

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**  
**PSICOLOGÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
licenciatura*

**IDENTIFICACIÓN DE TEMAS CLAVES PARA  
LA INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PACIENTES  
DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA  
POR VOLUNTARIOS DE FUNDESO.**

Hernán David Bermúdez Rodríguez

Diciembre, 2019

# ÍNDICE

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>viii</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>ix</b>
<b>CAPITULO I .....</b>	<b>2</b>
<b>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Antecedentes Del Problema.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Intervención En Crisis .....</b>	<b>11</b>
<b>1.3. Delimitación Del Problema.....</b>	<b>15</b>
<b>1.3.1. Justificación.....</b>	<b>15</b>
<b>2. REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. Pregunta de la Investigación .....</b>	<b>18</b>
<b>3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1. Objetivo General .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2. Objetivos Específicos .....</b>	<b>19</b>
<b>4. ALCANCES Y LIMITACIONES.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1. Alcances De La Investigación.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2. Limitaciones De La Investigación.....</b>	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>21</b>
<b>MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>21</b>
<b>1. EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1. ¿Qué es Cáncer de Mama?.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1.1.1. ¿Cómo se dispersa el Cáncer de Mama? .....</b>	<b>23</b>
<b>1.1.1.2. Tipos Del Cáncer De Seno.....</b>	<b>25</b>
<b>1.1.2. Afectaciones psicológicas que sufren las pacientes diagnosticadas con Cáncer de Mama.....</b>	<b>26</b>
<b>1.1.3. Intervención En Crisis .....</b>	<b>28</b>
<b>1.1.3.1. Primeros Auxilios Psicológicos .....</b>	<b>30</b>
<b>1.1.4. Pacientes Difíciles .....</b>	<b>33</b>
<b>1.1.5. Teoría De Las Necesidades Humanas.....</b>	<b>34</b>
<b>1.1.6. Psicooncología.....</b>	<b>37</b>

1.1.7.	Intervención Cognitivo-Conductual .....	38
1.1.8.	Técnicas Cognitivo-Conductuales (TCC).....	41
1.1.9.	Terapia Racional Emotivo-Conductual.....	42
1.1.9.1.	Técnicas Puramente Cognitivas.....	43
1.1.9.2.	Técnicas Conductuales .....	44
1.1.9.3.	Técnicas Emotivas.....	44
1.1.10.	Cuidadores.....	45
<b>CAPÍTULO III .....</b>		<b>47</b>
<b>MARCO METODOLOGICO .....</b>		<b>47</b>
1.	Enfoque De La Investigación .....	47
1.1.	Tipo De Investigación .....	50
1.2.	Unidades de Análisis u Objeto de Estudio .....	51
1.2.1.	Población .....	51
1.2.2.	Muestra.....	51
1.2.3.	Criterios De Inclusión y Exclusión.....	52
1.2.4.	Instrumento Para La Recolección De La Información .....	53
3.3.5.	Diseño De Investigación .....	53
3.3.6	Categoría De Análisis .....	54
3.3.7	Validación del instrumento.....	57
3.3.8	Procedimiento de recolección de datos .....	59
3.3.9	Organización de los datos .....	60
<b>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....</b>		<b>61</b>
4.1	Análisis de lo sucedido .....	61
4.2	Logros obtenidos .....	63
4.3	Perfil Sociodemográfico.....	63
4.4	Presentación de Resultados .....	64
<b>CAPITULO V .....</b>		<b>75</b>
<b>DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....</b>		<b>75</b>
1.	Categoría 1 Necesidades Psicológicas.....	75
2.	Categoría 2: Complicaciones.....	78
4.3.	Categoría de Análisis 3: Intervención en Crisis .....	81

<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>84</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>84</b>
<b>1. Conclusiones.....</b>	<b>84</b>
<b>1.1. Recomendaciones.....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo 1 Preguntas guías de la entrevista .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexo 2</b> Transcripción de respuestas de la pregunta 1 para la categoría de necesidades Psicológicas .....	98
<b>Anexo 3</b> <i>Transcripción de respuestas de la pregunta 2 para la categoría de necesidades Psicológicas.....</i>	99
<b>Anexo 4</b> Transcripción de respuestas de la pregunta 3 para la categoría de Necesidades Psicológicas .....	100
<b>Anexo 5</b> Transcripción de respuestas de la pregunta 4 para la categoría de Complicaciones .....	101
<b>Anexo 6</b> Transcripción de respuestas de la pregunta 5 para la categoría de Complicaciones .....	102
<b>Anexo 7</b> Transcripción de respuestas de la pregunta 6 para la categoría de Complicaciones .....	103
<b>Anexo 8</b> Transcripción de respuestas de la pregunta 7 para la categoría de Complicaciones .....	104
<b>Anexo 9</b> Transcripción de respuestas de la pregunta 8 para la categoría de Complicaciones .....	105
<b>Anexo 10</b> Transcripción de respuestas de la pregunta 9 para la categoría de Intervención en Crisis.....	106
<b>Anexo 11</b> Transcripción de respuestas de la pregunta 10 para la categoría de Intervención en Crisis.....	107
<b>Anexo 12</b> Transcripción de respuestas de la pregunta 11 para la categoría de Intervención en Crisis.....	108
<b>Anexo 13</b> <i>Transcripción de respuestas de la pregunta 12 para la categoría de Intervención en Crisis.....</i>	108

<i>Anexo 14</i> Transcripción de respuestas de la pregunta 13 para la categoría de Intervención en Crisis.....	109
<i>Anexo 15</i> Declaración Jurada .....	110
<i>Anexo 16</i> Carta Tutor .....	111
<i>Anexo 17</i> Carta Lector.....	112
<i>Anexo 18</i> Carta de Revisión Filológica .....	113

## Índice Tablas

<i>Tabla 1</i> Comparación de las estrategias de intervención en crisis en el ambiente _____	29
<i>Tabla 2</i> Síntesis de las técnicas del manual de tratamiento cognitivo conductual _____	41
<i>Tabla 3</i> Criterios de inclusión – exclusión _____	52
<i>Tabla 4</i> Categoría de análisis _____	56
<i>Tabla 5.</i> Perfil demográfico de las entrevistadas _____	63

<b>Figura 1.</b> Cantidad de nuevos casos de cáncer en mujeres de todas las edades a nivel mundial para el año 2018.....	5
<b>Figura 2.</b> Cantidad de nuevos casos de cáncer en mujeres de todas las edades en Costa Rica para el año 2018.....	6
<b>Figura 3.</b> Tejido normal del seno de una mujer.....	22
<b>Figura 4.</b> Ganglios linfáticos relacionados con los senos femeninos.....	24
<b>Figura 5.</b> Pirámide de Maslow, teoría de las necesidades humanas.....	35
Figura 6. Estructura de las categorías de análisis.....	54
Figura 7. Resultados de la pregunta número 2 de la entrevista según cada opción a elegir por cada sujeto entrevistado.....	66

## **DEDICATORIA**

Carl Jung dijo: “El encuentro entre dos personalidades es como el contacto entre dos sustancias químicas. Si hay alguna reacción, ambas serán transformadas” lo queramos o no, las relaciones humanas influyen, y que esto ocurre en ambas direcciones, por ello quiero dar profundas gracias por el apoyo durante tantos años a Daniela Rodríguez García, quien siempre ha visto en mi más de lo que yo he logrado percibir, por su perseverancia e incondicionalidad, pero sobre todo por acompañarme hasta en la noche más oscura gracias a ella por su bondad y su comprensión.

## AGRADECIMIENTOS

Al finalizar este trabajo quiero utilizar este espacio para agradecer a los profesionales que sirvieron de pilar académico y ejemplo de excelencia, dedicación y pasión por lo que haces, a mi tutor Aarón Ocampo Hernández y profesores quienes moldearon mi potencial, a sus enseñanzas y aportes a lo largo de este largo camino, en palabras de uno los padres de la psicología Albert Ellis quien dijo: “Las personas tienen motivos y pensamientos de los cuales no son conscientes, el fracaso no tiene nada que ver con su valor intrínseco como persona.” no somos conscientes de nuestros propios potenciales, cedemos ante la propia irracionalidad y miedos, que mina nuestras confianza, solo nosotros mismos somos en gran medida creadores de nuestra realidad.

Por último, agradecer esa fuerza superior que llamamos Dios, a mi familia por su paciencia quienes fueron un punto de reflexión para determinar desde donde iniciar cambios, y a todos quienes contribuyeron con un granito de arena para culminar con éxito la meta propuesta.

# CAPITULO I

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Antecedentes Del Problema

El cáncer es una enfermedad que genera un gran impacto en las vidas de quienes los padecen, cambiando por completo el estilo de la vida de las personas, para poder entender su complejidad hay que saber desde su composición, evolución, síntomas o la falta de ellos y todas las áreas en las que el individuo puede verse vulnerable, de acuerdo con Ortiz (2016):

“El cáncer es uno de los principales problemas de salud que enfrenta humanidad, por su considerable impacto en la morbilidad, mortalidad y economía en las poblaciones de todo el mundo. Esta es una enfermedad compleja, en cuyo origen intervienen múltiples factores etiológicos; entre los que destacan: la carga genética heredada y la influencia del ambiente”. (p. 14).

