UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

**Necesidades psicológicas y afectividad negativa en mujeres que han superado
el cáncer de mama**

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

AUTOR

Valenzuela Hinojosa, Fiorella Gabriela (0000-0003-4626-4186)

ASESOR

Grimaldo Muchotrigo, Mirian Pilar (0000-0003-4197-1906)

Lima, 26 de Noviembre de 2019

DEDICATORIA

Dedicado a todas la mujeres que están en la batalla contra el cáncer, gracias por ser la inspiración de muchas personas; sobre todo a las mujeres que me permitieron conocer sus historias.

AGRADECIMIENTOS

Quiero darle las gracias primero a Dios por ayudarme a no darme por vencida y permitirme conocer a tantas mujeres que pasaron por el cáncer de mama, ahora son una inspiración para mí. También quiero agradecer a mi familia por apoyarme en cada instante de mi carrera y por enseñar que las metas se pueden lograr sobre todo cuando estamos unidos. Por último, quiero agradecer a mi abuela que está en el cielo, siempre serás de las personas más importantes en mi vida y fuiste la que me inspiró a investigar más sobre la Psicooncología.

RESUMEN

La finalidad del estudio es explorar las necesidades psicológicas y la afectividad negativa que surgen en las mujeres que han tenido cáncer de mama, por ello la investigación es cualitativa, con un diseño fenomenológico que busca entender y examinar las variables. Para lograr esto, se entrevistó a 7 mujeres que se encuentran en remisión total y que han pasado por un proceso de quimioterapia; además, la muestra se caracteriza por estar compuesta por madres que fueron atendidas en hospitales. La información fue recolectada mediante entrevistas semi estructuradas, el instrumento fue elaborado específicamente para la investigación. Se puede observar que las mujeres presentan una necesidad de cuidar sus vínculos más cercanos y de poder disfrutar más las actividades que realizan; además, perciben el cáncer de mama como un peligro latente.

Palabras clave: Necesidades psicológicas; Afectividad negativa; Cáncer de mama; Mujeres; Psicooncología.

Psychological Needs and Negative Affect in Women Who Have Overcome Breast Cancer

ABSTRACT

The purpose of the investigation is to explore the psychological needs and negative affect that arise in women who have had breast cancer, so the research is qualitative with a phenomenological design that seeks to understand and examine the variables. To achieve this, interviews were conducted to women who were in total remission and who had undergone a chemotherapy process; in addition, the sample is characterized as being mothers and that they were treated in hospitals. The information was collected through semi-structured interviews and this instrument was developed specifically for research. In this study It can be observed that women have a need to take care of their closest ties, especially those they have with their children, and to be able to enjoy more the activities they perform; they also perceive breast cancer as a latent danger.

Keywords: Psychological needs; Negative affect; Breast cancer; Women; Psychooncology.

TABLA DE CONTENIDOS

1	INTRODUCCIÓN	1
1.1	NECESIDADES PSICOLÓGICAS	2
1.1.1	Necesidades psicológicas en la superación del cáncer	4
1.2	AFECTIVIDAD NEGATIVA	7
2	MÉTODO	9
2.1	DISEÑO	9
2.2	CONTEXTO	9
2.3	PARTICIPANTES	10
2.4	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	11
2.5	PROCEDIMIENTO	11
2.6	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	13
3	RESULTADOS	14
3.1	NECESIDADES PSICOLÓGICAS	14
3.1.1	Relación	15
3.1.2	Autonomía	22
3.1.2.1	Locus percibido de causalidad	22
3.1.2.2	Volición	24
3.1.2.3	Elección percibida	26
3.1.3	Competencia	28
3.1.3.1	Estructura clara y útil	28
3.1.3.2	Desafío óptimo	29
3.1.3.3	Tolerancia al fracaso	31
3.2	AFECTIVIDAD NEGATIVA	32
3.2.1	Tristeza/depresión	32
3.2.2	Miedo/Ansiedad	34
3.2.2.1	Tensión	34
3.2.2.2	Distanciamiento	35
3.2.2.3	Preocupación	36
4	DISCUSIÓN	38

4.1	NECESIDADES PSICOLÓGICAS -----	38
4.1.1	Relación-----	38
4.1.2	Autonomía -----	40
4.1.2.1	Locus percibido de control -----	40
4.1.2.2	Volición -----	41
4.1.2.3	Elección percibida -----	41
4.1.3	Competencia-----	42
4.1.3.1	Estructura clara y útil-----	42
4.1.3.2	Desafío óptimo -----	43
4.1.3.3	Tolerancia al fracaso -----	43
4.2	AFECTIVIDAD NEGATIVA -----	44
4.2.1	Tristeza/depresión -----	44
4.2.1.1	Melancolía -----	45
4.2.2	Miedo/ansiedad -----	45
4.2.2.1	Tensión-----	46
4.2.2.2	Distanciamiento-----	46
4.2.2.3	Preocupación -----	47
5	CONCLUSIONES -----	48
6	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN-----	50
7	RECOMENDACIONES -----	51
8	REFERENCIAS -----	52
9	ANEXOS -----	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema de las categorías ordenadas de acuerdo a los resultados.	14
Figura 2. Esquema de la variable necesidades psicológicas con sus categorías y subcategorías, resaltando lo encontrado en cada una de ellas.	15
Figura 3. Esquema de la variable afectividad negativa con sus categorías y subcategorías, resaltando lo encontrado en cada una de ellas.	32

1 INTRODUCCIÓN

Según la Organización mundial de la salud, el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en el 2015 ocasionó 8,8 millones de defunciones. Los principales tipos de cáncer que se presentan a nivel mundial son: el pulmonar con 1,6 millones de fallecimientos, el hepático con 788 000 y el mamario con 571 000 (OMS, 2018).

De la misma manera, el cáncer de mama es la segunda enfermedad más común entre las enfermedades neoplásicas que se da en las mujeres que ingresaron en el mes de Marzo al INEN, representando el 19,9% entre las que padecen alguna neoplasia (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [INEN], 2019). Los egresos que se han podido registrar en la unidad médica de mamas y tejidos blandos en mujeres fueron de 7,9% en el mes de Marzo del año 2019, de 8,9% en Febrero y de 7,2% en Enero, mientras que en Diciembre del 2018 solo se contó con 6,9%. Es importante señalar que en el mes de Marzo del 2019 no se registró ningún fallecido en el departamento médico de mama y tejidos blandos; sin embargo, en Diciembre del 2018 se registraron 5 fallecidos; por ello, se puede afirmar que, en la actualidad, el número de pacientes que han superado el cáncer de mama ha aumentado (INEN, 2019).

En la investigación realizada en España sobre las necesidades no cubiertas de supervivientes de cáncer, se encontró que la mayoría de personas que han superado el cáncer de mama no cuentan con asistencia sanitaria, la cual consiste en cubrir las necesidades que presentan con el acompañamiento médico y psicológico constante al que estaban acostumbradas (Arrighi, Font, Jovell & Navarro, 2014). Asimismo, en el artículo publicado por la Sociedad Española de Oncología Médica sobre los problemas psicológicos y emocionales del superviviente, comentan que las mujeres presentan necesidades que no son cubiertas como la pérdida de energía y el miedo a una posible recaída; además, no son tratados los sentimientos de angustia, ansiedad y preocupación sobre el futuro (Aries, Beato & Virizuela, 2012). A raíz de ello, el Ministerio de Salud, avalado por el Decreto Supremo N°009-2012, lanzó el Plan Esperanza, el cual consiste en brindar servicios de prevención y promoción, diagnóstico temprano, diagnóstico definitivo y estadíaje, tratamiento y cuidados paliativos. Como se observa, el plan propuesto por el estado se enfoca principalmente en brindar atención médica sólo durante el tratamiento (MINSA, 2015). Asimismo, el estudio realizado sobre las necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente en Barcelona, sostiene que la necesidad de comunicación entre el médico y el paciente no está siendo cubierta, pues este presenta dudas y temores sobre la enfermedad superada; además

se encuentra la necesidad de ayuda psicológica y espiritual, donde las mujeres buscan entender el proceso por el que han pasado (Gómez, Limonero , Máte & Navarro, 2010). Es indispensable atender y estudiar las necesidades que surgen al superar el cáncer para poder realizar programas estructurados que puedan cubrir y sostener a la persona.

En la investigación cualitativa sobre el proceso de duelo y estrategias de afrontamiento en mujeres que han superado el cáncer de mama, se observa que regularmente se realiza la mastectomía, lo cual influye en la sexualidad al hacer que la mujer no se sienta a gusto con su cuerpo, rechazando de esta manera el acto sexual con su pareja (Montero & Nieves, 2014). Además en el estudio sobre la calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama, se halló que la imagen corporal de las mujeres se ve alterada, gracias a que muchas veces el cambio que han sufrido en su cuerpo provoca sentimientos de rechazo hacia sí mismas, no logran aceptar su cuerpo y surgen dudas sobre su feminidad (Braña-Marcos et al., 2012). En la investigación realizada en España sobre la imagen corporal en mujeres que han superado el cáncer de mama, se observa que muchas han pasado por una mastectomía presentan conductas de evitación en relación a exponer el seno que fue removido, esto se muestra sobre todo cuando evitan verse en el espejo y en quitarse la ropa al momento de mantener relaciones sexuales con sus parejas (Vázquez, Antequera , & Blanco, 2010).

Del mismo modo, el estudio realizado sobre los efectos de la musicoterapia en mujeres que han superado el cáncer de mama, sostiene que los programas realizados buscan, en primer lugar, comprender cómo se encuentra el paciente, pretendiendo de esta manera visualizar si es que éste está deprimido o tensionado, además de tener en cuenta su calidad de vida para, de esta manera, poder aplicar un programa que las ayude según las necesidades encontradas (Augé, Mercadal-Brotons & Resano, 2015). Igualmente, en la investigación realizada sobre el impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de supervivencia destacan la importancia de la implementación de programas que ayuden en la promoción de la salud, para de esta manera crear campañas de prevención, detección, tratamiento y seguimiento de las necesidades que presentan las mujeres que han superado el cáncer de mama (Vivar,2011).

1.1 Necesidades psicológicas

El concepto de las necesidades psicológicas son una propuesta de la teoría de la autodeterminación planteada por Deci y Ryan como parte de la psicología positiva, la cual evalúa cómo los contextos sociales y las diferencias individuales proporcionan diferentes

tipos de motivación prediciendo el aprendizaje, experiencia y la salud psicológica (Deci & Ryan, 2015). Estas necesidades son las que determinan la motivación intrínseca de la persona (Reeve, 2010). Además, estas se ven influenciadas por el ambiente, esto se debe a que este puede afectar de manera positiva o negativa en la persona; es decir, puede facilitar o dificultar el desarrollo intrínseco (Deci & Ryan, 1985). Asimismo, esta relación se da de la persona al entorno; es decir así como este influye en la persona, está también influye en el ambiente (Reeve, 2010). Por lo cual es importante saber cómo las enfermedades y el entorno han influenciado en la persona, para de esta manera poder saber cómo están sus necesidades psicológicas básicas, esto se puede observar de manera clara en cómo la persona responde al ambiente (Deci, Ryan & William, 1996).

Las necesidades psicológicas deben ser satisfechas para que se de un funcionamiento efectivo y se tenga una adecuada salud psicológica (Decy & Ryan, 2008). Para que exista un bienestar psicológico, donde la persona es capaz de aprender, desarrollarse y crecer; se deben de satisfacer las necesidades psicológicas de autonomía, competencia y relación (Reeve, 2010). No basta con que una o dos sean satisfechas, es decir, se requiere de las tres necesidades para una salud psicológica (Deci & Ryan, 2015).

Se puede entender a la autonomía como la necesidad psicológica que influye en el inicio y regulación de la conducta mediante la autodeterminación y ratificación personal (Deci & Ryan, 1985). Además, existen tres cualidades subjetivas que se dan dentro de la autonomía. En primer lugar, está el locus percibido de causalidad interna que es la meta-cognición sobre la fuente de la consecuencia de los actos como consecuencias de las propias de decisiones; y también está el locus percibido de causalidad externa que hace referencia a las atribuciones al exterior que realiza la persona para poder explicar lo que le sucede. En segundo lugar, está la volición que explica la facilidad y libertad con la que se participa en una actividad (Deci et al., 1996). Por último, se encuentra la elección percibida, esta se da cuando el ambiente proporciona a la persona distintas oportunidades para poder tomar una elección. Asimismo, es importante señalar que el ambiente influye en la autonomía, pues las relaciones sociales pueden contribuir a fomentar y sostener a la persona para formar su autonomía o pueden frustrarla e impedirla (Reeve, 2010).

La necesidad psicológica de competencia hace referencia a la eficacia de la relación entre el ambiente y la persona, reflejando la búsqueda y dominio de los desafíos de manera óptima; haciendo uso de sus capacidades y habilidades (Deci & Ryan, 1985). La realimentación

positiva y percepción de progreso son dos condiciones ambientales que ayudan a satisfacer la necesidad de competencia; mientras que el desafío óptimo, estructura clara y útil y la tolerancia al fracaso son condiciones que la involucran (Reeve, 2010). El desafío óptimo hace referencia al disfrute del uso de las habilidades que presenta la persona, para poder afrontar la exigencia de las actividades propuestas (Orbegozo, 2016). Además, la estructura clara y útil hace referencia a la cantidad y calidad de información que el ambiente brinda a las personas, lo cual se logra ofreciendo metas y guías claras. (Skinner, Zimmer-Gembeck y Connell, 1998). Por último, se encuentra tolerancia al fracaso donde indica que aprendemos más de los errores al identificar las causas, intentar estrategias nuevas y buscar consejos (Clifford, 1984).

La última necesidad psicológica planteada por Deci y Ryan es la relación, que hace referencia a las relaciones sociales; las cuales ayudan a que la persona cree lazos emocionales, para de esta manera poder tener vínculos cálidos que permiten el desarrollo de la persona (Reeve, 2010). Además, la necesidad de relación está conformada por los vínculos comunales y de intercambio; en el primero las personas se preocupan y están pendientes de las necesidades del otro, mientras que la de intercambio es el vínculo entre conocidos o personas que mantienen relaciones laborales (Clark, 1984).

1.1.1 Necesidades psicológicas en la superación del cáncer

En la investigación sobre personas supervivientes de cáncer, se encontró que el diagnóstico y proceso de superación de la enfermedad influyen en el funcionamiento psicológico y social de la persona (Aries et al., 2012). En la investigación cualitativa sobre la resiliencia en las mujeres que han superado el cáncer de mama se observa que, una vez que se superó la enfermedad la persona presenta distintas necesidades, como la de poder relacionarse mejor con las personas que la rodean y de tener menos preocupaciones (Crespo & Rivera, 2010).

En la investigación sobre las necesidades de comunicación en los pacientes oncológicos supervivientes se halló que a nivel familiar, podemos observar la necesidad de relación, cuando la persona vuelve a encargarse de su rol en la familia; además, la persona al presentar dificultades de volver a retomar roles familiares, laborales o sociales puede caer en una angustia, ansiedad y depresión (Gómez et al., 2010). En la investigación de los factores psicosociales pos tratamiento del cáncer de mama, se observa que la persona presenta la necesidad de que su entorno familiar pueda apoyarla, sin dejar de fomentar su propia autonomía (Kern & Moro, 2012).

