



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIRIQUÍ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA FAMILIA**

Título

**Retos de las Mujeres de 30 a 65 Años con Diagnóstico Médico de Cáncer
Cuello Uterino**

**Trabajo de Graduación para Optar por el Título de Maestría en
Ciencias de la Familia**

Por:

Romania I. Martínez G.

8-314-425

Tutora:

MSc. Silvana Castillo

David, Chiriquí

República de Panamá

2018

AGRADECIMIENTO

A Dios, por brindarme guía, sabiduría y fortaleza en cada etapa de mi vida.

Gracias a mi amado esposo Raúl, hija Eimmy, por su incondicional amor, apoyo, son de gran inspiración y motivación.

A cada miembro de mi familia, por su amor, comprensión, respaldo.

A la profesora Silvana Castillo, por sus valiosos consejos y asesoramiento.

Al personal de salud del Hospital José Domingo De Obaldía y al Dr. José Luis Segovia G. Ginecólogo Obstetra, la enfermera Dayra Castillo, gracias por su colaboración.

A mis amistades, los hermanos de la iglesia, gracias por su apoyo.

A cada paciente, actores sociales, que brindaron sus testimonios, para colaborar en esta investigación.

A todos los que formaron parte activa en el proceso de enseñanza aprendizaje: a los profesionales que compartieron sus conocimientos y a los demás aspirantes que juntos luchamos por el éxito.

A los docentes y a cada uno de ustedes, por su valiosa atención.

Muchas gracias. ¡Dios les bendiga!

Con mucho amor,

Romania I. Martínez G.

DEDICATORIA

A Dios, gracias por su infinito amor y misericordia.

A mi amado esposo Raúl, que ha estado siempre presente con su amor, apoyo y dedicación.

A mi querida hija Eimmy, eres un regalo de Dios, gracias por tu amor y motivación.

A mi madre Triny (q.e.p.d), fue muy amorosa, esforzada y valiente, quedan los preciosos recuerdos.

A mi padre Román, mis hermanos, cada miembro de mi familia, por su comprensión y apoyo en todo tiempo.

A todos los que estuvieron allí para animarme, a seguir perseverando.

A todas las pacientes y sus familiares que día a día luchan por salir adelante con la ayuda de Dios.

Contenido	
AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
INTRODUCCIÓN	ix
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO 1	1
ASPECTOS GENERALES	1
1.1 Antecedentes del Problema	2
1.1.1 A nivel internacional	2
1.1.2 A nivel nacional	4
1.2 Situación Actual o Estado Actual del Problema	6
1.2.1 Planteamiento del problema	10
1.3 Justificación	11
1.3.1 Objetivo general	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
1.5 Alcance o Cobertura	14
1.5.1 Alcance espacial	14
1.5.2 Alcance temporal	15
1.6 Restricciones y/o Limitaciones	15
1.6.1 Restricciones	15
1.6.2 Limitaciones	15
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO	17
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	18

2.1. Experiencias de Mujeres con Cáncer Cuello Uterino.....	18
2.2 Teorías Relacionadas al Estudio	20
2.2.1 Teoría del Afrontamiento	20
2.2.2 Teoría de la Crisis.....	21
2.2.3 Teoría Experiencias de Virginia Satir.	22
2.3. Aspectos Generales del Cáncer Cuello Uterino	24
2.3.1. Reseña histórica.	24
2.3.2. Pruebas para diagnosticar el cáncer Cérvico uterino.	28
2.3.3. Prueba del Papanicolaou:	29
2.3.4. Factores de riesgos.....	29
2.3.5. Estadios o etapas del cáncer cuello uterino.	30
2.3.6. Signos y síntomas del cáncer cuello uterino.	31
2.3.7. Tratamiento para el cáncer cuello uterino.	31
2.3.8. Prevención del cáncer cuello uterino.	32
2.4 Técnicas para Atención de Pacientes con Cáncer Cuello Uterino.....	33
2.4.1 Genograma familiar.....	33
2.4.2 Visita domiciliaria.....	33
CAPÍTULO III	35
MARCO METODOLÓGICO.....	35
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	36
3.1 Tipo de Investigación.....	36
3.1.1 Diseño.	36
3.2 Sujetos o Fuentes de Información	36
3.2.1 Sujetos.	36

3.2.2 Fuentes de información.....	37
3.3 Categoría y Subcategorías	37
3.4 Población y Muestra	42
3.4.1 Unidad de análisis muestral.	42
3.4.2 Sustento de la muestra.	42
3.4.3 Tipo de muestreo.....	43
3.4.3.1 Selección de los elementos muestrales.....	43
3.4.4 Unidades muestrales.	44
3.5. Instrumentación.....	44
3.5.1. Entrevista semi estructurada.....	45
3.5.1.1. Procedimiento para su realización.	45
3.5.2. Grupo focal.....	46
3.5.3. Observación.....	47
3.5.3.1. Métodos de observación.	47
3.6. Rigor Metodológico	47
3.6.1 Confiabilidad o consistencia.....	47
3.6.1.1 Validez.....	48
3.7 Tratamiento de la Información	49
3.8 Presentación de la Información	49
3.9 Procedimiento/Fases de la Investigación	49
CAPÍTULO IV.....	51
TRANSCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS....	51
4.1 Transcripción de la Información.....	52

4.1.1	Entrevistas semi estructurada a las actoras sociales: Pacientes.....	52
4.1.2.	Entrevista semi estructurada a actora social: Familiar de la paciente.....	67
4.1.3.	Entrevista semi estructurada al actor social: Ginecólogo.....	70
4.1.4	Grupo focal.....	75
4.2	Análisis e Interpretación de los Resultados	86
4.2.1.	Análisis e interpretación de la entrevista semiestructurada.....	86
4.2.2.	Análisis e interpretación del grupo focal.....	106
4.2.3	De las observaciones.....	109
4.2.3.1	<i>Informe de observación de la visita domiciliaria a una actora social. ..</i>	110
4.3	Mapa Conceptual.....	116
4.4	Discusión Total de los Resultados	117
CAPÍTULO V.....		119
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		119
5.1	Conclusiones.....	120
5.2	Recomendaciones.....	122
BIBLIOGRAFÍA		124
ANEXOS		129

Índice de Tablas

Tabla 1. República de Panamá Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía Registro de Cáncer 2013 A 2017.....	8
Tabla 2. Unidad de Análisis Muestral.....	42
Tabla 3. Categorías Emergentes.....	109

INTRODUCCIÓN

Históricamente la ciencia ha ido en evolución ante los diferentes tipos de cáncer, siendo el del cuello uterino o cérvico uterino uno de los que más se pueden prevenir. En América Latina y el Caribe. El cérvico uterino es la segunda causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las Américas, de igual forma, es la segunda causa de incidencia y de mortalidad en las mujeres panameñas.

En Panamá, el 17% de los nuevos casos de cáncer y el 12% de las muertes en las mujeres son debido a cáncer cérvico uterino. El mayor número de nuevos casos se reportan en las edades de 35 a 64 años de edad, según cifras el Ministerio de Salud (2014).

El cáncer de cuello uterino es el más frecuente en la mujer a nivel mundial, está relacionado con una infección genital de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VHP), lo cual se puede detectar con el examen de Papanicolaou o citología vaginal, se puede curar cuando se encuentra y trata en los estadios tempranos.

De la trayectoria profesional como trabajadora social, con las pacientes que enfrentan la difícil situación, al ser diagnosticadas con cáncer, surge el interés de hacer esta investigación para conocer los retos de mujeres de 30 a 65 años con cáncer de cuello uterino.

Los resultados de esta investigación permitirán obtener información necesaria para comprender a estas mujeres y diseñar las estrategias para apoyar de manera integral a esta

población vulnerable; puesto que, por las condiciones propias de la enfermedad se perturba la economía, relaciones familiares y la intimidad, entre otros.

A través del abordaje integral se refuerza el apoyo familiar, el amor, autocuidado de la fémina y se reducen las situaciones estresantes provocadas por la enfermedad; todo esto permite generar un ambiente más saludable para que la mujer adquiera la fortaleza que le ayudará a enfrentar el cáncer cérvico uterino.

De manera concreta, esta investigación, tiene como objetivo describir los retos de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino, definir sus sentimientos, identificar actitudes, analizar las relaciones familiares, detallar las redes de apoyo y enunciar las estrategias para mejorar la calidad de sus vidas.

Con el fin de desarrollar esta investigación se ha utilizado el diseño fenomenológico (metodología cualitativa), apropiado para conocer a profundidad el significado de las experiencias mediante la entrevista semi estructurada, observación, visitas al hogar y un grupo focal; aplicados a la muestra de máxima variación escogidos por conveniencia, conformada por seis actores sociales, cuatro mujeres de 30 a 65 años diagnosticadas con la enfermedad, un familiar de una paciente y un ginecólogo.

El contenido de este estudio consta de cinco capítulos: en el primero se abordan aspectos generales de la investigación, tales como antecedentes del problema, situación actual, justificación, los objetivos del estudio, alcance, limitaciones. El segundo se destina

al marco teórico que recopila las consideraciones básicas de otros investigadores que son de suma importancia para éste estudio.

En el tercer capítulo se especifica la metodología utilizada. El cuarto describe los resultados obtenidos, luego de la aplicación de los instrumentos. Al final de los capítulos, en el quinto, se encuentran las conclusiones y recomendaciones propuestas.

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino es el principal problema de Salud Pública en las mujeres sexualmente activas. El mismo es prevenible, fácil de diagnosticar y curable al detectarse en los primeros estadios. Este estudio muestra los resultados de una investigación cualitativa, con el propósito de conocer los retos que enfrentan las mujeres de 30 a 65 años con diagnóstico de cáncer cuello uterino, se estudia la realidad en el contexto natural, tal y como sucede. La investigación responde al diseño fenomenológico, es decir, describe situaciones que experimentan estas mujeres en cuanto a sentimientos, actitud, relaciones familiares, redes de apoyo y estrategias. Se utilizaron como escenarios: La Sala de Ginecología del Hospital José Domingo De Obaldía, la oficina del ginecólogo, un restaurante de la localidad, los hogares de las actoras sociales. Los lugares antes mencionados nos ayudaron a captar la naturaleza del fenómeno en estudio. Para la recopilación de la información se utilizaron, la entrevista semi estructurada, observación no participante directa y el grupo focal; aplicados a la muestra de seis participantes, que representan la diversa o máxima variación escogidas por conveniencia. Se codificaron y analizaron cerca de seis categorías con sus respectivas sub categorías, relacionadas al objetivo general y los objetivos específicos.

Entre las principales conclusiones se determina que dentro de los retos que las mujeres enfrentan están: Negación de la realidad al inicio del diagnóstico, preocupación por sus familias y la economía. Por medio de diversas estrategias se comunican los resultados. Para contribuir con la promoción y educación, se elabora un vídeo, sobre la importancia del examen de Papanicolaou.

Palabras claves: Retos, cáncer cuello uterino, virus del papiloma humano, sentimiento, actitud, redes de apoyo, familia.

ABSTRACT

Cervical cancer is the main problem of Public Health in sexually active women. It is preventable, easy to diagnose and curable when detected in the early stages. This study shows the results of qualitative research, with the purpose of knowing the challenges faced by women aged 30 to 65 years with cervical cancer diagnosis, reality is studied in the natural context, as it happens. The research responds to the phenomenological design, that is, describes situations experienced by these women in terms of feelings, attitude, family relationships, support networks and strategies. The following were used as scenarios: The Gynecology Room of the José Domingo De Obaldía Hospital, the gynecologist's office, a local restaurant, the homes of the social actors. The aforementioned places helped us to grasp the nature of the phenomenon under study. The semi-structured interview, the direct non-participant observation and the focus group were used for the data collection; applied to the sample of six participants, representing the different or maximum variation chosen for convenience. Approximately six categories were coded and analyzed with their respective sub categories, related to the general objective and the specific objectives. Among the main conclusions is that within the challenges that women face are: Denial of reality at the beginning of the diagnosis, concern for their families and the economy. Through various strategies, the results are communicated. To contribute to the promotion and education, a video is made about the importance of the Papanicolaou exam.

Key words: Challenges, cancer of the cervix, human papilloma virus, feeling, attitude, support networks, family.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS GENERALES

1.1 Antecedentes del Problema

El cáncer ha sido y sigue siendo uno de los flagelos más temidos de la humanidad, es un desafío para la ciencia médica moderna y para los organismos de salud.

1.1.1 A nivel internacional.

El Instituto Nacional del Cáncer (NCI), ubicado en Estados Unidos de América, lidera la comunidad de investigación oncológica, con el objetivo de acelerar el progreso de los descubrimientos científicos que permitan la reducción de la carga que representa el cáncer en Estados Unidos y el mundo entero.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2004) señala que, a través de la Unidad de Enfermedades No Transmisibles, ha concentrado adicionales esfuerzos para controlar esta enfermedad y está trabajando con los Estados Miembros para fortalecer sus programas de prevención y control del cáncer cérvico uterino o de cuello uterino, se toman en cuenta las dificultades y oportunidades que existen en los ámbitos regionales, subregionales y a nivel nacional.

Las investigaciones con respecto al cáncer son muy necesarias y de suma importancia porque ofrecen luces para comprender lo que enfrentan las mujeres con este diagnóstico y así buscar soluciones oportunas para su tratamiento integral.

El estudio de Bach y Bach (2017) del Hospital Virgen de La Puerta, ubicado en Perú, realizado a mujeres diagnosticadas con cáncer cuello uterino; determina que están sometida a

estrés, siendo la hospitalización el hecho que genera tal respuesta ya que implica emociones de incertidumbre, miedo y transformaciones en las prácticas diarias y potenciales efectos con demás familiares.

Otro estudio que narra acerca de las dificultades que enfrentan las diagnosticadas con cáncer, a nivel de familia, es el de Jaraba y Pineda (2018) cuando las mujeres describen que por el tiempo prolongado fuera de casa y debido a los tratamientos hay consecuencias con la pareja. Gran parte de las mujeres enfrentaron infidelidades y separaciones por la falta de relaciones sexuales.

Los aportes de Cano, Caro y Lafaurie (2017) con respecto a las mujeres diagnosticadas con cáncer cuello uterino en el Hospital de Risaralba- Colombia; indican, que se requiere una intervención completa, exhaustiva sobre la importancia de la educación sexual que comprenda la dinámica cultural y social relacionadas a las prácticas sexuales, donde se incluya al hombre en la prevención del virus del papiloma. Se necesita empoderar a las mujeres para el cuidado autónomo de su salud sexual y reproductiva.

En Perú la investigación de Silva, Talledo y Soplin (2014) con una muestra de 112 mujeres diagnosticadas con cáncer cérvico uterino que recibían atención en el Hospital Regional de Loreto; la finalidad era encontrar la asociación entre la conducta sexual, reproductiva y el cáncer. El estudio concluyó que existe relación significativa entre el aborto provocado y cáncer cervicouterino.

Otro estudio realizado en Perú es el de Carranza y Vásquez (2014), con mujeres atendidas en el Departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto. La información obtenida relaciona los factores predictores como lo son el aborto y el número de hijos con la aparición del cáncer cervical.

En Ecuador Ávila (2012) realizó un estudio retrospectivo sobre la frecuencia y tipo de lesiones cérvico uterinas en una muestra de 470 mujeres de 20 a 60 años de la Parroquia El Valle, para ello utilizó el equipo Bethesda con el fin de clasificar lesiones histopatológicas obteniendo los siguientes resultados, el 82.7% paridad baja y un 72.1% lesiones inflamatorias.

La investigación de Molinedo y Gómez (2012) realizada a 19 mujeres de edad fértil de la consulta ginecológica del municipio de San Pedro, La Paz, Bolivia dio como resultado que los factores de riesgo predominantes fueron el número de hijos (5 a 7 hijos) y la edad.

1.1.2 A nivel nacional.

El doctor Garibaldo (1998) en el estudio titulado: “Incidencia del cáncer cérvico uterino in situ en pacientes con el virus del Papiloma Humano. Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Chiriquí”; utilizó una muestra de 146 pacientes a quienes se les realizó biopsia cervical dirigida, el reporte histopatológico informó 15 nuevos casos de “*CACU IN SITU*” (10:3%). El 80% de las pacientes comprendían entre 20 y 49 años. Y el 100% de estas pacientes tuvieron por lo menos un parto y un compañero sexual.

La doctora Jaén C. (2009) en la investigación Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Prueba de Papanicolaou en Mujeres de 15 a 54 Años Residentes en la Ciudad de La Pintada, abril de 2009; indica que: “A pesar de que las entrevistadas manejan una cantidad considerable de información, su actitud hacia esta prueba no fue favorable”.

Se señalan varias razones para este comportamiento, entre ellas, institucional (se relaciona con el tiempo en la entrega de los resultados, que tardan mucho); las otras fueron de índole personal (causa desagrado o ansiedad y por falta de tiempo). Estos resultados evidencian la poca importancia que le prestan las entrevistadas a su salud, ya que no se han logrado crear los niveles adecuados de conciencia para que su actitud sea favorable hacia esa prueba.

A pesar de ello, se demuestra que el manejo de mayor información mejora la actitud de las mujeres, lo cual debe obligar a seguir aumentando la implementación de programas de educación sobre el Papanicolaou, para mantener niveles adecuados de conocimiento y con ello, mejorar la actitud positiva hacia esta prueba.

En Panamá en 1936, se fundó el Instituto Radiológico Nacional, dedicado al tratamiento del cáncer. Los tratamientos se suministraban en el Hospital Santo Tomás y el desaparecido Hospital Panamá. En la década de los sesenta se logró mucho; en 1964 por primera vez se firmó una resolución del Ministerio de Salud, que da carácter de obligatoriedad a la notificación de los tumores malignos. En 1965 se aplican los últimos avances de la medicina en la detección y tratamiento de esta enfermedad.

1.2 Situación Actual o Estado Actual del Problema.

El cáncer cuello uterino es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, se le atribuyen 8,2 millones de defunciones. Este año fueron diagnosticados 528, 000 casos nuevos y 266, 000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% de ellas en países de ingresos bajos o medianos. En un futuro se prevé que, sin la debida atención urgente, los decesos por cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años. (Organización Mundial de la Salud OMS, 2012)

Este tipo de cáncer es el más frecuente en la mujer, en todas las partes del mundo; los casos están relacionados con una infección genital de transmisión sexual por el virus del papiloma humano (VHP). Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres, la mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida.

El cáncer del cuello uterino es el principal problema de salud pública en las mujeres en actividad sexual, de los países subdesarrollados. Tiene importancia médica, socioeconómica y humana. Es el más curable de los cánceres, fácil de diagnosticar y el más prevenible de todos. (Web Geo Salud)

En América Latina y el Caribe, el cáncer cérvico uterino es la segunda causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las Américas. De igual forma, el cáncer cérvico uterino es la segunda causa de incidencia y de mortalidad por cáncer en las mujeres en Panamá.

El Ministerio de Salud de Panamá (2014) presentó un informe con respecto al cáncer más común: indicando que el 17% de los nuevos casos de cáncer y el 12% de las muertes relacionadas con cáncer en las mujeres son debidas a cáncer cérvico uterino. El mayor número de nuevos casos se reportan en las edades de 35 a 64 años.

Esta enfermedad es prevenible y curable, se relaciona con la aparición del cáncer en vagina, cuello uterino, vulva y ano en las mujeres. Se ha demostrado que la infección por el virus del papiloma humano es un factor de riesgo y se constituye el de mayor impacto y repercusión sobre la salud femenina, particularmente en las jóvenes, generando en quien lo padece y en su familia cargas biopsicosociales, deteriorando la salud de estos y en el personal de salud, el Síndrome Burnout. (estrés laboral, agotamiento físico, emocional)

Está considerada como una enfermedad emergente desde hace escasos años y sus consecuencias sociales, humanas y económicas, lo convierten en un problema importante de salud pública y de la humanidad.

En la República de Panamá, el Instituto Oncológico Nacional, es el hospital dedicado a la atención integral del paciente con cáncer. En la provincia de Chiriquí, en el Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía, Consulta Externa y en Sala de Ginecología, las pacientes con diagnóstico médico del cáncer cuello uterino, reciben atención médica y en los casos que ameritan son trasladadas al Instituto Oncológico Nacional de la provincia de Panamá.

Tabla 1

República de Panamá Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía Registro de Cáncer 2013 a 2017.

DIAGNÓSTICO	2013	2014	2015	2016	2017
Tumor maligno del cuello uterino (C53.0, C53.1, C53.9)	49	48	81	106	67

Fuente: Reporte de Patología Positiva. (REGES)

La tabla 1 de reporte patológico, refleja un gran aumento de casos, el mayor de ellos se dio en el año 2016 con 106 pacientes, diagnosticadas con tumores malignos del cuello uterino. Según incidencia y prevalencia el cáncer cuello uterino (CACU) es la segunda causa de incidencia y de mortalidad por cáncer en las mujeres en Panamá.