De acuerdo con estadísticas que se ha realizado sobre los grupos etarios afectados por el cáncer de mama nos dice lo siguiente:

El cáncer de mama no discrimina edad, reportando casos nuevos y defunciones desde las edades de 15-19 años, presentando tasas de incidencia y de mortalidad

ascendentes conforme incrementan las edades de los grupos. Así, el grupo de edad de 70 y más años presenta la mayor tasa de incidencia y de mortalidad por cáncer de mama. A pesar de lo anterior llama la atención en relación con la distribución relativa del período 2012-2013 que en incidencia más de una cuarta parte de los casos (28.8%) se diagnostican en mujeres menores de 50 años y un 69.50% en mujeres menores de 65 años. En relación con la mortalidad en el período 2010-2014 un 18% de las defunciones por cáncer de mama ocurre en mujeres menores de 50 años y más de la mitad (51.5%) de las muertes afecta a mujeres menores de 65 años. (Ortiz, 2016, p. 16).

Es por ello, que hoy en días las enfermedades no transmisibles son las responsables de la mayoría de las muertes globales y se espera que el cáncer se ubique como la principal causa de muerte y la barrera más importante para aumentar la esperanza de vida de todos los países del mundo en el siglo XXI.

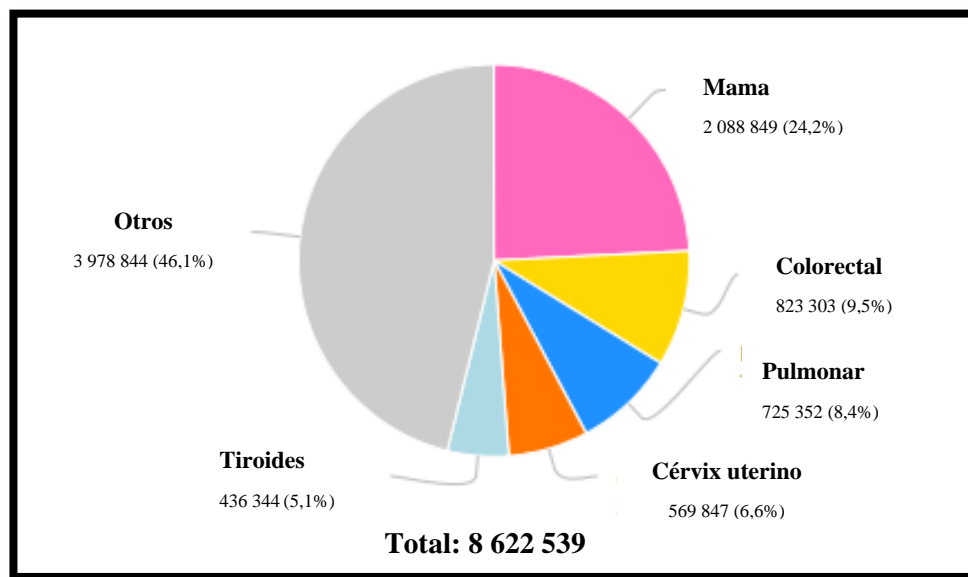
“De acuerdo la Organización Mundial de la Salud en el 2015, el cáncer es la primera o la segunda causa de muerte antes de los 70 años en 91 de 172 países, ocupando así el tercer o cuarto lugar en 22 países adicionales”. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El cáncer de mama es considerado a nivel mundial como el más diagnosticado en mujeres, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud es una de las primeras causas de muerte,

Quirós, Arce y Ramírez (2010) afirman que: ...se proyecta que para el año 2030 la cifra de defunciones por cáncer aumente en un 45%, hasta alcanzar 11,5 millones de muertes anuales. (p. 55). Es imperativo tener presente que a nivel mundial el cáncer de mama es el segundo con un porcentaje de incidencia de 11.6 en nuevos casos y un 6.6% de muertes a nivel mundial (Bray, et al., 2018). Sin embargo, de acuerdo a estudios realizados en el 2018 a nivel mundial el cáncer de mama continua ocupando el segundo lugar con un 24.2% de nuevos casos encontrados después del primer lugar con un 46.1% de otros canceres (**Fig. 1**).

Según, con estudios realizados de la incidencia del cáncer de mama a nivel mundial se obtuvieron las tasas de incidencia más altas ubicadas en Norteamérica, el oeste y norte de Europa y Australia. América Latina ocupa una posición intermedia con tasas de incidencia altas reportadas en Argentina y Uruguay. Las tasas más bajas a nivel mundial se presentan en Asia y África (Ferlay, et al., 2012).

En el caso del cáncer de mama, en Costa Rica desde el año 2002 se convirtió en una de las principales causas de muerte para las mujeres, para el 2009, se calcula que el 15,2% de las muertes por cáncer en mujeres fue por este mal, seguido por un 11% de cáncer de estómago y un 9,2% cáncer de útero. Sin embargo, se determinó en el boletín de estadístico de incidencia nacional de tumores malignos del 2013 que en Costa Rica de 100 000 mujeres son diagnosticadas 47.9 mujeres cáncer mama, posicionando este padecimiento como el segundo más frecuente en mujeres, después del cáncer de piel, en cuanto a mortalidad la lista es encabezada por el cáncer de mama (Ministerio de Salud, 2015).



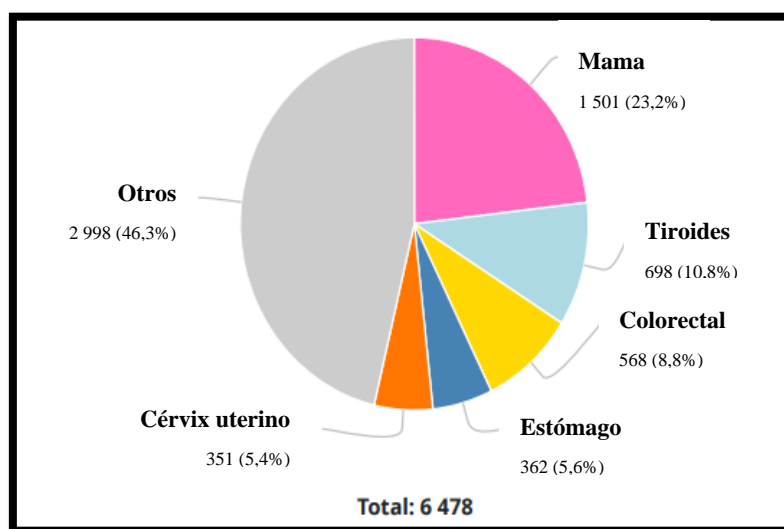
**Figura 1.** Cantidad de nuevos casos de cáncer en mujeres de todas las edades a nivel mundial para el año 2018. Tomado de Ferlay et al. (2018).

La incidencia de cáncer ha aumentado entre 1995 al 2010 en un 48%. En las mujeres los tipos de cáncer más frecuentes son los tumores de la piel, mama, estómago, cuello uterino, tiroides y colon. La causa de muertes por cáncer más frecuentes en orden descendente son los tumores de la mama, estómago, colon, cuello uterino y pulmón; responsables de más del 60% de todas las defunciones. (Ministerio de Salud, 2015).

El país tiene reportados casos de mujeres con cáncer de mama desde los 15 años, pero es a partir de los 40 años que se incrementa la incidencia y la mortalidad. En el 2010 se diagnosticaron 18 casos nuevos de cáncer por semana (tasa 12.04 por cada 100.000 mujeres) para un total de 939; anualmente fallecen 288, lo cual corresponde a un 15.45% (Sáenz, et al., 2015).

Según la base de datos Globocan (Ferlay, et al., 2012) se tiene que:

...los tipos de cáncer más frecuentes en las mujeres en Costa Rica son los tumores de mama, tiroides, colorrectal, estómago y cuello uterino. Estos tumores explican más de las dos terceras partes de todos los casos incidentes (65%). Respecto a la mortalidad los más frecuentes en orden descendente son los tumores de la mama, estómago, colon, cuello uterino y pulmón que ocasionan más del 60% de todas las defunciones por cáncer.



**Figura 2.** Cantidad de nuevos casos de cáncer en mujeres de todas las edades en Costa Rica para el año 2018. Tomado de Ferlay et al. (2018).

Las estadísticas y control de los indicadores no solo permiten al país tomar medidas al respecto y velar por mejoras en los servicios, también sirve como referente para determinar una comparación con otras regiones a nivel global como lo indica Soto (2015):

En comparación con datos internacionales se documenta una incidencia de 30-39.9 casos/100 mil habitantes en Costa Rica y en Latinoamericanos siendo esta

menor con relación a la incidencia de casos en países de Norteamérica, Australia y Norte-oeste de Europa donde la incidencia ronda 78-90/100 mil habitantes. (p. 799).

