **Qué piensa sobre su enfermedad:** Yo no pues que todo el mundo tenemos ese cáncer, usted lo tiene, usted, solo que no se ha desarrollado. Porque yo hartó que me cuide, mejor dicho, eso no es de cuidado, yo si fumé de los 14 a los 26 años lo dejé, y luego volví a fumar porque estaba trabajando por allá sembrando matas. (Para por dolor en el pecho), “si se

siente mal paramos no tranquilas, es que he estado muy asfixiado pero despacito podemos seguir”.

- **Cómo se siente emocionalmente:** Pues yo no sé, yo les digo una cosa, yo nunca he sido llorón y ahora estoy todo blandengue, lloro por una telenovela en la televisión lloro pues. Heee que cosa tan verrionda.
- **Siente miedo:** No yo miedo nunca he sentido, la muerte ha andado conmigo toda la vida durante 51 años o al menos desde que tengo uso de razón, yo a la muerte nunca le he tenido miedo, llevo varias cirugías vea, esta es de peroné, esta de ligamentos y menisco en la rodilla, las manos aquí de carpiano, poaqui me metieron un tubo disque pa sacarme un derrame, yo a la muerte no le tengo miedo, porque le va ha tener uno miedo a la muerte si mi Dios le da la vida a uno y él mismo se la quita, en negocio es uno ponerse en paz con Dios.
- **Tiene mucha fe en Dios:** Yo tengo mucha fe en Dios, a la hora que es voy a salir trabajando pa Dios.
- **Usted se apegó a Dios ahora que le Dx o siempre ha sido así:** No toda la vida, yo soy muy católico, yo he sido muy apegado a Dios y ahora que tengo ganas hasta de cambiarme de religión porque la religión católica es una idolatría, porque uno se va pa una iglesia y se va disque a adorar imágenes, eso que no ve, no oyen, no caminan, no comen y dejan de adorar al positivo que esta arriba, en la palabra a la sagrada escritura dice no adoraras imágenes debajo de mi, ni arriba, ni en los mares, solo me adoraras a mi.

- **Ha recibido apoyo de su familia:** Bastante, mi Papá esta conmigo de acompañante día y noche, lo que hace que comencé en este hospital.
- **Tiene esposa e hijos:** Yo tengo esposa pero no hijos.
- **Qué le preocupa en este momento:** En este momento a mi no me preocupa nada, no me he muerto porque Jehová no ha querido.
- **Qué proyecto de vida tiene o sus metas se vieron frustradas:** A yo estoy esperando ganarme mil millones de pesos o treinta mil o el doble premio del baloto para ayudar a los pobres llevados del verriondo y montar una empresa.
- **Qué ha cambiado en su vida en el último año:** En lo económico que me mantengo sin un celin en el bolsillo, mi familia me trata muy bien, antes ahora me quieren más, me miman más, me corren más.
- **El apoyo que le brinda su familia le da ánimo para seguir con los tratamientos:** Con el apoyo de mi hermano menor que es el que me costea y el de mi papá, mi mamá y mi cuñada, y demás familia pero el principal es mi hermanito menor, mi esposa vive en el valle.
- **Cuando le Dx usted intentó evadir refugiándose en el alcohol o cigarrillo u otros:** No le digo pues que estaba fumando, en el 2000 volví a comenzar a fumar cierto, como le digo estaba trabajando en zona roja y cada rato escuchando tiros y las balas zumbaban por los lados, juepucha me fui pal charco con unos amigos y compre unos cigarrillos pa fumar, por el frio yo no creí que me volviera a enviciar, vicio malévolo y me volví a enviciar (risas).

- **Le tiene miedo en el proceso en el que se encuentra:** No si tuviera miedo ya había estirado la pata porque yo no le tengo miedo sino a una ira de Dios.
  
- **Ha pensado en suicidarse:** uuuu claro que si, cada rato pienso que me voy a suicidar.
  