La gran magnitud de esta enfermedad ha hecho que los gobiernos a nivel mundial creen disposiciones legales para tratar de proteger, reducir u ofrecer tratamientos a las mujeres con cáncer cuello uterino. Tal es el caso de la Declaración Mundial de los Derechos Humanos que estipula el derecho a recibir atención, trato digno, respetuoso y a otorgar su consentimiento o no en caso de terapias, entre otros.

Las disposiciones de la OMS con la guía: Control Integral del Cáncer Cérvico Uterino, donde se orienta sobre la aplicación de la vacuna del papiloma virus.

Panamá también se suma a las regiones que buscan una atención integral de las mujeres con este tipo de cáncer. Sus derechos se encuentran especificados en la Constitución de la

República de Panamá donde se garantiza la protección en el Capítulo 2 y su seguridad y asistencia social a través del Capítulo 6.

También existen leyes como la Ley 4 de enero de 1999, donde se establece la igualdad de oportunidades para las mujeres y la Ley 68 de noviembre de 2003 en la cual se legalizan derechos y obligaciones de los pacientes relacionados a la información y libre decisión.

Otras disposiciones legales se encuentran en los decretos ejecutivos de 1999, con la creación de la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva y el decreto 41 de 2010 creador del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo cuya visión es: Transformar los servicios de salud en un sistema solidario, sensible y humanizado en el que se reconozca la dignidad humana, respetando los valores y creencias, apoyados en el trabajo en equipo.

De igual forma las resoluciones emitidas cumplen con las disposiciones que responden a los lineamientos internacionales como la Resolución del Ministerio de Salud N.º 521(05 de junio de 2009), por medio de la cual se crea el observatorio de calidad de atención en salud. La Resolución 464 de 7 de junio de 2010, que crea el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer y dicta otras disposiciones. Y finalmente la Resolución 499 de 21 de junio de 2010 que crea el Programa Nacional de Cuidados Paliativos y dicta disposiciones.

La República de Panamá también cuenta con Normas, Guías y Protocolos de Atención de Salud y Guía para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal, ambas vigentes desde 2007. De igual forma trabaja, se suma a la Estrategias Global sobre Dieta,

Actividad Física y Salud Resolución WHA 57.17 año 2004, Resolución WHA60.23, CD47/17 septiembre 2006. Y el Plan Estratégico Global 2008-2013 de la OMS.

1.2.1 Planteamiento del problema.

La idea de realizar la investigación sobre los retos de cuatro mujeres de 30 a 65 años con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino, surge de la experiencia adquirida en la intervención profesional como trabajadora social, cuando laboraba en el Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía, en el desempeño de los roles al interactuar con las pacientes que padecen esta enfermedad, ante esta situación surge en la investigadora la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los retos de las mujeres de 30 a 65 años con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Preguntas secundarias.

- ¿Cuáles son los sentimientos de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?
- ¿Cuáles son las actitudes de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?
- ¿Cómo se relacionan las familias con las mujeres que poseen diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?
- ¿Con qué redes de apoyo cuentan las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?
- ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

1.3 Justificación.

El Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2010-2015 República de Panamá, Ministerio de Salud, en el mes de agosto de 2011, señala como objetivo general: Disminuir la mortalidad asociada al cáncer cervicouterino. (CACU)

En Panamá, se han realizado estudios sobre el cáncer del cuello uterino, en el aspecto físico de la paciente; sin embargo, en lo psicosocial no existen investigaciones. El estudio *“Retos de las Mujeres de 30 a 65 Años con Diagnóstico Médico de Cáncer Cuello Uterino”* se considera novedoso al describir los retos de las mujeres, con diagnóstico de cáncer cuello uterino, las experiencias, emociones, actitudes, relaciones familiares y con el personal de salud.

Esta investigación es de relevancia social, pues considera los siguientes aspectos:

- Sensibiliza a otras mujeres para que tomen conciencia que el cáncer, altera el entorno social de la paciente.
- Concienciación a los amigos y familiares de la paciente con cáncer, pues esta enfermedad impacta a quien la padece, sino que les cambia la vida en forma drástica, pues sufre quien lo padece y todos los que la rodean.
- Sensibilización a los familiares porque las huellas y secuelas del cáncer son difíciles de enfrentar; pero con apoyo y amor se puede salir adelante.

- A pesar que la ciencia ha progresado en la prevención, detección y tratamiento adecuado del cáncer cérvico uterino, este sigue provocando un impacto en la sociedad, por consiguiente, se hace necesario considerar situaciones de la vida familiar, laboral y las preocupaciones surgidas al enfrentarse con el cáncer, en especial cuando la mujer debe dejar su hogar para el tratamiento.

Ante este hecho inevitable es importante la atención interdisciplinaria con los especialistas en trabajo social, pues ellos se encargan de atender el aspecto biopsicosocial, espiritual y familiar, en la atención de la paciente; a fin de ayudarles a describir los retos, situaciones estresantes, sentimientos, actitudes, estrategias para enfrentar dicha enfermedad.

Este estudio tiene implicaciones reales y prácticas, se conocen las vivencias de las pacientes y del entorno social y genera el interés de nuevas investigaciones.

Los resultados de esta investigación benefician en primer lugar a la mujer diagnosticada con cáncer cuello uterino, su familia y por consiguiente al Sistema de Salud.

De igual forma a través de todo este estudio se permite:

- Conocer las vivencias de las pacientes y su entorno social.
- Concienciar a las mujeres para que se realicen el Papanicolaou y el control de salud.
- Sensibilizar al personal de salud en la atención interdisciplinaria y trato humanizado.
- Informar a las autoridades nacionales, provinciales y locales, para el abordaje integral que requiere la población, en la formación de grupos de apoyo y orientación.

- Resaltar la importancia de establecer el mes de la campaña de la realización del Papanicolaou.
- Orientar a las mujeres sobre su salud.
- Interactuar con los diversos sectores: Educativo, empresarial, gubernamental, científico, cívico, eclesiástico y social.

Esta investigación se proyectará a través de estrategias de divulgación, entre ellas:

- Coordinación en Regulación de Investigación para Salud, Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Salud, República de Panamá.
- Revista Científica de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Chiriquí (UNACHI).
- Conferencias en diversas instituciones educativas (colegios, universidades), de salud, iglesias, comunidades.
- Biblioteca de la UNACHI.
- Biblioteca de la División de Docencia e Investigación del Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía.
- Vídeo inédito de promoción relacionado a la importancia del examen Papanicolaou, cuyos autores son: dos funcionarios de salud y la participación voluntaria de damas que representan la comunidad. La duración aproximada del video es de cuatro minutos.

Objetivos

1.3.1 Objetivo general.

Describir los retos de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Definir los sentimientos de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino.
- Identificar las actitudes de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino.
- Analizar las relaciones familiares de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino.
- Detallar las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino.
- Enunciar las estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino.

1.5 Alcance o Cobertura

1.5.1 Alcance espacial.

La investigación se desarrolló en la Ciudad de David y en la Ciudad de La Concepción, provincia de Chiriquí, República de Panamá.

1.5.2 Alcance temporal.

La investigación se realizó en un período de 17 meses. La investigadora contó con la disposición de tiempo y recurso económico, personal, sumado al apoyo de los actores sociales, de la asesora de tesis, para la culminación de la investigación.

1.6 Restricciones y/o Limitaciones

1.6.1 Restricciones.

Se consideró a las mujeres de 30 a 65 años con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino captadas en la Sala de Ginecología del Hospital José Domingo De Obaldía.

1.6.2 Limitaciones.

- Las recaídas hospitalarias de la paciente, por el estadio en que se encuentra en la enfermedad.
- Cambio climático en el ambiente, influyó en las reuniones del Grupo Focal, lluvias fuertes en los días de reunión.
- Una de las actoras sociales, tuvo múltiples recaídas hospitalarias, debido a la condición de salud.
- El Grupo Focal, fue organizado en el mes de diciembre de 2017, pero se llevó a cabo hasta el año 2018, en un local accesible para las cuatro pacientes; sin embargo, solo llegaron tres actoras, una no asistió a la cita por motivos de traslado hacia Panamá.

- El día que se realizó el grupo focal se compartió con las tres damas que llegaron y la observadora. Se continuó la comunicación con la actora social, que fue trasladada, al mes retornó a la provincia de Chiriquí.
- Por razones impredecibles no se logró realizar la investigación, en el tiempo establecido entre agosto de 2016 a diciembre de 2017.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Experiencias de Mujeres con Cáncer Cuello Uterino

El cáncer cuello uterino es una enfermedad a la que está expuesta toda mujer activa sexualmente; ya sea por el propio estilo de vida o por el que lleva la pareja, donde la cultura juega un papel muy importante en la prevención y tratamiento eficaz.

Son múltiples las experiencias proporcionadas por sobrevivientes de cáncer cuello uterino. Nadie escoge tener una enfermedad así, pero al poseerla cambia la vida, la forma de apreciar lo que está a tu alrededor. Te haces más consciente de tu salud, conoces mejor tu cuerpo y consideras la necesidad de tener a alguien cerca con quien hablar de las inquietudes. Jen una sobreviviente de cáncer expresó:

Mi mensaje para otras mujeres es uno que pueden haber escuchado antes, pero que siempre será cierto, háganse la prueba de Papanicolaou. Los cinco minutos de molestia valen la pena. Porque si no lo hubiera hecho, no estaría aquí ahora. (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, 2017)

En el testimonio que Sara dio para prevenir y controlar el cáncer, ella comentó lo difícil que resulta el tratamiento y las secuelas del mismo. Gracias al apoyo de su familia pudo mejorar. El cáncer te permite enfocarte en lo realmente prioritario, se tiene la oportunidad de educar y ayudar a los demás aconsejando con respecto a prevenir la enfermedad; ya que generalmente es causada por el virus del papiloma cuya infección se previene con la vacuna. Es

importante preguntar ***“al médico sobre la prueba del Papanicolaou las pruebas de detección son importantes para identificar cualquier problema temprano, cuando son más tratables. No dejen que el temor, la pena ni la vergüenza impidan que encuentren la ayuda que necesitan.”*** (División de Prevención y Control de Cáncer, 2017)

La mujer tiene un gran valor en los distintos ámbitos de la vida humana. En esta investigación, se hace referencia a una cita bíblica sobre sanidad en una mujer, tomada de Mateo 9:20-22. Versión Reina-Valera 1960 (RVR1960).

Y he aquí una mujer enferma de flujo de sangre desde hacía doce años, se le acercó por detrás y tocó el borde de su manto; porque decía dentro de sí: Si tocare solamente su manto, seré salva. Pero Jesús, volviéndose y mirándola, dijo: Ten ánimo, hija; tu fe te ha salvado. Y la mujer fue salva desde aquella hora.

La mujer de esta historia bíblica de fe, confronta una terrible enfermedad, tiene esperanza de encontrar sanidad, pues confía que Jesús puede quitar toda dolencia. No cabe duda, esta historia del evangelio de Mateo nos enseña una gran lección, que la fe y el estado de ánimo van de la mano. Es por ello la importancia del acompañamiento espiritual mencionado en el Decreto 41 de 2010, creador del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo en la República de Panamá.

Así como es importante la parte espiritual en este tipo de enfermedad, también es significativo comprender las actuaciones de las personas ante una situación adversa desde el punto de vista científico.

2.2 Teorías Relacionadas al Estudio

2.2.1 Teoría del Afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1984) desarrollaron el *Modelo Transaccional* definiendo al afrontamiento como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Se caracteriza por un conjunto de respuestas ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de una situación estresante, como un intento del individuo para manejar los estresores.

La capacidad de afrontamiento de una persona depende de la trayectoria personal, valores y las creencias que ha ido incorporando con los años. El afrontamiento planteado por Lazarus se define como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que el individuo desarrolla para manejar las demandas externas y/o internas, las cuales evalúa como excedentes o desbordantes de sus propias capacidades de manejo.

- Modos de afrontamiento. En los párrafos siguientes se describen los dos tipos que hay:
 - *Afrontamiento de problemas*: son estrategias dirigidas a la definición del problema, la búsqueda de soluciones alternativas y la consideración de tales alternativas con base en su costo, beneficio, elección y aplicación. Se involucran metas, procesos analíticos dirigidos principalmente al entorno sin dejar las estrategias dirigidas al interior del sujeto, pues estas últimas son de gran ayuda.

– *El afrontamiento de emoción*: está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, atención selectiva, comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Otras estrategias están dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional. (algunas personas necesitan sentirse realmente mal para encontrar consuelo).

Se utiliza el afrontamiento para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara. Cuando se dice que una persona tiene muchos recursos. Lazarus describe los recursos como la salud y la energía (recursos físicos), creencias positivas (recursos psicológicos), las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas, recursos sociales y materiales. (recursos ambientales)

La teoría indica la importancia de los procesos cognitivos, esto tiene que ver con el conocimiento de su estado, que le permite disminuir la tensión, temor y el estrés, permitiendo el afrontamiento eficaz. Disminuir el estrés, la tensión y el temor mejora la condición inmunológica o las defensas del paciente oncológico, actuando positivamente en su calidad de vida.

2.2.2 Teoría de la Crisis.

Las crisis se producen como una respuesta emocional a una situación peligrosa. Históricamente esta teoría remite a Freud y sus hipótesis originales que establecían la relación entre situaciones vitales conscientes o inconscientes y una respuesta emocional.

En los años sesenta Ericsson colaboró con su descripción de las crisis del desarrollo con una perspectiva evolutiva y de crecimiento a la "*Teoría de la Crisis*". Lineman, también aportó a esta misma teoría, pero lo hizo desde una perspectiva de aplicación comunitaria, con un especial énfasis en la atención clínica a personas que habían sufrido una situación de pérdida traumática de un ser querido. La Teoría de la Crisis describe tres fases de respuestas:

– *La fase previa a la crisis*: el individuo busca mantener el equilibrio haciendo cambios físicos y psicosociales en el contexto de los sucesos normales de vida. El problema no constituye en sí mismo la crisis, ésta se produce como respuesta a todos los cambios.

– *La fase de crisis*: se caracteriza por la desorganización. Se hacen intentos para resolver los problemas que puedan surgir. Emergen diferentes posibilidades, la paciente puede responder tratando de ignorar el crecimiento de la enfermedad, pero estará con la ansiedad que le produce la evolución de la enfermedad debido al retraso en la búsqueda de atención.

– *La otra opción es aliviar la angustia*: mediante la evaluación médica inmediata y la participación activa en el plan de tratamiento.

2.2.3 Teoría Experiencias de Virginia Satir.

Teoría basada en la comunicación y pautas de transacción, los aspectos más representativos en la familia son comunicación, reglas, autoestima y corrección de errores. Para ella el estado de salud es la fortaleza y base de la subsistencia del hombre y está determinada por ocho dimensiones en la que se basa su modelo: "Contextual, interaccional, nutricional, sensorial, emocional, intelectual, espiritual y la física". (Satir, 1998, p.58)

La autora manifiesta que, a lo largo de su experiencia como terapeuta familiar, la vida de este núcleo de la sociedad depende de la comprensión de los sentimientos y necesidades subyacentes a los acontecimientos familiares cotidianos.

- Esta teoría hace referencia a dos tipos de familias: Las nutricias y las conflictivas.
 - *Familias nutricias*: sus integrantes se demuestran su afecto, intelectualidad y respeto. Hay una calma pacífica, existe fluidez y armonía en las relaciones interpersonales, los integrantes se sienten a gusto con el contacto físico, los miembros de la familia tienen la libertad de comunicar lo que sienten.
 - *Familias conflictivas*: el clima en este hogar es frío, el ambiente es tenso, los cuerpos y rostros de la gente, manifiestan sufrimiento. No hay muestras amistosas, sus integrantes parecen permanecer juntos por obligación.

Desde la perspectiva de Virginia Satir, la familia es un sistema de relaciones complejas que se tienen que comprender. Se requiere humanizar las relaciones dentro del núcleo familiar, con ello la perspectiva del mundo habrá de modificarse.

Satir dice que el verdadero problema de las personas radica en la forma de afrontarlos. Por eso trataba de que los pacientes examinaran sus acciones pasadas para que pudiesen verlas desde una nueva perspectiva con el objetivo de valorar las nuevas respuestas ante el miedo y ajustarlas frente a situaciones estresantes. “Para ello se valía de técnicas como escultura, psicodrama y la metáfora entre otras, facilitando de esta manera el conocimiento para lograr la humanidad plena.” (Fabregat, 2015 p. 42)

2.3. Aspectos Generales del Cáncer Cuello Uterino

2.3.1. Reseña histórica.

El Dr. José Andrés Moreno Nogueira, en el libro 'El largo camino de la historia del cáncer' (2015), cita la evolución histórica del cáncer a través de la medicina en las diferentes culturas, desde el Antiguo Egipto, pasando por la medicina árabe y la romana, además de abordar el nacimiento de la oncología, su evolución hasta nuestros días. Lo que indica que es un problema antiguo.

El médico italiano Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), de la Universidad de Padua, en su libro *De Sedibus et Causis Morborum (De Sedibus)*, publicado en 1761, introdujo el examen colposcópico del cuello uterino mediante la inserción de un embudo en la vagina. Hizo referencia además a dos casos de cáncer de cérvix uterino.

La descripción más clara de una histerectomía vaginal para el carcinoma de cuello uterino fue dada por Récamier en 1829 y representa una nueva aportación en el campo de la cirugía oncológica.

En Nueva York, con el apoyo de algunos filántropos ricos, se creó el Hospital de la Mujer en 1854, bajo la dirección de James M. Sims (1813-1883), reconocido por su innovador tratamiento de la fistula vésico-vaginal y el del cáncer de cuello uterino por la amputación del cérvix.

El desarrollo de la citología ha supuesto un enorme avance en el diagnóstico de las neoplasias (tipos de tejidos irregulares o tumorales). En 1928, dos médicos que llevaban por nombres Aurel Babés (1886-1961), ginecólogo en Rumania y George Papanicolaou (1883-1962), anatomista de Nueva York, presentaron sus técnicas de obtención de células mediante raspado del cuello uterino y la vagina en pacientes ginecológicas.

Aunque Papanicolaou no fue el único que logró descubrir la técnica de citología ginecológica que lleva su nombre, se conoce como la "*prueba de Papanicolaou*", que fue quien popularizó la técnica y convenció al mundo de su mérito.

La introducción de la prueba de Papanicolaou y su validación permitieron la identificación de lesiones intraepiteliales cervicales fácilmente tratables y cánceres invasivos tempranos, esto permitió que se iniciaran los programas de cribado poblacional en la década de 1950 como medidas preventivas de cáncer, prueba que todavía se utiliza ampliamente en todo el mundo.

La detección precoz y el tratamiento de las lesiones precancerosas fueron promovidos y apoyados generosamente por la Sociedad Americana del Cáncer, el Instituto Nacional del Cáncer y otras asociaciones profesionales, reduciendo a la mitad la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Estados Unidos a fines de la década de 1960.

La primera mitad del siglo XX corroboró avances en el campo de la cirugía, diagnóstico radiológico y en la última década el inicio de la quimioterapia, que seguiría a todo lo largo de la segunda mitad de dicho siglo. Un hecho importante de la primera mitad del siglo del que

estamos hablando fueron las creaciones de instituciones y asociaciones para luchar contra el cáncer como el Centro Médico Sueco en Seattle (EE.UU.) en 1907; el Instituto del Cáncer de Holanda (1913); el Instituto Ruso de Radiología y Oncología (1920), entre otros.

En 1968 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) desarrolló la clasificación FIGO para neoplasias malignas ginecológicas, pero poco después la AJCC (Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer) comenzó a publicar por separado otra categorización diferente de TNM. En 1987 las clasificaciones de la FIGO y la AJCC se unificaron.

En las primeras cuatro décadas del siglo XX, la mayoría de los descubrimientos en la investigación del cáncer, el diagnóstico y el tratamiento, se llevó a cabo en Europa. Sin embargo, desde el comienzo de la década de 1940, la mayoría de los grandes descubrimientos en la investigación, diagnóstico y tratamiento de cánceres se realizan en Estados Unidos de América.

El Instituto Nacional del Cáncer y la Sociedad Americana del Cáncer fueron promotores de importantes investigaciones, con un apoyo financiero significativo y con unos investigadores clínicos con la visión de intentar curar el cáncer.

En el año 1948 Fred W. Stewart, jefe de patología del Memorial Hospital for Cancer and Allied Diseases, el actual Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, en Nueva York. Fue elegido editor de la nueva revista "*Cáncer*", creía que los médicos que atienden a los pacientes con cáncer han de estar en constante comunicación con los demás profesionales y deben prestar

atención especializada a sus pacientes. Este concepto, que podríamos llamar ya multidisciplinario, se vería completamente justificado décadas después, especialmente cuando la quimioterapia estaba en pleno desarrollo en el tratamiento del cáncer.