Costa Rica aparece en el ámbito latinoamericano como un país con baja incidencia de cáncer de mama, permaneciendo por debajo de países como Argentina y Uruguay; sin embargo, para el 2005 se determinó que su tasa de mortalidad está muy cerca del promedio de la región, que fue de alrededor 20 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años o más y lográndose situar por encima de países como Brasil y México, entre otros (Lozano, Gómez, Lewis, Torres y López, 2009). No obstante, a nivel de Centroamérica las tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad son las más altas para Costa Rica, mientras que, a nivel de continente americano se ubica en la cuarta posición de incidencia y mortalidad en América Latina (GLOBOCAN, 2012).

Por lo tanto, una de las enfermedades más importantes de nuestra época, es el cáncer, tanto por su elevada incidencia como por las consecuencias del mismo, constituyendo uno de los problemas de salud más importantes de nuestro siglo, el ser diagnosticado de cáncer es una de las situaciones más estresante y temida en la sociedad actual. Es una de las enfermedades que más problemas psicológicos causa en la persona que lo padece. En el cáncer se dan una serie de circunstancias que son fuente de malestar psicológico: su naturaleza crónica, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos que

habitualmente se utilizan para su control y el significado social de la palabra cáncer (Fernández y Bastos, 2011).

El hablar hoy en día de cáncer, así como el preguntar a cualquier persona qué significa la palabra cáncer, la mayoría de las respuestas serían un sinónimo de dolor, muerte, desfiguración, miedo, desesperanza, incertidumbre, incapacidad y alteración de la vida cotidiana. Lo que está en la base de todo ello es que el cáncer es percibido como una enfermedad dolorosa, insidiosa, que puede deteriorar a la persona y conducirla a la muerte, con el peso de ser un estigma social. El ser una enfermedad cuya etiología y evolución se desconoce trae consigo la incertidumbre como dato de realidad y será origen de la mayoría de las alteraciones emocionales que el enfermo de cáncer va a sentir. Los tratamientos habitualmente utilizados para el control del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea...) tienen unos efectos secundarios que no sólo afectan físicamente a la persona y de forma muy importante, social y psicológicamente. A todo lo anterior se añade el significado social de la palabra cáncer (Alonso, 2003).

Cuando una persona es diagnosticada con cáncer de mama puede presentar retos importantes que interfieren con muchas áreas de su vida normal. La enfermedad, así como los eventos que incluyen el diagnóstico y los tratamientos afectan a la persona de manera directa a nivel físico: dolor, náuseas, fatiga, disfunción del sueño y debilidad, mientras que a nivel psicológico: estrés, ansiedad, miedo de recurrencia depresión, disminución en la calidad de

vida, dificultades económicas, problemas familiares e incluso después de finalizado el tratamiento (Huang y Shi, 2016).

El interés por conectar los aspectos médicos con los psicológicos ha llevado a la aparición de la Psicooncología, disciplina que estudia la relación entre procesos psicológicos y patología neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad (Sebastián y Alonso, 2003). Su foco de interés está dirigido a estudiar los distintos modos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas más útiles para mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer.

Los principales problemas psicológicos a los que se ven enfrentada las mujeres que cursan un cáncer de mama tienen relación con la sensación de pérdida real o potencial que experimentan. Preguntas como: ¿voy a morir?, ¿voy a perder o voy a conservar mi mama?, ¿voy a seguir siendo sexualmente atractiva?, ¿va ser mi familia capaz de soportar esta situación?, ¿me va apoyar mi pareja durante este proceso de enfermedad?, ¿cuáles van a ser las secuelas que los tratamientos médicos van a producir en mi cuerpo y en mi estado de ánimo?, ¿qué implicancias económicas va tener para mi familia mi enfermedad?, ¿cómo le explico a mis seres queridos lo que me ocurre?, ¿me están diciendo la verdad o me están ocultando algo?, ¿estoy en manos de un equipo médico competente?, ¿por qué enfermé?, etc.

De acuerdo con Die Trill (2003):

...la mama es un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja. Debido a ello el diagnóstico, tratamiento y secuelas del cáncer de mama van a ser percibidos y “vividos” por la paciente de una manera singularmente delicada. La alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad, incluso una pequeña cicatriz puede llegar a tener una interpretación psicológica de magnitud muchas veces incomprendida por el entorno social y afectivo de la paciente, como así también por el equipo médico que la trata. Esta deformidad física puede interferir frecuentemente con la continuidad o establecimiento de relaciones íntimas, especialmente en mujeres jóvenes sin parejas estables o en aquellas que mantienen relaciones que eran conflictivas premórbidamente. (p. 526).

Los efectos del cáncer de mama sobre la autoestima son especialmente delicados, muchas pacientes van a tener la percepción de que a partir del momento es diagnóstico dejaron de ser sexualmente atractivas, de que no volverán a ser capaces de experimentar ni dar placer, e incluso que su capacidad de ser amadas y amar está mermada definitivamente. Tomando en cuenta lo expuesto, resulta imprescindible contar con un protocolo de intervención psicooncológica que permita predecir, intervenir, manejar y resolver los distintos problemas psicosociales a los que puedan enfrentarse las pacientes. El esquema de intervención psicooncológica cubre cada una de las etapas de las enfermedades que cursa la paciente y su familia. Este esquema de intervención lleva a un protocolo de atención psicooncológica para cada una de las etapas o fases de enfermedad nombrada.

Se ha determinado que la ansiedad es una de las consecuencias más comunes en los pacientes diagnosticados con cáncer de mama, así como en las sobrevivientes, por lo que Huang y Shi (2016) en su estudio determinaron: “...que hasta un 60% del grupo estudiado presentaban ansiedad, este resultado es más elevado en comparación con la población en general u otros pacientes diagnosticados con diferentes tipos de cáncer” (p. 2).

En el desarrollo de la vida es un hecho que ocurren enfermedades y que todas las personas estarán expuestas a ser afectadas en menor o mayor medida por la enfermedad, siendo así una amenaza potencial para todos los humanos, así que hay que vivirla o pasar por ese sufrimiento por familiares o personas allegadas a nuestro entorno. Sin embargo, cuando la enfermedad es amenazante supone una ruptura del mundo interior de la persona, provocando la experiencia de la propia limitación e interrumpe la realización del proyecto personal de la existencia humana (Fernández y Bastos, 2011).

## **1.2. Intervención En Crisis**

Monge (2018) menciona que a nivel centroamericano uno de los más grandes promotores y exponentes en materia de intervención de crisis a través de los primeros auxilios psicológicos es Dr. Joseph O. Prewitt Díaz, quien colabora para crear un modelo psicosocial en desastres para Guatemala en el año 2001, en cual resalta los aportes de la Cruz Roja Americana en el ámbito de intervención en crisis desde el año 1992 y 1997. De acuerdo con Monge (2018): “La intervención en crisis en Costa Rica comienza a partir de la necesidad de brindar apoyo

*emocional a personas en situaciones de Crisis, debido a las emergencias provocadas por los desastres” (p. 9).*

Costa Rica en el tema de intervención en crisis ha ido consolidándose progresivamente en las últimas décadas, generando un constructo que, conforme a los acontecimientos o eventos importantes que han marcado un hito en la memoria costarricense, evidenciado la necesidad de contar con los recursos tanto gubernamentales como no gubernamentales para poder afrontar con las eventualidades que se puede vivir en la cotidianidad de un país.

En la historia de Costa Rica se han marcado varios eventos generadores de crisis, en los cuales se aplicó los Primeros Auxilios Psicológicos, según Monge (2018) tales como: (1) la toma y muerte de rehenes de la embajada de Chile, 2004; (2) asalto bancario en Santa Elena, Monteverde, 2005; (3) Incendio Hospital Calderón Guardia, 2005; (4) Inundación Limón, 2005; (5) Deslizamiento de tierra en la cima del cerro Pico Blanco, 2010; (6) Terremoto en Nicoya, 2012 y (7) Terremoto de Cinchona, 2019. Según, Monge (2018): *“En sus inicios, la atención y emergencias, actualmente se realizan esfuerzos y cambios en la intervención en crisis, brindando apoyo psicosocial de una manera interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial” (p.9).*

En Costa Rica el tema de la intervención en crisis inició como un apoyo económico, social el cual con el paso de los años se ha incorporado, el apoyo psicológico, ahora cuenta con la

participación de las siguientes instituciones que brinda atención en emergencia y desastres incluyendo la importante variable del manejo adecuado de las emociones y socorrer a quienes brindan sus servicios en este aspecto.

La dirección nacional de socorro de la Cruz Roja Costarricense, mediante labor, como personal voluntario, de las psicólogas Yessenia Arroyo Mejía e Ileana Gabriela Monge Torres asumen el reto de crear la unidad de soporte Psicológico de la Cruz Roja Costarricense (Monge, 2018; p.11).

A partir de la incursión de Arroyo y Monge se consolida en el año 2003 con la Unidad de Soporte Psicológico, teniendo como principal objetivo y apoyo psicológico en situaciones de crisis, emergencia y desastres. Como resultado la Cruz Roja crea un modelo de primer orden o primeros auxilios psicológicos (PAP), siendo referente en las capacitaciones del Centro Regional de Referencia de la Federación Internacional de la Cruz Roja.