- **Ha sentido rabia en algún momento o se ha preguntado porque a mi:** No he sentido rabia en ningún momento, si me hubiera cogido en otra época en que no conociera yo la palabra del señor tal vez si, pero yo ahora estoy yendo a la iglesia de Dios ministerial Jesucristo internacional, Jehová me advirtió que iba a tener tribulación muy larga y peligrosa pero que no me preocupara que el iba a estar extendiendo su mano para sacarme de esa tribulación, así fuera en las garras del feol, saben qué es el feol (no que) la muerte, las puertas del sepulcro. Cuando estaba lejos de mi familia si mantenía preocupado, cuando eso me invito mi esposa a que fuera por allá a esa iglesia.
  
- **Porqué consultó cuando le Dx cáncer:** Yo sentí un malestar muy aterrador así como el que tengo en este momento y mucho desaliento, mucho desanimo, entonces me mandaron una radiografía y salio una masa pequeña en el pulmón, me mandaron una broncoscopio y no me hice eso y me fui a trabajar, a antes traje la radiografía donde el medico general y me dijeron que diera 2 teléfonos para llamarlo, pero pasaron 2 meses y no me llamaron, yo ya no era capaz de trabajar, esas dos semanas trabajé con la ayuda de Dios, yo era ahogado, me agarró la tos y el vómito con sangre, y bote sangre sin compasión en ese yucal y dije eee no vuelvo a fumar cigarrillo y al rato estaba otra vez fumando. A mi lo que me mató fue la

fumigación con químicos, yo he visto en la televisión en ese muy buenos días en el campo los que fumigan tienen un delantal amarillo, máscaras, guantes, botas largas, y cuando yo solo teníamos una mascara y nada más.

- **Se siente tranquilo a lo que venga:** Si estoy muy tranquilo porque yo se que Jehová me saca de la tribulación.

## ENTREVISTA 7

**EDAD:** 44 años

**TIPO DE CÁNCER:** Cervix

- **Qué piensa sobre su enfermedad:** Me duele que en algún momento esto avance y tenga que dejar a mis hijos.
- **Cuántos hijos tiene:** Tengo 8 hijos, y la más pequeña tiene 18 meses.
- **Cómo se siente:** Me he sentido bien, más tranquila y ya no pienso tanto que me voy a morir, pienso en sacar adelante a mis hijos y luchar por ellos porque todavía están muy pequeños; además hace 7 días me sacaron la matriz.
- **Hace cuánto que le diagnosticaron el cáncer:** Hace 4 años
- **Cómo reaccionó ante el diagnóstico:** Se me cerró el mundo, agarré al médico y le di una maderiada y le dije que yo no me iba a morir, entonces él me dijo que tenía que empezar el tratamiento rápido. Luego me fui para

mi casa a chillar como una magdalena y no le dije a nadie, solo hasta por la noche le conté a mi esposo y nos pusimos a chillar los dos pero me dijo que yo iba a salir de eso. A las 2 años de haberme diagnosticado el cáncer intente suicidarme 2 veces, y pensamientos suicidas muchos.

- **Y cómo intentó suicidarse:** La primera me le tire a una buseta, luego vi un veneno y yo sentía que el veneno me decía “tómame” pero no lo hice pensaba mucho en mis hijos. Una vez me fui para un río, pero no fui capaz de tirarme. Luego de los intentos estuve con psicólogo y el me ayudó a salir de eso.
- **Alguna vez ha sentido miedo:** Si, tengo mucho miedo a la muerte, yo me enfermo y le digo a Diosito que no me lleve, porque pienso mucho en mis hijos; además si yo fuera sola le diría a Dios que me llevara rápido que no me deje sufrir tanto.
- **Si le da tanto miedo morirse porque ha intentado suicidarse:** Porque no pensaba en mis hijos, además estaba en una depresión muy grande, y también porque como mis abuelas, tíos murieron de cáncer yo pensaba que me iba a quedar en una cama.
- **Como ha cambiado su vida:** Pues ha cambiado mucho la manera de pensar, ahora es echar pa delante por mis hijos, además voy mucho a misa, trato de acercarme a Dios.
- **Con la alimentación ha cambiado:** Pues no, yo como normal, de pronto ha cambiado porque yo tomaba mucho, me entregué al trago y lloraba como una magdalena; tampoco dormía de pensar tanto, a las 3 ó 4 de la mañana me venía a dormir.