La Sociedad Andaluza de Cancerología (SAC), fundada por el doctor E. Stiefel Barba en 1961 y constituida con un carácter multidisciplinario, integraba a profesionales de diversas especialidades e inició una publicación denominada Archivos de Cancerología en 1962, que pasó por diversas etapas de publicación, no editándose en la actualidad.

El oncólogo no debe olvidar nunca que la calidad asistencial depende no solo del conocimiento científico, sino también del comportamiento humanístico, donde la información es un elemento clave. Otro importante aspecto es la asistencia multidisciplinaria, las terapias dirigidas se asocian a otras modalidades terapéuticas como la quimioterapia o radioterapia y debe contemplarse en el seno de ese escenario multidisciplinaria, donde una correcta indicación coste/eficacia es fundamental.

La OMS (2005), ha declarado que el cáncer cérvico-uterino es una enfermedad en la que se presentan cambios en las células que cubren las paredes del cuello uterino (extremo inferior de la matriz que comunica con la vagina). Estas células inicialmente normales, a la postre se convierten en pre cancerosas. El cáncer de cuello uterino se presenta por lo general de manera lenta con el tiempo se acelera.

2.3.2. Pruebas para diagnosticar el cáncer Cérvico uterino.

Indica la Web Geo Salud (2011), que la prueba de Papanicolaou (también conocida como Pap o citología) es una manera de examinar células recolectadas del cuello uterino y la vagina. Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales, o cáncer.

La prueba de Papanicolaou es simple, rápida y no causa dolor. Se realiza sacando una muestra de células de adentro y de alrededor del cuello del útero con un raspador de madera o un cepillo cervical pequeño. El espécimen (muestra) se pone en una lámina de vidrio o se lava en líquido fijador y se envía a un laboratorio para que sea examinado.

En el proceso de estadificación, se pueden utilizar las siguientes pruebas y procedimientos: la radiografía de tórax, la exploración por tomografía axial computarizada (TAC), linfangiografía, ecografía, Imágenes por resonancia magnética (IRM).

En el año 2008 se introdujo en el esquema de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), específicamente para el VPH 16 y 18, a niñas de 10 años.

Las vacunas que protegen contra la infección por estos tipos de VPH pueden reducir en gran medida el riesgo de cáncer de cuello uterino. Existen tres marcas de la vacuna contra el VPH: Gardasil, Gardasil y Cervarix. El virus del papiloma humano (VPH), es una de la infección sexualmente transmitida más común que existe.

2.3.3. Prueba del Papanicolaou:

La Junta Editorial de Cáncer.Net en el mes de julio de 2016 indicó que a fin de asegurar que los resultados de la prueba de Papanicolaou sea lo más precisa posible, que la mujer no tenga relaciones sexuales durante 2 o 3 días antes de la prueba. Además, para evitar eliminar las células anormales, durante 2 a 3 días antes de la prueba no utilice:

- Tampones.
- Espumas anticonceptivas.
- Medicamentos por vía vaginal.
- Duchas vaginales.
- Cremas o polvos vaginales.

2.3.4. Factores de riesgos.

Según la OMS (2006), las causas se desconocen; sin embargo, hay factores que incrementan el riesgo:

- El principal factor de riesgo del cáncer de cuello uterino es la infección por el virus del papiloma humano. (VPH)
- Tener una vida sexual activa. (antes de los 18 años).
- Tener múltiples compañeros sexuales.
- Haber tenido verrugas genitales.
- Fumar por mucho tiempo.
- Tener displasia cervical.
- Uso de anticonceptivos orales.

- Haber tenido herpes genital.

2.3.5. Estadios o etapas del cáncer cuello uterino.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstétricas (FIGO) y el Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer (AJCC), diseñaron un sistema de estadificación del cáncer de cuello uterino. El sistema FIGO es el que se usa con mayor frecuencia. El Instituto Nacional Cáncer (2009) indica los estadios del cáncer cérvico uterino:

- Estadio 0 o Carcinoma In Situ: es un cáncer muy temprano, las células anormales solo se encuentran en la primera capa de las células que recubren el cuello uterino.
- Estadio I: el cáncer solo afecta el cuello uterino y no se ha diseminado. Una cantidad muy pequeña de cáncer, se encuentra en el tejido más profundo del cuello uterino.
- Estadio II: el cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica, el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina. El cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.
- Estadio III: el cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica, parte inferior de la vagina o ha infiltrado los uréteres.
- Estadio IV: El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo, como la vejiga y el recto y diseminación en órganos distales como los pulmones.

2.3.6. Signos y síntomas del cáncer cuello uterino.

Indican los médicos, que es posible que el cáncer de cuello uterino en estadio temprano no cause signos ni síntomas perceptibles.

Los siguientes son los posibles signos y síntomas de cáncer de cuello uterino:

- Sangrado vaginal anormal.
- Una secreción vaginal inusual.
- Dolor durante las relaciones sexuales. (coito vaginal)

2.3.7. Tratamiento para el cáncer cuello uterino.

En la Web Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2011), se explica que el tratamiento es de tres clases: Cirugía, radioterapia, quimioterapia.

- El tratamiento por estadio es el siguiente:
 - Estadio 0: Conización, rayo láser, procedimiento de extirpación electroquirúrgica con asa (LEEP), criocirugía, histerectomía.
 - Estadio I: Histerectomía abdominal total, conización, histerectomía radical con o sin disección de ganglios linfáticos, radioterapia, histerectomía radical con o sin radioterapia.
 - Estadio II: El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor y puede ser radioterapia, histerectomía abdominal total con o sin “*saping*”

oforectomia” (extirpación de ovarios y trompa de falopio) o también radioterapia, ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/ quimioterapia.

- Estadio III: El tratamiento podría consistir en radioterapia y ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia- quimioterapia.

- Estadio IV: El tratamiento podría consistir en radioterapia, ensayos clínicos nuevos de radioterapia/quimioterapia; o radioterapia y quimioterapia. En el caso de las recidivas (reaparición de la enfermedad) el tratamiento podría consistir en cirugías para extraer el colon inferior, recto o vejiga; radioterapia y quimioterapia.

El cáncer cervical se puede curar si se detecta y se trata en las primeras etapas o estadios.

2.3.8. Prevención del cáncer cuello uterino.

El Instituto Nacional del Cáncer define prevención de cáncer como el conjunto de acciones destinadas a reducir la posibilidad de esta enfermedad.

Los científicos analizan los factores de riesgo y los factores de protección. Cualquier cosa que aumenta la probabilidad de tener una enfermedad se llama factor de riesgo. Su antónimo es aquello que disminuya la probabilidad de enfermar de cáncer se llama factor de protección.

En la actualidad, se estudian diferentes formas de prevenir el cáncer, las alternativas más recomendables son:

- Cambiar el estilo de vida o los hábitos de alimentación.
- Evitar todo lo que se sabe que causa cáncer.

- Tomar medicamentos para tratar una afección precancerosa o para evitar que se presente un cáncer.

2.4 Técnicas para Atención de Pacientes con Cáncer Cuello Uterino

2.4.1 Genograma familiar.

Es una herramienta gráfica, donde se resume información relevante de la familia. Permite registrar y dar a conocer información visible e ilustrar acerca de la etapa del ciclo vital. En el Genograma se puede observar:

- La estructura familia que incluye el origen, tipo de familia, comunicación.
- Presentación de un registro médico sistemático
- Adaptación al ciclo vital familiar.
- Repetición de pautas a través de generaciones.
- Sucesos en la vida y funcionamiento familiar.

En este estudio se elaboró un Genograma familiar, de una actora social.

2.4.2 Visita domiciliaria.

La visita domiciliaria se constituye en una parte inherente de su saber hacer en el escenario de las ciencias sociales, principalmente por estar ligada a sus orígenes históricos.

“Aquella visita que realiza el trabajador social a un hogar, tratando contacto directo con la persona y /o familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento”. (ANDER-EGG E., 1995 p.85)

En este estudio se realizaron cinco visitas domiciliarias, que permitieron dar seguimiento y estar en contacto con las actoras sociales. Logrando como se mencionó en el punto anterior, elaborar un Genograma Familiar (representación gráfica en forma de árbol).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Investigación

El enfoque utilizado en esta investigación es cualitativo, debido a que estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, con el fin de interpretar los fenómenos de acuerdo a los significados que tiene para las personas implicadas.

Es cualitativo porque describe los retos de cuatro mujeres de 30 a 65 años con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino, se identifican los sentimientos, la actitud, las relaciones familiares y las redes de apoyo de las pacientes.

3.1.1 Diseño.

El diseño de esta “investigación es fenomenológica, se enfoca en las experiencias introspectivas y subjetivas de las participantes” (Hernández, Baptista y Collado R., 2010, p.493). Describe las realidades de los retos que experimentan las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino.

3.2 Sujetos o Fuentes de Información

3.2.1 Sujetos.

Los sujetos de estudio denominados como los actores sociales participantes son: cuatro pacientes, un familiar de una de las pacientes y un ginecólogo.

3.2.2 Fuentes de información.

La fuente primaria de esta investigación es de tipo bibliográfica y testimonial.

Bibliografía porque se consultaron libros en físico y digital, revista y documentos.

Testimonial, porque se recopiló información y se presentan los testimonios de las cuatro pacientes, un familiar de una paciente y un ginecólogo, que en la actualidad labora en el Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía y de forma extra institucional.

3.3 Categoría y Subcategorías

Las categorías de esta investigación están relacionadas a los objetivos. Se utilizaron las categorías apriorísticas (aquellas que son construidas por la investigadora antes de realizar el proceso de recogida de la información); por ello se contraponen a las llamadas categorías emergentes (aquellas que surgen en el proceso mismo de la investigación).

Las categorías se identificaron con letras mayúsculas del abecedario español y las subcategorías con letras minúsculas acompañadas de un numeral. Para precisar su objetividad y viabilidad se definió el contenido de cada categoría y subcategoría.

Categoría A (retos)

Situación difícil que enfrentan las mujeres de 30 a 65 años diagnosticadas con cáncer cuello uterino.

– **Subcategorías:**

a.1 Familia: personas relacionadas por parentesco de sangre o legal a la mujer con cáncer cuello uterino.

a.2 Comunicación: intercambio de información de la mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino y el personal de salud, familia, amistades y demás instituciones.

a.3 Cambios: modificaciones que sufren las mujeres de 30 a 65 años al ser diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, en el área física, emocional, espiritual, económicos, social.

a.4 Economía: cantidad de dinero, reducción o gastos, escasez de recursos de las mujeres de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino.

- **Categoría B (sentimientos).**

Estado de ánimo que manifiesta la mujer de 30 a 65 años diagnosticada con cáncer cuello uterino.

– **Subcategorías:**

b.1 Ansiedad: inquietud que exterioriza la mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino.

b.2 Sufrimiento: dolor que experimenta la mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino.

b.3 Negación: desaprobación de las mujeres de 30 a 65 años ante el cáncer cuello uterino

b.4 Culpa: reacción de las mujeres de 30 a 65 años ante la responsabilidad de acción u omisión de la presencia del cáncer cuello uterino en su persona.

b.5 Adaptación: ajuste que hace la mujer de 30 a 65 años para sobrellevar el cáncer cuello uterino.

b.6 Ira: indignación y enojo que experimenta la mujer de 30 a 65 años ante el cáncer cuello uterino.

b.7 Temor: miedo que experimenta la mujer de 30 a 65 años ante el cáncer cuello uterino.

b.8 Depresión: pérdida de interés por todo, ya que la mujer de 30 a 65 años experimenta situaciones difíciles ante el cáncer cuello uterino.

b.9 Lástima: sentimiento de pena de la mujer de 30 a 65 años ante el cáncer cuello uterino

b.10 Soledad: sentirse que está sola o sin compañía. Aislamiento que asume o siente la mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino

b.11 Abandono: desánimo de familiares y de la mujer de 30 a 65 años ante el cáncer cuello uterino. Cuando dejan a la paciente, se alejan de ella o la descuidan y en algunos casos las féminas deciden abandonar el tratamiento médico o control de salud.

b.12 Incomodidad: estar en una situación que produce molestias a otras personas.

b.13 Gratitud: sentimiento de estima y reconocimiento que la mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino tiene hacia el prójimo.

- **Categoría C (actitud).**

Disposición que manifiesta la mujer de 30 a 65 años ante el cáncer cuello uterino.

- **Subcategorías:**

c.1 Positiva: respuesta efectiva de la mujer de 30 a 65 años ante el cáncer cuello uterino y que permite enfrentar la realidad de una forma sana y positiva.

c.2 Negativa: respuesta de censura de la mujer de 30 a 65 años ante el cáncer cuello uterino, que no permite enfrentar la realidad de forma sana y positiva.

- **Categoría D relaciones con la familia.**

Manera en que la familia de las mujeres de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino interactúa entre sí, dentro del núcleo de la sociedad.

- **Subcategorías:**

d.1 Familias nutricias: aquellas que se demuestran afecto, respeto y apoyan a la mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino

d.2 Familias conflictivas: aquellas donde no hay muestras de afecto, el ambiente es tenso, por no apoyar a la mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino.

- **Categoría E (redes de apoyo).**

Conjunto de organizaciones o entidades que trabajan de manera sincronizada para colaborar con las mujeres de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino.

- **Subcategorías:**

e.1 Participación en grupos: que permite a las mujeres de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino intercambiar experiencias, motivarse y liberar las tensiones.

e.2 Equipo interdisciplinario: unidad de trabajo conformado por varios profesionales que tienen como meta asesorar y orientar a la familia y mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino.

• **Categoría F (estrategias)**

Conjunto de acciones que se implementan en un contexto determinado con el objetivo de prevenir el cáncer cuello uterino.

- **Subcategorías:**

f.1 Control de salud: visitas programadas al médico y/o la enfermera que tienen por objetivo prevenir que aparezca el cáncer cuello uterino.

Brindar apoyo a la paciente para que tenga mejor calidad de vida, biopsicosocial y espiritual a la paciente.

f.2 Estilo de vida: conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas que pueden incidir en la aparición del cáncer cuello uterino.

f.3 Campaña de promoción y prevención: para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre el cáncer cuello uterino. Enfatizando en la detección temprana para la prevención del desarrollo de la enfermedad.

3.4 Población y Muestra

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) “La muestra en el proceso cualitativo, es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrá de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia.” (p. 384). Lo más importante no es la cantidad de la muestra; lo relevante es que se pueda profundizar en los sentimientos y experiencias de los actores sociales.

3.4.1 Unidad de análisis muestral.

A continuación, se detalla la muestra que fue utilizada para realizar esta investigación.

Tabla 2. Unidad de Análisis Muestral.

Actores Sociales	Cantidad
Mujeres diagnosticadas con cáncer cuello uterino	4
Ginecólogo	1
Familiar de una paciente diagnosticada con cáncer cuello uterino	1
Total	6

Fuente: Autoría propia 2017.

3.4.2 Sustento de la muestra.

Hernández, Fernández Baptista (2014) afirman que “las muestras en el proceso cualitativo son: Grupos de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia.”. (p. 384)

El tamaño de la muestra se sustenta según los parámetros de (Hernández et al. 2010).

- Capacidad operativa de recolección y análisis: la muestra formada por seis personas, es la cantidad que se puede tratar a profundidad y la necesaria para dar respuesta a los objetivos planificados.
- Entendimiento del fenómeno: la información suministrada, por la muestra escogida, responden las preguntas de la investigación.
- Naturaleza del fenómeno: la muestra seleccionada fue accesible y se pudo localizar con facilidad.

3.4.3 Tipo de muestreo.

Según Hernández (2014) “En un estudio cualitativo, las decisiones respecto al muestreo reflejan las premisas del investigador, hacer de lo que constituye una base de datos creíbles, confiables y válidos para abordar el planteamiento del problema”. (p. 382)

3.4.3.1 Selección de los elementos muestrales

Para este estudio se utilizó la muestra orientada a la investigación, cuya descripción la encontramos en el siguiente párrafo:

Muestra diversa o de máxima variación: La misma contiene diferentes perspectivas y representa la complejidad del fenómeno estudiando. Las pacientes son de diferentes edades, domicilios, estados civiles, niveles de escolaridad, culturas, distintos estadios del cáncer cuello uterino. La muestra fue seleccionada por conveniencia.

3.4.4 Unidades muestrales.

Esta investigación se desarrolló en cuatro momentos:

- El primero fue el acercamiento con todos los actores que formaron parte de las muestras seleccionadas. Las pacientes fueron captadas en la Sala de Ginecología del Hospital José Domingo De Obaldía. Al egreso de sala se les dio seguimiento, realizamos un total de cinco visitas domiciliarias a las pacientes. Al familiar de una paciente se le realizó una visita domiciliaria. Se entrevistó a un ginecólogo que labora en el Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía y de forma extra institucional.
- El segundo momento fue la recopilación de testimonios de los actores sociales. La técnica empleada fue la entrevista semi estructurada y la observación. El escenario fue la sala y la oficina de ginecología para la captación de datos y posteriormente para dar seguimiento se realizaron visitas a los hogares cada uno de ellos.
- El tercer momento se programa para recopilar datos, siendo a través de la técnica de grupo focal, con las actoras sociales. El escenario fue un restaurante de la localidad.
- El cuarto momento es la discusión de resultados y conclusiones con las pacientes y el familiar. Se decidió que el lugar apropiado para reunirse era el hogar de una de los actores sociales. Allí también se incluyó la comunicación con el ginecólogo.

3.5. Instrumentación

Para la recopilación de la información se utilizan técnicas de investigación que cumplen con el enfoque de este estudio. Los cuales se señalan a continuación:

3.5.1. Entrevista semi estructurada.

Es muy utilizada en los estudios cualitativos por su flexibilidad. Se desarrolla entre dos o más personas, con la finalidad de recopilar la información que interesa. Se caracteriza por llevar con anticipación una guía de preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales, si es necesario.

Las preguntas se redactan con anticipación y se planifican con mucha seriedad para propiciar el interés y la confianza, esto permite que cuando se realicen las interrogantes, el investigado narre toda la experiencia con plena libertad.

3.5.1.1. Procedimiento para su realización.

La entrevista semi estructurada fue validada por una especialista en investigación y por tres damas de la comunidad a quienes se les aplicó. Se elaboró para facilitar la comunicación y testimonios. Los resultados fueron grabados previo consentimiento informado.

En la entrevista semi estructurada, la primera parte del formato está destinada a los datos generales del estudio y el compromiso de confidencialidad.

La segunda parte destinada a las preguntas; consta de cinco interrogantes. Fueron aplicadas a las mujeres, a un familiar de una paciente y al ginecólogo.

3.5.2. Grupo focal.

Es una técnica de investigación colectiva centrada en la variedad de creencias y experiencias de las participantes. La reunión está dirigida por un moderador que se encarga de mantener el enfoque de la reunión y el control del grupo. Se utiliza una guía con los objetivos y las preguntas del estudio investigativo. La reunión no debe exceder más de dos horas, pero tampoco debe ser menos de 45 minutos. Los participantes deben estar sentados de forma cómoda, de tal manera que estén frente a frente, lo que permitirá que al hablar se dé la interacción.

Esta técnica se desarrolló siguiendo los parámetros sugeridos por la profesora, especialista en investigación. Se contó con la participación de un observador para grabar el desarrollo del grupo focal.

En la primera parte se describen los datos personales y se explican los objetivos. La segunda parte describe la pregunta estímulo. La tercera parte las preguntas control de la investigación. En la cuarta parte se describe el escenario, hora de reunión en que se ejecuta la reunión. En el quinto punto se menciona el equipo de apoyo que se utiliza. El incentivo que se otorga, es el sexto punto. En el séptimo punto se especifica la guía para el desarrollo de la técnica. En el octavo punto se menciona la agenda que se desarrollará.

3.5.3. Observación.

Para la observación en la investigación cualitativa “se necesita saber escuchar y utilizar todos los sentidos, poner atención a los detalles, poseer habilidades para descifrar y comprender conductas, ser reflexivo y flexible para cambiar el centro de atención, si es necesario.” (Hernández Sampieri, 2014, p. 403)

3.5.3.1. Métodos de observación.

La observación se desarrolló en los siguientes escenarios: en la Sala de Ginecología del Hospital José Domingo De Obaldía, donde se capta a la paciente voluntaria y se le da seguimiento en el hogar.

- Se llevó a cabo la técnica visita domiciliaria a las cuatro participantes de esta investigación. Utilizando el Modelo Basado en el Comportamiento, el cual se refiere a la observación de las actoras sociales, en su entorno social, en el seguimiento de la investigación.
- Se hace uso de la observación no participante directa. La investigadora solo observaba, se mantenía al margen del fenómeno, se limitaba a grabar y registrar la información que aparecía ante ella, previo consentimiento de los actores sociales. A través de una de las visitas, se elabora el genograma familiar a una de las actoras sociales.