La intervención en crisis abarca una amplia gama de técnicas, las cuales a nivel nacional existen estudios, principalmente cognitivos conductuales, que son utilizados por diferentes disciplinas y diferentes en situaciones, para el abordaje de las situaciones relacionadas con las dificultades que se afrontan las personas recién diagnosticadas con cáncer de mama. El diagnóstico de enfermedad como el cáncer genera un impacto como tal, el cual es común considerarlo como una crisis, generando desajuste importante en la vida del paciente.

Según, Lic. Marianela Salazar quién es docente de Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica y coordinadora técnica del proyecto “*Mujeres que Salvan Vidas: Modelo de Navegación de Pacientes en Hospitales Nacionales y Regionales*”:

... es importante darle una mayor participación a la sociedad civil y a mujeres que han pasado por una situación similar o que han vivido con un familiar que ha tenido cáncer de mama, para que puedan sentirse acompañadas y apoyadas (Barrantes, 2018).

La familia continúa siendo hoy la principal cuidadora de los enfermos crónicos en el marco del hogar, ya que estos enfermos pasan la mayor parte del proceso de enfermedad en su hogar, los tratamientos de estas enfermedades son cada día más ambulatorio. Las enfermedades oncológicas son una amplia expresión de esta tendencia, de hecho, la radioterapia y la quimioterapia que son dos de los tratamientos oncoespecíficos de elección en la mayoría de los casos se realizan de forma ambulatoria. Sin embargo, estas modalidades terapéuticas ocasionan al paciente serios efectos indeseables, tales como náuseas, vómitos, diarreas, fiebre, alopecia, dermatitis, leucopenia, anemia, anorexia, astenia, etc. Así como complicaciones que deben ser controladas y prevenidas en el ámbito familiar y comunitario (Expósito, 2010).

No obstante, la mayoría de los cuidadores de pacientes oncológicos no son profesionales, lo cual tiene una gran relevancia social, pues su función primordial es servir de apoyo a las personas en situación de dependencia y constituye uno de los recursos más importantes para la política social y sanitaria al reducir la utilización de recursos asistenciales. Sin embargo, asumir el cuidado de una persona y más cuando es familiar puede llegar a afectar el propio bienestar psicológico. Dentro de los problemas de salud mental padecidos por los cuidadores, ocupan un papel predominante las alteraciones del estado de ánimo, y más específicamente, la depresión. Este trastorno puede ser especialmente problemático en los cuidadores, puesto que puede interferir con el desempeño adecuado del cuidado de la persona en situación de dependencia (Vásquez, et al., 2014; Vásquez, et al., 2015).

### **1.3. Delimitación Del Problema**

El estudio se dirige a una población de mujeres voluntarias en la Fundación Nacional De Solidaridad Contra El Cáncer De Mama, alrededor de 80 participantes, con un amplio rango de edad que van desde 20 años hasta los 75, con una escolaridad mixta, proveniente de diferentes regiones del país, principalmente del Gran Área Metropolitana. Se realiza en el primer semestre el año 2019, en las instalaciones de la fundación ubicadas en Paseo Colón.

#### **1.3.1. Justificación**

La estructura psicológica y de personalidad de la paciente; la preexistencia de psicopatologías previas a la aparición del cáncer; la historia oncológica de la paciente, es decir, sus experiencias previas con la enfermedad, las enfermedades neoplásicas de sus familiares

directos, amigos y conocidos, el desarrollo y desenlace de las mismas, influirán significativamente en la respuesta emocional tras el conocimiento diagnóstico.

La mayor parte de las pacientes diagnosticada con cáncer de mama, al igual el resto de los pacientes oncológicos, independientemente del estadio de la patología que curse, vive un proceso psicológico adaptativo denominado “duelo oncológico”. Éste consiste en un conjunto de etapas, no necesariamente secuenciales, por los que la paciente pasa durante los meses que siguen al diagnóstico de su enfermedad. Cabe señalar que el duelo oncológico es no sólo muy frecuente, sino que también es, las más de las veces, un mecanismo de reconstitución psíquico fundamental, que le permite a la paciente estructurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se ve enfrentada a partir ese momento.

Existen varias teorías relacionadas con el duelo oncológico, algunas de ellas dividen las etapas de éste en cinco: negación, rabia, pena, negociación y aceptación; otras subdividen estas etapas llegando a número total de entre siete y nueve de ellas. Pese a estas diferencias conceptuales existe un amplio consenso con respecto a las cinco ya mencionadas. El proceso de adaptación vivenciado por la paciente con cáncer de mama generalmente dura alrededor de seis meses. Es importante señalar un grupo importante de pacientes inician el duelo oncológico hacia el final de los tratamientos médicos. La razón de ello sería que, durante la primera etapa de diagnóstico y tratamiento, privilegian los aspectos médicos por sobre las variables emocionales tanto nivel individual como familiar (Rojas, 2006).

En la fase de diagnóstico de una paciente de cáncer se caracteriza por ser un período de mucha incertidumbre; tanto el paciente como la familia se encuentran en un estado de impacto psicológico intenso o choque. Se presentan diferentes emociones, como ira, negación, culpa, desesperación, etc. La intervención en crisis de esta fase consiste en detectar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que puedan estar presentando el paciente y su familia, con el objetivo de orientarlos. De igual forma, debe ofrecer apoyo emocional al enfermo y a su familia, facilitar la percepción de control sobre la enfermedad.

Catalogar la intervención en crisis como la intervención que se hace en un primer momento a causa de la vivencia de un evento traumático, en este caso, en diagnóstico de cáncer de mama, sin embargo, conceptualizar lo anterior es errar y limitar el área de acción, según Gantiva (2010): “La intervención en crisis abarca no solo ese primer momento, el cual es denominado primeros auxilios psicológicos (PAP), sino también la terapia que se realiza posteriormente, la cual es conocida como terapia de crisis” (p. 143).

El aumento en la incidencia de cáncer de mama en el país ha generado un incremento en las ayudas psicológicas que ofrece la Fundación Nacional De Solidaridad Contra El Cáncer De Mama, esto a su vez resalta la necesidad de más recurso humano para atender las necesidades de las pacientes en momentos de crisis y se ha recurrido al apoyo de mujeres voluntarias, siendo imperativo contar con un protocolo o instructivo que les permita brindar primeros auxilios psicológicos con pasos a seguir.

La presente investigación tiene como fin proponer un modelo de intervención en crisis que puedan aplicar las voluntarias de FUNDESO a mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama.

## **2. REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL**

### **2.1.Pregunta de la Investigación**

La Fundación Nacional de Solidaridad Contra el Cáncer de Mama brinda una labor importante de apoyo a mujeres que enfrentan las dificultades que implican un recién diagnóstico de cáncer de mama, su apoyo por años ha sido un continuo aprendizaje, nuevamente se presenta una oportunidad de mejora en la ayuda que brindan, se ve la necesidad de capacitarse para apoyar psicológicamente a aquellas mujeres que lo requieren, por ello surge la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los temas claves necesarios para la intervención de pacientes recién diagnosticados con cáncer de mama, por parte de funcionarios voluntarios de FUNDESO?

### **3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Objetivo General**

Identificar los temas claves para la intervención en crisis de pacientes recién diagnosticados con cáncer de mama por voluntarios de Fundación Nacional de Solidaridad Contra el Cáncer de Mama (FUNDESO).

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Reconocer las principales necesidades psicológicas que atraviesan las voluntarias al momento de intervenir una mujer recién diagnosticada con cáncer de mama.
- Determinar las principales complicaciones que enfrentan las voluntarias ante pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama.
- Definir los aspectos relevantes para una intervención de crisis en mujeres recién diagnosticadas en FUNDESO

## **4. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **4.1. Alcances De La Investigación**

De acuerdo a los antecedentes se determina que aunque existe una conciencia de la necesidad de una intervención multidisciplinaria en temas de cáncer; no obstante, no hay una mención específica del abordaje psicológico y pautas para ser llevado a cabo en la ausencia de un profesional, el alcance de esta investigación es brindar un punto de partida en el abordaje psicológico brindando los pasos a seguir para una intervención en las eventuales crisis que presentan las pacientes recién diagnosticados con cáncer de mama.