- **Porqué se entregó al licor:** Porque pensaba que con eso iba a dejar repensar y que se me iba a olvidar todo, pero mentiras más lloraba y pensaba más. Mi esposo me decía que no tomara más que me acostara que pensará en los niños, que en los más pequeños, en los grandes no tanto porque ellos ya están casados, pero si en los más pequeños porque la mayoría son mujercitas.
- **Cómo es el apoyo que le ha brindado su familia:** Mi mamá y mi esposo me apoyan mucho, me sacan, me distraen para que no piense.
- **Y tiene hermanos:** Si, pero ellos casi no ponen cuidado, porque ellos mantienen con mucha rabia porque mi mamá vive conmigo y porque yo le alcagüeteo todo a ella pero bueno...Ja si no fuera por mí amiga... ella es el paño de lágrimas mío, ella también me apoya mucho y siempre está conmigo, ella fue la que me acompañó en la operación.
- **Su esposo:** Pues el casi no me acompaña porque el es agricultor y mantiene mucho trabajito, pero nunca he estado sola.
- **Su familia como reaccionó ante el diagnóstico:** Pues muy triste, todos lloraron mucho, mi mamá decía que se iba a quedar sin hija.
- **A los cuántos días le contó a su mamá:** Al mucho tiempo porque ella es muy enfermita y cuando le conté le dio depresión no se levantaba de la cama; pero después que se recuperó me ayudó mucho.

**Cómo se ha sentido desde el momento que le dieron el diagnóstico:**

Pues antes era una depresión muy grande pero ya en estos momentos estoy

muy contenta, me siento como nueva. Antes salía a rumbar y ahora parezco una viejita, mantengo pegada de la cocina y de mis hijos, escucho mucha música y lloro por cualquier cosita, pero lo mejor de todo es que ya pienso que ya no tengo cáncer y eso me dice la doctora que piense eso, y que ya puedo salir a rumbear y a bailar.

## ENTREVISTA 8

**EDAD:** 63

**TIPO DE CANCER:** Próstata

- **Cómo se ha sentido:** no pues, me he sentido mal
- **Porqué mal:** ehhhh, porque como yo trabajo de noche soy celador y lo que hace que trabajo de noche y como no tenía defensas me atacó el cáncer en los huesos me entienden y eso es lo que me están tratando ahora con unas radiaciones, en los huesos, me atacó en los huesos, me atacó en el hombro aquí atrás también.
- **Cómo se siente en su estado de ánimo:** mal, me estoy sintiendo mal porque uno se siente decaído y no puede trabajar, deprimido, pero toca trabajar.
- **Se siente afectado porque no puede trabajar:** no si yo sigo trabajando como común y corriente el medico me dijo que el frío no me afectaba, ósea en trabaja no me afectaba para eso antes mejor que tuviera actividad.



- **Cómo ha cambiado su vida en los últimos meses:** no, no , no lo que pasa es que como yo he sido un hombre muy tranquilo no le doy mucha larga me entiende, no me preocupo demasiado no.
- **En lo económico ha cambiado:** no pues lo económico no, pues yo vivó en lo que trabajo.
- **En cuánto a lo familiar:** la familia si vive muy preocupada por eso
- **Ha sentido miedo:** no, no miedo no, yo soy un hombre muy tranquilo yo no siento miedo así como que miedo me voy a morir como muchas personas que dicen que miedo tengo cáncer, no si le tocó a uno le tocó de todas maneras tenemos que morir.
- **En lo religioso ha cambiado:** la verdad que la religión mía ni soy una cosa no soy la otra. Me gusta el evangelio no lo practico pero me gusta.
- **Usted no siente fortaleza si mira la religión o si lee el evangelio, se siente con más fortaleza:** yo no leo la Biblia ni nada tampoco, si no que me gusta y la otra vez iba a culto pero ahora no
- **Ahora esta más alejado a esa parte:** si, si
- **Ha recibido algún tipo de apoyo de su familia:** claro todo el apoyo de ellos
- **De dónde siente que saca fuerzas:** no pues lo tengo yo, las fuerzas que he tenido.