3.6. Rigor Metodológico

3.6.1 Confiabilidad o consistencia.

La presente investigación puede ser replicada por otros investigadores en contextos

afines. Por lo que se describe los siguientes criterios:

- Detalle pormenorizado de la teoría y diseño de la investigación.
- Explicación detallada de los criterios de selección de muestra y técnicas de recolección de datos.
- Contexto donde se recopila la información, análisis de la información, proceso de codificación y categorización.
- La información se encuentra debidamente documentada en registro escrito y de forma digital grabado.

3.6.1.1 Validez.

La misma fue estipulada de la siguiente manera: *tiempo apropiado con los participantes para la recopilación de la información.*

- Las técnicas de recopilación de la información se aplicaron en escenarios que favorecieron el dialogo.
 - La información fue grabada de forma digital y reposan en una memoria (USB).
 - La investigadora realizó una revisión reflexiva periódica para evitar sesgos.
 - Triangulación intramétodo: se aplicaron instrumentos como entrevista semiestructurada, observación, visitas domiciliarias, grupo focal y genograma.
- Los criterios antes expuestos confirman que la investigación está sustentada en una rigurosa metodología.

3.7 Tratamiento de la Información

Se ejecutó la debida categorización que a su vez responden a los objetivos del estudio, para el manejo eficaz y pertinente de la información. Se manejó el proceso mixto, ya que se consideró las categorías apriorísticas surgidas de la teoría y las emergentes de la información de los participantes para analizar la información.

Se capturó la información, se clasificó y agrupó en las categorías pertinentes.

Se transcribe la información en el lenguaje propio de las participantes, sin agregar ni omitir palabras, se utiliza el análisis descriptivo.

3.8 Presentación de la Información

Los resultados se esquematizaron en tablas, mapas mentales y conceptuales de manera que se puedan observar con claridad las categorías surgidas de la investigación.

3.9 Procedimiento/Fases de la Investigación

La investigación se desarrolló en tres fases:

- **Fase Inicial:** Preparación del trabajo de campo, la búsqueda bibliográfica en fuentes primarias y secundarias de todos los temas relacionados con nuestra investigación. La información permitió la elaboración del marco teórico, metodológico y el planteamiento de un objetivo general y cinco específicos. Se diseñaron los instrumentos y se aplicó a una muestra para asegurar la idoneidad y realizar los arreglos pertinentes. Se tomó en

cuenta el juicio de dos expertos. Luego se seleccionó la muestra y tipo de muestreo. La información permitió delinear el anteproyecto presentado al Decanato de Investigación para su inscripción.

- **Fase de Desarrollo:** recolección de la información con los instrumentos sugeridos por los expertos. Se procedió a transcribir la información y se preparan los textos para revisión y análisis. Reunida la información se procede a la elaboración de conclusiones, recomendaciones y resúmenes pertinentes. Se corrigió redacción y estilo. Se procede al levantamiento de texto y empastado con el fin de presentarlo a los especialistas de la UNACHI.

- **Fase Final:** En esta última etapa se comunican los resultados y se presentan en la sustentación frente al tribunal de tesis.

CAPÍTULO IV

TRANSCRIPCIÓN, ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE LOS

RESULTADOS

falta de recursos me impide seguir adelante, mis hijos y el caso que pues, tengo que estar atendiendo a mi papá muy enfermo, estos son los retos, el resto todo lo demás... Gracias a Dios yo lo tengo (al hablar sube y baja el tono de voz, con mirada triste).

Entrevistadora: según su opinión ¿Cuál es la actitud de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Rosa: Bueno, para mí, en mi caso, fue bastante difícil verdad, porque ¡Eh! ¡Eh! no me lo esperaba, fue algo muy duro para mí. Enfrentar esta situación difícil porque esto, no estaba en mis cabalidades, pues que yo, llegar a enfrentar esta situación, pues a llegar a tener esta enfermedad. (trata de contener las lágrimas)

Yo la verdad, me entre entristecí, me sentí muy triste, sentí que ya no valgo nada, como que no valgo, como apartada de la familia (mirada llorosa). Me sentía como inútil, que le prohíben a uno ciertas cosas que uno, pues no puede realizar pues ¡Eh! ¡Eh! dentro del hogar, como los quehaceres y esas cosas, pero este, pues... Sufrió por motivo de que estar en esta situación ir y venir incomodando a otras personas, y este esos fueron los factores que a mí me deprimieron...

Sentí que incomodaba a mis hijos... (mirada llorosa). Bueno ellos eran los que me decían mamá mira no te preocupes, echa para adelante, que nosotros te vamos a apoyar... Incluso yo le digo: ¡Gracias a Dios este es el final! Si yo tengo que continuar ellos estarán siempre conmigo, siempre me dicen que no me preocupe, porque se te cayó el pelo, no te preocupes te va a salir más bonito es verdad.

Hubo una época que yo suspendí el tratamiento, por el temor, a volver a pasar por lo que pasé en Panamá, a mi acá en el hospital, me dijeron la forma como me iban a tratar, me iban a lidiar. Lo que pasa es que acá es uno, allá son otros tratamientos, que ellos tienen que tomar. Allá es un tratamiento, acá es otro.

El caso que yo tomé miedo, allá me examinaron seis varones. Al revisarme seis varones, este me incomodó mucho, me inflamé demasiado y yo decía, como era posible pasar a cada rato, a cada rato, cada rato por ese trauma; pues yo le dije a mis hijos que yo no iba a volver, que yo no iba a estar pasando, por lo que yo había pasado, nueve meses suspendí, quedé en el hospital, pues ellos mismos, mis hijos me hicieron tomar el control.... (tono de voz baja, suspira profundo)

Me preocupaba no tener dinero para pagar los exámenes, allá me permitieron arreglo de pago, pero me preocupaba, más pagar los otros exámenes, voy a terminar d pagar. ¿Cómo creen que vamos a pagar? (refleja preocupación).

¿Por qué razón yo volví, por qué yo regresé? Yo había sacado mi plata de la Caja de Seguro Social, de los nueve años, con nueve meses que yo había trabajado, yo tenía como movilizarme.

La verdad me detectaron la enfermedad, en una gira médica, a empezar hacer exámenes. La verdad yo me siento tranquila. _ Trabajadora social, me

ayuda me ayuda como manejar la situación...Al final conseguí pues que la Caja de Seguro Social, me diera pasaje de ida y regreso, el mío y el de mi hija (suspira).

A raíz de eso (...) en abril empezó la niña la escuela yo le dije que yo iba sola, porque era incomodo, que mi otra hija se quedara con los niños tan chiquititos... Porque mi otra hija tiene niños muy chiquititos. A raíz de eso yo preferí irme sola, yo le dije que no fuera que era incomodo, que mi otra hija se quedara con dos niños más y chiquititos, a raíz de eso me iba sola (mirada triste).

Entrevistadora: _¿Cómo describe usted las relaciones con su familia?

Rosa: Bueno, bien porque tengo mucho apoyo. Me siento muy feliz, bien con mis hijos, ellos me ven trabajando alguna cosa me dicen mamá mira. Yo les digo declaren que yo no estoy enferma, declaren que estoy sana. La vecina, mi hermana, a cualquiera que me decía mira que usted (...), yo le digo que como me decía, el doctor que en las condiciones en que yo estaba debí estar dos veces bajo tierra...

El doctor me dice porque esa señora viene cada rato sonreída, tranquila, no derrotada... Yo le dije: _Que si tiene a Dios en el corazón y con apoyo de la familia (sonríe). Me siento, tranquila...

Entrevistadora: _Desde su punto de vista ¿Cuáles son sus redes de apoyo?

Rosa: _Bueno, yo tengo a mi familia (sonríe). La iglesia me ayuda económicamente, me visitan. Están esperando el diagnóstico, para celebrar en grande una vigilia que quiero y hacer culto en mi casa (aplaude). Mis hijos se han unido más, no tenemos dinero suficiente, pero sí bastante amor y cariño entre los nietos, mis hermanos, toda la familia.

Un hijo me paga el Seguro Social. “Yo, me he dado cuenta, hablando con mis amigas, que si no se tiene seguro, no lo miran, no le dan ese apoyo, como me lo dan a mí. Yo cubro mis gastos porque tengo Seguro... *Entrevistadora:* _ Muchas gracias por compartir sus experiencias.

– ENTREVISTA N. ° 2

Seudónimo: Girasol es una paciente de 38 años de edad, escolaridad universitaria, casada, tiene dos hijos, empresaria. Diagnóstico Médico CACU 1.

Entrevistadora: _ ¡Buenos días! Vamos a realizar una entrevista semi estructurada tiene como fin, describir los retos de las mujeres con diagnósticos médico de cáncer cuello uterino. Agradecemos su participación como paciente voluntaria. La información es confidencial y sólo se tomará en cuenta para el estudio que realizamos.

Entrevistadora: _ ¿Cuáles son los retos que tiene que enfrentar, como mujer por el diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Girasol: Primero, asimilar la noticia, quitarse de la mente que no significa muerte... Es el pensar en mis hijos. La verdad se siente temor de lo que va a ocurrir, cómo quedarán los hijos. Me preocupaba porque también mi hijo estaba enfermo, es muy muy difícil. Tomé valor y me puse a pensar que tenía que mejorarme para poder seguir cuidando de mis hijos, tenía el apoyo de mi familia, muy decidida empecé la atención médica. Con mucha fe en Dios.

Cuando uno llega a Panamá, lo primero que a mí me dijeron fue: “Quiero que saques de tu mente que el cáncer no es una enfermedad de muerte, eso tiene que borrarlo de la mente; es lo primero. Después empiezan a explicarme los siguientes procedimientos. Por ese miedo que sentía me dijeron vaya allá al psicólogo. En mi caso que la familia, se una cada vez más. El apoyo de este, del otro (...) me llamaban estamos contigo, no estamos allí, estamos orando por ti, sabes que eres una sierva del Señor. El Señor tiene cosas grandes para ti, te va a ver, te va a dar la oportunidad de ver a tus hijos crecer eso la familia.

Entrevistadora: _Según su opinión: ¿Cuál es la actitud de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Girasol: Pienso que puede ser actitud negativa al inicio, además si no han sido orientadas, si no saben cómo la van a atender, pero si cuentan con el apoyo de la familia, orientación por parte de los médicos, después tienen actitud positiva.

Entrevistadora: _ ¿Cómo describe usted las relaciones con su familia?

Girasol: ¡Qué Bendición de Dios!, mi familia, cada miembro: mi mamá, mi esposo nos unimos más, mis hijos, mi suegra, en todo momento me acompañan, me dan ánimo, están pendientes de cada detalle. Me siento feliz por el respaldo que me brindan.

Entrevistadora: desde su punto de vista: ¿Cuáles son sus redes de apoyo?

Girasol: _ “Tengo a Dios primero, una familia preciosa que han estado en todo momento, los hermanos de la iglesia, amistades, sí, sí, sí, mucho respaldo”.

Entrevistadora: _Según su experiencia: ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Girasol: como mujer estar al día con todos los controles de salud; al estar al día se detecta todo a tiempo. La oración es importante para sentirse fortalecida por Dios; una buena comunicación por parte de los médicos. La alimentación debe ser muy, muy saludable, este tema hay que hablarlo más en los hogares, en la iglesia, en todas partes que se conozca más del tema.

Entrevistadora: le agradecemos la valiosa participación.

– ENTREVISTA N.º 3

Seudónimo: Clavel Paciente de 37 años, escolaridad universitaria, casada, tiene 2 hijos, labora de forma permanente. Diagnóstico médico CACU 2.

Entrevistadora: _ ¡Buenos días! Vamos a realizar una entrevista semi estructurada que tiene como fin, describir los retos de la mujer con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino. Agradecemos su participación como paciente voluntaria. La información es confidencial y sólo se tomará en cuenta, para el estudio que realizamos.

Entrevistadora: _ ¿Cuáles son los retos que tiene que enfrentar, como mujer por el diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Clavel: ¡Ufff...!, bueno, primero aceptar el diagnóstico. Es difícil en mi caso, estuve en control con ginecología desde diciembre de 2013 en tratamiento. Otro reto, dejar de relacionarlo con la muerte...Lo primero como humano es que fue devastador; otro reto era ir a Panamá. Difícil el primer tratamiento fuerte para sacarlo de raíz a quimio y con radio fue muy duro (mirada triste).Fue duro, en ocasiones no tenía fuerzas, ni para atender a los niños, ni para

responder el celular. Al verme en una situación como esta, no podía bañarme sola... (mirada llorosa), depender de otros.

En los tratamientos lloraba mucho, lloraba a solas, al frente de mi familia me hacía la fuerte, fuerte. Tratar de definir todo lo que estaba pasando es doloroso (mirada llorosa, voz baja). Mi esposo pidió licencia en el trabajo para acompañarme, se la negaron y renunció al trabajo, labora independiente. Para mi hijo es doloroso el tema, no quiere hablar del tema, dialogamos con los profesores... (mirada triste).

Entrevistadora: Según su opinión: ¿Cuál es la actitud de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Clavel: la primera actitud negativa, de miedo, enojo hacia el profesional que me atendía, no lo vio a tiempo. 15 años atendiéndome, el que vio todos mis embarazos, anualmente me hacía el Pap (subió la voz molesta).

Otro doctor dijo: Negligencia médica, le faltó visión, esto estaba claramente. Yo tenía actitud negativa cuando supe que no iban a operar, esta enfermedad es impredecible, conocí casos una se complicó y falleció, la otra fue operada y murió. He ido en el proceso poco a poco. Me siento con la fe en Dios que me sostiene, me pego tanto a Jesús, la fe en Dios me motiva a seguir adelante (optimista). Y la familia.

Entrevistadora: ¿Cómo describe usted las relaciones con su familia?

Clavel:

_ ¡Oh! Sí hay mucha unión, creció el amor familiar de repente, tan expresivo, antes estaba, pero no lo veía. Sabemos que está, pero observarlo tan expresivo (lleva las manos al corazón). El sentir de la familia que está, que lo puedes lograr esto es un proceso... (Sonríe).

Entrevistadora: _ Desde su punto de vista: ¿Cuáles son sus redes de apoyo?

Clavel: sí, mi familia me apoya, los hermanos de la iglesia anuente ayudar, mi jefe me apoya, los compañeros de trabajo, las amistades...A la vez me daba fuerzas mi Dios. En toda etapa mis hijos y mi esposo han sido mi apoyo. A nivel de la empresa excepcional, si me sentía mal a cada rato ellos, me decían tranquila, relájate...Aunque en ocasiones no tenía las incapacidades, el jefe enviaba que me trajeran el cheque a la casa, los compañeros siempre me daban un sobre.

Me inspiraba ir al hospital por una pareja de ancianos en silla de ruedas, tan juntos. Yo también en silla de ruedas, las pacientes me ayudaban mucho, aunque no tenía fuerzas, los veía y me levantaban...Es de alegría, familiares, amistades, clientes me dicen niña oro por usted, la iglesia... (mira hacia el cielo).

Entrevistadora: según su experiencia ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Clavel: primero dieta saludable, la alimentación es la base, hoy sí. Segundo control médico, pero no quedarse con una sola opinión, consultar otras. Tener actitud positiva. Cuidar la Mente, pensar que el cáncer no es enfermedad de muerte. Capacitación actualizada, al personal de salud,

sobre el examen de la toma del Pap (tono de voz moderado). Si te da un diagnóstico positivo, todo ponerlo en manos del Señor. Sin Dios, no se llegará al final, él da la victoria, fuerzas cuando estas deprimida, no rendirse, si estas triste, hay una alabanza no te rindas... No dejar al paciente sin familiar, es que el familiar es muy importante, importante (mirada optimista).

Entrevistadora: _ Muchas gracias, por su participación.

– **ENTREVISTA N. ° 4**

Seudónimo: Orquídea es una paciente de 30 años de edad, escolaridad universitaria, casada, tiene dos hijas, labora. Diagnóstico médico: *CACU In Situ*.

Entrevistadora: ¡Muy buenos días! Vamos a realizar una entrevista semi estructurada tiene como fin, describir los retos de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino. Agradecemos su participación de paciente voluntaria. La información es confidencial y sólo se tomará en cuenta, para el estudio que realizamos.

Entrevistadora: ¿Cuáles son los retos que tiene que enfrentar, como mujer por el diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Orquídea: los retos, ¡Ufff...!, la verdad es el temor, la depresión de pensar en mis hijas que están pequeñas y me necesitan, quiero verlas crecer. Fue difícil, porque salí embarazada, tenía temor que la bebé saliera enferma, ya me habían diagnosticado, pero luchaba y no quería hacer nada hasta que naciera la bebé (mirada llorosa). La mente, el enemigo quiere avasallar nuestra mente, ese temor que va a pasar conmigo, de repente uno cobra fuerza, si yo tengo un Dios, que me ha prometido sanidad, yo creo en esa sanidad y el saber empezar, todo esto... después el doctor me dice:

Está embarazada. Yo digo ¡Oh! y ahora qué voy hacer; yo me asusté, yo le decía a mi esposo, ahora que vamos hacer, y ahora que voy a tener a la niña, le pregunté a los que me atendían (una gran cantidad de doctores), una gran cantidad de exámenes y yo les preguntaba esto no va afectar a la niña, doctor esto no va a afectar, tenía que hacer exámenes y yo preguntaba...

Yo escuchaba tantas cosas, que les afecta la vista, el niño podía salir ciego, que enredos. Y una cosa yo pedía: Dios mío cuida a mi hija, mi hija es de bendición, yo decía Señor ayúdame en esto. Sí, ¡Eh, eh, eh...! una decisión. Por el miedo pues uno crea, crea la duda, pero una vez Dios me daba la tranquilidad, que él haría algo.

Dice la Palabra, que los que son llamados confiar en su propósito todo le ayuda a bien. Yo decía Señor tú tienes un propósito en esto. Cuando salí del embarazo, yo me reía ji, ji, ji, ji...

El doctor me decía que cuando saliera del embarazo empezaría un tratamiento y que, si el tratamiento no respondía, me iba a referir a Panamá, porque va a tener que ir a Panamá al Instituto Oncológico de Panamá (ION). Yo le decía a mi esposo, no, no, no voy, y a los meses la niña de nueve meses, la niña más grande, me hago una prueba casera...

Me sentía mal, por lo que me decía el doctor. Compré una prueba de embarazo casero, cuando yo llegué me bajaron las lágrimas, yo le decía de nuevo a mi esposo, estoy de nuevo embarazada, que voy a hacer si tienes que ir donde el doctor, yo bueno tengo que esperar un lapso de tiempo, esperar nuevamente la misericordia de Dios en mi vida, porque aquí no hay de otra. Yo, yo, yo digo Señor tú sabrás lo que vas hacer conmigo.

Digo Señor, como el canto: Para mí el vivir es Cristo y para mí el morir es ganancia, Señor. Tú sabes lo que vas hacer conmigo y después con todo esto, la niña cumplió un año de edad, fue que yo vine a hacerme los exámenes de nuevo, todos los exámenes al hospital que me internaron.

El doctor me dice: S te sacamos este pedazo, pueda que ya no tengas que hacer más, pero aun así es difícil verme, porque al verme yo sola, aunque no fue tanto tiempo. La niña y la bebé en casa con familiares, yo estaba preocupada.

Al verme yo sola en esa cama y estar yo sola, saber que tenía llevar las cosas, tuve que llamar a mi hermano, que traería más cosas, hacía un frío horrible, yo estaba congelándome. Cuando mi hermano llegó a llevarme mis cosas, al verme se me empezaron a salir mis lágrimas solitas. Y mirarlo cuando bajaba, yo no quería que se fuera.

Yo decía Señor, no quiero quedarme ningún día más en este hospital.

Yo me quiero ir para mi casa, tú dices que tengo autoridad, al día siguiente los doctores, me vinieron a ver, dijeron no tiene presión alta, me dijeron que podía ir para la casa, yo dije: ¡Gracias Señor, tú eres bueno! Y que tiempo, después de seis meses, hacerme un chequeo, sabes que no tienes que estar metida en un seguro y hospital, andando papeles, de aquí para otro...

Es un régimen, un tratamiento, yo decía si me llevas me llevas. Ese temor. Yo me quebrante en llanto es un proceso muy difícil. Yo me acerque a mi papá, ¡eh, eh, eh! yo no tengo mamá, solo tengo papá. Y cuando voy a la casa de mi papá y le digo que el doctor me informó que me diagnosticaron cáncer y que tengo que hacerme bastantes cosas, Mi papá nada más agacho la cabeza y apretó con la mano fuerte en el mueble.