En la investigación española de las necesidades y problemas psicológicos se destaca que en el ámbito laboral, donde se puede distinguir la necesidad de competencia, la persona presenta cambios al retomar esta actividad; esta área no solo cubre una necesidad económica, pues en el ambiente laboral también surge la necesidad de valoración personal o social; al retomar las actividades laborales la persona tiene que volver a cumplir con los horarios de trabajo y al mismo tiempo retoma las salidas sociales que conllevan el ambiente de trabajo (Aries et al., 2012). En la investigación sobre la inserción laboral en mujeres que han superado el cáncer de mama se observa que la necesidad de sentirse valorado por este ambiente se ve afectada por los cambios físicos que adquiere la personas sobre todo porque estos implican que presente dificultades para realizar ciertas actividades. Sin embargo, muchas de las limitación física que dejan el cáncer no son tomadas como discapacidad; por lo que, al querer retomar los deberes laborales, la persona se siente vulnerable al no ser reconocidas las dificultades físicas que dejaron la enfermedad que superó (Río, Cano, Villafaña & Valdivia, 2010).

En la investigación realizada sobre las necesidades de comunicación de las mujeres que han superado el cáncer de mama se observa que dentro de los hallazgo se encuentra la necesidad de autonomía, pues las mujeres destacan la importancia de poder elegir cómo llevar esta nueva etapa, ya sea con acompañamiento psicológico o grupos de autoayuda; mencionan que es importante para ellas poder decidir sobre los temas relacionados con la enfermedad, es decir tener la posibilidad de participar en cómo llevar la enfermedad (Gómez et al., 2010).

En la investigación publicada por la Sociedad Española de Oncología Médica se observa que la persona que ha superado el cáncer presenta alteraciones sexuales, pues surge la necesidad de ser aceptado y ser fértil a pesar de la enfermedad; ergo se presenta como consecuencia un alejamiento de la pareja, lo cual se da cuando muchas veces la mujer no manifiesta los pensamientos y sentimientos de angustia y tristeza que surgen al no contar con una parte de su cuerpo (Aries et al., 2012).

Por otro lado, están las relaciones sociales, que se encuentra dentro de la necesidad de relación; esto se observa en la investigación de las mujeres que han superado el cáncer de mama cuando se menciona, que buscan poder encontrar la empatía y cuidado en su entorno para retomar los vínculos y lazos amicales donde pueda compartir sus experiencia; la persona que ha superado una enfermedad oncológica presenta la necesidad de tener un soporte

afectivo por parte de su entorno social, pues este lo ayuda a desarrollar la resiliencia (Crespo & Rivera, 2012).

En una investigación española se destaca como la persona al pasar por la enfermedad presenta una necesidad de volver a sentirse valorada, capaz y tolerante a los cambios que surgieron por esta, mostrando de esta manera la necesidad de autonomía; por lo que busca tener un buen auto concepto y autoestima, con los que pueda cumplir las necesidades psicológicas básicas (Aries et al., 2012).

En la investigación publicada en SEOM mencionan que al haber podido superar el cáncer la persona presenta distintos tipos de estilos de afrontamiento uno de ellos es reevaluar de manera positiva la enfermedad; en este aspecto se puede observar la necesidad de competencia, sobre todo cuando se hace uso de sus habilidades y capacidades para poder seguir enfrentando las secuelas del cáncer (Aries et al., 2012). Asimismo, en otra investigación se menciona que una vez superada la enfermedad son más las demandas externas las que tiene que afrontar la persona y donde pone en práctica las habilidades adquiridas durante la enfermedad (Montero & Nieves, 2014). También, en una investigación indican que es importante señalar que, mediante la atención psicológica que requiere la persona, se le puede ayudar a que esta haga uso de sus capacidades y habilidades para poder afrontar de manera más óptima los cambios (Braña-Marcos et al., 2012).

Por todo lo visto anteriormente, y como es mencionado en una investigación, es importante que las personas que han superado el cáncer puedan llevar una atención psicológica (Aries et al., 2012). Lo cual también se observa en otro estudio cuando mencionan que, para poder realizar esta atención, es necesario tener una visión integral de cómo se encuentra la persona, de esta manera se podrá realizar un plan de intervención (Arrighi et al., 2014).

Como se menciona en la investigación, para realizar intervenciones preventivas es necesario poder identificar las necesidades de la persona que ha superado el cáncer; con esta información se podría realizar planes de seguimiento estandarizados (Arrighi et al., 2014). En otra investigación se indica que es importante realizar estas intervenciones psicosociales y educativas para que la misma comunidad lo pueda usar e implementar, al tener un plan de seguimiento que es difundido entre la comunidad, se podrá brindar un mayor apoyo a las personas que han superado el cáncer; por lo que se podrá realizar planes de prevención entre la comunidad (Kern & Moro, 2012)

En una investigación se indica que la calidad de vida es una de las necesidades más importantes y afectadas por la enfermedad, pues abarca la necesidad de autonomía, competencia y relación; durante la etapa de superación de la enfermedad presenta una disminución, esto se debe a que las personas presentan dificultades para retomar su vida cotidiana, dejan de estar en un entorno como el hospital donde todos están enfermos y pasan a estar en su casa siendo la única “enferma” (Esparza, Marínez, Leibovich, Campos & Lobo, 2015).

Igualmente es importante señalar que, en otra investigación, mencionan que el superar la enfermedad del cáncer trae consecuencias positivas y negativas; entre las positivas se hace referencia a tener una mejor capacidad para resolver problemas, los vínculos con el entorno de la persona se pueden fortalecer y puede haber un crecimiento personal; entre las consecuencias negativas se encuentran el temor a recaídas, molestia emocional, dificultades en la reincorporación laboral, entre otras (Aries et al., 2012).

1.2 Afectividad negativa

La segunda variable que se analiza en la investigación es la afectividad negativa en las mujeres que han tenido cáncer, siendo esta una variable inductiva, que consiste en la externalización de los procesos psicológicos internos (Solano, 2005).

El afecto negativo es una dimensión biocomportamental de la estructura afectiva (Clark, 2005). Las personas, al tener constantemente estados emocionales aversivos, suelen estar molestas, angustiadas, presentando una visión negativa de sí mismos. Es decir, la afectividad negativa estaría compuesta por el miedo, temor, ira, disgusto, culpa, intranquilidad, tensión y tristeza; estas son experiencias conscientes que enfatizan cómo la persona se siente sobre sí misma y sobre el mundo (Watson, Clark & Stasik, 2011).

Se utilizaron dos categorías para poder identificar la variable, las cuales son inductivas, es decir, que son identificadas después de haber realizado el análisis a las entrevistas. La primera categoría es miedo/ansiedad, la cual se puede definir como una respuesta del organismo que se produce ante una situación de amenaza o peligro físico y/o psíquico, con el fin de brindar al organismo energía que pueda anular o contrarrestar la amenaza mediante una respuesta (Sandín & Chorot, 1995; Kouchaki & Desai, 2015). El miedo presenta ciertas características que nos permiten identificarlo; por una parte, están los procesos cognitivos implicados donde se generan creencias irracionales, pensamientos negativos automáticos, inseguridades, etc.

(Beck, et al., 1983). Dentro de los procesos cognitivos de las mujeres se pudo identificar la angustia como uno de los sentimientos de temor en el cual la persona se siente amenazada; esto la lleva muchas veces a soluciones distorsionadas cuando no se encuentran soluciones inmediatas, lo cual las lleva a buscar referencias y comparaciones (Anaya, 2004). Además, el miedo se puede identificar mediante las experiencias subjetivas, siendo la preocupación una de las características más importantes y la que se puede entender como el recelo por la propia seguridad o salud (Chóliz, 2005). Por último, se puede observar, dentro de las experiencias conductuales que presentan las mujeres, una de las características más resaltantes es el distanciamiento; el cual se entiende como la conducta de evitación o escape con el fin de calmar la ansiedad generada (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

La segunda categoría es la tristeza/depresión, donde se entiende a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses el cual puede tener diversas causas como acontecimientos en la vida diaria, cambios químicos en el cerebro, enfermedades, etc. (Beck et al., 1983). La tristeza presenta distintas características, dentro de la experiencia subjetiva las personas manifiestan desánimo, melancolía, desaliento, intranquilidad, etc. (Chóliz, 2005). La melancolía es una de las características más resaltantes en las mujeres y esta se puede comprender como el afecto que se produce ante la pérdida de un objeto con el cual la persona se sentía identificada (Anaya, 2004).

Por todo lo expuesto anteriormente es importante identificar las necesidades psicológicas y afecto negativo que surgen en las mujeres que han superado el cáncer de mama, pues se podrá obtener un conocimiento más profundo sobre cómo se encuentran las mujeres después haber pasado por esta enfermedad; para de esta manera poder tener un mayor conocimiento de las consecuencias del cáncer desde la psicología positiva, al ser esta la teoría con la que se plantea la investigación. Además, la investigación nos permitirá demostrar la importancia de brindar un apoyo psicológico a las mujeres, lo cual es primordial de manifestar para que los seguros médicos no solo centren en el tratamiento de la enfermedad, sino también en el post-tratamiento.

A través de esta investigación se busca explorar las necesidades psicológicas y afectividad negativa que surgen en las mujeres que han tenido cáncer de mama. Es por ello que se realiza la siguiente pregunta ¿cómo son las necesidades psicológicas y afecto negativo que surgen en las mujeres que han superado el cáncer de mama?.

2 MÉTODO

2.1 Diseño

La presente investigación se realiza bajo el enfoque cualitativo, el cual se caracteriza por recolectar datos del fenómeno de estudio presentando una perspectiva holística sobre el problema, donde no solo se observa y anota, sino que requiere un diálogo constante y profundo entre el observador y los observados (Ruiz, 2012). Se utiliza este enfoque para poder recolectar la mayor información posible según lo que van manifestando las mujeres, con el fin de poder entender cómo ellas se encuentran.

La investigación tendrá un alcance descriptivo, en búsqueda de especificar características importantes del fenómeno de estudio. Además, es importante señalar que el estudio presenta un diseño fenomenológico con el fin de poder explorar, examinar y entender las necesidades psicológicas de las mujeres que han superado el cáncer de mama (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). A partir de esto se evaluará interpretaciones y significados que ayudarán a comprender en profundidad las necesidades psicológicas y afecto negativo que presentan las entrevistadas.

2.2 Contexto

El contexto socioeconómico de la muestra es medio y bajo, pues la muestra fue atendida en hospitales e instituciones del estado, como el INEN y el hospital dos de Mayo. El primer centro de salud mencionado brinda atención especializada para dicha enfermedad y es donde la mayoría de pacientes presentan un nivel socioeconómico bajo, registrándose más ingresos con el Sistema Integral de Salud (S.I.S.) el cual es un seguro del estado para personas de escasos recursos; igualmente, se presenta un registro de egreso hospitalario donde el 78,5% pertenecen al S.I.S (INEN, 2017). Además, en el hospital Dos de Mayo se brinda servicio de hospitalización para el tratamiento de cáncer; sin embargo no se da abasto para brindar tratamientos de radioterapia por lo cual contratan los servicios de Radioterapia de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (MINSA, 2017).

En cuanto al contexto familiar de las entrevistadas, se observa que, si bien cuentan con distintos tipos de familias, la mayoría de estas son disfuncionales, así es que muchas de ellas son madres solteras que se encuentra a cargo de, al menos, dos hijos.

En el contexto laboral, se puede observar que en la actualidad realizan actividades que no demanden mucho esfuerzo físico, la mayoría de mujeres modificaron o cambiaron de actividad laboral con el fin de priorizar su salud.

2.3 Participantes

Las participantes son 7 mujeres que han superado el cáncer de mama y que actualmente realizan chequeos cada seis meses o anualmente. Respecto a los datos sociodemográfico de las participantes, las edades oscilan entre los 31 y 54 años, siendo todas madres. Respecto al grado de instrucción del grupo de mujeres, este varía entre secundaria completa, estudios superiores completos e incompletos. Las participantes de la investigación señalan que la mayoría se encuentran realizando una actividad laboral, siendo estos trabajos independientes desde casa, para de esta manera poder pasar más tiempo en su hogar. Además, las participantes han pasado por procesos de quimioterapia y radioterapia, comentando que estos tratamientos las debilitaron disminuyen su vitalidad por lo que se cansan con mayor facilidad. Asimismo es importante señalar que son solo siete el número de participantes pues se realizó la revisión de las entrevistas y encontró información importante con la que se puede responder la pregunta de la investigación; si bien los testimonios presentan diferencias, porque las vivencias de las personas no siempre va ser igual, se dispuso dejar de realizar entrevistas al observar que se recolectó información novedosa y profunda para analizar; es decir que se pudo llegar a la saturación (Martínez-Salgado, 2012). Solo se excluyó una entrevista realizada al observar que la participante no profundizaban en sus respuestas, por lo que la información recogida era efímera.

En la investigación se utilizó el tipo de muestra caso-tipo, ya que se busca identificar las necesidades psicológicas y afecto negativo de las mujeres que han superado el cáncer de mama, para lograr este objetivo se necesita analizar las experiencias de manera profunda (Ruiz, 2012). El método de muestreo fue por avalancha, donde se pidió que las participantes pudieran contactar con conocidas para, de esta manera, poder conocer más casos, esto permitió que las mujeres entrevistas entraran en confianza al saber el motivo de la investigación y al aceptar voluntariamente la entrevista (Martín-Crespo & Salamanca, 2007); se escogió este criterio de selección al no contar con el acceso a un centro en el que se pueda contactar con la muestra y con el fin de que las mismas participantes decidan si desean participar cuando son consultadas.

La investigación pasó primero por la revisión de tres expertos que examinaron la guía de entrevista. Una experta presenta como primera especialidad psicología oncológica, siendo

la única psicóloga registrada en la escuela de psicólogos del Perú como psicóloga oncológica, además de ser la presidenta de la Asociación Nacional de Psicooncología del Perú (ANPPE); mientras que otro experto domina conocimientos en psicología positiva, lo cual le permite tener un mayor conocimiento sobre la teoría de la investigación; la última experta, pudo realizar sugerencias importantes pues cuenta con la Maestría en Psicología oncológica en la Universidad Complutense de Madrid, realizando una revisión bibliográfica sobre supervivientes de cáncer. Además, luego de la recolección de datos se pasó por otra revisión de información con expertos; la primera experta que se entrevistó para la corroboración de información presenta estudios en psicología oncológica, acompaña a un grupo de mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de seno triple negativo; la segunda experta presenta un posgrado en Psicooncología y trabaja en una clínica especialista en el tratamiento de cáncer; la última experta presenta es la presidenta de ANNPE.

2.4 Instrumento de recolección de datos

Para poder realizar la investigación se utilizó la entrevista semiestructurada, la cual se elaboró con el fin de realizar preguntas que vayan de acuerdo al objetivo de la investigación; se utiliza este instrumento porque permite recabar información sin dejar de ser flexible, es decir el instrumento permite adaptarse a las participantes de acuerdo a las dudas que se presenten en la entrevista (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández & Varela-Ruiz, 2013).

La validez del instrumento se logró por la revisión de tres expertos. Los expertos evaluaron la pertinencia de las preguntas planteadas en la guía de entrevista, como la matriz de preguntas.

2.5 Procedimiento

Para poder asegurar la calidad de la información del estudio, primero se realizó un piloto de la investigación con un grupo de autoayuda, pero al observar que el grupo brindaba el soporte psicológico a las mujeres que han tenido cáncer de mama, se procedió a cambiar de muestra, pues el grupo puede presentar otro tipo de necesidades.

Esto se realiza porque se busca que la muestra pueda cumplir el objetivo de la investigación, donde las mujeres que han tenido cáncer de mama puedan evidenciar las necesidades psicológicas y afectividad negativa que presentan sin haber tenido algún tipo de intervención y acompañamiento psicológico constante.