- **A usted que lo motiva para salir a delante:** no pues yo de todas maneras pues hay que tratarme hay que tratarme de todas maneras no me podía descuidarme cierto, pues de todas si me estoy tratando y me llega la hora de morir pues toca pero es mejor evitarse, talvez lo que me están haciendo no me van a curar del todo pero no sé.
- **Tiene algo que lo preocupe:** si la enfermedad siempre lo preocupada a uno
- **En qué sentido lo preocupa:** pues que uno sigue enfermo que talvez no pueda trabajar ya ni nada
- **Qué le preocupa respecto a su familia:** no, nada como le digo todas nacimos para morir.
- **Usted que piensa de su enfermedad:** pues cosas que le llegan a uno por la edad de pronto por el desgaste físico, el trabajo como yo nunca descanso ni nada, trabajo mucho
- **En algún comento sintió rabia:** rabia no, contra la enfermedad no. La rabia que siente uno en la casa o con alguna persona por hay pero contra la enfermedad no. Pero uno como va a sentir rabia si son cosas que uno puede evitar.
- **Sintió depresión, tristeza:** no. No
- **Ha intentado evadir su enfermedad con el alcohol, o cigarrillo:** no, no fumo , no bebo

- **Ha adquirido algún hábito saludable ahora:** no sólo que me están haciendo, y me estoy alimentando más porque yo nunca me alimento así bastante y eso es falta de calcio y como yo estaba descalcificado me atacó fue los huesos.
- **Alguna vez ha intentado suicidarse:** lo he pensado si, de pronto estando con la enfermedad muy avanzada, no me gustaría que la familia lidiara conmigo, ni darle problemas a nadie de pronto eso lo pensaría yo.
- **De ahora en adelante cuáles son sus metas:** las metas mías, pues es haber si tratan de aliviarme un poco y seguir trabajando, desde que pueda esa es la meta mía no más.
- **Qué proyectos de vida se vieron frustrados:** lo mismo que queremos todos de uno tener una suerte, salir adelante.
- **Cómo recibió el diagnóstico:** yo recibí eso tranquilo cuando me salieron los exámenes como le digo yo no he sido un tipo preocupado, soy tranquilo, no me dejo dominar por nada.
- **Usted que conoce sobre el cáncer:** no, pues se que el cáncer avanzado lo mata el cáncer a uno, eso es lo único que se, no se más nada.

## ENTREVISTA 9

**EDAD:** 66

**TIPO DE CÁNCER:** Mama

- **Usted cómo se siente físicamente:** bien.
- **Qué sentimientos tiene:** no tengo miedo, ni angustia, ni preocupación yo no siento nada de eso.
- **Cómo se siente ante la enfermedad:** pues yo lo tomo con calma que sea lo que Dios quiera.
- **Cómo reaccionó cuando le dijeron que tenía cáncer:** no yo reaccione bien, lo tomé con calma
- **Qué piensa ahora del cáncer:** pienso que Dios quiero me voy a aliviar, yo no soy como muchas que le dicen que tiene una enfermedad de esas y hay mismo se ponen a llorar. Yo lo único que digo que sea lo que Dios quiera
- **Porqué tiene esa fortaleza:** por la hija
- **Y en quién más se apoya:** en mi religión católica
- **Cómo ha cambiado su vida en estos meses:** No pues todo lo mismo, yo nunca he trabajado yo soy ama de casa y yo sigo haciendo el oficio normal
- **Cómo ha cambiado las cosas con su familia:** muy bien, mejor que antes me dan mucho apoyo, la hija es la que me acompaña y ella se ha portado muy bien conmigo.
- **Cómo se siente con su imagen, con su cuerpo:** bien porque me han hecho dos operaciones ya y yo me siento bien.