¿Cómo va hacer posible, yo que tengo tantos años, no, no me ha salido nada y tú que estás tan nueva. Mi hermana, que siempre estuvo ahí de cerca al día, pendiente atendiéndome y a mi hermano.

Muy difícil (...) la economía, saber que no tengo Seguro Social para hacerme todas estas cosas, ¡eh, eh! una atención es muy costosa en el Seguro Social, a también vale, aun así, pueden hacerse. La mano del Señor, mi familia me ayudó mucho, para hacerme los exámenes en la clínica para obtener los resultados rápidos. Y, y, y, y, a veces yo decía: _

¡Señor, tú Señor, tus manos están aquí! Yo no puedo hacer nada y al ver la familia allí, allí, allí... anuente a cada cosa te hiciste algo, te hiciste lo otro, ya fuiste acá, ya fuiste allá, lo que dijo el doctor

Después que di a luz fue que decidí ir al médico, retomar toda la atención médica. En lo personal siempre me he sentido positiva, de que todo esté marchando bien. ¡Gracias a Dios y a mi familia...! El doctor me dijo que estaba iniciando, me operaron estoy en control de salud. Dios hizo un milagro porque la bebé nació saludable (sonríe y levanta las manos).

Entrevistadora: Según su opinión _ ¿Cuál es la actitud de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Orquídea: Ummm..., al principio la actitud negativa invade los pensamientos negativos de temor, de dudas, después positiva por el apoyo de la familia, hermanos de la iglesia, es ir aceptando todo y luchando no sola... ¡Uy!, al principio no quería decirle a nadie el diagnóstico, como sentí que no iban a comprender, que se me iban a acercar por tristeza, no quería que se me acercaran por tristeza.... (pausa y suspira) Le dije a mi familia, que no me tuvieran lástima, que yo necesitaba junto a ellos luchar, pero sin lástima. (tono de voz alto).

Entrevistadora: _ ¿Cómo describe usted las relaciones con su familia?

Orquídea: gracias a Dios mi esposo y familia me apoyan mucho. Mi esposo fue el primero en saber la noticia, si pasamos muy duro, porque yo atendiéndome y mi esposo cayó enfermo

en otro hospital, mi familia cuidando a las niñas, los dos hospitalizados, fue una prueba muy difícil, sacamos fuerzas para apoyarnos uno al otro, existe mucha comunicación, paciencia, unidad, sobre todo amor, respaldo (levanta las manos).

Entrevistadora: Desde su punto de vista _ ¿Cuáles son sus redes de apoyo?

Orquídea: mis redes de apoyo, gracias a Dios son mi familia, las relaciones con mi familia son buenas, ji, ji, ji, mi esposo me ayuda de más, no tengo queja, estoy como consentida, ji. Me apoya mucho en el cuidado de las niñas, en los quehaceres del hogar, sabe hacer de todo, ¡sí!, un gran esposo. (aplaude). Las hermanas de la iglesia, mucho apoyo, algunas de mis amistades, si tengo mucho apoyo (sonríe).

Entrevistadora: Según su experiencia _ ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Orquídea: _ “Pienso, que más programas de salud, esto es importante”.

Campaña del Papanicolaou, que las mujeres se hagan el control de salud, que conozcan más del tema, también la familia y las amistades”.

Entrevistadora: _ Gracias por participar aportando tus experiencias en la investigación.

4.1.2. Entrevista semi estructurada a actora social: Familiar de la paciente.

– ENTREVISTA N. ° 1. Familiar de paciente.

Familiar de edad de 30 años, sexo femenino, escolaridad duodécimo (sexto año) secundaria, estado civil: unida, tiene dos hijos, ama de casa.

Entrevistadora: _¡Buenas tardes! Vamos a realizar una entrevista semi estructurada tiene como fin, describir los retos de las mujeres con diagnósticos médico de cáncer cuello uterino. Agradecemos su participación de familiar voluntaria. La información es confidencial y sólo se tomará en cuenta, para el estudio que realizamos.

Entrevistadora: _¿Cuáles son los retos que tiene que enfrentar, por el diagnóstico de cáncer cuello uterino de su familiar?

Familiar: (Mirada llorosa, voz temblorosa).

La situación al temor (hace pausa) de que, de que, (suspira) mamá falleciera, nos daba lástima, mucho dolor, dolor de verla sufrir, no queremos que sufra. Queremos que se recupere, es una buena madre. Pasamos dificultad, nuestro abuelo está enfermo y tengo niños pequeños por eso se me hace difícil acompañarla siempre a los controles de salud, tratamos de turnarnos.

Tenemos falta de recursos económicos, para hacer frente a todos los gastos tanto de mamá como del abuelo (suspira profundo).

Entrevistadora: Según su opinión: _ ¿Cuál es la actitud de la paciente por el diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Familiar: en el caso de mi mamá, al principio negativa, que no y no se iba a dejar atender, estuvo varias veces en el hospital, ya ha ido aceptando la atención médica (mirada triste). Mucha tristeza, difícil... ¡Uffff...! Qué alivio que en el proceso ha cambiado y tiene una actitud positiva, ahora es ella quien nos da ánimo (sonríe).

Entrevistadora: _ ¿Cómo describe usted las relaciones de la familia con la paciente diagnosticada con cáncer?

Familiar: tuvimos que como familia conversar, no entendíamos muchas cosas: ponernos de acuerdo en cómo ayudar a mamá, unos trabajan, otros tienen niños muy pequeños, nos sentíamos estresados, en ocasiones molestos unos con otros, sintiendo que unos apoyaban más y otros pocos (voz baja). Fuimos hablando, ahora, las relaciones familiares son buenas, aunque en ocasiones estresantes, por la condición de salud de mamá, la familia se ha unido, los que viven lejos la visitan frecuentemente y otros viven cerquita...

Entrevistadora: Desde su punto de vista _ ¿Cuáles son las redes de apoyo para las mujeres con diagnóstico de cáncer cuello uterino?

Familiar: ummm..., las redes de apoyo son la familia, esto nos llevó a hablar más, a ponernos de acuerdo, ji, ji, ji... ella nos da ánimo y nosotros a ella, lo que se nos hace difícil es llorar cuando tenemos ganas, frente a ella tratamos de no llorar (se le salen las lágrimas y se las seca). También cuenta con apoyo, de las amistades, la iglesia, es muy querida en la comunidad... (Sonríe).

Entrevistadora: _ ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino y de la familia?

Familiar: _ “Muchas, como que haya programas para ayudar a las pacientes...Las orientaciones a la familia, porque a veces no sabemos cómo ayudar a la paciente a manejar la situación, charlas para la paciente y la familia, cuidarnos mucho (sonríe)...”

Entrevistadora: _ Gracias por participar aportando tus experiencias en la investigación.

4.1.3. Entrevista semi estructurada al actor social: Ginecólogo.

–ENTREVISTA N. ° 1

Ginecólogo: cuenta con 36 años de servicios y una vasta experiencia en el tema de ginecología referente al cáncer. Labora en el Hospital Materno Infantil José Domingo De Obaldía y también trabaja de forma extra institucional.

Entrevistadora: _ ¡Buenas tardes doctor! Vamos a realizar una entrevista semi estructurada que tiene como fin, describir los retos de las mujeres con diagnósticos médicos de cáncer cuello uterino. Agradecemos su participación como ginecólogo. La información es confidencial y sólo se tomará en cuenta, para el estudio que realizamos.

Entrevistadora: Según su experiencia: _ ¿Cuáles son los retos que enfrenta la mujer con diagnóstico de cáncer cuello uterino?

Ginecólogo: bueno, los retos como tales, son varias situaciones que la paciente con diagnóstico de cáncer del cuello de la matriz tiene que enfrentar. El primer reto, que yo pienso que ella enfrenta, es el miedo a la muerte, porque generalmente asocian el cáncer con muerte.

Es algo tradicional, aunque sabemos que en la actualidad eso no es el significado, tener cáncer no significa muerte. Este es uno de los primeros retos, superar ese miedo y con relación a eso, entonces buscar la manera de cooperar, en cuanto a su diagnóstico preciso y tratamiento.

Segundo es el apoyo que la familia le dé a la paciente en estas situaciones. También incluye la aceptación de los familiares, para ayudarla a salir adelante. El tercer reto es inherente a los anteriores y es la parte económica.

El acceso a los servicios de salud, que le permitan resolver parte de la enfermedad y cómo la experiencia, nos ha demostrado que este es un factor muy importante en muchas pacientes, ya que, en nuestra comunidad, en nuestro medio, pues no tenemos el tratamiento final del cáncer cérvico uterino como tal.

Las pacientes tienen que viajar a Panamá al Instituto Oncológico Nacional (ION) y para ellas a veces representa un reto importantísimo, grande y más si tienen que viajar con un familiar. Esto les complica bastante la situación que ellos tienen que ir superando para tratar de llegar a un buen término en su enfermedad...

Entrevistadora: Según su opinión: _ ¿Cuál es la actitud de la paciente con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Ginecólogo: la gran mayoría de las veces, es una actitud positiva. La mujer después que se le hable con franqueza, se le explique su patología, generalmente cambian a una actitud optimista. Si a ellas se les da esperanza, diríamos que la actitud es positiva. Ellas tienden a cooperar, a someterse a unas series de evaluaciones, exámenes, que no son muy agradables, pero lo hacen con el ánimo de ser curadas. En general yo pienso que la actitud es positiva.

Si es difícil, porque ellas, asumen que la cuestión está seria, que está en riesgo de muerte que no deja de ser verdad. En la medida que el cáncer se ha detectado más tardíamente, pues el porcentaje de supervivencia de la paciente, comienza a disminuir, de manera significativamente.

Algo que en un momento puede ser 100% curable, en otro momento puede bajar a un 60%, 50%, 40% y uno sabe, que ya la posibilidad de supervivencia en los siguientes cinco años de vida, son muy bajos, si en realidad lo comparamos en un 100%.

Entrevistadora: ¿Cómo considera usted que influyen las relaciones familiares de las pacientes?

Ginecólogo: influyen mucho y mucho en el sentido, que si la paciente no tiene un apoyo familiar real, que ella lo palpe, generalmente tiene momentos deprimentes muy fuertes. Ella se deprime tremendamente, uno porque tiene un problema de salud que potencialmente puede comprometer su vida y, por otro lado, sentirse sin el apoyo de algún familiar y eso es algo tremendo, un golpe muy duro. Y tiende a bajar la defensa de ella, en cuanto a su actitud hacia un posible tratamiento y curación, el apoyo familiar es importante, es capital en estas pacientes.

En los casos donde no hay apoyo familiar, la paciente sufre más por el abandono familiar, que por la enfermedad, aunque saben en algunos casos que van a morir. Es

tremendo es estar consciente que se está muriendo la mujer, pero nunca pierde el conocimiento. Muere casi consciente. Le afecta el abandono familiar; que si se da como a usted le tocó buscar el familiar, mediar con la familia que se hagan responsables de su paciente y les brinden el apoyo...

Entrevistadora: desde su punto de vista: _ ¿Cuáles son las redes de apoyo para las mujeres con este tipo de cáncer?

Ginecólogo: prácticamente no hay mucho apoyo. La institución como tal, le da el apoyo con respecto al diagnóstico, el apoyo en el tratamiento, pero no hay en realidad un sistema en estos momentos o una red que responsablemente les dé el apoyo a estos pacientes como realmente lo merecen.

Hay ciertas instituciones u organizaciones que apoyan la salud en el ION, tenemos entendido que hay grupos de apoyo. A nivel de aquí, regional. Ahora se están implementando quizás aspectos paliativos, en pacientes que tienen cáncer más avanzado, en fase terminal. Esos paliativos de una forma u otra ayudan. Por lo demás, a nuestro nivel; básicamente depende del interés personal del funcionario de salud, como usted que es trabajadora social, algunas enfermeras, médicos, que se interesan en ese apoyo grupal.

Tratar de dar es lo que hace cada uno, pero en realidad no hay una organización precisa para esto, Hay organizaciones, vuelvo le digo ONG, que apoyan en cierto sentido, pero quizás enfocado en otro tipo de cáncer.

Pero cuando hablamos de cáncer cérvico uterino específicamente, la realidad que no hay, a parte pues del interés personal, que tengamos en orientarla y apoyarla en ese aspecto.

La experiencia que tenemos con usted en el hospital, recuerdo que hemos organizado grupos, fuera de eso no hay y es urgente se necesita. Es importante que el personal se involucre en esa parte; eso es costoso, hay que buscar profesionales que realmente estén comprometidos en este aspecto y es difícil encontrarlos. A la gente le gusta lo suave, pero no las cosas duras...

Entrevistadora: Según su experiencia: _ ¿Qué estrategias se pueden implementar para mejorar la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino?

Ginecólogo: la calidad de vida, de la paciente en realidad se ve comprometida, ya en estado más avanzado en cáncer cérvico uterino. Los primeros estadios, las lesiones pre invasoras, el primer estadio, quizás ello una calidad de vida, más o menos de acuerdo a su situación en la comunidad. Pienso yo a partir de allí, la estrategia es el apoyo psicosocial que se le pueda dar, como los gabinetes que hacíamos, de apoyo que les permitan a ellas orientarse. La base es la orientación y dar la mejor información posible a estas pacientes, de manera que ella comprenda la situación en la cual está.

De hecho, la mujer es muy comprensiva en ese aspecto, muy cooperadora con su género. Cuando se ven en esta situación, se apoyan mutuamente. Los cuidados paliativos, están haciendo los pininos, se enfoca mucho en la parte física, médico,

controlan el dolor, control. Pero, el aspecto emotivo, psicosocial, por allí es que se deben mover las estrategias en las pacientes, involucrar a la familia...*Entrevistadora:*

_ ¡Muchas gracias doctor, por la entrevista y su valiosa atención!

4.1.4 Grupo focal.

A continuación, la transcripción de la entrevista del grupo focal, utilizamos los seudónimos manejados en la entrevista semi estructurada individual, de las pacientes con el fin de salvaguardar la integridad de nuestras actoras sociales.

Moderadora: ¡muy buenas tardes! Agradecemos a todas por participar en la investigación, hemos tenido la oportunidad de entrevistarlas a cada una individualmente, ahora les invitamos a la realización del grupo focal.

El grupo focal es una técnica de investigación colectiva, centrada en la diversidad y variedad de creencias y experiencias; tiene como finalidad describir los retos de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino. Agradecemos su participación como pacientes voluntarias. La información es confidencial y solo se tomará en cuenta, para este estudio.

La investigadora y moderadora es mi persona, Romania Martínez. También nos acompaña la Licenciada en Administración de Empresas: Elizaith Pinto, quien va solamente a observar registrando en un formato. Para iniciar oramos a Dios por su valiosa fortaleza y por sostenernos en todo tiempo, dándonos la oportunidad de estar reunidos, en este hermoso lugar, bendiciéndolas a cada una de ustedes y a sus familias.

A continuación, la pregunta de estímulo para romper el hielo:

Moderadora: ¿Se consideran ustedes muy esforzadas y valientes al compartir sus experiencias en esta investigación?

Clavel: “Sí, nos consideramos valientes. Sí, lo somos a pesar de las pruebas. Nos esforzamos con valentía, luchando cada día, viviendo con muchas esperanzas”. (Las demás afirmaron con movimientos en la cabeza y sonriendo).

Moderadora: un fuerte aplauso para cada una. Todas aplauden, las participantes sonríen.

Continuamos con las preguntas:

Moderadora: ¿Cuáles fueron sus sentimientos cuando le informaron del diagnóstico médico cáncer cérvico uterino?

Rosa: tenía sentimiento de temor, miedo, porque en mi familia no había pasado nada así. No pensé que algo así iba a ocurrir en vida, algo muy doloroso y duro. Fue un temor, de verdad fue un temor. Fue miedo a la vida, temor de, de, de (...) ¿Qué iba yo hacer? Yo en mi vida no estaba preparada para esto; en cambio fue mi familia que me dio ese apoyo, mis hijos, mi papá. Todos me dieron esa fortaleza de aceptar con tranquilidad porque todo esto, yo estaba segura que todo iba a pasar, me lo decían ellos mismos, me dijeron mamá tú eres cristiana, tú conoces a Dios, él está contigo, echa para adelante, la vida es muy bonita, pronto esto pasará, es un proceso. Me sentía triste, estresada, mi hijo se iba a graduar, estaba hospitalizada, logramos

permiso de salida...pude estar en la graduación, después regresé al hospital. Pude estar presente (sonríe).

Clavel: “Mucho sentimiento de miedo, dolor, tristeza, porque al recibir esa noticia pensaba tanto en el miedo, pesaba en mis hijos que aún me necesitan”.

Orquídea es el temor por nuestra familia, el temor por nuestra familia más que todo. A veces no pensamos tanto en nosotras, sino en nuestra familia. Si me pasa esto, si me pasa lo otro. Nos ponemos a pensar si me pasa algo qué va a pasar con mis hijos, con mi esposo. ¿Qué reacción va a tener nuestra familia al decirle esto? Y, y, y (...), ese temor, esa incertidumbre, que va a pasar mañana, que va a pasar después, uno no, no, no... sabe cómo explicar esto, es difícil. Ese sentimiento de temor, las dudas, son tantas cosas que pueden pasar, el miedo se apodera de uno y son tantas cosas que le vienen pues a la mente.

Girasol: ¡Ufff...!, he sido muy luchadora en toda mi vida, a pesar de las pruebas siempre con mucha fe en Dios. Siento que al recibir la noticia, me invadió mucho temor no tanto por uno, sino por mis hijos. Eso es lo que se viene a la cabeza, me necesitan todavía. El tener problemas de salud y mi hijo también estaba enfermo. ¿Qué hacer? Así enferma. ¿Cómo lo atendía a él? Atenderme también yo, para lograr seguir ayudándolo. No pensar que ya se va a morir, sino que se va a seguir viviendo, ser optimista con mucha esperanza en Dios.

Moderadora: _ ¿Cómo considera que fue su actitud por el diagnóstico médico de cáncer cérvico uterino?

Rosa: “Para mí persona, fue una actitud negativa. Yo decía no, no, no..., en mi mente decía ¡No! ¿Por qué tiene mi cuerpo que tener este problema? Poco a poco fui cambiando de actitud ahora soy positiva”.

Clavel: al principio para mí fue negativa la reacción. ¡No aceptaba! Nunca había ocurrido eso. Yo, con el pasar de los días muy positiva, porque yo sabía que iba a salir adelante, siempre confiando en el Señor, que todo iba a salir bien.

Orquídea: ¡Eh, eh, eh...! Igual, al principio muy negativa, uno piensa en un fatalismo, pero con el correr de los tiempos, uno piensa que la mano de Dios tiene el control, mi pensamiento empezó a cambiar, ya un poco positiva. Siento que, si estamos bien informadas, se siente una actitud positiva con ganas de luchar para enfrentar todo...

Girasol: _ “Bueno, yo siento que, al inicio, en mi caso negativa, pero también había momentos positivos, otros momentos negativos y así (...) porque, porque uno escucha diferentes historias”.

Moderadora: ¿Cómo es la relación con su familia?

Rosa: ¿Desde el principio mucho apoyo de mis hijos, de mi papá, de mis hermanos, incluso personas de afuera, de mi iglesia, me dieron fortaleza. Es una experiencia muy grande. Muy grande el apoyo de mi familia, inclusive personas que nunca pensé que iban a estar al lado mío.

En la parte mía, yo digo: no, no, no, pero ahora que he estado viajando para el ION, he encontrado tantas personas mayores como jóvenes que no tienen ese apoyo, que no les brindan ese amor y paciencia, de poder llevarlos de aquí para allá, de atenderlas, de sentarlas, de limpiarlas.

En todo caso se necesita el apoyo familiar, eso nos da motivos para seguir adelante. En las atenciones médicas nunca he estado sola, siempre mi familia está acompañándome, como que esto unió más la familia. Ver que cuando voy a cita me apoyan con mis hijos. Pero hay pacientes que están tristes porque no cuentan con la unidad familiar y eso les preocupa mucho, como que se complican. En cambio, tener apoyo de la familia, ayuda a seguir adelante...

Clavel: el apoyo de mi familia es lo mejor en una situación así, también las amistades, compañeros de trabajo. Está situación me hizo comprender lo importante que es el amor familiar, el apoyo de que tu padre, tu madre, tu esposo, estén allí contigo; pues que una persona te puede dar fuerza, tú puedas dar gracias; pero no es lo mismo que esa fuerza te la dé tu padre y tu madre, tus hermanos, tu esposo, eso es muy lindo.

Estábamos ahorrando para los 15 años de nuestra hija, pero por el diagnóstico se agotó el recurso, con el apoyo familiar se logró realizar la celebración, que alegría y pude estar presente...Un día veníamos mi esposo y yo, por todo el camino llorando

desde Panamá. ¡O sea, los pensamientos de nosotros eran unos y las decisiones que tomaron los doctores eran otras!