Para poder llevar a cabo la investigación se realizó una prueba piloto donde se entrevistó a una mujer que ha tenido cáncer de mama. Este piloto permitió evaluar el instrumento con el fin de realizar las mejoras correspondientes

El primer contacto que se realizó, con la nueva muestra fue mediante los hijos de las participantes, esto se dio cuando se les contó sobre la investigación y ellos comentaron que sus madres han tenido cáncer de mama, siendo de esta manera un contacto directo con la población. Al tener el contacto directo con dos mujeres que han pasado por la enfermedad, nos permite mediante ellas poder tener el acceso a una mayor población, lo cual permitió que se sienta familiarización con las mujeres y que ellas estén dispuestas a ser entrevistadas. Una vez realizado el contacto con las participantes, se les explicaba en qué consistía la entrevista, dándoles el consentimiento informado y pidiendo que los firmen si estaban de acuerdo en participar, el cual se encuentra dentro del apéndice 1; además se les comentaba que las entrevistas fueron registradas mediante una grabación de audio, a lo cual no presentaban ninguna objeción.

Los criterios de calidad de información permiten garantizar el cuidado que se presentó en el proceso de investigación y de realización del informe, por ello es importante buscar aplicarlos en el proceso de realización del trabajo (Ameigeiras, et al., 2006).

Un criterio usado en la investigación fue el de credibilidad, el cual consiste en poder reflexionar sobre la fiabilidad del conocimiento producido y adoptar estrategias para lograrlo; esto se realiza pues el investigador es el instrumento fundamental de la investigación, al ser este el que garantiza la validez de los datos recogidos. Por ello se debe realizar un compromiso con el trabajo de campo, es decir se debe ser responsable al momento de observar y revelar la información, pues es necesario registrar la información del campo; por lo cual en la investigación se grabaron las entrevistas con la autorización de las participantes y las mismas firmaron un consentimiento informado donde dejaban constatado que desean formar parte de la investigación (Ameigeiras, et al., 2006).

Otro criterio usado es el confirmabilidad que hace referencia a la cooperación entre el investigador e investigado; pues ambos construyen la investigación cualitativa y se debe tener objetividad, es decir este criterio nos permite asegurar que la información obtenida no presenta ningún sesgo. Por ello cuando se presentó una dificultad al momento de la investigación se tomó la decisión de detener las entrevistas, para poder llevar terapia psicológica donde permita poder separar la dificultad personal del proceso de investigación (Rodríguez, Lorenzo & Herrera, 2005).

Además, la investigación pasó por triangulación de datos y teorías. En la primera, se conversó con una psicóloga oncológica que dirige un grupo de mujeres que han superado el cáncer de mama, la cual manifestó que muchas de las mujeres han presentado cambios en su vida, los cuales coinciden con los de la muestra de la investigación. En cuanto a la triangulación de teorías, se conversó con otra psicóloga oncológica la cual vio que la teoría de psicología positiva, sobre todo de las necesidades psicológicas, se podía trabajar con sus pacientes en el hospital que trabaja, por lo que pidió que se le enviara la teoría. Además, se pasó por la revisión de una tercera psicóloga oncológica que atiende a mujeres con cáncer de mama, la cual corroboró que las mujeres que han superado el cáncer de mama muchas veces quedan con el temor de posibles recaídas pero que eso no las impide en ahora apreciar más las actividades que realizan con una mayor motivación.

2.6 Análisis de la información

Es importante señalar que se realiza la técnica de análisis de contenido pues este se fundamenta en la interpretación de los textos mediante técnicas sistemáticas, para poder examinar el contenido manifiesto, latente y el contexto social del mensaje (Abella, 2002). Se utiliza esta técnica porque al ser las narraciones de las mujeres un poco diferentes se debe buscar que el análisis sea más abierto para recoger mayor información de la que se puede observar a simple vista.

Para poder llevar a cabo el análisis del contenido se debe realizar una categorización que permite resumir y examinar los datos, por eso las categorías usadas son las teóricas que surgieron del análisis del contenido y que responden al marco teórico. Además, la codificación del análisis del contenido es mixta, pues se usó al inicio la codificación deductiva donde se recurrió a la teoría de Reeve sobre las necesidades psicológicas en las mujeres que han tenido cáncer de mama; sin embargo se encontró más contenido de lo esperado identificando nuevas dimensiones, presentando una nueva categoría inductiva que es afectividad negativa (Abella, 2002).

Este proceso se realizó después de haber llevado a cabo las entrevistas a las participantes de la investigación, se empieza el procedimiento transcribiendo las entrevistas, para luego analizar el contenido y poder clasificar lo encontrado en alguna categoría; se procede a ejecutar este procedimiento hasta poder responder la pregunta de la investigación (Hernández et al., 2014).

3 RESULTADOS

En esta sección se presentan los resultado obtenidos de acuerdo a la categoría que corresponden, para de esta manera poder lograr el objetivo de la investigación que consiste en identificar las necesidades psicológicas y afectividad negativa que surgen en las mujeres que han tenido cáncer de mama. Para lograr ello se realizó una entrevista semiestructura a siete mujeres; donde se evaluó la variable deductiva, necesidades psicológicas, sin embargo, en las entrevistas se encontró la variable inductiva que es afecto negativo, con categorías inductivas, las cuales se pueden observar en la figura 1.

Figura 1. Esquema de las categorías ordenadas de acuerdo a los resultados. Elaboración propia.

3.1 Necesidades psicológicas

Después de realizar el análisis de las entrevistas y categorizar en la matriz de contenido, se puede observar que la variable necesidades psicológicas es la que presenta mayor cantidad verbalizaciones por parte de las mujeres que han tenido cáncer de mama; se puede definir

como la necesidad de poder decidir, actuar e interactuar con el entorno, para poder desarrollarse personalmente; presentando tres categorías que son relación, autonomía y competencia.

Figura 2. Esquema de la variable necesidades psicológicas con sus categorías y subcategorías, resaltando lo encontrado en cada una de ellas. Elaboración propia.

3.1.1 Relación

La categoría más referida por la muestra es relación, esta se puede definir como los vínculos que presentan las mujeres, las cuales pueden ser una red apoyo o desvinculación y que influyen en el desarrollo personal. Los hallazgos de la investigación denotan que las mujeres cuentan con distintos tipos de vínculos cercanos, la mayoría de ellas coincide que el vínculo que más se desarrolla y/o se ve afectado es aquel que tienen con sus hijos, pues está implicado el rol de madres el cual se ve afectado por la enfermedad durante y después del tratamiento. Durante el tratamiento la mayoría de mujeres manifiestan que sus hijos se muestran más pendientes de cómo ellas se encuentran, pues las quimioterapias muchas veces les impedía estar atentas a las necesidades que presentan sus hijos, entonces son ellos los que adaptan un rol protector. Además, los hijos al ver a sus madres cansadas, buscan calmar el cansancio y

preocupación haciéndolas reír y/o mostrando su cariño; se puede observar que los hijos buscan también pasar más tiempo con sus madres. Lo expuesto se puede observar en las siguientes manifestaciones:

"Pero ellos siempre estaban: mamá ¿que tienes?, mamá ¿estás bien? O sea, mucho se preocupaban por mí, me llamaban a cada rato... Ellos creían que no me había dado cuenta pero siempre estaban : mamá ¿cómo estás. O sea entre ellos cuchicheaban... Muchas veces dejaban de salir con sus amigos para quedarse en casa conmigo, pensaban que no me daba cuenta" (Mujer 1)

"yo he pasado por una experiencia muy buena donde mi familia me apoyaba un montón siempre venían y me preguntaba cómo estaba, mi hijo venía me abrazaba, me tocaba la cara a veces con mi hija era yo su punto de burla se reían haciendo broma, y yo me reía con ellos todo vamos a la broma, todo súper tranquilo... Siempre veíamos películas juntos, llegaban y me decían para ver algo juntos o solo conversábamos y reíamos siempre con sus bromas" (Mujer 7)

Después de haber pasado por el proceso de tratamiento de quimioterapias y radioterapias, la relación de la madre con los hijos cambia por el hecho de saber que ya no está al borde de la muerte; las mujeres retoman el rol protector que dejaron, siendo ahora capaces de poder asumirlo con mayor capacidad pues su entorno también les permite y son los hijos los que retoman actividades que habían dejado. Sin embargo ellos no dejan de presentar una preocupación latente de cómo se encuentra su madre porque a pesar de poder ser más independiente igual existe un grado de cuidado y atención hacia ella, siendo lo que muchas veces los lleva a mantener algunos hábitos de comunicación y espacios en los que puedan seguir compartiendo con su mamá. Además, se puede observar que las madres manifiestan que existe un cambio de actitud hacia sus hijos luego de la etapa de tratamiento, pues este les dejó de enseñanza tener paciencia y eso lo aplican con sus hijos; esto se puede deber a que durante el tratamiento muchas veces las mujeres llegaban a sentirse al borde de la muerte, lo cual las llevaba a querer tener más tiempo con sus hijos, por eso ahora aprecian el tiempo

que pueden pasar con ellos y tratan de corregir los errores que anteriormente han podido cometer. Estas conclusiones se pueden observar cuando las mujeres indican que:

"cuando les dije que ya estoy bien... cambió las cosas. Entonces ahora se van... ya, a mis dos varones a veces se van, y es mamá chau, y se van, viajan; entonces ya no están pendientes, ya no... Antes no se retiraban mucho de mi lado ahora sí. Andrea también, o sea... ya es otra cosa... y... si me llama me dice: mamá, ¿estás bien? Cualquier cosa me llamas; pero ya no se les siente tanto a ellos" (Mujer 1)

"Con mis hijos la relación es buena, antes era más renegona, ahora tengo más paciencia aunque últimamente me hacen renegar con los perros, Pero antes yo tenía un carácter bien difícil. Ahora he bajado, o sea ya les dejo, no les digo nada. Pero cuando ya me cansan, ¡ya me cansan!" (Mujer 4)

"con mis hijos siempre paramos comunicándonos bastante si bien no tenemos muchos espacios pero los espacios que estamos tratamos de comunicarnos de pasarla bien de reírnos de ver películas, de pasar mucho tiempo juntos, ahora somos muy unidos mucho más unidos que antes" (Mujer 7)

Aparte del vínculo con sus hijos, está el que tienen con sus pareja que se ve afectado por la enfermedad. Durante la enfermedad algunas mujeres comentan que su pareja no soporta la responsabilidad que conlleva el acompañar a una persona con cáncer durante el tratamiento de quimioterapias y radioterapias, lo cual los lleva muchas veces a dejarlas o se desvinculan de ellas durante el tratamiento. Esto se puede deber a que las parejas de las mujeres no saben cómo manejar sus propias emociones y al sentir que pueden perder para siempre a la persona que los ha acompañado durante mucho tiempo, sobre todo siendo ellas las madres de sus hijos, prefieren ellos proteger su vulnerabilidad y dejarlas antes que exista una pérdida que no puedan controlar. Al respecto las mujeres indican que:

"Y de repente lamentablemente en el momento que yo tuve este proceso yo tuve la ausencia de la persona que más esperaba no? (en referencia a su esposo)...yo decía yo necesito apoyo no? Que

alguien me acompañe a una quimio, que me acompañe a un examen"
(Mujer 2)

"en esa etapa (tratamiento) su papá también se fue" (Mujer 4)

"la enfermedad es una carga y no podía él con esa carga. " (Mujer 5)

Después de la enfermedad este vínculo se transforma, pues las mujeres tienen diferentes maneras de afrontar esta nueva etapa; la mujer que presenta mayor tiempo de remisión ahora es capaz de tener una mejor comunicación con el padre de sus hijas, mientras que otra solo recibe una manutención simbólica para sus hijos y no presenta mayor comunicación. Sin embargo, lo que presentan en común es que no volverían a retomar la relación pues ahora se reconocen como personas más empoderadas capaces de llevar una relación de padres sin que esto implique volver a ser pareja.

"a esta altura creo que he encontrado un equilibrio porque he logrado, este he logrado, de repente, una comunicación con él, con el papá de mis hijas, una comunicación saludable digamos, ¿no? Saludable de reconciliación sobre todo como seres humanos que somos, ¿no? Sin tener que reclamarnos nada?" (Mujer 2)

"tengo una pensión del papá de mis hijos pero son 3 hijos. 350 soles me lo gasto en 2 días o 3 días". (Mujer 4)

En cuanto a las mujeres que han recibido apoyo por parte de sus parejas, comentan que durante el tratamiento este apoyo se brindaba más cuando ellos se podían hacer cargo de las actividades del hogar y del cuidado de sus hijos, para que de esta manera ellas puedan realizar el tratamiento con mayor tranquilidad. En este aspecto se puede observar cómo las parejas sí pueden ser un vínculo comunal para las mujeres, donde ellas pueden sentirse capaces de afrontar la enfermedad sabiendo que presentan el apoyo de sus pareja. Esto se puede observar cuando indica que:

"el tiempo que a mí me operaron, él vivía fuera de su casa, él todos los días que estuve en el hospital él durmió acá con Carlos"
(Mujer 3)

"esta enfermedad ayuda a saber cuánto en verdad te ama tu esposo porque yo he visto casos de mujeres que comentan que sus esposos las dejaron por tener cáncer de mama y muchas veces se les

echa la culpa las mujeres, pero gracias a Dios mi esposo me acompañó mucho en este proceso, o sea, siempre estaba para mí”. (Mujer 7)

Una vez que se ha superado el tratamiento las mujeres perciben que esta relación se volvió más fuerte y por ello buscan tener más espacios en los que pueden mantener este vínculo, además de que reciben la aceptación por parte de los hombres a pesar de los cambios físicos que han podido presentar. Al tener las mujeres una red de soporte que continúa en sus vidas, ellas pueden calmar sus angustias con ellos y saben qué, a pesar de las dificultades, pueden contar con ese apoyo, lo cual las lleva a apreciar y cuidar más su relación.

"Ahora vamos al cine los tres o lo dejo a mi hijo con mi sobrina y nosotros dos nos vamos a bailar, o nos vamos al teatro o nos vamos a comer un anticucho con nuestra cervecita los dos solos, era tiempo que nosotros ya no nos dábamos no porque él no quisiera, sino porque yo siempre tengo qué hacer, cómo me voy a divertir" (Mujer 3)

“yo creo que esta enfermedad nos permitió poder conectarnos mucho más y saber que en verdad tengo el apoyo de mi esposo, a pesar de mis cambios físicos él nunca ha dejado de amarme”. (Mujer 7)

En cuanto a las relaciones con sus familiares, la mayoría de mujeres comentan que sus padres son mayores y que ellas no quieren darles una preocupación al tener una enfermedad, por eso durante el tratamiento prefieren decirles que no tienen o que no es tan grave. Esto implica que las mujeres buscan no ser un elemento de preocupación para sus padres: sobre todo, buscan tener un rol protector con ellos, por miedo a que ellos no puedan afrontar la idea de que pueden perder a sus hija y, de esta manera, causarles algún problema de salud.