- **Le tiene miedo a la muerte:** ah, no yo no le tengo miedo a la muerte siempre no nos tenemos que morir.
- **Tiene miedo a sufrir por la enfermedad:** pues eso sí.
- **Qué es lo que más le preocupa de la enfermedad:** no pues lo único que me preocupa es verme tirada en una cama y poniendo a los demás a llevar del bulto conmigo.
- **Recibió algún tipo de apoyo psicológico:** no, ah, cuando me iban hacer esa operación yo tuve una charla con una psicóloga de ahí de la liga contra el cáncer pero una no más.
- **Cómo le fue con ella:** bien, me sirvió la charla
- **Alguna vez ha intentado evadir la situación con el alcohol o cigarrillo:** No nunca trato de distraerme no pensar en eso, distrayéndome en cualquier cosa haciendo oficios o viendo televisión cuando no tengo nada que hacer.
- **Alguna vez ha tratado de suicidarse:** no, no ni riesgos el único que tiene derecho a quitarle la vida a uno es Dios.
- **Qué cosas ha hecho nuevas para cuidarse:** estoy comiendo mucho.
- **Qué metas tiene para su futuro:** no, pues aliviarme y seguir lo mismo con la hija y ayudarle a ella también.
- **Qué sabe sobre el cáncer:** no sé.

- **No sabe nada:** es yo no se a mi me dicen que el cáncer es dizque un animalito, y otro señor me dijo que eran células muertas. Cuando yo estaba pequeña mi abuelito tenía un cáncer en la nariz y a mi me decían que a uno se debe eso por oler flores.

## ENTREVISTA 10

**EDAD:** 60

**TIPO DE CANCER:** Tiroides

- **Cómo se siente:** pues bien. Me han hecho dos operaciones ya, una hace 4 meses y esta.
- **Cómo se sintió cuando le dijeron que tenía cáncer:** no sentí miedo porque el Doctor Rodríguez me dijo que no era cáncer, que era un tumorcito y que me iba a operar a ver como me iba. El Doctor Rodríguez se fue y me operó el Doctor Calbache y me dijo pues que bien vamos a ver que sigo.
- **Siente miedo:** no nada
- **Que ha cambiado su vida en los últimos meses:** no igual pues, yo cuido un nieto y pues igual de pronto de da miedo.
- **Tiene miedo a morir:** si me muero pues bien, y si no pues aquí estoy a ver que.

- **Cómo ha reaccionado ante las dificultades que se le han presentado:** de pronto miedo si, de pronto que me redujera en una cama y que durara mucho tiempo el cáncer y me matara pero no. Y esto pues aquí vamos bien, fe en Dios primero y después empezar a ver como me va con eso
- **Cómo se siente con su imagen corporal:** pues si afecta, uno con una rajada de estas que se ve y todo el que pasa por el lado de uno hay mismo mira pai.
- **Qué es lo que más la preocupa:** me preocupa que yo esta aquí en este hospital y el niño este por ahí con el papá. Pero a mi no me preocupa mi enfermedad lo que me preocupa es mi hija y mi muchacho mi nieto que no lo quiero dejar solo por ahí con ese papá.
- **El niño es suyo:** un nieto como el papá se separó de la mamá entonces el papá lo tiene yo no se que voy hacer para verlo porque el me hace mucha falta eso me pone triste al pensar en mi nieto.
- **Usted ha recibido algún tipo de apoyo:** pues si de mi hija, como ella trabaja ella es la que me da todo lo pueda y los muchachos que son mis sobrinos también me apoyan.
- **Se refugiado en Dios:** si mucho más ahora con mi enfermedad, yo siempre he sido muy apegada a Dios y al Espíritu Santo toda la vida y además para mi es primero Dios y Espíritu Santo.
- **En que le ha ayudado el refugio en Dios:** me ayudado a no sentirme sola y a estar mas tranquila y así no me preocupo de mi enfermedad.