También hay otro caso, entre mi esposo y yo. Mi esposo siempre ha estado conmigo acompañándome, él pidió una licencia en su trabajo, se la negaron, él dijo voy a renunciar, trabajo yo lo puedo encontrar en cualquier lado, pero la madre de mis hijos solo es una. Ese es el amor que el me demostró.

¡Gloria a Dios por tenerlo a mi lado, por haberle permitido ser mi esposo! Y de mi empresa no tengo quejas, donde laboro han sido excepcionales, inclusive yo he estado hospitalizada y hasta allá me llegan los cheques, aunque no estoy trabajando, allí me llegan los cheques de la misma empresa, cheques de otras empresas, me llegan sobres de colaboradores; para mí una solidaridad increíble y bueno Dios puso gracia en mi vida.

Orquídea: mi familia, una manera muy bonita de apoyo, mi familia me apoya; se despojaron de algunas cosas para decir yo voy a estar contigo para todo lo que necesites, cuenta conmigo. Mi esposo ha sido muy incondicional en todo el proceso, ha estado en todo momento, con una voz de aliento me dice que no estoy sola, Dios siempre va a poner personas especiales que siempre van a estar allí para apoyarnos.

Girasol: _ “Siento que han mejorado las relaciones familiares; se aprende a valorar más. Mi esposo, mis hermanas, me apoyan en todo”.

Moderadora: ¿Cuáles son los retos que atraviesa una paciente con diagnóstico médico cáncer cérvico uterino?

Rosa: para mí un reto muy grande, es que siempre he sido negativa. Yo decía no tengo eso, no tengo nada, no estoy enferma. Yo le decía a la gente y a los doctores que yo no tenía nada, yo no tengo la enfermedad. ¡Eh, eh, eh,...! Yo decía que mi cuerpo no está enfermo, me aferré a Dios, empecé a cambiar, pues Dios me sostiene.

Clavel: ¡Oh, oh, oh...! Yo pienso que, con este diagnóstico, son muchos los retos. Uno de esos retos fue adquirir las fuerzas para decirle a mi mamá el diagnóstico, tener fuerzas para saber que hay que ir a otro lugar a ver que iba a pasar, tener fuerzas para salir de quimioterapia. Otro reto es levantarnos cada mañana y saber que vas a recibir radioterapia. Otro reto fue decirles a mis hijos. Son muchos los retos, la verdad si Dios no está a nuestro lado, no avanzamos.

Orquídea: este, este... tantos retos, pensar en nuestros hijos. Un reto enfrentar a esos doctores. Uno por lo general no está acostumbrada a estar a cada rato en el médico, es muy tedioso estar metido en un Hospital X, ir a un Centro de Salud o Policlínica. ¡Eh, eh, eh...! No me gusta estar en el médico, solo porque es necesario. Otro reto es la fe, muchas personas te preguntan: ¿Dónde está tu fe en medio de todo esto? Cuando la gente sabe cuál es tu base, te cuestionan y no ver de repente la respuesta, le damos la “Gloria a Dios” que él es la respuesta.

Girasol: _ “Pensar en los hijos, que va a ocurrir, no perder ninguna cita”.

Moderadora: ¿Qué cambios provocaron esos retos?

Rosa: mi vida ha cambiado radicalmente, hay cosas que antes hacía que ya no las puedo realizar. Ha sido muy doloroso, pues he cambiado drásticamente mi personalidad. Mi cabello se me cayó, la verdad yo estaba afligida personalmente; en cambio mi familia, ellos eran los que me daban esa fortaleza de echar para adelante, fueron ellos, que me dieron la fortaleza.

Clavel: en todo ha habido cambios, en la parte física, emocional, espiritual, familiar. Ya tú no eres la misma persona de antes, no somos las mismas, quedan secuelas (suspira profundamente, con mirada lagrimosa), pero siempre la “*Gloria a Dios*”, en mi vida, un día más somos guerreras, lucho y sigo luchando. (Sonríe y levanta los brazos).

Orquídea: bueno, uno piensa tantas cosas, uno empieza como autoanalizarse, uno empieza a reflexionar. El Todopoderoso me hizo reconocer cosas que no estaban bien y gracias a Dios, las he podido cambiar. En la parte del proceso: reconocer, aceptarlo y cambiarlo. (Mira hacia el cielo, con las manos hacia lo alto y sonríe).

Girasol: fueron varios cambios en la familia. Muchos ajustes en la alimentación, se piensa más cada momento, tratar de estar en armonía con mi esposo, inclusive él cambió (es más atento hacia mi persona, se preocupa más de que yo esté bien).

Moderadora: _ ¿Cuáles son sus redes de apoyo?

Rosa: “Mis redes de apoyo principalmente mis hijos, mis hermanos, mi papá, también los hermanos de la iglesia, amistades”.

Clavel: cuando tienes que pasar muchos momentos sola por tratamiento, sólo con la Biblia, también tengo el apoyo de mi esposo todo el tiempo ha estado a mi lado, todas las llamadas telefónicas, mis amistades, mis hijos, mis padres, hermanos, compañeros de trabajo.

Orquídea: _el mayor apoyo es mi hermano, mi familia, mi esposo, la congregación, las amistades, no siempre pueden estar todos, pero sientes el apoyo de la familia”.

Girasol: sí, tengo redes de apoyo principalmente mi familia, están organizados, también apoyo de los hermanos de la iglesia, de amistades... Nos damos cuenta que tenemos mucho apoyo (sonríe), en todas mis citas he estado acompañada y puedo hablar con alguien y decir cómo me siento...

Moderadora: ¿Qué estrategias se pueden realizar, para mejorar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de cáncer?

Rosa: pienso que una estrategia es tener mucha fe, que todo va a ir mejorando, ser positiva, si somos positivas vamos a lograrlo. El control de salud, estilo de vida, cuidarse mucho;

campana en centros de salud, en las iglesias, programas de salud, llevar un control, pero no quedarse con una sola opinión.

En mi caso me duele decirlo iba al Seguro Social, en los resultados de Papanicolaou siempre me salía inflamación, inflamación, inflamación, iba al médico inflamación, pero no me referían al ginecólogo, ni la enfermera me decía que fuera, ni a mí se me ocurre ir al ginecólogo.

Fue la Liga de la Salud en la Comunidad, que me repiten el Papanicolaou y me dicen lo que tenía. Ellos me refirieron al ginecólogo. Cuando tienes inflamación o sientes que algo no anda bien, busca la respuesta porque de ese mal puede surgir algo más...

Clavel: para mejorar la calidad de vida, después de un diagnóstico médico, seguir las recomendaciones que te dan los médicos. Antes del diagnóstico tener tus controles al día, no quedarte con una sola respuesta; ese fue mi error, me quedé con un solo diagnóstico y no busque otra respuesta médica. Otra estrategia instruir con seminarios, pancartas, publicidades. No faltar a ninguna cita ni a ningún control médico, cada seis meses o una vez al año hacerse el Pap. Cambiar la forma de comer, después de un diagnóstico no puedes comer lo que comías antes; si lo haces debe ser moderadamente, hay muchos alimentos con químicos.

En mi caso, yo decía que más capacitación para los doctores, porque como yo dije: En mi situación fue negligencia médica; yo desde que mis hijos nacieron tengo un médico, hay que buscar otra opinión.

Orquídea: hay que alimentarse saludablemente, debe ser una estrategia para nuestro cuerpo, estar anuentes a las citas, descansar en el día, dormir bien, a veces tenemos tantas cosas que hacer que no sacamos tiempo para atendernos. Sacar tiempo para relajarse, disfrutar de un tiempo diferente, que nuestra mente se despeje, nuestro cuerpo se relaje, estar al día con las citas. La base principal es la Palabra de Dios, ella es nuestra medicina para el alma, para todo.

Girasol: sí, porque toda paciente necesita una atención más individualizada, que se le dé seguimiento por parte del personal de salud, que ella sienta la confianza de hacer preguntas y tener respuestas, más capacitaciones de cómo atender a las pacientes. Además, a la familia, porque la familia también tiene que ser orientada de cómo hacer para ayudar. Hay que saber que la alimentación debe ser lo más saludable posible, que los médicos expliquen en forma que la paciente entienda. Cuando uno ve otros casos, se necesita mucho apoyo.

Moderadora: _¿Cuál es su opinión con respecto a los grupos de apoyo?

Rosa: debe haber un grupo de apoyo con diversos tipos de recursos, llevar las experiencias a todas las pacientes con el fin de compartir, porque no conozco grupos aquí en Chiriquí, principalmente en los Centros de Salud o en la comunidad; como usted que nos está reuniendo, compartimos, hablamos, decimos como nos sentimos, nos damos esperanzas. Sí, se necesitan más grupos de apoyo.

Clavel: debe haber grupos de apoyo, porque así pueden dar fuerzas al débil, decirles que no se rindan, que hay una medicina y es pensar positivamente. Decirles que aun con lo que diga el médico, nada es imposible para Dios. También en la iglesia, porque al conocer la Palabra de Dios, se le da fortalezas al que no tiene. En grupos de apoyo que también haya personal de

salud, para explicar las dudas que se tengan sobre la enfermedad, orientar a la familia (...) Un grupo así como este sería de gran ayuda, porque en todo proceso difícil, se necesitan palabras de aliento.

Rosa: “No hay nada imposible”.

Orquídea: sí, debe haber una Asociación o Fundación aquí en Chiriquí, con especialistas para orientar, tales como psicólogos, trabajadores sociales, médicos y personal del área espiritual; también para apoyo económico en los casos necesarios porque hay pacientes que no tienen recursos, se les puede orientar a sus familias. Sí, es necesario contar con grupos de apoyo.

Rosa: _ “Sí, se necesitan grupos como fundaciones para ayudar a las mujeres que no tienen recursos, que no tienen familia.” **Girasol:** _ “Sí, formar grupos de apoyo porque hay muchas personas que necesitan ser orientadas y también las familias, a veces se sienten muy tristes.”

Moderadora: _ Agradecemos a cada una su valiosa participación.

4.2 Análisis e Interpretación de los Resultados

La información se analiza utilizando la hermenéutica (método de interpretación de textos), de forma que se profundice y comprendan las experiencias de las mujeres de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino. El propósito se ha logrado a través de entrevistas semiestructuradas y un grupo focal desarrollado con las cuatro actoras sociales.

4.2.1. Análisis e interpretación de la entrevista semiestructurada.

En la investigación, se utilizó la entrevista semi estructurada, describiendo los retos de las mujeres con diagnósticos médicos de cáncer cuello uterino. Es importante aclarar que

cuando se habla de categoría apriorística se refiere a que hay ideas que son construidas antes del proceso.

En la Teoría del Afrontamiento, Lazarus y Folkman (1984) desarrollaron el Modelo Transaccional, definiendo “el afrontamiento como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (p.164).

Disminuir el estrés, la tensión y el temor mejora la condición inmunológica o las defensas del paciente oncológico, actuando positivamente en su calidad de vida.

Los sentimientos son aspectos importantes para los seres humanos, desde siempre han sentido la necesidad de comunicar a otros sus pensamientos y sentimientos sobre diferentes experiencias vitales.

El diagnóstico de cáncer cérvico uterino, les hace sentir diversas y profundas emociones como ansiedad, tristeza, ira, culpa, temor, miedo a la muerte, negación, soledad, adaptación. Estos sentimientos son reacciones naturales ante un cambio o enfermedad.

Con respecto a los retos una actora social manifestó: “Quiero ver a mis hijos (...) Además: El traslado hacia Panamá (...) Fue duro, a veces no tenía fuerzas ni para atender a mis hijos (categoría apriorística) (Clavel, 2018)

El familiar refiere que: “Nos daba lástima, dolor de verla sufrir... Nuestro abuelo enfermó y tengo niños pequeños...falta de recursos económicos (categoría apriorística) para hacer frente a todos los gastos...” (Familiar de una paciente, 2018).

Informa el médico ginecólogo: “Asocian el cáncer con muerte, es algo ya tradicional (Categoría emergente), sabemos que, en la actualidad, eso no es el significado...” (Especialista en ginecología, 2018).

Los (as) Actores Sociales coinciden en que desde que escuchan la palabra cáncer lo asocian a muerte. No solamente tiene ansiedad la paciente, sino también su entorno. Sumándose situaciones de más crisis, de miembro de la familia del enfermo o de repente que se enferman. La preocupación por la economía, la cual se ve afectada por los diferentes gastos médicos, viajes, entre otros.

Las pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino en cuanto a los sentimientos indican que:

“Conlleva la tristeza (categoría apriorística), pensar que uno se va a morir (...)
fue triste la noticia... (Orquídea, 2018)

No rendirse, si estas tristes, hay una alabanza no te rindas... (Clavel, 2018)

Es el pensar en mis hijos, la verdad que se siente temor (categoría apriorística),
de qué va a ocurrir, cómo quedarán los hijos. (Girasol, 2018)

Me sentí muy triste, sentía que ya no valgo nada, como que no valgo (...) (categoría emergente) como apartada de la familia... (Rosa, 2018)

El familiar de la paciente, también manifiesta: (...) se me hacía difícil acompañar a mamá, siempre a los controles de salud. (categoría apriorística)

El Ginecólogo, indica ir superando muchas situaciones, la parte económica, viajes a Panamá al Instituto Oncológico Nacional (ION), el acompañamiento de familiar (categoría apriorística)...”

Confrontan muchos retos por la noticia, todo el proceso que conlleva el diagnóstico. Afectándose la autoestima, el sentir que por tristeza se iba a acercar la familia o que ya no valen, sentirse apartadas.

Invade la tristeza, cuando la paciente tiene que viajar y la familia se queda.

Reflejan preocupación, hacia el sistema de salud: “Yo me he dado cuenta, con mis amigas, que, si no tienes el Seguro Social, no la miran, no le dan ese apoyo (categoría emergente) como me lo dan a mí, como yo, que cubro mis gastos porque tengo Seguro...” (Rosa, 2018).

Señalan que cuando tiene Seguro Social, son atendidas de una forma diferente (categoría emergente) a las no aseguradas.

Manifiestan, sentimientos de culpa hacia los profesionales: “Hacia el profesional (categoría emergente) que me atendía, no lo vio a tiempo (...) el problema estuvo con la demora en el hospital (...) Yo, no me descuide, todos los años me hacía la prueba...” (Clavel, 2018)

En el sentimiento de culpa, se lo atribuyen al hospital, otras al doctor, con los cuales tenían sus controles de salud, afirman que hay negligencia médica, inclusive que fue corroborado por otros galenos.

Esto es cuando tienen controles de salud al día. Sí señalaron culpa y cuestionan, hasta qué punto está el personal de salud capacitado en la realización del examen de Papanicolaou, el análisis y atención.

También este sentimiento, se encuentra en pacientes que tienen años de no realizarse la prueba del Papanicolaou, culpándose ellas mismas (ocupadas en el trabajo, que no sacaron tiempo para ellas, no tuvieron tiempo por la familia u otros factores).

En el sentimiento temor, las actoras refieren: “Hubo una época que yo suspendí el tratamiento, por el temor (...) tenía temor que se me cayera el cabello...” (Rosa, 2018).

Una de las actoras en edad reproductiva, informa que: “Fue difícil, porque salí embarazada (categoría emergente), tenía temor que la bebé saliera enferma, ya me habían

diagnosticado, pero luchaba y no quería hacer nada hasta que naciera la bebé...” (Orquídea, 2018).

Otra actora, señala: “Otras se deprimen (categoría apriorística), hay que darles mucho ánimo”. (Girasol, 2018).

Manifiesta un familiar: “La situación, temor que mamá falleciera. (categoría emergente) ...”

En la entrevista al Ginecólogo, indica: “Es difícil (...) ella asume que la cuestión es seria, que está en riesgo de muerte (...) en la medida que el cáncer se ha detectado más tardíamente, pues el porcentaje de sobrevida de la paciente comienza a disminuir...” (Ginecólogo, especialista).

Este sentimiento temor invade, al relacionarlo con la muerte, a los cambios físicos; de que va a ocurrir con los hijos.

Por otra parte, la familia tiene temor a perderlas. Hay pacientes que toman decisiones donde se complican más, como es el abandono al tratamiento médico.

La mujer embarazada, le invaden el temor de cómo va a nacer la bebé. A esta actora social, Gracias a Dios la bebé le nació saludable, continuando ella su tratamiento médico, requiriendo aún mayor control y planificación familiar.

Como indica el actor social, el ginecólogo: detectar a tiempo, hay mayor porcentaje de recuperarse.

En el proceso de la enfermedad, llega un momento de adaptación, como señala una actora: “Aceptar el diagnóstico (categoría apriorística), agarrarse de la mano de Dios.” (Clavel, 2018).

Manifiestan ir sintiéndose fortalecidas: “He ido en el proceso, me siento con la fe en Dios, que me sostiene (categoría apriorística)...” (Rosa, 2018).

Van indicándole a la familia como desean la atención: “Le dije a mi familia, que no me tuvieran lástima (categoría apriorística) que yo los necesitaba juntos luchando, sin lástima...” (Orquídea, 2018).

En la entrevista el familiar indica: “Estar acompañándola...”

Refiere el médico: “Influyen mucho en cuanto a la aceptación (categoría apriorística), el apoyo que la familia le dé a la paciente, en estas situaciones...” (Ginecólogo, especialista 2018).

Dentro del proceso se pueden encontrar diferentes etapas, siendo una la adaptación, ir asimilando la realidad, unas con mucha fe en Dios y con el apoyo de los familiares y conocidos.

En la identificación de cómo fue la actitud de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino, del familiar y el especialista en ginecología se cuenta con los siguientes testimonios:

Positiva, con mucha fe en Dios. (Rosa, 2018). Yo sé que voy a vivir (categoría apriorística) (Clavel, 2018). A pesar de la adversidad, uno refleja alegría, el doctor me dice: ¿Por qué esa señora viene a cada rato sonreída, feliz, tranquila, no derrotada (...)?

Yo le dije: que si tiene a Dios en el corazón y con apoyo de la familia... (Rosa, 2018).

La actitud cambia (...) después positiva por el apoyo de la familia, hermanos de la iglesia, amistades, vecinos, compañeros de trabajo (categoría apriorística)... (Clavel, 2018). La familia activa señala: Nos organizamos para apoyar (categoría apriorística)

(El ginecólogo hace énfasis) “La mujer después que se le hable con franqueza, se le explique su patología generalmente (...) tiende a cooperar a someterse a las series de exámenes (categoría apriorística)...”

Algunas de las actrices sociales reflejan actitud optimista, con el hecho de ser voluntarias de esta investigación lo confirman.

Relataron que en todo tiempo han mantenido fe en Dios (la parte espiritual es importante para las pacientes), anhelo de seguir luchando para vivir, contar con el respaldo de la familia,

hermanos de la iglesia y demás personas que las conocen, el saber que no están solas, que cuentan con el respaldo, se sienten agradecidas por el apoyo, principalmente de la familia.

La actitud de la paciente va a estar influenciada por la autoestima, de hecho, en un momento siente ese valor y es en el momento que cuenta con respaldo.

Como señala el ginecólogo, al explicarle a la paciente, el diagnóstico, permitiéndole exteriorizar sus sentimientos, aclarar dudas con respecto a las preguntas, hacerlas sentir que son de gran valor, las pacientes tienden a colaborar en las atenciones que requieren.

Cada actora social ha confrontado crisis. Citamos lo que se indica en la teoría: En los años sesenta Ericsson y su descripción de las crisis del desarrollo colaboró con una perspectiva evolutiva y de crecimiento a la "*Teoría de la crisis*", la cual tiene tres fases de respuestas:

- "La fase previa a la crisis.
- La fase de crisis se caracteriza por la desorganización.
- La otra opción es aliviar la angustia mediante la evaluación médica inmediata y la participación activa en el plan de tratamiento".

En cuanto a la actitud negativa, una actora señala: "Yo tenía actitud negativa (categoría apriorística) cuando supe que no iban a operar, esta enfermedad es impredecible, conocí casos una se complicó..." (Clavel, 2018).

Otra actora indica: “Cuando llegan cosas negativas a la mente” (categoría emergente). (Orquídea, 2018).

En la entrevista una actora informa que abandonó el tratamiento: “Yo le dije a mis hijos, que no iba a volver, que yo no iba a estar pasando, por lo que yo había pasado...” (Rosa, 2018). Que al saber la noticia del diagnóstico: “Al principio actitud negativa, invaden los pensamientos negativos...” (Girasol, 2018).

Manifestó el familiar: “Son muchas situaciones a la vez...” Comunica el médico ginecólogo: “El personal de salud necesita involucrarse (...) la paciente al superar ese miedo (...) y con relación a eso, entonces buscar la manera de cooperar, en cuanto a su diagnóstico preciso y tratamiento...” (Ginecólogo, especialista 2018).