“yo no le dije nada a mi mamá porque... ahora que hay el internet comencé a leer todo lo del cáncer... y todo eso... yo sí vi que era una enfermedad terrible... y me da pena... decir a mi familia... a mi madre más que nada... que... tengo cáncer... porque... lo que más quiero para mi mamá es que siempre sepa que estoy bien, que estoy feliz, que la extraño... la quiero... pero creo ella al no saber mis problemas, ella va a estar tranquila” (Mujer 1)

“Mi padre que en esa época todavía estaba vivo, venía y me decía hijita qué tienes? Algo tienes, y yo le decía no papá es que me ha salido un bultito acá, y él también ya mayor me decía hija pero de repente

eso ya con un pañito de agua tibia o me traía yanten, cosas, me decía ponte hijita, yo le decía ya papá se me va a pasar, se me va a pasar; a mí me hubiera dado muchísimo dolor el decirle papá tengo esto, él hubiese sufrido no? No hubiera entendido porque el que ya era mayor estaba sano y que yo este mal no?” (Mujer 2)

"en el momento que se lo dije le dije calmada: Mira mami tengo esta enfermedad pero tú tranquila no están grave hay un buen pronóstico trataba de mostrarme lo más tranquila posible porque no quería que se preocupara, ese momento se sorprendió pero yo no he le he dicho para que sienta mal o para que llorara. O sea, yo trataba de que siempre me vea bien, ellos veían que estaba tranquila a pesar de haber pasado las quimios me mostraba hasta animada cuando mi mamá venía a visitar siempre me encontraba con mi pañuelito en la cabeza entonces cómo veía con tanta tranquilidad ella también se ponía tranquila como no me encontraba en la cama tirada quejándome, sino me veía haciendo cosas tranquila, animada, entonces ella no se preocupaba. O bueno, al menos ella no me decía que estaba preocupada. Entonces mi mamá nunca llorar delante mío ç, al menos nunca me dijo: hija qué terrible la enfermedad. Entonces esa tranquilidad me la transmitía. Y lo mejor es que la familia demuestra que está tranquila y que transmita esa tranquilidad porque te da más calma Y ayuda a luchar y a no preocuparte por cómo está la familia”. (Mujer 7)

Una vez pasado el tratamiento las mujeres comentan que existe un cambio en la preocupación por parte de los padres o personas que acompañaban, dejando que ellas empiecen a realizar sus actividades solas, sin dejar de asegurarse que se encuentren mejor. Los padres al saber que el peligro de la enfermedad desapareció y que ahora solo deben de realizarse chequeos, entonces la angustia de pérdida disminuye lo cual los lleva a dejar que sus hijas vuelvan a ser independientes y ellas dejan de tomar el rol protector con sus padres. Esto se puede observar cuando mencionan que:

“mi mamá también antes me llamaba... muy seguido... con cualquier pretexto o que si me ha soñado o que si ha soñado a mi hijo, o sea... buscaba. Ahora ya no... Porque ha venido acá incluso, ha visto que

la cosa están mejores... porque ella tiene sus propias preocupaciones”. (Mujer 1)

"Y mi tía ha sido la persona que ha sido mi madre, yo sé que ella no puede estar todos los días acá conmigo, hasta el día de hoy me engríe" (Mujer 4)

En cuanto a las relaciones amicales algunas mujeres expresan que durante el tratamiento se separan de estas al no querer que las vean mal y al no poder tener las energías de poder salir con ellas. Las mujeres al verse vulnerables prefieren evitar que el resto las vea de esta manera; esto se puede deber a que ellas no se sienten preparadas en ese momento de recibir el apoyo o crítica. Por ello las mujeres mencionan que:

“Incluso me pasaba con mis amigas, no quería que me vean así... porque prefería que me recordaran como... la Pilar que estaba con ellas feliz, tranquila... y no en mi faceta de cáncer”. (Mujer 1)

“Bueno y varias de mis amistades viven lejos y con la enfermedad era un poco difícil salir y todo”. (Mujer 5)

Después del tratamiento las mujeres explican que se pueden dar más tiempo para salir con sus amigos, teniendo más espacios en los cuales interactuar con ellos. Al ya no verse tan vulnerables, las mujeres ahora pueden seguir formando vínculos amicales en los que pueden sentir un soporte emocional. Es así como las mujeres mencionan que:

“en los lazos amicales me unió, supe quiénes eran mis amigos. Las chicas del hospital son mis hermanas, ósea las conozca o no, son mis hermanas. Y en familiares me acerco a mi familia que yo más quería, mis hermanos son ellos mis primos, ellos me engríen, me abrazan. Este año festejé mi cumpleaños a lo grande, festejé los 5 años de pasar y no me importaba que estuvieran más que ellos y mis amigos más cercanos, yo creo que bien” (Mujer 4)

"Había grupo de señoras que se juntaban a rezar el rosario entonces yo también me uní a ellas y como es en una parroquia cerca mi casa me uní, pues iba con más frecuencia. Luego me invitaron a participar también del coro, y yo encantada... ya voy como 10 años participando en la parroquia” (Mujer 7)

3.1.2 Autonomía

La segunda categoría donde se encontraron más verbalizaciones, dentro de la variable necesidades psicológicas, es autonomía que se puede definir como el empoderamiento adquirido por las mujeres, que han tenido cáncer de mama, siendo capaces de evaluar lo que es mejor para ellas teniendo como prioridad su salud y bienestar psicológico. Esta categoría presenta 3 subcategorías, locus percibido de causalidad, volición y elección percibida.

3.1.2.1 Locus percibido de causalidad

Por un lado está el locus percibido de causalidad interno, que durante la enfermedad se le puede definir como la atribución que realizan a los sentimientos de rencor, estrés, etc., con el fin de explicar el origen de su enfermedad. Para las mujeres los resentimientos son un factor que predispone a tener cáncer, siendo algo por lo que ellas han pasado, dándole de esta manera una atribución interna, llevándolas a tener un grado de culpa por haber adquirido la enfermedad. A lo que las mujeres indican que:

"Yo he escuchado mucho que el cáncer no es tan hereditario si no que es de resentimientos guardados, de penas o asuntos no pero más en sí en mí sí se ha cumplido, porque yo analizando mi vida he tenido muchos resentimientos guardados". (Mujer 3)

"Antes yo me estresaba demasiado, no tenía paciencia con nadie, por eso mi embarazo también fue de riesgo y como dejé de trabajar me estresé mucho más, me preocupaba en cómo íbamos a sacar plata y eso, creo que eso también me afectó y ayudó a que me salga el cáncer". (Mujer 5)

Después de la enfermedad el locus percibido de causalidad interna se puede definir como la atribución personal que dan a la alta que reciben, es decir las mujeres explican el motivo que las ayudó a poder superar los tratamientos es su autodeterminación. Las mujeres comentan que ellas se proponen curarse y mantener esa alta, por este motivo no caen en una reincidencia, para ellas la autodeterminación es muy importante, sobre todo el creer que es un factor que ellas mismas deben controlar. Esto implica que las mujeres adquieran un empoderamiento sobre su propio cuerpo y sobre todo las lleva a cuidar de ellas. Esto se puede deber a que durante el tratamiento ellas no podían sentir un control total sobre su cuerpo por

la cantidad de químicos que recibían, por eso ahora ellas se proponen como meta el cuidar su cuerpo desde los pensamientos y autodeterminación que tienen, para de esta manera poder tener un mayor control sobre lo que les sucede. Ante esto las mujeres indican que:

“Cuando te elige, de repente pasa el tiempo pero queda la zozobra, ¿no? Pero yo estaba convencida de que en mí no iba a ver eso, yo decía yo estoy segura de que no, porque a veces el ser humano colabora grandemente para enfermarse para morir o también para estar bien, ¿no? Hasta en eso una libertad de elegir, entonces yo estaba convencida de que yo iba a hacer todo lo posible para que esa alta se mantenga hasta el último”. (Mujer 2)

"Que uno puede enfrentarlo (el cáncer) si te lo detectan a tiempo con una buena actitud uno puede salir adelante". (Mujer 3)

En cuanto al locus percibido de causalidad externa, durante la enfermedad, es la atribución que le dan a factores externos relacionados con sus creencias, como la religión, con el fin de explicar el origen de su enfermedad. Las mujeres comentan que si han tenido esta enfermedad es porque Dios o la vida se los puso para que ellas puedan demostrar que se puede vencer y de esta manera poder ser ejemplo para otras personas. Las mujeres puede realizar esta inferencia para poder encontrar una motivación externa que las ayude a superar la enfermedad, sobre todo cuando sienten que ellas no pueden tener control sobre esta. Las mujeres refieren sobre lo menciona que:

"Y yo entendí, yo lo asumí así, yo lo entendí así que Dios me lo mandó para demostrar a mucha gente que se puede vencer el cáncer, ¿no? Que uno puede enfrentarlo si te lo detectan a tiempo con una buena actitud uno puede salir adelante". (Mujer 3)

"Yo antes era flaquita pero no siempre comía bien, muchas veces por el trabajo descuidaba mi alimentación y no apreciaba lo que tenía, ahora sí aprecio, por eso creo que es una prueba que me puso la vida para poder apreciar a las personas que me rodean y para aprender a ser fuerte". (Mujer 5)

Después de la enfermedad, el locus percibido de causalidad externa se entiende como la atribución que se da a los factores externos relacionados con sus creencias, con el fin de explicar el motivo por el que le dan de alta y la mantiene. Las mujeres sienten que Dios es

quien las ayuda a mantener esta alta, esto se da sobre todo porque buscan tener una explicación a lo que les sucede y al encontrar una respuesta en sus creencias pueden calmar la angustia que les genera el saber que pueden recaer en la enfermedad. Es así como las mujeres mencionan que:

" De repente hay un propósito que se me ha encomendado y que yo tengo que ponerlo en práctica, que todos los días me tengo que acordar que tengo una oportunidad más de vida que a mí, que fui la elegida dentro de muchos que se van, ¿no? si Dios lo permitió entonces no lo debo de olvidar en ningún momento." (Mujer 2)

"Y decir, Dios que no tenga nada, y gracias a Dios cada vez que me chequeo estoy sana... el mismo hecho de haber superado el cáncer de haber tenido uno de los cánceres más leves, en verdad me motiva a agradecerle a Dios por esta nueva oportunidad". (Mujer 7)

3.1.2.2 Volición

La segunda subcategoría es volición que se puede definir como la capacidad de las mujeres de realizar actividades de manera voluntaria y con facilidad. Durante la enfermedad las mujeres mencionan que realizan actividades de manera libre, muchas de estas lo hacen para poder distraerse, olvidando por momentos que tienen una enfermedad. Además, para las mujeres es importante cuidar su salud, por eso buscan realizar actividades en las que ellas puedan cuidarse y sentirse mejor, sin importar que esto implica cambiar sus hábitos alimenticios. Asimismo, las mujeres buscan tener mayor tranquilidad en sus vidas y esto implica también cortar relaciones que no las ayudan en su crecimiento personal, sobre todo en la superación de la enfermedad; por eso muchas veces ellas prefieren llevar la enfermedad solas dejando a sus parejas que representan un conflicto en su vida. Las acciones libres que realizan durante los tratamientos son muchas veces consecuencias de la tranquilidad que buscan tener en este proceso. Todo eso se puede observar cuando las mujeres mencionan que:

"Salía mucho de viajes en esa época, ya... porque quería... disiparme, salir, o sea olvidar incluso olvidarme que tengo el cáncer" (Mujer 1)

"Entonces la edad me ayudó un poco, las ganas de vivir, porque tenía, tenía... Me sentía obligada a seguir viviendo por las niñas y también cuidarme el cuerpo en cuanto... ahí asumí que tenía que hacer cambios fundamentales en cuanto alimentación, estilo de vida, que todo iba

sumando, yo decía si tengo un hígado fuerte si tengo un riñón fuerte, un estómago fuerte los medicamentos no me van a afectar" (Mujer 2)

"Créeme que cuando me dio cáncer no me importó, tomé la decisión de separarme. Porque yo me separé, él estaba con otra persona, pero seguía en mi casa. O sea, no dormía conmigo, pero seguía ahí. Y no iba a ser vida, no era vida... Me acuerdo que fue la primera comunión de mi hijita, y ahí tomé la decisión de irme. Me vine con todas mis cosas, mis hijos; ya trabajaba yo". (Mujer 4)

Después de la enfermedad las mujeres aumentan y mantienen la conducta de participar en actividades de manera voluntaria y con facilidad. Esta conducta se muestra cuando ellas manifiestan que ahora son capaces de decir cómo se sienten, siendo libres en expresar su malestar físico, sin sentirse culpables por ello pues esto no implica que su vida esté en peligro. Además, las mujeres refieren que ahora son capaces de dedicarse más tiempo a ellas mismas y a las actividades que les gusta realizar, reconociendo la importancia de tener espacios para ellas mismas . Las mujeres indican:

"¡Ahora si! Si estoy mal: ay, sabes que (viene una amiga y me dice vamos a andar) sabes que me duele mi cabeza, no me molestes. O sea ahora si... o sea digo lo que siento, me entiendes? Ahora si me duele la cabeza y no quiero seguirle, no". (Mujer 1)

"Porque claro, al inicio mi mundo fueron mis hijas, mi hogar, mi familia, que para mi es lo más hermoso que pude dedicarle, pero que también a eso se iba sumando que también yo no tenía que olvidarme de mí, ¿no? De lo que... de tener mi propio espacio, de poder alimentar esa parte mía que se había quedado un poco abandonada digamos no?". (Mujer 2)

"Después de muchos años me he dado tiempo para mí, he salido con amigas cosa que no hacía uf, hace mucho tiempo, me voy al cine me voy al teatro, trato de dejar a mi hijito con alguien para yo salir, mi mamá me apoya bastante, a veces lo dejo con mi sobrina, ella me lo cuida y yo salgo con mis amigas, no me voy de amanecida, me voy a tomar un lonche". (Mujer 3)

"aprendí a darme mi espacio y decir: hoy día no me siento de ánimo para recibir visitas" (Mujer 3)

"Y desde que me detectaron el cáncer me he reído de todo ,viajo. He viajado, ,no sé cómo viajo todos los años. El lunes llegué de Huaraz ,y así... ya no me duele. Por ejemplo, mi celular se cayó en Huaraz, se destrozó. No me importa. La plata se hace, lo bueno es que viaje, disfruté, y ya está". (Mujer 4)

"Ya poco a poco me empecé a dedicar más tiempo, también como mi hijita empezó el nido este año ,tenía más tiempo libre y en ese tiempo empecé a dedicarme más a mi ,a cuidarme mas el cabello, a ir al gym, mejorar mi apariencia, más que nada para sentirme mejor conmigo" (Mujer 5)

3.1.2.3 Elección percibida

La tercera subcategoría es elección percibida que se puede definir como las oportunidades que tiene la mujer de elegir las actividades que desea realizar recibiendo apoyo por parte de su entorno. Durante la enfermedad las mujeres manifiestan que buscan remedios naturales que las ayuden a vencer la enfermedad, buscando alternativas en las que ellas sientan que pueden elegir y que de alguna manera las puede ayudar, estas elecciones que el ambiente les proporciona ayuda a que las mujeres puedan sentir que está en ellas el afrontar la enfermedad. Además, es en este proceso donde las mujeres al ver que su vida corre peligro no les importa elegir si quedarse sin un seno con tal de poder seguir viviendo; esta elección que toman se puede deber a que buscan aplicar todos los tratamientos posibles con tal de aferrarse a la vida y poder seguir con su familia. Asimismo, es durante el proceso que las mujeres deciden cómo llevar la enfermedad, muchas veces ellas prefieren no usar una peluca, sino que prefieren llevar la pañoleta sin avergonzarse; pueden tomar esta decisión como fruto de la aceptación de la enfermedad. Respecto a lo explicado las mujeres indican que:

"Entonces averigüé que la chirimoya, las frutas ayudan a llevar el tratamiento. Entonces cuando ya no tenia nauseas aprovechaba en comer saludable para estar fuerte durante las quimios" (Mujer 6)

"que cuando yo voy y sé que tengo un tumor lo primero que le pido al médico es que me ayude a vivir y que sobre todo si es que hay necesidad de exterminar

la mama que lo haga, que si tenía que sacarme las dos que las saque, no me importaba, ahí solo pensaba en que quería vivir." (Mujer 2)