- **Cómo evadió la situación recurriendo al alcohol o cigarrillo:** no nada de eso como se le ocurre.
- **En qué se refugió:** están por ahí en el trabajo, en la casa o voy y le ayudo a una señora y vuelvo a la casa cuido a mi niño que es lo mas importante.
- **Qué hábitos saludables ha tenido con su enfermedad:** después de que me operaron me dijeron que me tenía que cuidar la boca, de no comer fritos y de no comer mucho o comer si pero no mucha manteca.
- **Cuáles son sus metas ahora:** pues no, que me alivie para seguir, para estar con mi muchacha y el niño. Y sobre todo salir de acá.
- **Qué metas o proyectos se vieron frustrados cuando le dijeron que tenía cáncer:** no pues nada
- **En algún momento pensó en el suicidio:** no he pensado nunca
- **Usted cree que el apoyo que le ha dado su familia le ha servido para seguir adelante:** si por la plata como ellos toda la vida me han ayudado entonces es mucho el apoyo que ellos me dan
- **Pero en lo emocional como ha sido el apoyo:** mi hija siempre ha estado conmigo, nunca me ha dejado sola yo siempre vi por el y por la hija y como fuera siempre trabaje para los tres. Ella siempre, siempre ha estado ahí conmigo, ella es muy buena en ese sentido.



- **Qué sabe sobre el cáncer:** pues nada no se nada. Pues sólo se que cuando le detectan a uno el cáncer es porque ya lo va a matar y ya no hay nada que hacer. Hay que esperar
- **Esperar que:** Morirse porque que más
- **Usted espera morirse:** todo no tenemos que morirnos pues. Claro que me da pesar por mi hija y mi nieta tenerlos que dejar así tan solitos.
- **Espera morirse con esta enfermedad:** no, pero yo pienso con la ayuda de Dios uno se alivia si yo si creo, además yo casi no he tenido cáncer. Mi mama tenía cáncer en el páncreas y ella no se murió de ese cáncer de un infarto. Nosotros venimos de familia que sufre de cáncer.
- **Eso no le da temor:** no, mi mama se murió y gracias a Dios se murió porque estaba muy viejita antes se fue a descansar.

## ENTREVISTA 11

**EDAD:** 55

**TIPO DE CÁNCER:** Mama

- **Cómo se siente:** como le digo yo como muy cansada, es que la cirugía fue muy reciente.

- **Cómo se sintió cuando le dijeron que tenía cáncer:** tan triste pero había que seguir adelante pero tampoco nunca pensé nunca en quitarme la vida. Pero había que hacerme el tratamiento, si Dios quiere me voy aliviar con todo lo que me han hecho. Lo malo fue que los médicos se demoraron mucho para operarme con tantos exámenes pero bueno por fin ya me operaron.
- **Qué ha cambiado su vida desde que le diagnosticaron cáncer:** no pues mucha cosa porque este brazo me duele mucho y no puede hacer nada de lo que hacía antes como lavar, hacer el oficio, aplanchar pues todo lo de la casa entonces pues si me siento como inútil porque la hija es la que le toca todo hasta bañarme le toca ahora que me operaron.
- **Qué ha cambiado en su vida en lo familiar:** no pues mi hijos, mi esposo muy pendiente de uno, que me haga los remedios, y pues están más pendiente de uno como uno está enfermo. La hija que se mantiene conmigo se maneja muy bien.
- **Ha tenido pensamientos de tristeza, ira, temor, angustia:** pues uno si piensa hay veces la verdad más que todo cuando uno está como solo.
- **Qué piensa:** hay veces que se me salen las lágrimas que de pronto me muera o que siga mal de la enfermedad. Además porque yo he sido muy nerviosa, siempre he sido así, hasta me tuvieron que dar droga para dormir y pa los nervios.
- **Le tiene miedo a la muerte:** pues como le dijera más bien si le tengo como miedo, claro que yo estoy con dios y rezo mucho, cuando estoy de animo voy a la misa aunque no vaya cada 8 días, es por la enfermedad es que no voy, pero si rezo todas las noches. Yo soy muy gloriosa