### **4.2. Limitaciones De La Investigación**

Entre las limitaciones previstas radica en que va dirigida únicamente para la fundación FUNDESO, teniendo claro que, aunque existen variedad de tipos de cáncer y fundaciones que brindan apoyo exista la limitante que va exclusivo a funcionarios y voluntarios de FUNDESCO quienes solo abarcan la población femenina de cáncer de mama y su mayor impacto radicará en pacientes de la gran área metropolitana específicamente a pacientes del casco central de San José.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 1. EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

##### 1.1.¿Qué es Cáncer de Mama?

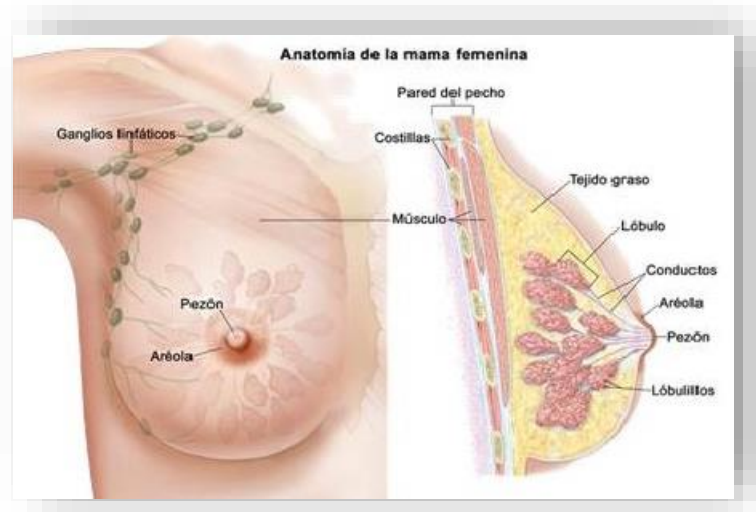
Lugones y Ramírez (2009) definen cáncer de mama, como:

La proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria. La palabra cáncer es **griega** y significa **cangrejo**. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada y con ramificaciones similares a las de un cangrejo marino, y de ahí se deriva su nombre. (p. 160).

El inicio del cáncer de mama se da cuando las células en el seno comienzan a crecer fuera de control. Estas células generalmente forman un tumor que a menudo se puede ver en una radiografía o sentirse como un bulto. El cáncer se conoce como tumor cuando maligno si las células pueden crecer o invadir los tejidos circundantes o diseminarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. El cáncer de mama puede ocurrir en su mayoría en las mujeres, sin embargo, también lo padecen los hombres. La mayoría de los cánceres de mama comienzan en los conductos que llevan la leche al pezón (cánceres ductales). Algunos comienzan en las glándulas que producen la leche materna (cáncer lobular), estos cánceres se llaman sarcomas y linfomas y en realidad no se consideran

cánceres de seno. Es sustancial entender que la mayoría de los bultos que se puedan encontrar en los senos son benignos y no cancerosos, es decir, malignos. (American Cancer Society, 2017)

De acuerdo con la American Cancer Society (2017) aunque muchos tipos de cáncer de seno pueden causar un bulto en el seno, no todos lo hacen. Muchos tipos de cáncer de mama se encuentran en las mamografías de detección que pueden detectar cánceres en una etapa más temprana, a menudo antes de que se puedan palpar y antes de que se presenten los síntomas. Los tumores de mama no cancerosos son crecimientos anormales, pero no se propagan fuera del seno y no son potencialmente mortales. Pero algunos bultos benignos en los senos pueden aumentar el riesgo de que una mujer contraiga cáncer de seno.



**Figura 3.** Tejido normal del seno de una mujer. Tomada de <http://oncoginecoyesteticantiedad.blogspot.com/>

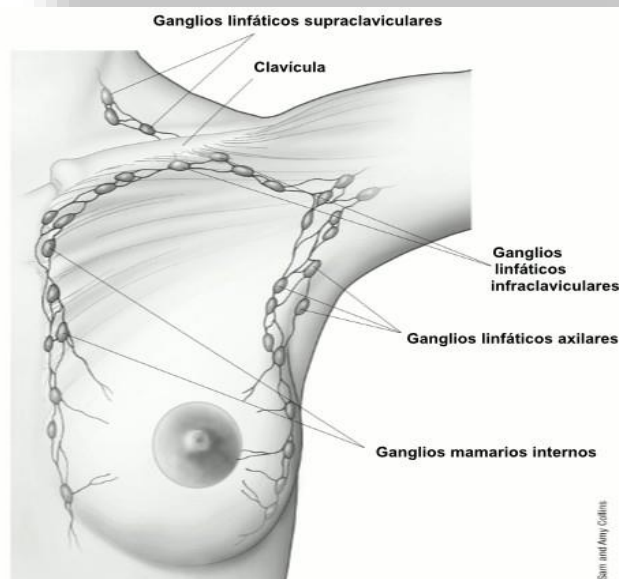
### 1.1.1.1. ¿Cómo se dispersa el Cáncer de Mama?

El cáncer de mama dispersa sus células cancerosas cuando éstas alcanzan el torrente sanguíneo o el sistema linfático llegando a otras partes del cuerpo; por lo que:

El sistema linfático es una red de vasos linfáticos (o linfático) encontrado en todo el cuerpo que conecta los ganglios linfáticos (pequeñas agrupaciones en forma de un fríjol de células del sistema inmunitario). El líquido transparente dentro de los vasos linfáticos, llamado linfa, contiene productos derivados de los tejidos y materia de desecho, así como células del sistema inmunitario. Los vasos linfáticos transportan líquido linfático fuera de los senos. En el caso de cáncer de seno, las células cancerosas pueden ingresar en los vasos linfáticos y comenzar a crecer en los ganglios linfáticos. (American Cancer Society, 2017).

Los vasos linfáticos del seno drenan en la mayoría hacia (**Fig. 2**):

- Los ganglios linfáticos axilares, localizados debajo del brazo.
- Los ganglios linfáticos supraclaviculares e infraclaviculares que rodean la clavícula.
- Los ganglios linfáticos mamaros internos que se encuentran en el interior del tórax y cerca del esternón (American Cancer Society, 2017).



*Figura 4.* Ganglios linfáticos relacionados con los senos femeninos. Tomado de [www.cancer.org](http://www.cancer.org).

En el cáncer de mama, la metástasis está vinculada a la que tanto este invadido los ganglios linfáticos, como indica la Sociedad Americana de Cáncer (2017): Si las células cancerosas se han propagado a sus ganglios linfáticos, hay una mayor probabilidad de que las células se hayan desplazado por el sistema linfático y se hayan propagado (metástasis) a otras partes de su cuerpo. Mientras más ganglios linfáticos haya con células cancerosas del seno, mayor es la probabilidad de encontrar cáncer en otros órganos. Sin embargo, esto no todos los casos de aparición de células cancerosas en sus ganglios linfáticos presentan metástasis, así como, y es posible que algunas mujeres sin células cancerosas en sus ganglios linfáticos desarrollen metástasis posteriormente.

**1.1.1.2. Tipos Del Cáncer De Seno**  
(Tomado de American Cancer Society, 2017 y Breastcancer.org, 2017)

Existen varios tipos de cáncer de seno, aunque algunos de ellos se presentan en pocas ocasiones. En algunos casos, un solo tumor del seno puede tener una combinación de estos tipos o tener una mezcla de *in situ* y cáncer invasivo. A continuación, se describen algunos tipos de cáncer de mama que son los más comunes en las pacientes diagnosticadas con dicha enfermedad:

- a) **Carcinoma ductal *in situ*:** (DCIS) también conocido como carcinoma intraductal significa que las células cancerosas están dentro de los conductos, pero no se han propagado a través de las paredes de los conductos hacia el tejido que rodea el seno.
- b) **Carcinoma lobulillar *in situ*:** aunque no es un cáncer verdadero, el carcinoma lobulillar *in situ* (lobular carcinoma *in situ*, LCIS. Comienza en las glándulas productoras de leche, pero no crece a través de la pared de los lobulillos.
- c) **Carcinoma ductal invasivo (o infiltrante):** éste es el tipo más común de cáncer de seno. El carcinoma ductal invasivo (o infiltrante) (invasive ductal carcinoma, IDC), comienza en un canal o conducto lácteo del seno, penetra a través de la pared del conducto y crece en el tejido adiposo del seno. En este punto puede tener la capacidad de propagarse (hacer metástasis) hacia otras partes del cuerpo a través del sistema linfático y el torrente sanguíneo.

d) **Carcinoma lobulillar invasivo (o infiltrante):** el carcinoma lobulillar invasivo (invasive lobular carcinoma, ILC) comienza en las glándulas productoras de leche (lobulillos). Al igual que el IDC, se puede propagar (hacer metástasis) a otras partes del cuerpo. Aproximadamente uno de cada 10 de los cánceres invasivos del seno es un ILC. El carcinoma lobulillar invasivo puede ser más difícil de detectar por mamograma que el carcinoma ductal invasivo.

### **1.1.2. Afectaciones psicológicas que sufren las pacientes diagnosticadas con Cáncer de Mama**

Al diagnosticar a una persona con cáncer de cualquier tipo, esta noticia podría desencadenar reacciones emocionales negativas y la expectativa de una vida en la cual el dolor se mantendrá presente; dentro de estas reacciones se destacan las asociadas con sintomatología ansiosa y depresiva: disforia, anhedonia, trastornos del sueño, cambios en el apetito, fatiga, lentitud y/o agitación psicomotora, baja autoestima, culpa, dificultad para concentrarse, dificultad para tomar decisiones e ideación suicida (Mehnert y Koch, 2008, p. 383-384). Por otra parte, varios autores afirman que: *“en sentido psicológico el cáncer de mama en particular tiene una naturaleza insidiosa porque agrede a un órgano íntimamente asociado con la autoestima, la sexualidad y la femineidad”* (Biglia, et al., 2010, p.1893-1895; Lumbreras y Blasco, 2008, p. 169-170).