Puede ocurrir que en algún momento la paciente haya tenido actitud negativa, por diferentes factores.

Es muy importante como informa el ginecólogo o la enfermera. El equipo de salud debe involucrarse con vocación en la atención integral de la paciente, ya que hay que atender tanto a la paciente como a su familia e inclusive a personas allegadas a ella.

En las relaciones con la familia de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino:

“Las situaciones económicas pues son bastantes difíciles, pues mi ingreso era uno (...) yo tenía un aporte bastante favorable para toda mi familia (...) tengo que estar atendiendo a mi papá muy enfermo (categoría emergente) (...) me sentía como inútil, que le prohíben a uno

ciertas cosas (...) me sentía apartada de mi familia... (Rosa, 2018). Mi esposo, pidió licencia en el trabajo, para acompañarme... (Clavel, 2018). La situación de salud de mi mamá, de mi abuelo..." (Familiar de la paciente, 2017)

Comunica el ginecólogo: "Sin el apoyo de algún familiar es algo tremendo (...) tiende a bajar la defensa de ella, en tratamiento y curación (...) la paciente sufre más por el abandono familiar, que de la enfermedad (categoría apriorística)..."

Según lo expresado por las actoras sociales, puede suceder que las relaciones con la familia, se den de forma conflictiva, caracterizándose por la tristeza de todo lo que está ocurriendo, cuando surgen dificultades económicas, cuando el eje laboral es la paciente y por condición de salud deja de laborar o por las incapacidades, la impotencia de no poder realizar la rutina diaria que antes de enfermar realizaba, sentir incomodidad (categoría apriorística) por la forma en que la familia se dirige hacia a ella, preocupadas por las familia (independientemente que edad tengan los hijos, nietos, otros).

Sí llega experimentar soledad cuando la familia no la acompaña en el proceso.

Por otra parte, la familia se desespera cuando tratan de ayudar a la paciente y en ocasiones quieren tomar decisiones por ella o quieren ocultar información.

Las relaciones en la familia, pueden darse como señala Virginia Satir (1998): la familia puede ser conflictiva o familia nutricia. Las actoras sociales manifiestan:

Hay mucha unión, creció el amor familiar (categoría apriorística), tan expresivo, de repente antes estaba, pero no lo veía. Sabemos que está, pero observarlo tan expresivo... (Clave, 2017).

Mis hijos, se han unido más, no tenemos dinero suficiente, pero sí bastante amor, cariño entre los nietos, mis hermanos, toda la familia... (Rosa, 2017).

Mi esposo, cayó enfermo en otro hospital, mi familia cuidando a las niñas, los dos hospitalizados, fue una prueba muy difícil... (Orquídea, 2017).

Gracias a Dios, mi esposo, mis hijos y familia me apoya mucho... (Girasol, 2017). El familiar relata: "Las relaciones familiares son buenas, aunque a veces estresantes (categoría emergente) por la condición de salud de mamá...a la familia esto nos llevó a hablar más, a ponernos de acuerdo con las citas y el acompañamiento..."

Indica el ginecólogo: "El apoyo familiar es importante, es capital en estas pacientes..." Comunican los (as) actores (as) sociales la importancia de la familia, cuando reciben el amor a pesar de todas las necesidades, dificultades, ese apoyo incondicional, esa muestra de amor con hechos, el poder comunicarse asertivamente, donde abiertamente pueden exteriorizar sus sentimientos, llorar cuando tiene deseos de llorar, reír cuando desean reír, el compartir como se sienten.

Es cierto que se presentan pruebas difíciles y crisis, pero con el apoyo de unos a otros, la tolerancia, paciencia, comprensión, juntos pueden hacer frente a las adversidades.

Esa atención con amor y calidad es como un bálsamo reconstituyente que les da ánimo para seguir avanzando, expresar de forma verbal y con acciones, no estás sola cuentas conmigo ayuda mucho. Con respecto a las redes de apoyo con las que cuentan las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino, las actrices indican que:

La Iglesia, los hermanos de la iglesia (categoría apriorística) oran por mi... (Girasol, 2017). La iglesia me da económicamente, me visitan... (Rosa, 2017).

La empresa ha sido excepcional, mi jefe con las incapacidades (...), me hacen llegar los cheques a la casa, mis compañeros de trabajo (categoría apriorística) me apoyan... (Clavel, 2017). Mis amistades, vecinos, sobre todo mi familia (Orquídea, 2017). El familiar de la paciente indica: "...la familia, en la comunidad...

Indica el ginecólogo:

La mujer es muy comprensiva en ese aspecto, muy cooperadora con su género, cuanto que una vez se ve en esta situación se apoyan mutuamente... la atención a nuestro nivel, básicamente depende del interés personal del funcionario de salud, como

usted trabajadora social, algunas enfermeras, médicos que se interesan en ese apoyo con grupo. (categoría apriorística)

Ella (la paciente con cáncer) se deprime tremendamente, uno porque tiene un problema de salud, que potencialmente puede comprometer su vida. (Ginecólogo especialista, 2017).

Sigue indicando el ginecólogo que labora en David, Chiriquí, República de Panamá: “Hay ciertas instituciones u organizaciones que apoyan la salud en el ION, tenemos entendido que hay grupos de apoyo”. (Ginecólogo especialista, 2017). Cabe destacar que las actoras sociales, son muy participativas en grupos de la Iglesia con mucha fortaleza espiritual, señalan que reciben visitas, apoyo.

Además, hacen mención de grupo de amistades y de vecinos. En el ámbito laboral, expresaron que reciben apoyo tanto del jefe como de los (as) colaboradores (as). Con el ginecólogo hemos tenido la experiencia de formar grupo de apoyo, con interés de esa atención integral hacia la paciente y la familia, como bien menciona él, las pacientes se deprimen, se estresan, hay que ir atendiéndolas de forma integral.

En otras instituciones de salud como ION sí existen grupos organizados. En cuanto a redes de apoyo, de equipo interdisciplinario manifiesta una actora:

Que, en salud, el Gobierno debe apoyar con recursos para viajar, a las pacientes no aseguradas... (Rosa, 2017).

Otra actora indica: (...) no de salud (...) si de familia... (Girasol, 2017).

Una actora indica: Allá me orientan las enfermeras, trabajadoras sociales, los médicos, estoy agradecida con todos (categoría apriorística) (Rosa, 2017.).

Una actora indica que en las instalaciones de salud no dejar al paciente sin familiar, no solo el familiar es importante... (Clavel, 2017).

Resalta el ginecólogo:

Prácticamente no hay, la institución como tal les da el apoyo, diríamos como diagnóstico, el apoyo en sus tratamientos, pero no hay en realidad un sistema en estos momentos, una red que responsablemente les dé el apoyo (...) la experiencia que tenemos con usted en el hospital (...) recuerdo que hemos organizado grupos, fuera de eso, no; y se necesita hay que buscar profesionales que realmente estén involucrados (categoría apriorística)... (Ginecólogo especialista, 2017).

Las pacientes, exteriorizaron que se requiere más apoyo, tanto del Gobierno como de las Instituciones de Salud, sean las diagnosticadas con cáncer aseguradas o no aseguradas.

El ginecólogo destaca que las pacientes reciben apoyo en diagnósticos, tratamientos, en cambio no existe un sistema integral de atención en estos momentos.

Las pacientes requieren una atención de equipo interdisciplinario con vocación.

Entre las estrategias que se pueden implementar para mejorar la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico médico de cáncer cuello uterino en el control de salud, indica una actora que se:

Hagan el Papanicolaou (categoría apriorística) periódicamente... (Girasol, 2017).

Otra actora señala: Control médico, pero no quedarse con una sola opinión (categoría emergente) consultar varios especialistas... (Clavel, 2017).

Una actora señala: Las pacientes que no se dejen, que no pierdan las oportunidades de control de salud o cuando sienten algún pequeño problema de salud... (Rosa, 2017).

Manifiesta otra actora: Siempre hagan el esfuerzo de hacerse siempre el Papanicolaou... (Orquídea, 2017).

Familiar de paciente señala: Que las mujeres, se hagan el control de salud...

Indica el ginecólogo: Que la paciente tenga acceso realmente a los servicios de salud (...) La calidad de vida (categoría apriorística) se ve comprometida según el estadio en que se encuentra la enfermedad. (Ginecólogo especialista, 2017).

El ginecólogo señala que es importante tener acceso a las instalaciones de salud, pero sin perder de vista que se requieren instituciones de salud con personal capacitado y los insumos necesarios para las demandas de medicamentos propios de la enfermedad; sin dejar de pensar en la parte sensible, se debe dar a las pacientes un trato humanizado.

En el estilo de vida saludable:

Señala una actora: (...) dieta saludable (categoría apriorística), la alimentación es la base... (Clavel, 2017).

Otra actora indica que: Tener actitud positiva (categoría apriorística), cuidar la mente, pensar que el cáncer no necesariamente es una enfermedad de muerte. (Girasol, 2017).

Familiar en la entrevista indica: Cuidarnos mucho...

El ginecólogo refiere: (...) calidad de vida (...) (Categoría apriorística) se le dé esperanza de su propia situación. Tener cáncer no significa muerte... (categoría emergente). (Ginecólogo especialista, 2017).

Se reconoce que la calidad de vida, influye en la salud, algunas han realizado cambios de actitud, de alimentación saludable, de pensamientos. Siendo importante cuidarse mucho,

manteniendo un equilibrio en cada área, viviendo con calidad y esperanza.

Otras estrategias son campañas de promoción y prevención: indicando una actora: capacitación actualizada (categoría emergente), al personal de salud, sobre el examen de la toma del Papanicolaou (Clavel, 2017).

Otra actora comunica: hacer programas más de salud (categoría apriorística), venir a la comunidad, a las iglesias, hacer campañas a las personas, a la mujer, más apoyo en la comunidad... (Rosa, 2017).

Para una actora es necesario: (...) Que conozcan más del tema, también la familia y las amistades... (Girasol, 2017).

Indica una actora: (...) Hacer Campaña del Papanicolaou (categoría apriorística)... (Orquídea, 2017)

En la investigación de la Dra. Margarita De Lourdes Jaén C. (2009) también hace referencia de programas educativos: "(...) el manejo de mayor información mejora la actitud de las implementaciones de programas de educación sobre el Papanicolaou". (p.88)

Señala el familiar de la paciente: "Las orientaciones a la familia (categoría apriorística), porque a veces no saben cómo manejar la situación, charlas..."

Refiere el ginecólogo, que: es el apoyo psicosocial (categoría apriorística) que se le pueda dar, como los gabinetes que hacíamos de apoyo que les permitan a ellas orientarse; la base es la orientación y dar la mejor información posible a estas pacientes, de manera que ellas comprendan la situación en la cual están (...) por allí es que se deben mover las estrategias (categoría apriorística) en las pacientes, involucrar a la familia... (Ginecólogo especialista, 2017).

Cabe destacar que los (as) actores (as) sociales, reconocen que se requiere capacitación actualizada en el personal de salud sobre la prueba de Papanicolaou, también el apoyo psicosocial. a través de Campaña de Promoción y Prevención, se da a conocer más sobre el tema, orientación tanto a pacientes, familiares y en general.

Hay que tener en cuenta que no existe un mes o día de "*Campaña de la Prueba del Papanicolaou*", como tal, en nuestro país, por lo cual consideramos, que es necesario instituirlo por las autoridades correspondientes.

Sin embargo, en otros países, como por ejemplo Bolivia, establecieron fecha legal, para que las mujeres se realicen los exámenes. Cabe indicar que, en las entrevistas, las pacientes hacen énfasis en la importancia de realizarse el examen de Papanicolaou, además la capacitación de los funcionarios de salud.

Desde hace años, se hace mención del carácter multidisciplinario, en la atención de la paciente. La Sociedad Andaluza de Cancerología (SAC), fundada por el doctor E. Stiefel Barba en 1961 y constituida con un carácter multidisciplinario, integraba a profesionales de diversas

especialidades. La segunda en aparecer fue la Sociedad Española de Oncología (SEO), en 1970, con un carácter multidisciplinario.

En el año 1948 Fred W. Stewart, jefe de patología del "*Memorial Hospital sor Cáncera y Enfermedades Afines*"; el actual "*Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, en Nueva York*". Fue elegido editor de la nueva revista "*Cáncer*", creía que los médicos que atienden a los pacientes con cáncer han de estar en constante comunicación con los demás profesionales y deben prestar atención especializada a sus pacientes. Este concepto, que podríamos llamar ya multidisciplinario.

El afrontamiento planteado por Folkmans Lazarus (1996), la capacidad de afrontamiento de una persona depende de su trayectoria personal y de los valores y las creencias que ha ido incorporando con los años.

Los Modos de afrontamiento, que existe de dos tipos: Afrontamiento de problemas y el afrontamiento de emoción, por los cuales atraviesan las actoras sociales.

4.2.2. Análisis e interpretación del grupo focal.

El grupo focal, responde a los objetivos y las preguntas de la investigación cualitativa, es una técnica de investigación colectiva, se centra en la diversidad y variedad de creencias y experiencias, de las participantes. Mientras que las entrevistas fueron realizadas en el transcurso del año 2017, la reunión para llevar a cabo la técnica del grupo focal de nuestra investigación, se realizó en el año 2018.

En la pregunta sobre los sentimientos cuando le informaron del diagnóstico médico cáncer cérvico uterino. Entre los sentimientos que señalaron están sentimientos de temor, miedo, ansiedad, tristeza, temor, también surgieron culpa, poco a poco fueron asimilando la noticia, también manifiestan agradecimiento.

Sí surgen sentimientos emergentes como estrés, como es señalado por las actoras sociales: (...) la graduación de mi hijo (categoría emergente), estaba hospitalizada... (Rosa, 2018). (...) Embarazada (categoría emergente)... (Orquídea, 2018).

(...) la enfermedad, su hija iba a cumplir 15 años (categoría emergente)... (Clavel, 2018). (...) el traslado hacia el ION (categoría emergente) (Girasol, 2018).

Con relación a la actitud por el diagnóstico médico de cáncer cérvico uterino, coincidieron que al inicio fue una actitud negativa, no aceptaban la noticia, en el proceso fueron asimilando y actualmente se considera que tiene una actitud positiva.

Con respecto a las familias, las historias que relataron las actoras, manifestaron que siempre tuvieron el apoyo familiar, a pesar del estrés y la crisis, sí manifestaron que esto los llevó a unirse más como familia y a ser más organizados: “(...) Mucha unidad hay en mi familia.” (Clavel, 2018).

Los retos que atraviesa una paciente con diagnóstico médico de un especialista en oncología (cáncer cérvico uterino), indica una actora: es luchar no darse por vencida, los pensamientos, el campo de batalla es la mente, la familia sobre todo por los hijos, la comunicación, el decir a otros miembros sobre el diagnóstico médico.

Una de las actoras sociales, también señaló: “Comunicación también con el personal de salud (...) cómo enfrentar a los médicos (categoría emergente). No quería decirle a nadie el diagnóstico porque sentí que no iban a comprender (categoría emergente)” (Orquídea, 2018).

Según el estadio en que se encuentra el diagnóstico, la paciente atraviesa diferentes procesos. Los cambios que provocaron los retos, están mencionados integralmente: “(...) Cambios en la parte física (categoría apriorística), emocional, espiritual, familiar, ya tú no eres la misma persona de antes.” (Clavel, 2018). “(...) Tuve que dejar de trabajar (categoría apriorística).” (Rosa, 2018).

En las redes de apoyo que indican las actoras, la principal es la familia, siguen las amistades, la iglesia, compañeros del trabajo, personal de salud. En cuanto a los grupos de apoyo, las actoras indican que no hay grupos de apoyo en la Provincia de Chiriquí que se reúnan

para orientar, compartir; ellas sugieren que se formen integrados por pacientes voluntarios, por personal de salud, iglesia y otras instituciones. Están de acuerdo con la promoción y orientación a la comunidad.

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) fue pionera en la creación del servicio de atención domiciliaria para enfermos en fase terminal, entre los objetivos están la prevención primaria, apoyo a las necesidades de los enfermos y familiares y en especial a la investigación.

La detección precoz y el tratamiento de las lesiones precancerosas fueron promovidos y apoyados por la Sociedad Americana del Cáncer, el Instituto Nacional del Cáncer y otras asociaciones profesionales, reduciendo a la mitad la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Estados Unidos de América a finales de 1960.

La formación de un grupo de autoayuda es muy necesaria, de esta forma las pacientes y familiares son orientados, se les brindaría ese apoyo biopsicosocial y espiritual.

Reflejan las actrices sociales estar anuentes a reunirse, compartir sus experiencias, motivar a otras diagnosticadas con cáncer y a sus familiares, con un enfoque interdisciplinario e intersectorial.

Tabla 3 Categorías emergentes.

Refieren	Categoría	Definición
Situaciones Estresantes	Actividades	Tareas hogareñas, labores fuera del hogar, eventos familiares, que realiza la mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino.
	Familiares enfermos	Aparición de una enfermedad aguda, crónica, terminal o temporal que experimenta la mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino.
	Embarazo	Estado de la mujer gestante con cáncer del cuello uterino.
Autoestima	Alta	Valoración positiva sobre sí misma que tiene la mujer de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino.
	Baja	Valoración disminuida sobre sí misma que tiene la mujer con cáncer cuello uterino.
Tradición	Cultura	Ideas aprendidas por la mujer de 30 a 65 años sobre el significado funesto del diagnóstico de cáncer.
	Mente	Percepción de la muerte ante el cáncer cuello uterino que enfrenta la mujer de 30 a 35 años.

Fuente: Autoría propia. (Datos brindados por actores sociales, 2017-2018).

4.2.3 De las observaciones.

Se utilizó el formato de la entrevista semiestructurada, lo cual nos permitió cumplir con los objetivos:

De las entrevistas semiestructuradas, se observaron a los seis actores sociales muy participativos e interesados en la investigación.

Al realizar las visitas domiciliarias en los hogares de las pacientes, se pudo observar que la familia es muy unida, afectiva, anuente al apoyo. Hasta el momento de esta investigación las familias de las diagnosticadas se pueden clasificar en familias nutrias. Unas son de clase media, otras de escasos recursos económicos; sin embargo, tienen lo que el dinero no puede comprar que es el “*amor*”, ese valioso apoyo familiar.

El lugar de residencias de algunas de las familias es relativamente cerca o accesible a las instalaciones de salud, otras están ubicadas en áreas distantes. Las viviendas poseen las comodidades y servicios básicos.

4.2.3.1 Informe de observación de la visita domiciliaria a una actora social.

Se realiza visita domiciliaria el 13 de enero de 2018 a las 4:00p.m., en David.

Datos de la paciente: la paciente de 58 años, escolaridad 6° grado primaria, soltera, ama de casa. Seudónimo Rosa. Diagnóstico médico CACU 2. Tiene 6 hijos (40, 39,35, 30, 27,21).

Situación encontrada: reside con el padre de 87 años, el hijo de 21 años, la hija de 27 años, el yerno de 32 años, dos nietos (5 y 2 años). Es una familia extendida formada en su totalidad por cinco adultos y dos niños. La vivienda es amplia, tiene cuatro cuartos, sala, cocina, agua potable, luz eléctrica, es un lugar bastante cerca, con acceso a las instalaciones de salud y de los servicios públicos.

El sustento familiar lo provee el hijo de 21 Años, quien labora de forma permanente (le cubre el Seguro Social a su madre, la paciente con diagnóstico de cáncer cérvico uterino). El yerno también labora y aporta al hogar. Además, el padre de la paciente está en el Programa 100 a los 70 (Cada tres meses recibe un subsidio por parte del Gobierno Nacional de Panamá).

- *Diagnósticos sociales:* Problemas relacionados a hechos estresantes por la condición de salud de la paciente. El padre de la paciente es dependiente de cuidado (es no vidente).
- *Intervenciones realizadas:* Se le ha dado seguimiento, brindándole soporte psicosocial a la paciente y a la familia, con técnicas de clarificación, ventilación de sentimientos, soporte emocional y espiritual. Se brindó orientación sobre el control de la salud, manejo de emociones, esperanzas, redes de apoyo.

La paciente y familia, es comunicativa, sociable, anuentes a la atención, favorables redes de apoyo en la familia y en la comunidad (iglesia, vecinos). Se clasifica dentro de la familia nutricia, las crisis les han ayudado a organizarse y mantenerse más unidos.

- *Genograma Familiar:* En el genograma familiar realizado a la actora social Rosa, se pudo observar que su estructura familiar es extensa, también mantienen la comunicación con el hogar de origen.

Se han adaptados a los cambios en el ciclo vital familiar, destacándose la unidad dentro de los miembros.

En las pautas de generaciones, se incorporan en la sociedad a través de la educación y área laboral.