- **Cree que Dios le ha dado fortaleza:** yo soy muy gloriosa desde que tengo esta enfermedad, pero si el es que me va a aliviar hay que tener fe.
- **Alguna vez ha recibido ayuda del psicólogo:** si varias veces aquí en el hospital y abajo en la villa.
- **Y le sirvió:** si hasta tengo que estar yendo a control.
- **Qué es lo que más le preocupa:** la uno siempre piensa que uno no es capas de hacer cosas.
- **Con respecto a su familia qué es lo que más le preocupa:** a uno siempre le preocupa el hijo que ha tenido varios accidentes en esas motos y los otros hijos.
- **Ha intentado evadir su enfermedad con el alcohol o cigarrillo:** no que tal y nunca lo he hecho porque hace mucho tiempo que estoy tomando esta droga para dormir.
- **Qué hábitos saludables ha tenido:** ya no coma tanta grasa como era antes que eso le hecha manteca hasta en los frijoles, y ya no lo puedo hacer porque yo se que me tengo que cuidar, mantengo sentada porque como me duele mucho esta mano, entonces trato de no hacer nada para que no se me alborote el dolor.
- **Cuáles son sus metas para el futuro:** pues aliviar si Dios quiere para seguir bien mi vida con mi esposo y mis hijos.

- **Usted que piensa sobre su enfermedad:** pues que me tengo que cuidar para poderme aliviar.
- **Qué sabe sobre el cáncer:** pues yo no se que es
- **Qué ha escuchado:** que uno se puede morir si no se cuida de esta enfermedad.

## ENTREVISTA 12

**EDAD:** 40

**TIPO DE CÁNCER:** Mama

- **Cómo se siente:** pues me siento un poco cansada, ya llevo 6 días acá en el hospital pero me siento mejor.
- **Emocionalmente cómo se siente:** pues yo me he sentido mejor a como estaba.
- **Porque:** porque el médico me ha dicho que el tratamiento es largo pero voy bien, estoy mejorando y eso hace que me sienta mejor además con la ayuda de mi Diosito yo creo que voy a salir de esta y me voy aliviar.
- **Ha cambiado su vida en los últimos meses:** si, claro en todo ha cambiado, eso es un cambio muy tremendo.

- **En qué sentido:** no pues por ejemplo mi familia estaba acostumbrada que yo era la que hacia de comer y hacia el oficio en la finca y ahora que estoy enferma le toca a mi esposo arreglárselas como pueda con mi hija de 11 años.
- **Su situación económica cómo ha cambiado:** no pues nos ha tocado muy duro porque yo vivo en una vereda de Marsella me toca viajar hasta acá para hacerme el tratamiento y las vueltas del seguro.
- **Viene sola al tratamiento:** si, porque mi esposo tiene que trabajar en la finca y la situación esta muy dura para sacar tanta plata de dos pasajes para cada venida.
- **Cómo ha reaccionado antes esta dificultad ha sentido ira, miedo, tristeza:** ira no como se le ocurre, nadie tiene la culpa de lo que a mi me esta pasando, pero lo que más me preocupa son mis tres hijos, claro que el mayor esta prestando servicio en Santa Marta, el otro trabaja con el papá y la que más me preocupa es mi hija de 11 años, que la mayor parte del tiempo se la pasa sola y se tiene que quedar en la casa de una vecina para que la puedan despachar para el colegio.
- **Ha recibido algún tipo de apoyo:** por parte de la psicóloga de la liga contra el cáncer que es donde yo estoy en tratamiento.
- **De que le ha servido el apoyo que allá le han dado:** pues, ellos le dan a uno muchas palabras de fe, que tenga mucha fe, que todo va a salir, que lo importante es la constancia en el tratamiento y no dejar de venir pues a todo lo que le mandan a uno, le dan mucho apoyo moral más que todo a uno. Claro que a veces no me gustaba ni arrimarme por allá porque cuando

me hablan de mi familia ahí mismo me pongo a llorar y no soy capas de hablar.