Por otra parte, al diagnosticar a un paciente con cáncer de mama también se tienen repercusiones de esta enfermedad que se expresan en todas las esferas de la vida: la familiar, relaciones de pareja como el daño en la vida sexual, ya que este se fundamenta en las

creencias, mostrándose un impacto a nivel emocional de la enfermedad y las relaciones laboral y social (García y González, 2007).

Por lo que en el proceso de enfermedad destacan ocasiones críticas para el malestar psicológico, como en el *diagnóstico* suele valorarse como altamente traumático, en especial para mujeres menores de 45 años, pues, entre otras experiencias, genera sensación de poco control sobre los acontecimientos (Bell, Ziner, y Champion, 2009). El resultado de un diagnóstico de cáncer de mama puede ocasionar un estrés elevado si la persona no consideraba la posibilidad del resultado e incluye sentimientos y actitudes de incredulidad, negación o desesperación, especialmente en condiciones culturales de relativa marginalidad (Ashida, Palmquist, Basen-Engquist, Singletary, y Koehly, 2009). Otras referencias de pacientes son las emociones de azoro, aturdimiento y alienación, desesperación y desmoralización a la que suele seguir una fase de disforia con sintomatología ansiosa o depresiva, problemas cognitivos (atención y concentración) y alteración de las actividades diarias (Davis, 2004; Munir, Burrows, Yarker, Kalawsky, y Bains, 2010).

Al realizarse el procedimiento conocido como mastectomía en las mujeres con cáncer, este produce sentimientos de pérdida, mutilación, desvalorización de la imagen corporal. La amenaza a la femineidad suele ser más intensa en mujeres jóvenes cuyo atractivo y fertilidad está en auge, especialmente en solteras o sin pareja. (Sammarco, 2009; p. 348).

Aun cuando los tratamientos resultan exitosos en el intervalo libre de enfermedad las pacientes suelen sentirse vulnerables y desprotegidas ante un futuro incierto por el miedo a una recaída, temor que se incrementa en las revisiones y controles rutinarios. Se enfrentan al regreso al trabajo y a responsabilidades domésticas, con mucha menor energía, motivaciones y valores. Aquí la ayuda psicológica se orienta a reducir las secuelas subjetivas de la enfermedad y mejorar la readaptación a la vida cotidiana (Bellver, 2007).

Según, Garduño y Sánchez (2010) puede existir pérdida de la esperanza los pacientes diagnosticados con metástasis o recaída al creer que significa muerte inminente y una actitud de total abandono y resignación, lo cual demandará un ajuste a la nueva información, que suele acompañarse de sentimientos de fracaso por la elección terapéutica, culpar al médico o reacciones que niegan la gravedad de la recurrencia, por tanto, se presentan otros problemas como evitar las citas médicas o demorar la verificación de nuevas lesiones, las cuales están seguidas por síntomas como: depresión, sensación de indefensión, pérdida de control, enojo, y preocupación por el futuro.

### **1.1.3. Intervención En Crisis**

“Una **crisis** es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikou, 2000, p. 16).

La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia circunscrita por un lado a métodos de mejoría (prevención primaria) antes que ocurran los sucesos críticos de la vida, por otra parte, el reducir los efectos debilitantes de la crisis vital (prevención secundaria) y, por último, a las estrategias de tratamiento (prevención terciaria) bien administradas después de que los sucesos de crisis y consecuencias han ocurrido (**Tabla 1**).

**Tabla 1.** *Comparación de las estrategias de intervención en crisis en el ambiente*

	<b>PREVENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>PREVENCIÓN SECUNDARIA</b>	<b>PREVENCIÓN Terciaria</b>
<b>OBJETIVOS</b>	Reducir la incidencia de los trastornos mentales; Mejoramiento del crecimiento y desarrollo humano a través del ciclo vital.	Reducir los efectos debilitantes de la crisis vital; Facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis.	Reparar el daño hecho por crisis vitales no resueltas, esto es tratamiento mental/emocional.
<b>TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS</b>	Educación pública, cambios en la administración en relación con los tenses ambientales. Enseñar a los niños habilidades para resolver.	Intervención en crisis: primeros auxilios psicológicos-terapia para crisis	Psicoterapia a largo plazo reentrenamiento, medicación, rehabilitación.
<b>POBLACIONES ASEDIADAS</b>	Todos los seres humanos con atención especial a los grupos de alto riesgo.	Víctimas de experiencia de crisis y sus familias.	Pacientes: casos psiquiátricos
<b>OPORTUNIDAD</b>	Antes de que los sucesos de crisis ocurran	Inmediatamente después del suceso de crisis.	Años después del suceso de crisis
<b>AYUDANTES/ SISTEMAS COMUNITARIOS</b>	Gobierno, escuelas, iglesias y medios de comunicación.	Profesionales	Profesionales

Tomado de Slaikeu (2000, p. 12).

Las personas que brindan intervención en crisis deben dominar o poder hacer uso de estrategias que le permitan hacer un abordaje adecuado, que permita detectar las necesidades y determinar un óptimo abordaje, las características propias de la crisis por diagnóstico de cáncer destacan dentro de lo que Slaikeu, Mejía y López (1996, p.67) conceptuó como Circunstancial: *“no todas las crisis se relacionan de modo directo a un proceso natural de maduración muchas son por complete imprevisibles”*.

Quien interviene al paciente debe facilitar la recuperación emocional, sirviendo de andamiaje y guiándolo a reconectarse con fuentes que le permitan sobrellevar la crisis emergente. Monge (2018) indica que el apoyo emocional promueve espacios de catarsis donde se expresan sentimientos y el inventor observa los síntomas y reacciones psicológicas, conductuales y físicas, con el propósito de disminuirlas o evitarlas. El diagnóstico de cáncer cuenta con las características principales de las crisis circunstanciales, aparición repentina (diagnóstico), Imprevisión, Calidad de urgencia.

#### **1.1.3.1. Primeros Auxilios Psicológicos**

Martín y Muñoz (2009) consideran que los primeros auxilios psicológicos o intervención de primera instancia, son aquellas intervenciones, que, sin ser rigurosamente formales, se producen ante cualquier evento que el individuo afectado distingue como desbordante, y tiene como objetivo transcendental amortiguar los primeros efectos, proporcionando una contención y así, prevenir un empeoramiento.

De acuerdo con Slaikeu, Mejía y López (1996):

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) pretenden de manera primordial proporcionar apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis como los recursos de apoyo. Aún más esto puede y debería ejecutarse por la persona que perciba la necesidad primero en el momento y lugar en que aquella surge (p.109).

Son el primer contacto con la persona afectada, esto significa que puede ser desde los primeros minutos al evento o desencadenante o las primeras horas después del suceso, su principal característica es la fragilidad o vulnerabilidad que puede presentar si la persona no cuenta con los sufrientes mecanismos para afrontar el nuevo panorama, por eso su prioridad es reducir la aparición de síntomas.

Según, Slaikeu, Mejía y López (1996) podemos conceptualizar el proceso de los primeros auxilios psicológicos al basarnos en los cinco elementos claves que representa el modelo de entrenamiento más representativo de la intervención en crisis, que incluyen: (1) realizar un contacto psicológico, (2) analizar las dimensiones del problema, (3) sondear posibles soluciones, (4) asistir en la ejecución de pasos concretos (5) seguimiento para verificar el progreso. (p.115).

Los PAP por sus características requieren que quien los aplique posea características o se entrenen, con el propósito de equipar con habilidades o destrezas básicas para lograr cumplir con los elementos claves de su aplicación.

### **1.1.3.2. Intervención en crisis de segunda instancia**

La intervención en crisis de segunda instancia llega después de los primeros auxilios psicológicos, tiene características más de nivel terapéutico que llega más que a contener la crisis a dar forma y sentido a la realidad del individuo, Slaikou, Mejía y López (1996) afirma: *“La intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento, inmediato y, en camina a la resolución de la crisis”* (p.110).

Se requiere más tiempo en el proceso de segunda instancia, así como, la ejecución de un profesional en psicología, su naturaleza terapéutica va ligada a objetivos, determinados para integrar el evento a la trama de la vida, y establece una disposición para encarar las contingencias del futuro, en muchos casos requiere una reestructuración de conceptos básicos preestablecidos, tanto a nivel individual como a una escala superior estructuras familiares.

El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor equipado para encarar el futuro. Planteando de otra manera la terapia para crisis busca hacer

mínima la oportunidad para que la persona se convierta en una víctima psicológica del incidente que provocó la crisis (Slaikeu, Mejía y López 1996, p.110).

Determinar las bases, equipar al individuo para prever futuras recaídas prevalece como las metas para la intervención de segunda instancia, en la particularidad de individuos con cáncer se requiere metas aún más específicas por la naturaleza de la crisis que implica el diagnóstico de cáncer de mama, cáncer es una enfermedad que afecta a la persona también a nivel cognitivo y emocional, manifestando una fatiga sustancial en las personas que padecen la enfermedad.