"Pero ya me había preparado ,me había comprado una pañoleta. Mis amigos me hicieron una chanchita para comprarme una peluca, y no quise." (Mujer 4)

Después de la enfermedad presentan mayor cantidad de oportunidades para elegir actividades que desean realizar y el apoyo del ambiente se mantiene e incrementa. Las mujeres comienzan a realizar actividades en las que ellas pueden decidir si las quieren realizar y escogen las que más les gusta, esto se puede deber porque al pasar por una enfermedad tan fuerte, la perspectiva de vida cambia. Además, las mujeres buscan realizar actividades que las ayude a mantener un estado físico saludable. Al haber superado la etapa de tratamientos las mujeres pueden ser capaces de ver las distintas oportunidades que el ambiente les proporciona y de esta manera buscan aprovechar en realizar estas actividades, esto se puede dar porque el hecho de que ahora puedan elegir qué actividad ellas quieren realizar significa que pueden hacer planes a futuro, es decir que su vida ya no corre peligro y de esta manera presentan una mayor autonomía en sus vidas. Por eso las mujeres mencionan que:

"Ósea como puedo hacer deporte, empecé a hacer aeróbicos, ir al gimnasio, manejar bicicleta, correr, caminar, ir a la playa, bueno todo lo que sea actividades físicas, bueno me encanta bailar, tengo una hija muy bailarina que es Andrea y la otra niña que es deportista esas cosas, darle más. A mi me gusta mucho el arte, el teatro, el cine, las reuniones familiares, con amigas, sociales, ósea todo lo que me genere alegría distracción me gusta mucho esos espacios de compartir, de compartir y socializar y disfrutar" (Mujer 2)

" Hago zumba, eso es actualmente porque yo regrese a mi si gimnasio luego de la operación empecé haciendo caminatas y poco poco comencé haciendo aeróbicos dos veces por semana luego luego a tres veces por semana luego semanalmente. Y después me metía zumba, deje los aeróbicos estoy haciendo zumba de dos a tres veces por semana pero trato de estar haciendo ejercicio al menos todas las semanas eso al menos te ayuda a estar físicamente en buen estado" (Mujer 7)

3.1.3 Competencia

La tercera categoría, de la variable necesidades psicológicas, es competencia que se puede definir como el desarrollo, exploración y decisión de realizar actividades en las que pueden hacer uso de sus capacidades y habilidades. Esta categoría presenta tres subcategorías que son desafío óptimo, estructura clara y útil y tolerancia al fracaso .

3.1.3.1 Estructura clara y útil

La subcategoría estructura clara y útil hace referencia a la información que es brindada a las mujeres con el fin de ser motivadas a realizar una actividad o continuar con ella. Durante el tratamiento las mujeres reciben en su mayoría una realimentación por parte de los doctores, que las alienta a seguir avanzando con el tratamiento; de esta manera al sentir que la persona experta en la enfermedad les dice que pueden salir adelante, pueden superar el proceso y con información clara, entonces las mujeres pueden lograr sentir una mayor motivación en esta etapa. Además, existe una estructura clara y útil cuando la mujer recibe información sobre cómo fueron llevados los tratamientos de otras personas y ve como el otro ha podido revertir la enfermedad; por eso al poder ellas ver casos externos las ayuda a auto motivarse y sentirse capaz de poder lograr lo que se proponen. Es así como las mujeres mencionan que:

"Comencé mis tratamientos, ya estaba mejor. Al tercer año...ya me dijo (el doctor) que estaba bien pero que tenía que seguir." (Mujer 1)

"Comparado con los otros paciente que la mayoría eran mayores de 50, yo no llegaba todavía a los 40 años entonces me decían que había un buen pronóstico y que fácil podría revertir ese cáncer" (Mujer 2)

Después del tratamiento, las mujeres mantienen una estructura clara y útil con el fin de usar sus capacidades y habilidades para de esta manera mantenerse motivadas. Las mujeres ahora son capaces de tener guías claras sobre cómo cuidar su salud y autoestima; lo cual también las lleva a compararse con las otras personas que no han pasado por la enfermedad, tomando lo bueno que les ha dejado la enfermedad, es decir, son capaces de saber que pueden disfrutar y aprovechar más los espacios que les da la vida. Además, los familiares ahora son capaces de reconocer el esfuerzo y la entereza que presentan las mujeres al haber superado la etapa de tratamiento y encontrarse en remisión; de esta manera ellas al recibir dicha información se perciben como valientes y guerreras siendo ejemplo para su entorno. Asimismo, se puede observar que algunas de las parejas brindan una estructura clara de que pueden aceptar el cambio físico que dejó la enfermedad; de esta manera las mujeres se sienten valoradas por lo

que son y sobre todo las ayuda a sentirse mejor con ellas mismas, pues saben que lo más importante para el otro es que ahora pueden seguir compartiendo tiempo juntos. Respecto a lo expuesto las mujeres manifiestan que:

"también me ayudó, también escuche y vi que me decían mi vida es otra, he hecho cambios ahora se que voy a vivir más que cualquier persona sana porque esa persona que está sana piensa que no se va a morir y no se va enfermar y hace su vida el desorden más grande en todos los aspectos" (Mujer 2)

"a bueno me felicitaron (familiares) me dijeron que había sido muy valiente una gran guerrera y que se sorprendía al verme bien, que nunca había perdido la actitud y que siempre estuve afrontando todo con una sonrisa y que era ejemplo para mucha gente" (Mujer 3)

"una vez le pregunté qué hubiera pasado si me hubieran quitado el seno si me hubiera seguido queriendo a pesar vez y él me dijo que sí porque el me ama por lo que soy no por mi físico" (Mujer 7)

3.1.3.2 Desafío óptimo

La segunda subcategoría es desafío óptimo que se entiende como el uso de las habilidades y capacidades que presentan la mujeres cuando han podido realizar una actividad y/o han superado la enfermedad, brindándoles satisfacción. Esto se evidencia sobre todo cuando las mujeres sienten que han podido superar el proceso de tratamiento; es de esta manera en la que las mujeres perciben que han logrado una de las metas más grandes, lo cual les permite sentir que ellas pueden enfrentar cualquier adversidad, pues se sienten mejor con ellas mismas y presentan un mayor alivio en saber que el riesgo de muerte es menor. Es así como las mujeres señalan que:

"cuando me dijeron (superó el cáncer) es como volver a nacer, es como que...eh...te dan ... como te explico...es como cuando ...tu sientes una alegría y ...a veces cuando ves a alguien cuando estas enamorado pasa alguien se te ponen los pelos (señala el brazo haciendo referencia a erizar los pelos), ya algo así .Que se te pone todo maripositas, sientes como si te esponjarías y que... sientes que ...brillas ,porque uff. Nueva vida dices ,no? y entonces eso... sientes

una cosa bonita como si te darían ...como si estarías saliendo... muy doloroso, porque sí lo es. Y te dices uff... ósea te sientes lindo, te sientes feliz, te sientes radiante (llorando), te sientes todo; me entiendes?" (Mujer 1)

"Por eso cuando te dicen que ya te dan el alta de las quimios y todo eso, es un alivio, es poder saber que lograste la meta de pasar por tantos químicos." (Mujer 2)

"cuando termines las quimioterapias que son pesaditas cuando te pones la última sientes que eres la mujer más feliz del mundo porque sientes que nunca más te van a volver a poner una O al menos eso es lo que quieres no? es saber que ya pasaste tantas quimios, es un logro no?" (Mujer 7)

Después de la etapa de tratamiento presentan nuevas satisfacciones al lograr conseguir alcanzar nuevas metas y sentir que ellas lo lograron por sus propios medios. Pues ahora las mujeres son capaces de ponerse nuevos objetivos y la satisfacción es mayor cuando lo logran, sin importar que estas sean muy cotidianas y simples pues esto puede significar para ellas que ahora pueden disfrutar más las oportunidades que pueden alcanzar y que estos pequeños detalles son significativos pues no hay un tratamiento que las canse y no las deje realizar lo que más les guste. Es así como se puede observar cuando mencionan que:

"ahora me leo un libro de repente en un mes así de a pocos pero este me encanta, este como te digo la novela romántica, me encanta mucho cine, tengo películas de selección, y bueno así fui abocando todo lo que de repente en un momento fue mi posibilidad de vida y decía esto va ser una de las innovaciones que le voy hacer a mi nueva vida" (Mujer 2)

" si bien es cierto que el trabajo me daba cierta independencia económica, no tenía tiempo para hacer cosas que realmente me gustan era como si hubiera olvidado lo que era importante para mí. Entonces al final estoy mucho mejor ahora pasó más tiempo en casa me gusta estar ahí y mi familia me ve bien entonces se da cuenta que era lo mejor...igual busco maneras de ganar dinero pero sin dejar de hacer las actividades que me gustan" (Mujer 7)

3.1.3.3 Tolerancia al fracaso

La tercera subcategoría es tolerancia al fracaso que hace referencia al aprendizaje que adquieren las mujeres de sus errores y cómo estos les brindan estrategias nuevas. Esto se evidencia sobre todo cuando mencionan que durante el tratamiento aprendieron a sobrellevar las consecuencias de las quimioterapias de acuerdo a su alimentación, este aprendizaje fue adquirido luego de pasar por momentos de fatiga y malestar. Además, mencionan la importancia que le deben de dar al estado anímico para sobrellevar la enfermedad y como entendieron que esto se da conforme vieron la influencia de sus emociones con su estado de salud. Es así como se puede observar cuando mencionan que:

"Cuando me dijo que el otro busto estaba igual ,entonces ya ...Pero ahí...tome más fuerza...trataba de... superar todo ...todos los problemas ,todo, todo, todo, dejar mis hijos que ...que ósea...no podía ayudarlos...porque estaba sola , me tocaba enfrentar ahora si yo el problema...ya no podía seguir mal ósea deprimida era mi salud" (Mujer 1)

"Cuando me hacían quimios al inicio no sabía que antes de estas no debo comer algunos alimentos, luego fui aprendiendo que debía alimentarme mejor y que antes de ir al hospital debo comer ligero para no ponerme mal" (Mujer 5)

Después de haber superado la enfermedad las mujeres siguen encontrando oportunidades de mejora, esto se da sobre todo cuando retoman algunas actividades en las que antes participaban con mayor frecuencia y mayor habilidad; sin embargo reconocen que estas actividades las pueden retomar poco a poco y que si bien al inicio les cuesta y cometen algunos errores de ellos pueden aprender. Esto se observa cuando mencionan que:

"Ahora muchas veces quiero limpiar toda la casa, poder cocinar todos los días...antes era experta en eso, siempre estaba limpia mi casa pero ahora me cuesta, muchas veces no limpio bien porque me canso, es como si tendría que empezar a realizar poco a poco estas actividades" (Mujer 1)

"Retomar dictar clases me costó, no podía levantar la mano; sabía que ese dolor se iba a ir pero yo quería seguir trabajando, ya se fue el dolor pero también porque seguía persistiendo y me las ingeniaba para dictar...tenía que tolerar estas limitaciones que te deja la enfermedad pero eso ayuda seguir motivándome y poder superar todo eso, ahora

ya puedo dictar bien las clases y me motiva saber que estoy bien”
(Mujer 3)

3.2 Afectividad negativa

En cuanto a la variable afectividad negativa esta se puede entender como estados de ánimo que afectan a las mujeres, estas emociones están compuesta por 2 categorías las cuales son:

Figura 3. Esquema de la variable afectividad negativa con sus categorías y subcategorías, resaltando lo encontrado en cada una de ellas. Elaboración propia.

3.2.1 Tristeza/depresión

La categoría se puede entender como el estado de ánimo negativo donde las personas presentan sentimientos de desánimo que las lleva a un pesimismo. Dentro de esta categoría se encontraron gran cantidad de manifestaciones en la subcategoría de melancolía que se puede entender como la falta de calma y la inquietud que genera como las ven los demás. Este sentimiento se genera muchas veces por la pérdida de alguna parte física de la mujer (busto, cabello) también se suscita por la pérdida de oportunidades. Durante la enfermedad la pérdida se da sobre todo en el área física, pues en el tratamiento las mujeres pierden el cabello y en su mayoría primero pasan por una operación que conlleva perder una mama. Para las mujeres la pérdida del cabello puede ser una de las experiencias más duras, pues el cabello puede simbolizar el cuidado que la mujer presenta en ellas misma y la feminidad; por eso cuando lo pierden puede representar para ellas que ahora su feminidad se ve afectada y el resto lo puede observar generando sentimiento de preocupación, asimismo perder el

cabello es un símbolo concreto y visible de que están enfermas. Además del cabello las mujeres manifiestan que existen cambios en su cuerpo que ellas no pueden controlar, siendo un cambio que muchas veces no pueden reconocer haciéndolas sentir impotentes, lo cual las lleva a sentirse mal. Lo mencionado se puede observar cuando las mujeres mencionan que:

"Incluso yo me sentía anímicamente mal, porque no era yo. Ósea totalmente te desfigura ,a veces. Ósea no eres tú , o te hinchas o te haces nada." (Mujer 1)

" todos los días me levantaba y me miraba en el espejo para ver si había cambiado si había disminuido, era despertar e imaginar que ya yo decía que sea un sueño y que yo despierte y diga ya ha desaparecido y que quiero ver mis mamas normales ósea quiero ver que estén mejor que se estén recuperando " (Mujer 2)

"mi cabello empezó a caerse, y ahí fue lo peor para mi" (Mujer 4)

"Yo era lacia, me costó mucho el perder mi cabello en el proceso" (Mujer 5)

"Porque si me choco un poco el perder el seno, el tener esa cicatriz" (Mujer 6)

"fueron cuatro rojas y cuatro blancas, son vía intravenosa tú sabes las consecuencias que son la pérdida del cabello pérdida de peso, esa experiencia difícil" (Mujer 7)

Después del tratamiento las mujeres siguen presentado algunos sentimientos de intranquilidad que se generan por la pérdida de oportunidades, pues a pesar que han tomado decisiones en las que velan por su tranquilidad, como la de separarse de sus parejas, muchas de estas conllevan renunciar a los ideales que anteriormente tenían; esto implica que las mujeres pasen por momentos de melancolía cuestionando si la decisión que tomaron fue la mejor. Además este sentimiento también se genera porque están procesando la experiencia de pérdida a la imagen corporal que presentan las mujeres pues ahora deben aceptar el cambio por el que han pasado y convivir con ello, lo cual muchas veces las lleva a sentir inseguridad sobre ellas mismas, pues las mujeres tienen que reconstruir su imagen corporal exponiéndose a la observación y opinión de los demás. De acuerdo a lo expuesto las mujeres manifiestan que:

"últimamente yo he pensado mucho en la vida familiar, su papá de ellos no es malo. Cometió muchos errores, pero nunca fue un esposo

malo, y a veces me pongo a pensar, toda mi vida anhelé una familia, ósea y es lo que a mi me frustra, que quizá no está completa” (Mujer 4)

"Todo se mezcló, el cabello que recién me crece. Y crece diferente. Yo era lacia, me empezaron a crecer rulos. No sabía ni como peinarme, solo los tenía ahí. No sabía cómo vestirme siendo gordita, y luego ya me di cuenta que tenía que bajar un poquito de peso, también por la salud. Pero también creo que son las inseguridades físicas más lo que ha incrementado la torpeza. Ósea el verme, el sentirme así de torpe" (Mujer 5)

3.2.2 Miedo/Ansiedad

La segunda categoría es la de miedo/ansiedad, la cual se entiende como una emoción negativa que surge frente al peligro que genera el cáncer de mama en las mujeres. Esta categoría presenta 3 subcategorías.