- **Qué apoyo le brinda su familia:** mi esposo me apoya mucho aunque él no puede venir conmigo al tratamiento el esta pendiente de mi y me da la plata para que haga todas las vueltas.
- **De qué forma la han apoyado sus amigos:** pues por lo menos me apoyan en la forma que no lo miran raro a uno ni nada, si no que todo normal, la vida sigue normal y también a veces le dan palabras de aliento a uno y le comentan a uno casos que han sucedido y la gente se ha aliviado y le dan moral a uno de esa forma.
- **Cómo se siente frente a su imagen corporal:** pues un poco, si uno nota los cambios claro por ejemplo cuando me hicieron las quimioterapias y se me cayó el pelo pues claro que lo afecta a uno mucho.
- **Le bajó la autoestima o rechazada:** rechazada si no porque el apoyo de mi familia ha sido total, no me han demostrado ningún rechazo.
- **Y la sociedad:** no tampoco
- **Cuando recibió el diagnóstico intento evadir su situación con el alcohol, cigarrillo:** no en ningún momento, yo estaba conciente el tratamiento había que empezarlo lo más pronto posible y me sometí al tratamiento de una vez.
- **Ha pensando en suicidarse:** no tampoco, o bueno pasarme por la cabeza si, porque tenía el temor de que toda iba a cambiar y de pronto la familia,

pero también lo pensé mucho y principiando que pensé en la niña pequeña pues si yo vi que me necesitaban y que si yo seguía todo al pie de la letra puedo salir adelante.

- **Después que le diagnosticaron cáncer se acercó más a Dios:** uno si piensa más en Dios, uno dice Dios ayúdame a salir de esta enfermedad pero igual no me he vuelto así como fanática. Pero uno si piensa más en Dios la verdad si es así.
- **Desde el diagnóstico que hábitos saludables ha tomado en su vida:** en eso a uno le dicen que uno puede comer de todo, no dicen que vea eso no lo puede comer. Uno se cuida de pronto comprando una vitamina para estas con las defensas mas bien y alimentándose en la casa con las comiditas como con más verduras, con jugos, pues más especiales.
- **Usted ha seguido al pie de la letra el tratamiento:** no yo si me descuide, como ha de faltar quien le meta terror a uno, esas quicios es lo que más hace que a la persona le avance la enfermedad, que se le remueve todo. Que hay un señor que sabe de tal cosa entonces yo me deje de llenar de terror. Me puse a seguir un tratamiento de otro señor que era curandero que me mando cápsulas de culebra de cascabel para que las tomara y otra cantidad de bebidas pues de ramas, todo con ese señor era por celular y el me decía que hacer. Pero yo vi que el tumor no iba mermando antes seguía creciendo. Entonces yo decidí volver a retomar el tratamiento normal de la liga, yo le comente al Doctor y el muy decentemente si me pego el jalón de orejas, y ahora estoy juiciosa con el tratamiento.

- **Cuáles son sus metas:** espero salir delante de esta enfermedad y eso es un proceso largo, un tratamiento largo porque los médicos le dicen a uno todo y seguir adelante con la vida normal con mi familia y todo.
- **Ha tenido proyectos frustrados:** pues no, verdaderamente no, pues en la finca me dedicaba hacer de comer, arreglar la casa y a los oficios cotidianos.
- **Usted qué piensa sobre su enfermedad:** es algo muy duro porque los cambios son muchos, pero igual yo tengo fe algún día esta enfermedad va a pasar a la historia que yo de pronto vuelva a ser la de antes.
- **Usted qué sabe del cáncer:** pues, hay si no se que contestarle, es una enfermedad muy terrible que si uno no se hace el tratamiento como se lo mandan pues lógico que se desarrolla metástasis que es cuando la enfermedad se riega por todo el cuerpo, entonces ya no hay nada que hacer.