#### **1.1.4. Pacientes Difíciles**

Al momento de un diagnóstico positivo si el paciente no tiene los recursos psicológicos personales para afrontar esta crisis circunstancial, provoca una inestabilidad emocional, lo cual puede llegar a ser una de las principales complicaciones para el personal que brinda un servicio de atención, según Raffo (2005) se considera pacientes difíciles:

“El paciente que es catalogado con frecuencia como “difícil” o “problema” presenta conductas que resultan conflictivas para el personal de salud, generando como respuesta sentimientos y conductas tales como rabia, ansiedad, frustración, depresión, rechazo y evitación” (p.3).

De acuerdo con Raffo (2005), los sentimientos y conductas más frecuentes en los pacientes “difíciles”: “representan un desafío para el personal de salud... son muy susceptibles y vulnerables frente a las conductas y sentimientos negativos del personal de salud” y se caracterizan por (p.4):

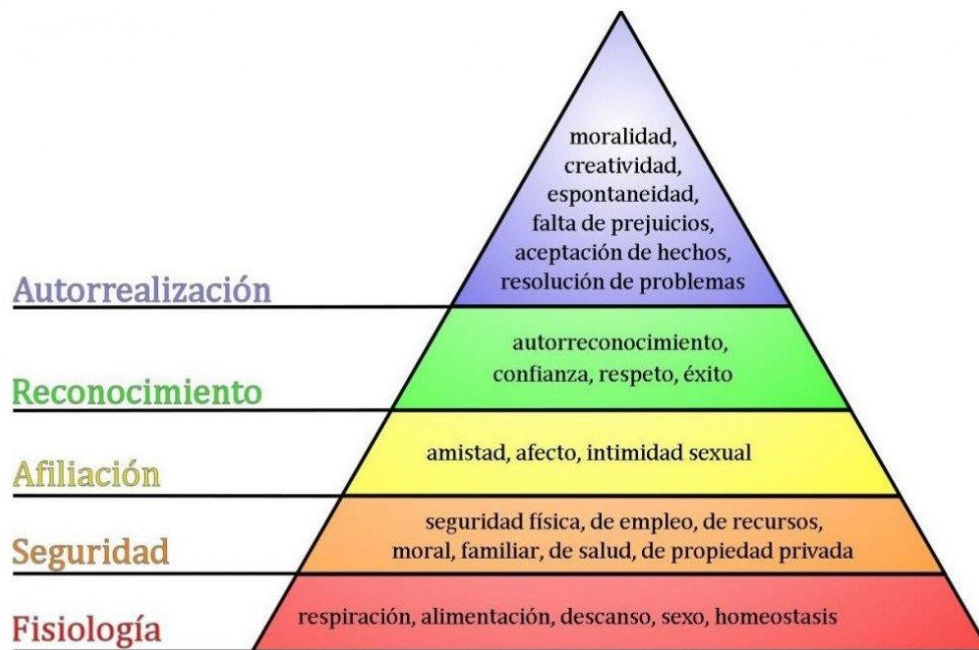
- Rebeldía: no asumir el rol de paciente.
- Visión distorsionada de su situación.
- Sentimientos de abandono.
- Miedo e intensa angustia.
- Ira.
- Inquietud psicomotora.
- Conductas de regresión y dependencia no acordes con la situación.
- Mal humor y reclamos frecuentes.
- Signos y síntomas de depresión o ansiedad extrema.
- Negativismo mantenido

### **1.1.5. Teoría De Las Necesidades Humanas**

Maslow proponía una teoría según la cual existe una **jerarquía de las necesidades humanas**, y defendió que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados. A partir de esta jerarquización se establece lo que se conoce como *Pirámide de Maslow* (**Fig.3**) (García, 2019).

En la Pirámide de Maslow, desde las necesidades más básicas hasta las necesidades más complejas, esta jerarquía está compuesta por cinco niveles. Las necesidades básicas se ubican en la base de la pirámide, mientras que las necesidades más complejas se encuentran en la

parte alta. Así pues, las cinco categorías de necesidades de la Pirámide de Maslow son: fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento y de autorrealización; siendo las necesidades fisiológicas las de más bajo nivel, y subiendo niveles en el orden indicado (García, 2019).



**Figura 5.** Pirámide de Maslow, teoría de las necesidades humanas. Tomada de García (2019).

En la pirámide de Maslow, este investigador habla acerca de las necesidades instintivas y hace una distinción entre necesidades “deficitarias” (fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento) y de “desarrollo del ser” (autorrealización). La diferencia existente entre una y otra se debe a que las “deficitarias” se refieren a una carencia, mientras que las de “desarrollo del ser” hacen referencia al quehacer del individuo. Satisfacer las necesidades deficitarias es importante para evitar consecuencias o sentimientos displacenteros. Las

necesidades del “desarrollo del ser”, por su parte, son importantes para el crecimiento personal, y no tienen que ver con el déficit de algo, sino con el deseo de crecer como persona (García, 2019).

Dentro de las necesidades “deficitarias” expuesta por Maslow las necesidades de afiliación corresponden a esas necesidades de amistad, de pareja, y relaciones afectivas en general, incluyendo la sensación general de comunidad. Del lado negativo, nos volvemos exageradamente susceptibles a la soledad y a las ansiedades sociales. Como indica Quintero (2007):

Necesidades de amor, afecto y pertenencia de dan cuando las necesidades de seguridad y de bienestar fisiológico están medianamente satisfechas, la siguiente clase de necesidades contiene el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un cierto grupo social y están orientadas, a superar los sentimientos de soledad y alienación. (p. 2).

Las necesidades de afiliación se definen como (Gough, 2007):

Ser capaces de vivir con otros y volcados hacia otros, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos y comprometerse en diversas formas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación del otro y tener compasión hacia esta

situación; tener la capacidad tanto para la justicia como para la amistad. Teniendo las bases sociales del amor propio y de la no humillación, ser capaces de ser tratados como seres dignos cuyo valor es idéntico al de los demás. (p.183).

### **1.1.6. Psicooncología**

Las consecuencias emocionales y cognitivas que están relacionadas con una enfermedad como el cáncer son muchas, pero en específico el cáncer de mama posee una afección significativa para las mujeres, como lo indica Font y Rodríguez (2007):

Especialmente, este tipo de cáncer, repercute de manera muy importante en las mujeres que lo padecen, debido a que la mama, tiene una connotación muy compleja en nuestra cultura y es un símbolo importante de feminidad, afectando considerablemente no solo en el ámbito físico sino también en muchos otros ámbitos de la vida de la persona que lo padece. (p.423).

La presencia y la intensidad de estas alteraciones psicológicas, dependerá en gran medida de diversos factores, como pueden ser, las variables anteriores a la enfermedad, los recursos de afrontamiento, el sistema de creencias, el soporte social y familiar, así como las diversas etapas de la enfermedad y el tratamiento médico, entre otros (Meza, 2007).

De las intervenciones psicológicas que han mostrado buenos resultados en esta población, es la terapia cognitivo conductual, ya que abarca lo emocional, lo cognitivo y nuestras acciones. (Bárez, Blasco y Fernández, 2003).

### **1.1.7. Intervención Cognitivo-Conductual**

Objetivo del enfoque Cognitivo-Conductual es que la persona comprenda y pueda incorporar conocimientos, habilidades y técnicas psicológicas capaces de solucionar total o parcialmente aquellas complicaciones psicológicas u orgánicas que se presentan en la evolución y tratamiento de la enfermedad, de acuerdo con Garduño y Sánchez (2010):

La terapia cognitivo-conductual busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas basadas en la investigación científica. Desde sus proponentes clásicos esta terapia busca corregir patrones de pensamiento y creencias irracionales; enseñar técnicas de comunicación eficaz, reducir los efectos del estrés con afrontamiento eficaz y a autorregular reacciones emocionales negativas que añaden sufrimiento. Otras técnicas seminales persisten hasta la actualidad con pocas modificaciones e incluyen el establecimiento de destrezas a usarse en otras situaciones estresoras; destacan el entrenamiento en manejo de ansiedad, la inoculación de estrés y otras técnicas de autocontrol. (p. 71).

Se han usado intervenciones cognitivo-conductuales sobre componentes psicológicos de problemas de salud, incluyendo el distrés relacionado con el cáncer y sus tratamientos (Hersch, Juraskova, Price, y Mullan, 2009). Se pueden identificar elementos que caracterizan

las intervenciones cognitivo -conductuales de acuerdo con Seitz, Besier y Golbeck (2009) señala que:

Las intervenciones buscan generalmente: a) promover un ambiente de apoyo, b) facilitar el manejo del duelo por las múltiples pérdidas, c) incrementar los recursos de afrontamiento y las habilidades de solución de problemas, d) promover la percepción de dominio y autocontrol y e) anticipar las prioridades del futuro. (p.687).

La psico-educación ayuda a las pacientes a afrontar la ausencia de información vital para la toma de decisiones y comprensión, la aceptación del tratamiento médico y las preocupaciones interpersonales y existenciales (Phillips, et al., 2008), con lo cual se busca proporcionar mayor información sobre la enfermedad, su tratamiento y el papel de las variables psicológicas en el afrontamiento, reducción de la ansiedad, la satisfacción del paciente con la atención recibida y adhesión a las indicaciones médicas, lo que conlleva a que los pacientes se sientan apoyados en circunstancias de la vida donde la salud es un eje central de la vida (Zimmermann, Heinrichs y Baucom, 2007).