3.2.2.1 Tensión

En primer lugar está la tensión que se puede entender como el sentimiento de impaciencia que se genera al no tener mucho control de la enfermedad, por eso muchas de las mujeres buscan referencias sobre cómo otras personas llevaron la enfermedad. Durante la enfermedad la mayoría de mujeres compara su estadio de cáncer para de esta manera poder sentir que pueden superarlo, pues al ver que la otra persona logra enfrentar la enfermedad les ayuda a disminuir la tensión que genera la enfermedad. Muchas veces este sentimiento surge al observar que no presentan un tratamiento parecido al que recibieron otros familiares, pues creen que presentan una desventaja al ser atendidas en hospitales del estado. Es así como manifiestan que:

"es que hay tantos pacientes que pasan no?, porque mi papá falleció de cáncer, mi hermana menor también falleció de cáncer, y ellos han tenido otro proceso, ellos se han atendido en clínicas particulares, entonces yo veía que a ellos les sacaban marcadores de sangre creo les hacían para ver como iba la tumoración si había presencia de cáncer, y a mi no me hacían nada de eso" (Mujer 3)

“Es que muchas veces en los hospitales no te dan el tratamiento completo, yo tenía que recibir 4 inyecciones más y me dijeron que solo tenían 2, me las pusieron y después me iban a poner las otras 2 pero

no llegaron...me dijeron ya no necesita esta bien, pero el doctor me había dado más tratamiento; a algunas le dan el tratamiento completo pero no es a todas, tienes que insistir para que te den ." (Mujer 7)

Después de la enfermedad las mujeres mencionan que este sentimiento se fue con la enfermedad pues ahora se ven capaces de afrontar momentos difíciles. Además, haber tenido una tensión tan fuerte generada por la enfermedad hace que minimicen la impaciencia generada por otros factores no tan preocupantes. Lo mencionado se puede observar cuando las mujeres mencionan que:

"como me siento?... Bien, yo estoy orgullosa de mi. Siempre soy de las personas que...ponte tu te quejas de que no doy un buen examen; para mi son tonterías. Ósea las personas que hemos pasado por cosas tan difíciles, sabemos lo que es, lo duro que es, el luchar, pucha porque yo no desearía que a nadie le pase esto, esta tensión de no saber si vas a morir o superar es muy fuerte" (Mujer 3)

"Por eso yo me siento milagro porque no todas las personas se recuperan no todas las personas ya están libres de tumores, O sea he visto como señoras vuelven a tener un tumor pero en el cerebro O muchas veces se les pasa el tumor al pulmón a la espalda, " (Mujer 7)

3.2.2.2 Distanciamiento

La segunda subcategoría es distanciamiento, que se entiende como la respuesta conductual al estado de ánimo negativa y que paraliza a la persona haciendo que se aparten de su entorno para no mostrar su vulnerabilidad a los demás, lo que las lleva a no querer recibir ayuda. Durante la enfermedad, algunas mujeres comentan que muchas veces toman esta decisión al saber que su entorno en lugar de ayudarles y darles ánimos, pueden ser un factor de decaimiento pues la lastima que manifiestan no ayuda a las mujeres a motivarse a seguir adelante. Respecto a lo mencionado las mujeres indican que:

"había tenido las cosas bien complicadas o difíciles o dolorosas, las trato de digerir primero yo, la digiero y no comprometer mucho, porque para mi es hacer extensivo el sufrimiento a los demás, a veces me cuesta eso, me gusta compartir las alegrías, las emociones pero los problemas y el dolor los trato de yo misma sobrellevar...muchas veces es peor cuando te ven mal, porque te hacen sentir más enferma por eso preferí no decir nada" (Mujer 2)

“porque yo le pedí a mi mamá que nadie supiera lo de mi enfermedad porque justamente no quería esa actitud de ay ya nos enteramos, no quería nada de eso entonces dije no quiero que nadie se entere” (Mujer 3)

Después de la enfermedad las mujeres pueden seguir realizando acciones en las que se apartan de personas que en algún momento le hicieron daño, pues temen seguir siendo vulnerables ante esas personas. Además, algunas mujeres presentan cansancio físico que les dejó el tratamiento, por eso muchas veces no quieren mostrarlo a su entorno lo cual las lleva a encerrarse hasta que esto se les pase; esto implica que a algunas mujeres no quieren mostrar un grado de vulnerabilidad frente a su entorno, pues esto implica que no se encuentran totalmente saludables haciendo que se sientan mal por no poder retomar al cien por ciento los roles que antes ejercían en su entorno. Respecto a lo indicado las mujeres mencionan que:

“O sea al principio dejar de trabajar sí me chocó poquito al inicio ya no quería hacer nada, me cansaba y no quería que vieran eso” (Mujer 7)

“mi cuerpo se cansa más, ósea yo me olvido pero mi cuerpo sabe que ha sido operado, por ejemplo mi brazo y eso se que va ser para siempre porque yo he conversado con otras señoras que ya tienen 10 años 15 de operada, siempre me duele y siempre me va a doler, eso muchas veces me hace dar ganas de quedarme en mi casa sola, sin que me vean por lo cansada”. (Mujer 6)

3.2.2.3 Preocupación

La tercera subcategoría es preocupación que se puede entender como la emoción que se genera por la incertidumbre de la enfermedad. Durante el tratamiento las mujeres manifiestan que uno de los factores que mayor miedo les da es el dejar a su familia, sobre todo a sus hijos, pues esto implica que ellas no van a poder ayudarlos y dejarían de estar ahí para ellos. Muchas veces esta emoción aumenta cuando se ponen a pensar en cómo afrontarán sus hijos el hecho de perder a su madre y que esto implica dejar que ellos se valgan por sí mismos o que otras personas cuiden de ellos. Además de lo mencionado, otro factor que les causa preocupación es el hecho de no saber cómo podrán afrontar el tratamiento de las quimioterapias, sobre todo porque esto significa que sus defensas van a bajar y que se van a encontrar muy vulnerables. Respecto a lo explicado las mujeres indican que:

“Era enfrentarme a todo un aspecto fuerte de pensar que me podía morir de poder, o sea de no poder hacer nada, de perder mi familia o que mi familia me pierda” (Mujer 2)

“Uno siempre piensa, si me pasa algo, ¿con quién se va a quedar? y no pues... yo siempre pensaba y decía: va a ser una carga mi hijita, para alguien más, cuando yo podría estar con ella . Y siempre he pensado en eso, que va a pasar, qué puede pasar, con quién se puede quedar y eso me angustiaba mucho”(Mujer 5)

“A todos les choca porque la palabra cáncer es sinónimo de muerte. Tú escuchas cáncer y es muerte, pero ya me habrá durado una o dos semanas ,un poco decaída donde pensaba igual que no iba a poder, me daba miedo no poder llevar las quimios no sabía si iba a poder enfrentar eso, me daba angustia después de las quimios que vi, y el miedo a las quimios; porque hay que tenerle miedo a las quimios, te dejan muy débil” (Mujer 6)

Después de la enfermedad siguen presentando esta emoción que generó la enfermedad; pues ahora presentan preocupación de reincidir en la enfermedad y tener que volver a pasar por los tratamientos de quimioterapia, esto se generan sobre todo cuando les toca realizar su chequeo bianual o anual pues es en ese momento en el que ellas dejan de tener el control sobre lo que les sucede y ven si los cambios realizados en su vida diaria están dando resultados. Por eso las mujeres indican que:

"Entonces tu siempre vives en alerta y pensar que si te expones al sol la radiación te puede hacer daño, si estas en el celular, ya le tienes respeto a todos los agentes que te pueden provocar un cáncer, una variación a tu organismo, a eso le llamamos cáncer no?" (Mujer 2)

"Hace 2 o 3 tres semanas me detectaron algo en el útero, también me asuste. Porque había... antes tomaba otra pastilla ahora tomo esta. Había una contradicción, que se podía ir al útero, entonces me asuste me fui al hospital, me levante con el miedo...no quiero pasar otra vez por el proceso de quimios " (Mujer 4)

4 DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo identificar las necesidades psicológicas y la afectividad negativa en mujeres que han superado el cáncer de mama. De acuerdo a los hallazgos encontrados, se observa que las necesidades psicológicas en las mujeres son más presentes después de la enfermedad, mientras que la afectividad negativa surge más a menudo durante la enfermedad. Además, es importante señalar que las mujeres en las entrevistas comentaron acerca de la enfermedad en dos tiempos, el primero hacía referencia a cómo ellas llevaron la enfermedad y el segundo sobre cómo se encuentran después de la enfermedad.

4.1 Necesidades psicológicas

El diagnóstico y proceso de superación del cáncer influyen en el funcionamiento psicológico y social de la persona (Aries et al., 2012). Por lo que, una vez que se superó la enfermedad, la persona presenta distintas necesidades (Crespo & Rivera, 2010). La muestra de la presente investigación se destaca por presentar modificaciones en las necesidades psicológicas, sobre todo una vez que superaron la enfermedad, pues muchas de ellas replantean su vida al saber que tienen una nueva oportunidad de vivirla. A continuación, se identificarán los cambios existentes según cada categoría.

4.1.1 Relación

La necesidad psicológica de relación se entiende como los vínculos que presenta la persona para desarrollarse, estos pueden ser significativos, comunales, o solo de trabajo, intercambio (Reeve, 2010). En el caso de las mujeres que han superado el cáncer de mama, al pasar por la enfermedad son capaces de mantener espacios en los que puedan pasar más tiempo con sus hijos; esto implica que los vínculos se mantengan más cercanos, que las mujeres puedan apreciar y cuidar las relaciones con los hijos tal como se ha encontrado en el presente estudio. Es probable que esto se deba a que las mujeres acaban de pasar por un evento en el que su vida corrió riesgo y de esta manera muchas veces ellas durante la enfermedad pensaban que ese momento era el último que iban a poder tener con su familia, pero al superar la enfermedad las lleva a reformular sus relaciones y apreciar las que se mantienen. Lo cual se puede corroborar en el estudio cualitativo realizado sobre la experiencia subjetiva de mujeres con cáncer de mama en España, donde se manifiesta que uno de los cambios principales tras la enfermedad es que las mujeres presentan una mayor intimidad en las relaciones

interpersonales, sobre todo con la familia al pasar más tiempo con sus hijos con el fin de aprovechar estos momentos (Gómez, Agudo & de la Viuda Suárez, 2018).

La persona que ha superado el cáncer retoma su rol en la familia, por ello esperan que la persona pueda volver a ejercerlo de la misma manera sin presentar cambios, lo cual no suele suceder pues la enfermedad deja cambios en la persona y en los roles que ejerce (Vivar, 2011). En la presente investigación, las mujeres durante la enfermedad presentan un rol de madre más pasivo y los hijos un rol más activo, para ellos es importante apreciar los pequeños momentos que pueden pasar con sus madres; una vez que reciben la remisión total de la enfermedad el rol de madre y el de hijo cambian, ahora las madres se sienten capaces de asumir el rol de cuidadora y los hijos dejan de asumir un rol más protector pero sin dejar de preocuparse por la salud de la madre. Esto se puede deber a que las madres se vuelven muy vulnerables cuando pasan por el cáncer de mama y los hijos al dejar de ver a la madre fuerte que los vio nacer se preocupan y quieren ayudarla a sanar pues tienen miedo de perder a su mamá; por eso una vez que pueden observar que la madre ya no corre peligro dejan que ella retome su rol de madre, pues ahora ellos son los que necesitan la protección para, de esta manera, poder recién procesar lo sucedido en su entorno. Esto también se observa en la investigación sobre el cáncer de mama, que menciona los cambios de roles en la familia, lo cual rompe paradigmas pues la mujer deja de ser la cuidadora para pasar a ser la cuidada (Gómez, Agudo & de la Viuda Suárez, 2018).

Además, el vínculo con la pareja es uno de los que presenta mayor cambio. Muchas veces el hombre deja a la mujer al no poderla contener emocionalmente, lo cual las afecta la anímicamente porque esperaban que sean ellos los que puedan acompañarlas; esto implica que las mujeres se sientan solas y en algunos casos durante la enfermedad les da más ánimo de salir adelante pues no quieren dejar solos a sus hijos. Una vez que han superado la enfermedad, son capaces mantener la decisión de solo mantener un vínculo de padres por el bien de sus hijos, pues ahora las mujeres son capaces de reconocer que solo pueden mantener una relación de intercambio con algunas personas. Esto se puede corroborar en la investigación sobre la calidad de vida de los supervivientes de cáncer y sus cuidadores, donde se manifiesta que durante la enfermedad la mayoría de relaciones de pareja se debilita o termina, pues el “cuidador” muchas veces no puede cargar con la responsabilidad de acompañar a la persona enferma y hacerse cargo de la familia al mismo tiempo; lo cual muchas veces las lleva a mantener solo una relación de padres una vez superada la enfermedad (Mellon, Northouse & Weiss, 2006). En cambio cuando la pareja puede

acompañar a la mujer enferma, se puede observar como la relación se vuelve más estable y estrecha una vez que se ha superado la enfermedad, es decir se vuelve una relación comunal; pues como se explica en la investigación española las mujeres aprecian más los vínculos que se quedaron y acompañaron en el proceso de la enfermedad (Gómez, Agudo & de la Viuda Suárez, 2018).

Por último, se encuentran las relaciones familiares, con los padres que presenta cambios. Muchas veces las mujeres prefieren tomar un rol protector y mantener la enfermedad en secreto para de esta manera no generar preocupación en sus padres o cuidadores, pues para ellas es importante sobrellevar la enfermedad solas teniendo un autocuidado; lo cual no quiere decir que no llegaron a comentarles sobre la enfermedad una vez que la superaron pues para ellas es importante mantener esta relación comunal. Esto se puede observar en la investigación cualitativa sobre la calidad de vida en mujeres que han pasado por el cáncer de mama en España, donde se menciona que uno de los aspectos que más les cuesta afrontar a las mujeres es comunicar a sus padres o cuidadores que presentan la enfermedad para de esta manera no agobiarlo y/o preocuparlos (Zamora, Abelló, Bruzos, Cervignon, & Guiteras, 2014)

4.1.2 Autonomía

Se comprende a la autonomía como la necesidad psicológica que influye en el inicio y regulación de la conducta mediante la autodeterminación y ratificación personal (Deci & Ryan, 1985). Es decir es el empoderamiento adquirido por las mujeres, que han tenido cáncer de mama, siendo capaces de evaluar lo que es mejor para ellas teniendo como prioridad su salud y bienestar psicológico; esto se debe a que las mujeres han pasado por un proceso traumático que luego de haber estado en peligro su vida, la lleva a quererse, cuidarse y apreciarse más. Lo cual se puede observar en una investigación sobre los cuidados que mantiene una mujer que ha superado el cáncer de mama en España, indica que las mujeres que han superado esta presenta un mayor cuidado por su salud y aspecto físico, pues son capaces de apreciar el día a día que viven (Sumalla, Castejón, Ochoa, & Blanco, 2013). Además, existen tres cualidades subjetivas que se dan dentro de la autonomía.