Atraviesan por sucesos de la vida y del funcionamiento familiar, por ejemplo, duelos físicos, duelo al dejar el empleo, duelos por la salud, miembros de la familia enfermos (la actora con CACU, el padre no vidente y una nieta con retardo psicomotriz, nuera con quebrantos de salud, entre otros). También disfrutaban de momentos de alegrías como graduaciones, empleos de profesionales, acompañamientos familiares, asisten a la iglesia, son muy apreciados en la comunidad, colaterales.

4.2.3.2 *Informe de observación del grupo focal.*

Fecha: 9 de septiembre de 2018. Hora: 5:00p.m.

Lugar: Un nuevo restaurante de la localidad, rodeado de plantas naturales, un clima fresco, con espacio amplio y paisaje verdoso, decorado con mensajes de motivación. Se reservó un espacio físico de confidencialidad para el desarrollo del grupo focal y adecuado para la relajación.

La reunión, se inició a las 5:45p.m., en espera de una actora, estaba lloviendo fuerte. Iniciamos con la bienvenida, comunicando los objetivos y la agenda de reunión, Se realiza una dinámica de presentación, agradecimientos y guía por parte de la moderadora y equipo de trabajo. Se realiza la dinámica con las actoras del grupo focal, el objetivo romper el hielo, la relajación, confianza y el compañerismo.

Después de la dinámica se procede con la pregunta de motivación. Las actoras

sociales la contestan, señalando que primera vez que participan de una investigación cualitativa, siendo importante porque se toman los sentimientos de ellas, sus experiencias, testimonios que pueden ayudar a otras damas y a sus familias.

La dinámica hizo efecto, las actoras sociales del grupo focal, estaban sentadas en círculo, muy participativas, se turnaban ellas mismas al hablar, en ocasiones sonreían, algunas en ocasiones se les notó con sus ojos llorosos. Otras decían chistes, daban mucha motivación e inspiran esperanzas.

La investigadora utiliza un formato de observación con el grupo focal, que permite describir los gestos, movimientos de las posturas, de cada participante.

La observadora es Licenciada en Administración de Empresa de profesión permanente. Durante la sesión del grupo focal permaneció atenta como buena observadora; detalló la actuación de las actoras sociales, se le entregó un esquema para anotar.

A continuación, se describe a cada una de las participantes con las generales y el seudónimo sugerido por la investigadora, con el fin de proteger la confidencialidad y la integridad de las participantes.

Rosa: Paciente de 58 años, escolaridad sexto grado de primaria, soltera, ama de casa, madre de seis hijos. Es una persona comunicativa, alegre, optimista, mira al que habla, afirma lo que la otra persona dice. Sube y baja la voz, en ocasiones tono de voz alto de la emoción, al dialogar

utiliza muletillas. Se tocaba el cabello; en medio de ciertos testimonios sus ojos dejaban correr lágrimas, al instante ella suspiraba; respiraba profundo. Siempre mantuvo los pies cruzados, une las manos y las mueve acorde a lo que habla, mueve los hombros y la cabeza, con una leve sonrisa muy disimulada, rostro relajado.

Clavel: Paciente de 37 años, escolaridad universitaria, casada, tiene dos hijos, labora de forma permanente. Es comunicativa, tono de voz pausado, en ocasiones con mirada llorosa, suspiraba profundamente, se toca el rostro al hablar, miraba mucho hacia el cielo, transmite esperanza, esfuerzo y persistencia, movía los pies en forma circular, escuchaba con atención a las otras actrices, erguida con los pies cruzados y los codos sobre la silla, mueve las manos acordes a lo que habla, pies cruzados, tosía mucho (se le ofrece agua). En ocasiones mencionaba anécdotas y soltaba una sonrisa, jugaba mucho con el anillo de boda, que tiene en el dedo anular izquierdo. Muestra seguridad al hablar y mucha elocuencia.

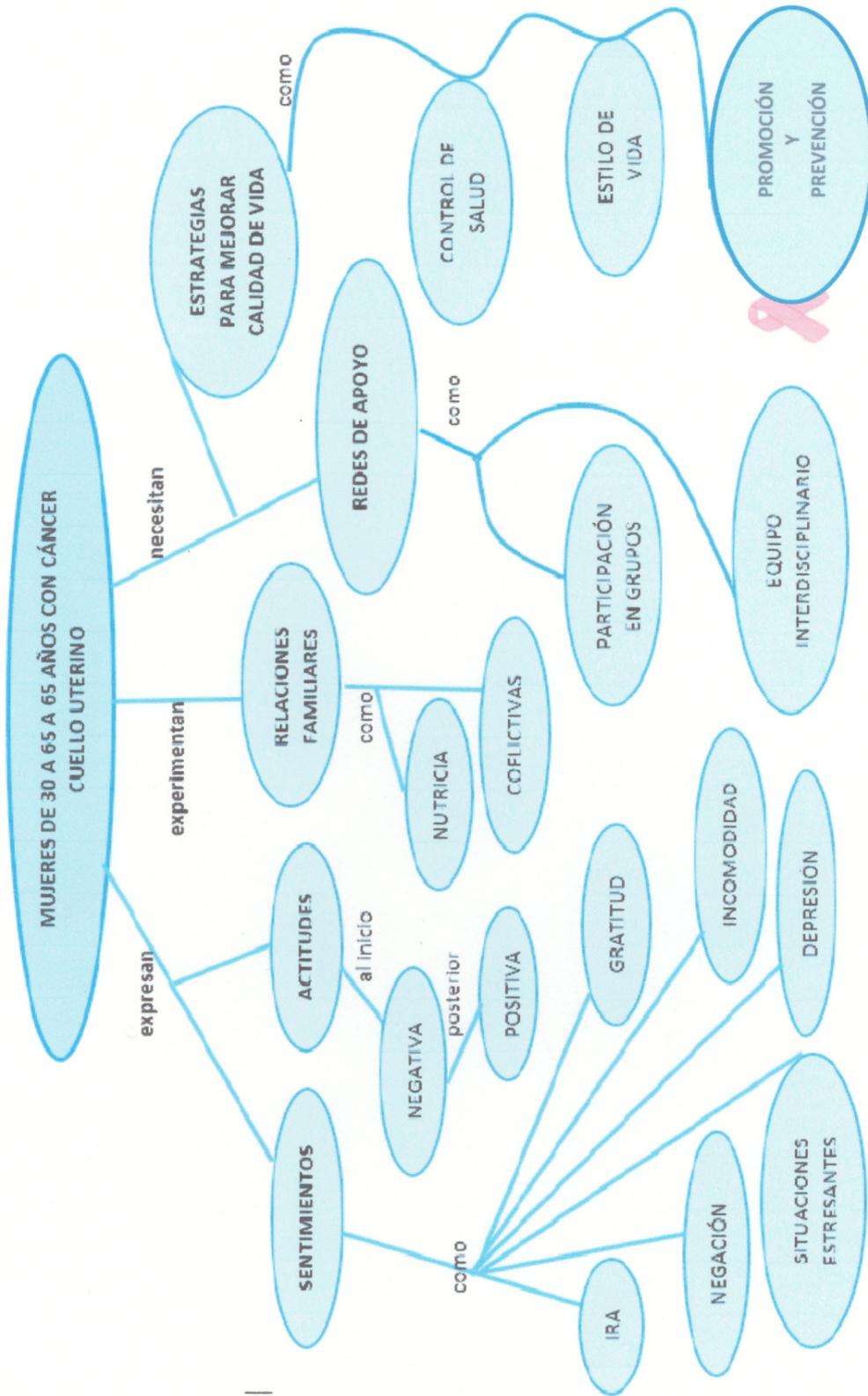
Orquídea: Es una paciente de 31 años de edad, escolaridad universitaria, casada, tiene dos hijas, labora. Es una persona atenta, mira al que habla. A veces tocaba el arreglo floral, de la mesa, su forma de sentarse erguida moviendo los pies y manos circularmente, ríe mucho, dialoga coherentemente, breve y precisa. Utiliza las manos para levantarlas y mueve los pies, tono de voz bajo, se encogía de los hombros, asombrándose al escuchar las historias de las otras actrices, abría levemente la boca, muy optimista, colaboradora en sus discursos.

Girasol: Es una paciente de 38 años de edad, escolaridad universitaria, casada, tiene dos hijos, empresaria. Diagnóstico médico CACU 1. Es sociable, movía los pies y las manos, en ocasiones

sonreía, receptiva, se le nublaban los ojos cuando recordaba momentos de dolor, hace énfasis en seguir en los controles de salud, elocuente, es precisa al hablar.

La reunión para realizar la técnica del grupo focal demoró una hora. Se finalizó la reunión a las 6:30 p.m. La técnica se desarrolló en el tiempo estipulado, siguiendo la guía del formato y las que surgieron en la reunión. Se le agradeció a cada actora social y al equipo en general por su participación. Se les entregó una rosa blanca como símbolo de esfuerzo, valentía y esperanza. Se clausuró con un brindis en el mismo restaurante. El personal que labora allí fue muy amable en la atención. A las actoras sociales les agrado el lugar, dijeron: Regresemos de nuevo.

4.3 Mapa Conceptual



Fuente: Autoría personal (2018).

4.4 Discusión Total de los Resultados

La investigación describe los retos de las mujeres de 30 a 65 años con cáncer cuello uterino. Lo que se convierte en un tema de interés dada las consecuencias que representa para la persona, familia y sistema de salud tal como lo describe la Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2012).

Los resultados referentes a los retos más significativos que reportan estas mujeres guardan concordancia con los resultados de las investigaciones de Bach y Bach (2017) y de Jaraba y Pineda (2018) que hacen alusión a problemas relacionados a las familias.

Esta investigación se identifica con el estudio de Jaén (2009) en lo relacionado a la actitud poco favorable de la mujer para prevenir y tratar el cáncer cuello uterino.

Con relación a las familias la presente investigación se identifica con la teoría experiencial de Virginia Satir y el testimonio de Sara, en el cual informa que las participantes consideran que tienen familias nutricias por lo tanto reciben el apoyo necesario para enfrentar su enfermedad.

Con respecto al abordaje interdisciplinario, la presente investigación se identifica con los aportes del doctor Stewart (1948) y Stiefel (1961) al considerar la importancia de la constante comunicación entre paciente y especialistas lo que se consideró desde entonces atención interdisciplinaria.

Los resultados relacionados a las redes de apoyo de esta investigación tienen similitud con el Decreto 41 de 2010 y los testimonios de Sara, sobre la importancia del acompañamiento humano y espiritual, ya que las actoras sociales reportan que el apoyo familiar, médico y espiritual son necesarios.

Con respecto a las estrategias, esta investigación tiene similitud con el testimonio de Sara y Jen, las disposiciones y guía de la OMS (2012), Ley 4 de (1999), la investigación Jaén (2009) y Cano, Caro y Lafaurie (2017) en lo relacionado a la importancia y derecho que tiene la mujer a la información, orientación y realización de las pruebas del Papanicolaou.

No se encontró similitud con los estudios de Carranza y Vásquez (2014), Ávila (2011), Molinedo y Gómez (2012).

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en la investigación y de los objetivos planteados se derivan las conclusiones:

- Los retos que enfrenta la mujer por el diagnóstico médico de cáncer cérvico uterino están relacionados a:

La familia, específicamente la preocupación por los hijos.

La economía, sobre todo cuando han aportado al presupuesto familiar y dejan de laborar por condición de salud. Los gastos médicos, exámenes, traslados al hospital, sumados a las necesidades básicas son situaciones desafiantes que necesitan respuestas.

- Los sentimientos de las mujeres con cáncer cuello uterino son: Negación, sufrimiento, culpa, ira, temor, depresión, lástima, soledad, abandono, incomodidad, gratitud, ansiedad y situaciones estresantes por actividades familiares, enfermos y embarazos.
- Las actitudes de las mujeres con cáncer cuello uterino es al inicio de pesimismo y negatividad en el proceso y la autoestima baja; puesto que la cultura de asociar cáncer con muerte influye. Paulatinamente van cambiando y cuando son informadas y orientadas de forma correcta la actitud de ellas cambia, se transforman en optimistas.
- Las relaciones familiares de la mujer con cáncer cuello uterino se dan de dos maneras: La primera, basada en la familia nutricia donde hay amor, siendo el hogar la principal red de apoyo. En la segunda, la familia es conflictiva, lo que conlleva a situaciones de abandono.

- Las estrategias que se pueden implementar son:
 - Campaña del Papanicolaou, control de salud, estilo de vida saludable, formar grupos de apoyo, ya que la detección a tiempo y un buen control del diagnóstico, disminuirá las complicaciones.
 - Vídeo de promoción del examen de Papanicolaou, el cual es una herramienta audiovisual y educativa; sumado a que estamos en una era de la historia de la humanidad que va ligada a las tecnologías de la información y comunicación. (El vídeo fue elaborado por investigadora).
 - Capacitación actualizada del profesional de la salud y su equipo de labor
 - La comunicación entre paciente y médico es básica en la atención integral.

- Las reuniones periódicas con los actores sociales y asesoramiento de la catedrática que fue nuestra tutora, fue un logro para el desarrollo de esta investigación.

5.2 Recomendaciones

Las conclusiones expuestas anteriormente sirven como base para ofrecer las siguientes recomendaciones:

A Personal de Salud de hospitales y red primaria de salud

- El abordaje de la atención de las mujeres con diagnóstico médico, cáncer cuello uterino, debe ser biopsicosocial y espiritual, porque las pacientes confrontan retos a nivel familiar, laboral, económico, en los sentimientos, en lo espiritual, en el entorno social.
- Hay que reforzar la actitud y autoestima de la paciente con diagnóstico médico de cáncer cérvico uterino, haciendo énfasis en la esperanza.
- La formación de grupos de autoayuda con enfoques interdisciplinarios e intersectoriales son necesarios para las pacientes y sus familias. Las participantes del estudio consideran que es importante el seguimiento del “Grupo de apoyo para mujeres con diagnóstico de CACU”.
- Presentar el video de Promoción de la importancia del Papanicolaou, en las salas de espera.

A las autoridades competentes en general:

- Una de las estrategias en la promoción de la salud, es considerar que, en el mes de octubre, que es dedicado a la prevención del cáncer de mama y cáncer de la próstata (cuando se hace énfasis en la cinta rosada y celeste), las autoridades competentes deben incluir la prevención del cáncer cuello uterino, dentro de la campaña. Se sugiere que sea así:

“Octubre mes de la prevención del cáncer de mama, de próstata y cuello Uterino”.

- Son importantes las políticas del Estado con relación a la atención de la salud integral de la mujer y la familia, con acceso a instalaciones de salud en condiciones adecuadas y personal de salud idóneo con enfoque de equipo y vocación (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros).

BIBLIOGRAFÍA

Acerca del cáncer cérvico uterino. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html> inferior del útero (matriz). Consultado: 19/4/2017.

Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de Investigación Social*, Lumen, Argentina, 24° edición.

Ávila D. y Plaza W. (2012). *Frecuencia y tipo de lesiones cervicouterinas en mujeres de 20 a 60 años de la parroquia El Valle, atendidos en el Programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino el año 2011*. Tesis de titulación profesional. Universidad del Azuay. Cuenca, Ecuador.

Bach y Bach (2017). *Factores sociales relacionados al nivel de estrés en mujeres con cáncer de cuello uterino del Hospital Virgen de la Puerta Trujillo- 2016*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Perú.

Cano, S.; Caro, F. y Lafaurie, M. (2017). *Vivir con cáncer de cuello uterino in situ: experiencias de mujeres atendidas en un hospital de Risaralda, Colombia, 2016*.

Carranza V, Nacimiento F, Vásquez C. (2014). *Factores predictores del cáncer cervical en mujeres atendidas en el departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, 2014*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. UNAP Iquitos. Perú.

CDC. Centro para el control y la prevención de enfermedades. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/dcpc/about/nbccedp.htm>. Consultado: 7/5/2018.

Centro para el control y prevención de enfermedades. *Testimonio de Jen Conozca su cuerpo y el cáncer ginecológico*.

https://www.cdc.gov/spanish/cancer/knowledge/survivor_stories/sarah.htm. Consultado 10/10/2018.

El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2018). Recuperado: <http://www.emory.edu/KomenEd/PDF/Spanish/EI%20Instituto%20Nacional%20del%20C%C3%A1ncer%20de%20Estados%20Unidos.pdf>. Consultado: 4/6/18.

Fabrefat, A. (2015). *Ética y terapia familiar: implicaciones éticas de la teoría del reconocimiento de Axel Honneth en la terapia familiar sistémica multigeneracional*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza. España.

Garibaldi, N. (1998). *Incidencia del cáncer cérvico uterino in situ en pacientes con el virus del Papiloma Humano, Hospital Matero Infantil José Domingo de Obaldía*. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Chiriquí. Panamá.

Geo Salud (2011). *Epidemiología del carcinoma del cuello uterino*. Recuperado de: <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/epicancercervical.htm>. Consultado 4/8/2016.

Geo Salud (2012) *Prueba de Papanicolaou*.

Recuperado. <http://www.geosalud.com/cancerpacientes/papanicolao.htm>. Consultado: 5/4/2017.

Hernández Sampieri, Roberto; Fernández C. Carlos y Baptista L., Pilar (2014) *Metodología de la Investigación*, México, sexta edición Mc Grow Hill.

Instituto Nacional de Cáncer. *NIH* Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino> Consultado: 28/4/2017.

Lewis, Merle J. (2004). *Análisis de la situación del cáncer cérvico uterino en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/762/92%2075%2032531%206.pdf?sequence=1> Consultado: 2/3/2017.

Jaén, M. (2009). “*Conocimientos, actitudes y Prácticas sobre la Prueba de Papanicolaou en Mujeres de 15 a 54 años residentes en la Ciudad de La Pintada, abril de 2009*”. Tesis Maestría en Salud Pública. Universidad de Panamá. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.sibiup.ac.pa/bd/captura/upload/61459994J17.pdf>. Consultado 5/3/2017.

Junta editorial de Cancer.Net (2016). (<https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/pruebas-y-procedimientos/prueba-de-papanicolaou>) Consultado 4/10/2018.

Lazarus R, Folkman S. (1996). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Martínez GC. (1999). *Ilustración Clínica de la Técnica de Intervención en Crisis*. Rev. de *psiquiatría*. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100003 Consultado: 6/3/2018.

Ministerio de Salud. Panamá (2014). *Informe del cáncer cérvico uterino en Panamá*. Recuperado de: <http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/ca%20cu%202010.pdf> Consultado 1/8/2016.

Ministerio de Salud / Caja de Seguro Social (2015). *Normas Técnicas-Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer*. Panamá. Recuperado de: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/normastecnica_administrativas_del_programa_de_salud_integral_de_la_mujer.pdf. Consultado: 14/1/2018.

Ministerio de salud (2015). *Plan Nacional para la Prevención y control del cáncer 2010 – 2015*. Panamá. Recuperado: http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/pnpcc_0.pdf
Consultado: 21/3/2017.

Mollinedo N.; Mita S. y Gómez F. (2012). *Determinación de los conocimientos y factores de riesgo que predisponen al cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil en San Pedro de Tiquina 2011*. Científica v.10 n.1. La Paz 2012. Revistas Boliviana. http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1813-00542012000100004&script=sci_arttext. Consultado 2/10/2018.

OPS. (2004). *Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe*. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=41234-csp29-inf-4-s-234&Itemid=270&lang=es. Consultado 10/10/18.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2015). *Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales*. Diciembre de 2015. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/> Consultado 21/8/2016.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2015). *Datos y cifras sobre el cáncer*. Nota descriptiva N.º 297 febrero de 2015. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/> Consultado 23/8/2016.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2011). *Cáncer*. Nota descriptiva N°297, febrero de 2011. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
Consultado 9/8/2016.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2013). *Salud de la mujer*. Nota descriptiva N.º 334, septiembre de 2013. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/> consultado 16/8/2016.

Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Vol. 1, No. 3 *Cáncer Cérvico-Uterino Mayo-Agosto. 2011. Enemigo de la salud de la mujer.* Recuperado de: www.cienciasdelasaluduv.com Consultado 10/9/2016.

Satir, V. (1998). *Relaciones Humanas en el núcleo familiar.* Editorial PAX, sexta edición, México.

Silva BR, Soplín KE, Talledo SP. (2014). *Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, Puno, Perú.* <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/312/1/TEISIS%20CACU.pdf> Consultado 2/10/2018.

UNFA. *Cáncer del cuello uterino.* Bolivia. Recuperado: <http://bolivia.unfpa.org/content/cancer-de-cuello-Uterino>. Consultado: 17/4/2018.

Vega, D. (2004). "*Factores De Riesgo Para Cáncer Cervicouterino En Mujeres De Matamoros, Tamaulipas*". Tesis de Maestría en Ciencias de Enfermería. Nuevo León. México.