4.1.2.1 Locus percibido de control

En primer lugar, está el locus percibido de causalidad interna es la meta-cognición sobre la fuente de la consecuencia de los actos como efectos de las propias decisiones; y también está el locus percibido de causalidad externa que hace referencia a las atribuciones al exterior que realiza la persona para poder explicar lo que le sucede (Reeve, 2010). Las mujeres buscan

una explicación de por qué presentan esa enfermedad, lo cual las lleva a pensar que muchas veces se debe a que es una prueba que las ayudará a demostrar que se puede superar la enfermedad; por eso cuando la superan lo toman como una lección que pueden compartir y ayudar a los demás. Esto implica que las mujeres carguen con una responsabilidad de compartir lo aprendido a otras que estén pasando por lo mismo y de esta manera dar esperanza a la otra de que se puede superar el cáncer de mama. Estos hallazgos se observan en una investigación española sobre el cáncer de mama, donde indican que a las mujeres las ayuda poder compartir sus experiencias con otras que estén pasando por lo que ellas pasaron; porque de esta manera le dan un sentido a lo que vivieron y logran sentirse identificadas con un grupo (Gómez, Agudo & de la Viuda Suárez, 2018).

4.1.2.2 Volición

En segundo lugar, está la volición que explica la facilidad y libertad con la que se participa en una actividad (Deci et al., 1996). Las mujeres al pasar por la enfermedad buscan realizar actividades en las que se sientan cómodas y puedan olvidar por instantes el momento difícil por el que pasan, además esta conducta de realizar actividades que les gusta y se les es fácil la mantienen cuando superan la enfermedad. Esto implica que las mujeres puedan conectarse con ellas mismas, conocerse, saber lo que les gusta y tener la libertad de decidir qué actividades desean a realizar. En otra investigación realizada en Estados Unidos sobre los pacientes supervivientes de cáncer, se puede observar que las personas que superan esta enfermedad realizan actividades en la que pueden disfrutar lo que realizan, disfrutando más los espacios que pueden tener para ellos mismos (National Research Council, 2005).

4.1.2.3 Elección percibida

Por último, se encuentra la elección percibida, esta se da cuando el ambiente proporciona a la persona distintas oportunidades para tomar una elección (Reeve, 2010). Durante la enfermedad, las mujeres reciben apoyo del entorno, pues las ayudan a elegir cómo llevar los tratamientos y cómo afrontarlos; una vez que han superado la enfermedad estas oportunidades de elegir las actividades que desean realizar aumentan, pues ahora presentan mayor libertad y siguen contando con el apoyo de su entorno. Lo cual implica que las mujeres, desarrollen una mayor autonomía pues tienen la capacidad de elegir las actividades que desean; esto trae como consecuencia que las mujeres desarrollen una mayor independencia y seguridad en sí mismas, donde reconocen que pueden elegir lo que mas les guste. En otra investigación sobre el estado emocional de las mujeres con cáncer de mama realizado en España, se puede observar que las mujeres que mantienen la capacidad de

elección durante y después de la enfermedad tratando de perseverar siempre su autonomía (Sánchez, Guiteras & Vela, 2016).

4.1.3 Competencia

La necesidad psicológica de competencia hace referencia a la eficacia de la relación entre el ambiente y la persona, donde se refleja la búsqueda y dominio de los desafíos de manera óptima mediante el uso de sus capacidades y habilidades (Deci & Ryan, 1985). En la investigación realizada se puede definir como el desarrollo, exploración y decisión de realizar actividades en las que se puedan sentir motivadas. Esto implica que las mujeres durante la enfermedad buscan un equilibrio entre el ambiente y el proceso de pasar por quimioterapias que las afectan, para de esta manera no perder la motivación de querer superar la enfermedad; por eso una vez que la han superado buscan seguir realizando actividades en las que se sientan motivadas. En esa misma línea, en una investigación cualitativa sobre los paciente oncológicos supervivientes y sus necesidades de comunicación, resaltan la importancia de mantener informada a la persona de cómo está llevando el proceso de la enfermedad para que de esta manera pueda sentirse en la capacidad de decidir qué actividades realizar y de cómo llevar el proceso; lo mismo sucede una vez que superaron la enfermedad pues necesitan saber cómo van a seguir llevando los controles médicos y qué espacios se les proporciona para hacer uso de las habilidades adquiridas (Navarro, Limonero, Maté & Gómez-Romero, 2010).

4.1.3.1 Estructura clara y útil

La estructura hace referencia a la información que es proporcionada por parte del ambiente a la persona de tal manera que se en cantidad y claridad, para de esta manera pueda conseguir las metas que se propone (Reeve, 2010). Durante la enfermedad las mujeres reciben apoyo por parte de la familia, que las ayudan a darse cuenta que están llevando bien el tratamiento; lo mismo sucede con la comunicación que presentan con los doctores que les indican cómo están llevando el tratamiento y el progreso que van adquiriendo. Lo mismo sucede cuando superan la enfermedad pues las mujeres pasan por chequeos anuales y siempre presentan un miedo de recaer en la enfermedad por lo que al recibir información de que están llevando bien este procesos son capaces de sentirse motivadas en seguir manteniendo la remisión. Esto implica, que las mujeres necesitan también de su entorno para poder recibir reforzadores positivos e información de cómo llevar la enfermedad, lo cual las motiva; es decir al pasar por cambios tan constante donde su vida está en riesgo, junto con todo lo que las rodea, necesitan que alguien externa y/o ellas mismas les brinden palabras que les den esperanza de poder salir adelante y de esta manera poder enfrentar una situación difícil como lo es el

cáncer. De la misma manera en una investigación realizada sobre las personas que han superado el cáncer, algunas manifiestan que muchas veces las personas que han superado la enfermedad necesitan tener un grupo de apoyo para que puedan recibir ese refuerzo en el que se motiven a seguir manteniendo la remisión y donde un doctor las acompañe para que puedan seguir teniendo información clara sobre la enfermedad (National Research Council, 2005).

4.1.3.2 Desafío óptimo

La segunda subcategoría es desafío óptimo que se entiende como la satisfacción que se presenta cuando se ha logrado alcanzar una meta mediante el uso de sus capacidades y habilidades (Reeve, 2010). En la investigación las mujeres recalcan la satisfacción que llegan a sentir cuando van avanzando en la superación de la enfermedad, sobre todo cuando esto implica estar cada vez más cerca para alcanzar la meta de la remisión; lo mismo sucede cuando han superado la enfermedad pues sienten que es un alivio muy grande y que lograron cumplir la meta que se propusieron. Esto implica que ellas se sientan capaces de afrontar cualquier obstáculo que se les presente, logrando sentir un empoderamiento que hasta lo pueden compartir con su entorno más cercano. Así mismo en dos investigaciones sobre la superación del cáncer de mama en mujeres de España se puede observar que presentan un mayor empoderamiento cuando perciben que han sido capaces de superar la enfermedad y su entorno también lo puede ver de esta manera por eso muchas veces las toman como ejemplo de superación (Mellon, Northouse & Weiss, 2006; Gómez, Agudo & de la Viuda Suárez, 2018).

4.1.3.3 Tolerancia al fracaso

La tercera subcategoría es tolerancia al fracaso que hace referencia a ser capaces de cometer errores y aprender de ellos para de esta manera poder seguir manteniéndose motivados (Reeve, 2010). En la investigación las mujeres comentan que durante la enfermedad les cuesta poder llevar las quimios y como al cometer errores en la alimentación que llevaban la tienen que modificar al darse cuenta que esta es importante para poder sentirse mejor después del tratamiento químico; mientras que después de la enfermedad las mujeres tienen que lidiar con las secuelas que dejaron los tratamientos y como muchas veces les cuesta entender como no pueden realizar las mismas actividades que antes pero a pesar de esa fastidio siguen intentando y aprenden cómo tolerar estas limitaciones que van desapareciendo conforme siguen intentando realizar la actividad. Esto se puede deber a las habilidades que van adquiriendo las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama, pues durante la

enfermedad tienen que ser metódicas, persistentes y tolerantes, sobre todo cuando observan los cambios que va dejando el tratamiento; por eso una vez que han superado la enfermedad y les han dado la remisión son capaces de entender que si se equivocan o no logran alcanzar alguna meta pueden intentarlo más adelante y de otra manera. En la investigación cualitativa sobre el bienestar psicológico en mujeres que han superado el cáncer de mama en España, se puede identificar que las mujeres pasan por momentos en los que les cuesta tolerar las situaciones difíciles que conlleva la enfermedad sin embargo no solo se quedan en ese aspecto sino que buscan soluciones mediante el uso de sus capacidades (Stănescu, 2018).

4.2 Afectividad Negativa

El afecto negativo es una dimensión biocomportamental de la estructura afectiva, donde se experimenta más de una emoción a la vez (Clark, 2005). En una investigación sobre las emociones negativas presentadas en las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama se observó que presentan ansiedad, depresión y otros afectos negativos durante y después de la enfermedad; siendo en la primera etapa donde existe una mayor presencia de este efecto, disminuyendo conforme se va superando la enfermedad (Pérez & et al, 2009). En la presente investigación la muestra induce esta categoría cuando hacen mención de cómo se encontraban durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, resaltando después cómo la afectividad negativa se va modificando cuando están en remisión. A continuación, se identificarán los cambios existentes según cada categoría.

4.2.1 Tristeza/depresión

Se entiende la depresión como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses el cual puede tener diversas causas como acontecimientos en la vida diaria, cambios químicos en el cerebro, enfermedades, etc. (Beck et al., 1983). La tristeza presenta distintas características, dentro de la experiencia subjetiva las personas manifiestan desánimo, melancolía, desaliento, intranquilidad, etc. (Chóliz, 2005). Es así como las mujeres que han superado el cáncer de mama cuando son diagnósticas presentan muchos rasgos depresivos, pues exteriorizan una tristeza intensa al no entender cómo surgió la enfermedad, lo cual muchas veces las lleva a la desesperanza, pues al inicio creen que es insuperable y que los cambios que va a dejar pueden ser irremediables. Para las mujeres el cáncer de mama es un peligro latente que siempre va a estar presente en sus vidas, esto implica que en un inicio presenten cuadros de tristeza extrema y que se pueden mantener en el tiempo dificultando enfrentarla; sin embargo la mayoría de mujeres manifiestan que lograron afrontar la enfermedad controlando esta tristeza para poder

sobrellevarla, por lo que al superarla se permiten expresar con mayor libertad esta emoción negativa y compartirla con los demás. Es así como en una investigación cualitativa sobre los rasgos depresivos en las mujeres que han superado el cáncer de mama en Cuba se encontró que muchas de ellas presentan una tristeza constante durante la enfermedad sobre todo cuando ven los cambios tangibles que deja la enfermedad; mientras que cuando entran en la etapa de remisión esta tristeza disminuye considerablemente pero por momentos puede aparecer cuando observan las consecuencias de la enfermedad (Castillo, Reyes, Morales, Jiménez,& Castillo, 2016).

4.2.1.1 Melancolía

La melancolía es una de las características más resaltantes en las mujeres y esta se puede comprender como el afecto que se produce ante la pérdida de un objeto con el cual la persona se sentía identificada (Anaya, 2004). Se puede entender como la inquietud que genera como las ven los demás durante y después del proceso de tratamiento; este sentimiento se genera muchas veces por la pérdida de alguna parte física de la mujer (busto, cabello) también se suscita por la pérdida de oportunidades. Esto implica que muchas veces las mujeres no se sientan a gusto con su cuerpo, sobre todo con ellas mismas, generando sentimientos de tristeza al tener inseguridad de cómo pueden ser valoradas por los demás y por ellas mismas. Lo cual también se puede observar en una investigación cualitativa sobre mujeres que han superado el cáncer de mama, donde se manifiesta como después de pasar por la cirugía, que forma parte del tratamiento de cáncer de mama, presentan síntomas depresivos que se relacionan con el estrés, pues surgen pensamientos intrusivos que son generados por el cáncer (Engel, Keer, Schlesinger, Sauer & Hölzel, 2004).

4.2.2 Miedo/ansiedad

La ansiedad, se puede definir como una respuesta al miedo intenso, que produce el organismo, ante una situación de amenaza o peligro físico y/o psíquico, con el fin de brindar energía que pueda anular o contrarrestar la amenaza mediante una respuesta (Sandín & Chorot, 1995). Es decir se entiende como una emoción negativa que surge frente al peligro que genera el cáncer de mama en las mujeres; durante el tratamiento las mujeres perciben que presentan una mayor cantidad de angustia al no saber cómo afrontar la enfermedad, surgiendo de esta manera preocupación de cómo llevarlo con el entorno y produciendo una conducta de distanciamiento para “evitar” dañar a las demás personas. Esto implica que las mujeres durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama presenten esta emoción

negativa pues para ellas esta enfermedad representa un peligro constante que las acerca a la muerte y que no pueden controlar. Lo mismo se puede observar en las investigaciones planteadas en el libro de Psicooncología donde se muestran como las personas que padecen de cáncer presentan cambios en su funcionamiento habitual, estos implican pérdidas simbólicas y malestar psicológico; estos deben ser entendidos y elaborados para evitar cuadros clínicos afectivos (Oblitas & Palacios, 2009).

4.2.2.1 Tensión

La tensión se puede comprender dentro de los procesos cognitivos donde las mujeres presentan sentimientos de temor en el cual la persona se siente amenazada; esto la lleva muchas veces soluciones distorsionadas cuando no se encuentran soluciones inmediatas, lo cual las lleva a buscar referencias y comparaciones (Anaya, 2004). Se puede entender como el sentimiento de impaciencia que se genera al no tener mucho control de la enfermedad, por eso muchas de las mujeres buscan referencias en otras personas que sobrellevaron la enfermedad. Esto implica que las mujeres durante la enfermedad caigan en la impaciencia de querer curarse rápido y las lleva a comparar su proceso con el de otras personas generando de esta manera una mayor tensión en ellas, por eso cuando la superan recogen estos sentimientos como una enseñanza para poder sobrellevar otras actividades que según su criterio son menores comparados con el cáncer de mama. Esto también se puede observar en un estudio cualitativo realizado donde las mujeres que padecen de cáncer de mama durante la enfermedad presenta grandes rasgos de impaciencia en las que desean que el tiempo pase rápido y la mejora es inmediata, además ellas manifiestan que esto las lleva a compararse con otras personas que estén pasando por el mismo procesos; además se menciona que muchas de las mujeres cuando superan la enfermedad usan las habilidades adquiridas durante la enfermedad para sobrellevar la tensión (Serra Vila, 2013).

4.2.2.2 Distanciamiento

La segunda subcategoría es distanciamiento que se entiende como una respuesta conductual en la que se evita o escapa del entorno (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009). En la muestra se puede identificar que esta respuesta genera que la mujer se aparte de su entorno para no mostrar su vulnerabilidad a los demás, lo que las lleva a no querer recibir ayuda; además muchas veces no quieren ellas generar afectos negativos en las otras personas y por eso prefieren apartarse. Esto implica que las mujeres frente a una situación de peligro reaccionen de manera distante con el entorno pues piensan que este peligro no solo las afecta

a ellas sino que también a las personas que estiman; por eso cuando superan la enfermedad solo recurren a esta conducta cuando vuelve a sentirse mal, por cansancio, pues quieren evitar generar preocupación y mostrar su sufrimiento a los demás. Esta reacción se puede observar en un estudio realizado sobre el afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama, donde mencionan que con mujeres que presentan distintas formas de afrontar la enfermedad y un grupo de ellas lo hace distanciados de su entorno; asimismo mencionan que esta actitud se puede mantener en algunas mujeres cuando piensan que han tenido una recaída pues prefieren no contarla hasta estar seguras (Ojeda, & Martínez, 2012).

4.2.2.3 Preocupación

La tercera subcategoría es preocupación, que se refiere a una de las características más importantes y la que se puede entender como el recelo por la propia seguridad o salud (Chóliz, 2005). En la muestra se puede encontrar que esta emoción se genera por la incertidumbre de la enfermedad pues, para ellas, esta sigue siendo un peligro constante incluso cuando logran la remisión. Para las mujeres, durante la enfermedad, esta preocupación se da entorno a cómo van a enfrentarla y cómo van a dejar a su familia. Cuando logran la remisión la preocupación sigue estando latente, pues creen que pueden reincidir y/o sus hijas pueden heredar el “gen” cancerígeno. Esto implica que las mujeres durante el tratamiento vivan en un estado de alerta pues para ellas la enfermedad no tiene una cura completa y tienen que cuidarse constantemente. Esta preocupación también se indica en un estudio cualitativo realizado en Estados Unidos sobre el cáncer de mama, donde se manifiesta que una de las principales causas que genera angustia en las mujeres durante el tratamiento es no saber si van a poder afrontar la enfermedad y culminar el proceso con éxito; luego de haber culminado su tratamiento la inquietud que se mantiene en las mujeres es el miedo a una posible recaída (Zanapalıoğlu et al., 2009).

5 CONCLUSIONES

En conclusión, para poder responder la pregunta de investigación sobre cómo son las necesidades psicológicas y el afecto negativo en las mujeres que han superado el cáncer de mama, se explicará lo encontrado en cada variable y categoría. En primer lugar, respecto a las necesidades psicológicas, se observa que la necesidad más abarcada en las mujeres es la de relación, pues para ellas es importante mantener estos vínculos comunales que han desarrollado.

La segunda necesidad más presente en las mujeres es autonomía, donde se observa que han adquirido un mayor empoderamiento siendo capaces de darle prioridad a su salud y bienestar psicológico. La tercera necesidad es competencia, donde se observa que las mujeres han podido ser persistentes para lograr la meta de la remisión y mantenerla, esto lo realizan utilizando sus habilidades y capacidades adquiridas. En segundo lugar, se encuentra el afecto negativo; siendo el que más destaca dentro de las mujeres el de tristeza, sobre todo cuando observan los cambios físicos que deja la enfermedad. El otro afecto que persiste es el de ansiedad, que se presenta constantemente en el miedo a la continuidad de la enfermedad, durante la enfermedad; y la recaída, una vez que se superó. En resumen, las necesidades psicológicas sólo son satisfechas una vez que se ha superado la enfermedad, pues como dice la teoría de Deci y Ryan, es necesario que las tres necesidades sean abarcadas para que se de un bienestar psicológico; mientras que el afecto negativo son emociones que pueden persistir constantemente en la vida de las mujeres pero disminuyen gradualmente una vez se encuentran en remisión.

Además, al saber cómo se encuentran las mujeres luego de haber superado el cáncer mama nos permite inferir que la psicología positiva puede ser aplicada en sus vidas, pues ellas pasan por un empoderamiento que les permite adquirir habilidades y capacidades en las que observan la vida con más entusiasmo. Sin embargo, es fundamental reconocer que también pueden pasar por momentos en los que se les es difícil tener una perspectiva óptima, por eso importante que las mujeres puedan recibir un apoyo psicológico, individual o grupal, donde puedan procesar las emociones y lecciones que les ha dejado la enfermedad.

En cuanto a la proyección de la investigación se puede identificar que esta brinda un mayor conocimiento a la rama de psicología clínica y de la salud, específicamente a la psicología oncológica que cada vez presenta un mayor número casos, siendo el cáncer de mama la

enfermedad más común entre las enfermedades neoplásicas que se da en las mujeres en Lima Metropolitana, representando el 18,3% entre las mujeres que padecen alguna neoplasia (INEN, 2016).

6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las principales limitaciones que se presentaron durante la investigación es la que se tuvo con el instrumento, pues al inicio, este solo evaluaba la categoría de necesidades psicológicas, por lo que la información recogida sobre la afectividad negativa es limitada. Otra limitación que se puede observar en el estudio son las pocas características en común que puede tener la muestra; esto se debe a que no todas las mujeres fueron atendidas en un mismo hospital, lo cual genera que la atención brindada durante y, sobre todo después de la remisión, sea distinta. Por otro lado, se observó una limitación relacionada a la apertura de algunas mujeres para conversar sobre la enfermedad; sobre todo en aquellas que no aceptaron ser entrevistadas por vergüenza o miedo.

7 RECOMENDACIONES

En cuanto a las recomendaciones que se sugiere para mejorar el instrumento utilizado, se concluye que es importante agregar preguntas que permitan observar los efectos negativos encontrados durante las entrevistas. Además, al ser una investigación cualitativa, solo se pueden describir algunos elementos de la muestra, pero se recomienda aplicar pruebas psicométricas que permitan entender si lo encontrado también se da de manera macro en la población. Asimismo, si se desea seguir realizando trabajos cualitativos se podría realizar una investigación en la que se pueda aplicar un taller en el que se busque desarrollar las necesidades psicológicas. También se recomienda que la muestra pueda ser obtenida de un solo hospital, lo cual también ayudaría a tener una muestra más homogénea. Conjuntamente, se recomienda realizar estudios que permitan observar específicamente el tipo de afrontamiento que presentan las mujeres que se encuentran en remisión total de la enfermedad.

- Abella, J. A. (2002). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Recuperado de: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Abreu, J. L. (2014). El Método de la Investigación Research Method. *Daena: International Journal of Good Conscience*, 9(3), 195-204.
- Ameigeiras, A., Chernobilsky L., Giménez, V., Mallimaci F., Mendizabal N., Neiman G., Quaranta, G. & Soneira A. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Anaya, N. C. (2004). *Diccionario de psicología*. Ecoe Ediciones.
- Aries, M. M., Beato, C. & Virizuela, J.A. (2012). Problemas psicológicos y emocionales del superviviente. *Largos supervivientes en cáncer, 1* (1), 53-59. Recuperado de:http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf
- Arrighi, E., Font, A., Jovell, A. & Navarro, M. (2014). Desarrollo del cuestionario español para medir necesidades no cubierta de supervivientes de cáncer (CESC). *Psicooncología*, 11(1), 117-128. doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44921
- Augé, P.M., Mercadal-Brotons, M. & Resano, C.S. (2015). Efecto de la musicoterapia en el estado anímico y calidad de vida de un grupo de mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 105-128.
- Bauer, J. A., & Spector, P. E. (2015). Discreta negative emotions and counterproductive work behavior. *Human Performance*, 28(4), 307-331.
- Braña-Marcos, B. & et.al (2012). Supervivientes de cáncer de mama: calidad de vida y diagnósticos prevalentes. *Enfermería Clínica*, 22(2)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Castillo, V. E. M., Reyes, O. L. Á., Morales, V. M. G., Jiménez, L. F. H., & Castillo, E. F. (2016). Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad. *Medisan*, 20(2), 179-186.

- Clark, L.A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 505-521. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.505>
- Clark, M. S. (1984). Record keeping in two types of relationships. *Journal of personality and social psychology*, 47(3), 549.
- Clifford, M. M. (1984). Thoughts on a theory of constructive failure. *Educational Psychologist*, 19(2), 108-120.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Recuperado de <https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Crespo, L. & Rivera, M.L. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 109-126. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-2
- David, D., Lynn, S. J. & Ellis, A. (2010). *Rational and Irrational Beliefs. Research, Theory and Clinical Practice*. United States of America: Oxford University Press
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2015). Self-Determination Theory. En J. Wright (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 486-491). doi: <http://dx.doi.org/B978-0-08-097086-8.26036-4>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychological Association*, 49(3), 182-185. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0012801>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deci, E. L., Ryan, R. M., & William, G. C. (1996). Learning and Individual Difference. *Need satisfaction and the self-regulation of learning*, 8(3), 165-183.
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., & Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: results of a 5-year prospective

- study. *The breast journal*, 10(3), 223-231. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1075-122X.2004.21323.x>
- Esparza, T., Marínez, T., Leibovich, N., Campos, R. & Lobo, A. (2015). Estudio longitudinal del crecimiento postraumático y la calidad de vida en mujeres supervivientes de cáncer de mama. *Psicooncología*, 12 (2-3), 303-314.
- Gómez, M.J., Limonero, J.T., Maté, J. & Navarro, E. (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*, 7 (1), 127-141. Recuperado de: <http://search.proquest.com/openview/d5232d4a8acd8156d48origsite>
- Gómez, M. B., Agudo, F. V., & de la Viuda Suárez, M. E. (2018). Análisis de la experiencia subjetiva en mujeres con cáncer de mama. *Duazary*, 15(1), 71-85. doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2021>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M.P.(2014). *Metodología de la Investigación*. (6a. ed.)México, D.F. : McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2019) *Indicadores de Gestión Hospitalaria Marzo-2019*. Recuperado de: https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/05/MARZO_2019.pdf
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2017) *Indicadores Anuales de Gestión INEN-2017*. Recuperado de: <http://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/04/Estadindgest2017.pdf>
- Kern, E. & Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionado con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9 (2-3), 453-465. doi: http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40916
- Kouchaki, M., & Desai, S. D. (2015). Anxious, threatened, and also unethical: How anxiety makes individuals feel threatened and commit unethical acts. *Journal of Applied Psychology*, 100, 360–375.
- Martín-Crespo, C. & Salamanca, A.B.(2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27, Artículo 4. Recuperado de: <http://www.sc.ehu.es/plwlumuj/ebalECTS/praktikak/muestreo.pdf>

- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3).
- Mellon, S., Northouse, L. L., & Weiss, L. K. (2006). A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer nursing*, 29(2), 120-131.
- Ministerio de Salud (2015) Plan esperanza, Memoria. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3395.pdf>
- Ministerio de Salud (2017) *Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú 2017-2021* (RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 442 -2017/MINSA). Lima: Ministerio de Salud.
- Montero, A. P. & Nieves, I. R. (2014). La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Informes Psicológicos*, 14(1), 65-89
- National Research Council. (2005). *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition*. Ciudad: National Academies Press.
- Navarro, E., Limonero, J. T., Maté, J., & Gómez-Romero, M. J. (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*, 7(1), 127-41.
- Oblitas, L. & Palacios, X. (2009). Psicooncología: Intervención psicológica en el cáncer. Avances de la Psicooncología en Iberoamérica. Bogotá: PSICOM editores
- Ojeda, S. & Martinez, C (2012) Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Revista Enfermería Herediana*, 5(2),89-96.
- Orbegoso, A. (2016). La motivación intrínseca según Ryan & Deci y algunas recomendaciones para maestros. *Educare, Revista Científica de Educação*, 2(1), 75-93.
- Organización Mundial de la Salud (2018) Cáncer. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Pérez, A. B., Cánovas, J. S., Bertrán, A. S., Munárriz, B., Fidalgo, J. A. P., & Salcedo, J. M. (2009). Mujeres con cáncer de mama: evaluación del afecto positivo y negativo y valoración de un programa de intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 6(1), 139-154.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física., 16(2), 85-112.

- Reeve, J.(2010). *Motivación y emoción*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Río, M. Cano, C., Villafaña, F. & Valdivia, C. (2010). Inserción laboral en mujeres después de un cáncer de mama: una ayuda a la integración social. *Psicooncología*, 7(1), 143-152
- Rodríguez Sabiote, C., Lorenzo Quiles, O. & Herrera Torres, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 15(2).
- Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5a. ed.). Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Sánchez, L. V., Guiteras, A. F., & Vela, L. C. (2016). Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psico-oncológica basada en el counselling y la psicología positiva. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 13(2), 205-225. <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.54433>
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch & B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol. 2. Madrid: McGraw-Hill, pp. 53-80.
- Serra Vila, M. (2013). *Comparación del efecto de una intervención con musicoterapia para mujeres con cáncer de mama durante la sesión de quimioterapia: un análisis cuantitativo y cualitativo* (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull).
- Solana, A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 51-57.
- Stănescu, A. M. (2018). *Bienestar psicológico en el caso de una superviviente de cáncer de mama*. Recuperado de: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/54833/ro-sp%20licenta%20publicare%20%20bun.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Skinner, E. A., Zimmer-Gembeck, M. J., Connell, J. P., Eccles, J. S., & Wellborn, J. G. (1998). Individual differences and the development of perceived control. *Monographs of the society for Research in Child Development*, i-231.
- Sumalla, E. C., Castejón, V., Ochoa, C., & Blanco, I. (2013). ¿ Por qué las mujeres con cáncer de mama deben estar guapas y los hombres con cáncer de próstata pueden ir sin afeitarse? Oncología, disidencia y cultura hegemónica. *Psicooncología*, 10(1), 7-56.

- Vázquez, J., Antequera, R. & Blanco, I. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(2-3), 433-451.
- Vivar, C.G. (2011). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención Primaria*, 44(5), 288-292. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.011>
- Watson, D., Clark, L. A., & Stasik, S. M. (2011). Emotions and the emotional disorders: A quantitative hierarchical perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 429-442.
- Zamora, C. F., Abelló, H. V., Bruzos, E. R., Cervignon, M. M., & Guiteras, A. F. (2014). Calidad de vida en cáncer de mama metastásico de larga evolución: la opinión de las pacientes. *Psicooncología*, 11(2/3), 313.
- Zanapalıoğlu, Y., Atahan, K., Gür, S., Çökmez, A., Tarcın, E., (2009) Effect of breast conserving surgery in quality of life in breast cancer patients. *The Journal of breast health*, 5 (3). pp. 152-156

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la misma, así como su rol en ella.

La presente investigación es realizada por la alumna Fiorella Valenzuela del curso Investigación II de la Facultad de Psicología de la UPC bajo la supervisión del profesor del curso. La finalidad de este estudio es identificar las necesidades psicológicas de las mujeres que han superado el cáncer de mama.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá pasar por una entrevista semiestructurada que durara aproximadamente una hora y media. Toda la información que se recoja será confidencial y anónima y se utilizará con fines estrictamente académicos.

Si tuviera alguna duda sobre la investigación, puede realizar preguntas en cualquier momento durante su participación. Del mismo modo, usted puede retirarse en cualquier momento sin que eso lo perjudique. Desde ya le agradecemos su participación. Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por los alumnos del curso Investigación de la facultad de Psicología de la UPC bajo la supervisión de el profesor del curso. He sido informado que la meta de este estudio es identificar las necesidades psicológicas en las mujeres que han superado el cáncer de mama. Para ello tendré que pasar por una entrevista semiestructurada. Asimismo, reconozco que la información que yo provea es estrictamente confidencial y anónima y será usada fines académicos. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que eso pueda perjudicarme.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(Letra imprenta)

Instrumento

Guía de entrevista

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar: _____

Entrevistador: _____

Entrevistado: _____

Introducción: La investigación se realiza con el fin de identificar las necesidades psicológicas que surgen en las mujeres que han superado el cáncer de mama

Características de la entrevista: la entrevista será confidencial y tendrá una duración aproximada de hora.

Preguntas:

- ¿cuál fue el diagnóstico oncológica?
- ¿Cómo fue el tratamiento oncológico? ¿cuánto tiempo duró?
- ¿Cómo te sentiste cuando te anunciaron la remisión de su diagnóstico?

Autonomía:

- ¿cómo se percibe ahora luego de haber superado el proceso de cáncer?
- el locus percibido de causalidad: lo que perciben como la causa de la enfermedad
- la volición: explica la facilidad y libertad con la que se participa en una actividad.
- elección percibida: se da cuando el ambiente proporciona a la persona distintas oportunidades para poder tomar una elección.

Competencia:

- ¿qué habilidades y capacidades adquirió de todo el proceso oncológico? ¿qué necesita mejorar?
- realimentación positiva: condición ambiental que ayuda a satisfacer la necesidad de competencia.
- percepción de progreso: condición ambiental que ayuda a satisfacer la necesidad de competencia.

Relación

- ¿cómo influyó la enfermedad en sus lazos amicales y familiares?
- Vínculos y lazos que permitan el desarrollo