La literatura de investigación sobre intervenciones cognitivo-conductuales en Calidad de Vida de pacientes con cáncer de mama en condiciones de relativa marginalidad social es muy escasas. Algunas intervenciones psicosociales sugieren un efecto positivo del apoyo social, el cambio de cogniciones y conductas y la información de apoyo (Galván, Buki, y Garcés, 2009; Matthews y Cook, 2009). Otros estudios, con participantes socio-demográficamente “normales” buscan limitar el deterioro por dolor físico, mejorar actividades cotidianas,

tolerar efectos colaterales del tratamiento, implantar conductas de cuidado de su salud, reducir la ansiedad anticipatoria de recaídas y manejo de la pérdida del apoyo social (Costanzo, et al., 2007).

Estos estudios, sin embargo, rara vez atienden variables asociadas con déficits económicos, educativos y culturales tan frecuentes en países en transición económica. Dichas variables pueden ser definitorias tanto de la calidad de vida como de una atención exitosa y, por tanto, de mejores probabilidades de recuperación (Flórez, et al., 2009; Sperry, 2010; Zimmermann, Heinrichs y Baucom, 2007).

En México un estudio sometió a prueba un sistema de auto-registro conductual para sondear los efectos de una intervención conductual como apoyo al tratamiento y reducción del estrés en pacientes de baja escolaridad con cáncer mamario. El estudio incluyó las primeras seis pacientes que completaron el protocolo de un grupo de 87, con máximo de primaria inconclusa. Los resultados apuntan hacia un sistema confiable, económico y práctico de registro y mejoría notoria en la mayoría de las categorías conductuales en las participantes (Sánchez y Alvarado, 2008, p. 326-327).

Pocos trabajos publicados en Latinoamérica evalúan intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer y prácticamente ninguno detalla procedimientos terapéuticos. Un estudio buscó disminuir la intensidad del dolor y de la sintomatología depresiva y ansiosa con terapia cognitivo-conductual en siete pacientes. Los resultados mostraron reducción estadísticamente significativa en la intensidad de la sintomatología, aunque sólo dos

pacientes mostraron decremento significativo en la intensidad del dolor percibido al final del tratamiento (Acosta, 2003).

### 1.1.8. Técnicas Cognitivo-Conductuales (TCC)

La TCC una terapia realista y optimista; no es neutral y, por lo tanto, es adecuada para el manejo de la oncológica donde la vida y la muerte son conceptos constantes de manejo. Se considera que, no es la acción o situación la que causa el malestar emocional, sino que son nuestras creencias, actitudes o valores respecto a esa situación (Navas, 1981).

**Tabla 2.** *Síntesis de las técnicas del manual de tratamiento cognitivo conductual*

INTERVENCIÓN TÉCNICA	OBJETIVO
<b>Psico-Educación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación pre-quirúrgica y postquirúrgica.</li> <li>• Cuando la paciente finalizó, algún tratamiento médico y continuará con otro. Información sobre el tratamiento y efectos secundarios y los posibles efectos que el tratamiento médico tiene sobre el área emocional.</li> </ul>
<b>Relajación Muscular Progresiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de riesgo y prevención del cáncer. Hábitos saludables.</li> <li>• Preparación prequirúrgica.</li> <li>• Disminuir sintomatología ansiosa.</li> <li>• Miedo a la canalización intravenosa</li> <li>• Efectos secundarios del tratamiento médico.</li> </ul>
<b>Imaginación Conductual Guiada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando la sintomatología ansiosa es muy elevada.</li> <li>• Preparación para la desensibilización sistemática.</li> <li>• Llevar a la conciencia información negada o ignorada.</li> </ul>
<b>Respiración Diafragmática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación prequirúrgica.</li> <li>• Disminuir niveles de ansiedad.</li> <li>• Cuando las pacientes reportan no tener tiempo para la RMP.</li> </ul>
<b>Respiración Diafragmática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación prequirúrgica.</li> <li>• Disminuir niveles de ansiedad.</li> <li>• Cuando las pacientes reportan no tener tiempo para la RMP</li> </ul>
<b>Autorregistros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de pensamientos irracionales</li> <li>• Detectar conductas no saludables</li> <li>• Evaluación de avances en la intervención</li> </ul>
<b>Pensamientos Automáticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar pensamientos y creencias desadaptativas.</li> <li>• Cambiar dichos pensamientos por ideas realistas constructivas</li> <li>• Trabajo con aceptación corporal.</li> </ul>
<b>Técnica Abc-De</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiar comportamientos y emociones que producen malestar en base al cambio de pensamientos y creencias irracionales por pensamientos racionales.</li> </ul>

<p><b>Detención De Pensamientos/ Distracción Cognitiva</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para solución de conflictos con sus redes de apoyo (pareja, familia, amigos).</li> <li>• Preparación prequirúrgica o de algún otro tratamiento que produzca síntomas ansiosos. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detener pensamientos desadaptativos</li> </ul> </li> <li>• Disminuir los síntomas secundarios producidos por el tratamiento médico. <ul style="list-style-type: none"> <li>Desensibilización sistemática</li> </ul> </li> <li>• Aceptación corporal</li> <li>• Disminución de ansiedad y/o depresión ante una situación que provoque angustia.</li> </ul>
<p><b>Solución De Problemas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación para la cirugía, delegando responsabilidades.</li> <li>• Ante situaciones adversas, tanto en el trabajo como en la familia.</li> <li>• Problemas para conseguir recurso económico para el transporte hacia el hospital.</li> </ul>

---

Tomado de Cruzado (2010, p. 59).

La intervención se basó en un manual de tratamiento cognitivo conductual previamente elaborado y la aplicación de las técnicas dependían, en gran medida, de los objetivos y la fase de tratamiento activo en la que se encontraban (**Tabla 2**). En cada sesión se aplicaban tanto las preguntas, escalas, así como, los autorregistros para ver los avances de las pacientes.

García, Hurtado, y Aranda (2015) señalan en su investigación que evidenciaron la eficacia del tratamiento, se revelan cambios positivos, tanto clínica como estadísticamente sobre el malestar emocional principalmente en ansiedad (p.129).

### **1.1.9. Terapia Racional Emotivo-Conductual**

La terapia cognitiva pretende favorecer un cambio de pensamiento enfocado hacia el positivismo y la esperanza en la manera como el paciente percibe la enfermedad. Según la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC): las personas se sienten perturbadas no por los acontecimientos de la vida, sino por la manera en que los consultantes los interpretan. De

acuerdo con esto, las alteraciones emocionales se originan en el pensamiento irracional o erróneo que impide o dificulta el llevar a cabo las metas (Rodríguez, Ortiz y Palao, 2004).

Con relación al paciente con cáncer los pensamientos irracionales lo obstaculizan en su aceptación hacia el diagnóstico, seguir las prescripciones médicas y participar activamente contra el desarrollo de la enfermedad (Prieto, 2004).

Según, Prieto (2004), La Terapia Racional Emotivo-Conductual emplea las siguientes técnicas en el paciente con cáncer:

#### **1.1.9.1. Técnicas Puramente Cognitivas**

1. Entrenamiento en detección de creencias irracionales: El paciente debe decir sus creencias negativas en relación a la enfermedad indicando la intensidad, en una escala de uno a diez.
2. Técnicas de persuasión verbal: Debate entre paciente y terapeuta, donde se establece qué tan lógicas o válidas son las creencias que el paciente tiene frente al cáncer.
3. Distracción Cognitiva: se desarrollan tareas para el paciente con el fin de que éste, enfrente la fijación de sus creencias e implemente otras más racionales.

### **1.1.9.2. Técnicas Conductuales**

1. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad: Se entrena al paciente en el proceso y adquisición de conductas o habilidades benéficas para la superación del miedo, el sentimiento de aislamiento, dificultades de comunicación entre otros.
2. Programación de actividades: Se pretende aumentar la motivación del paciente y las habilidades en la resolución de problemas que puedan aparecer por causa de la enfermedad, ya sean matrimoniales, profesionales, sexuales, etc.
3. Exposición de las situaciones temidas: Invitar al paciente a que se enfrente a las situaciones que el más tema con el fin de debatir frente a ellas.

### **1.1.9.3. Técnicas Emotivas**

1. Imaginación Racional Emotiva: se emplea la visualización como un elemento para que el paciente se enfrente con las situaciones a las que más le tendría miedo, y así, invierta o cambie la emoción que dicha situación lo hace sentir.
2. Técnicas humorísticas: Reducir las exageraciones y el dramatismo que el paciente atribuye a la enfermedad, a través del sentido del humor.
3. Biblioterapia: Ofrecer al paciente diferentes libros que le permitan contar con conceptos nuevos y cambiar sus creencias irracionales.

Por ende Greer, Park, Prigerson, y Safren (2010), consideran que las terapias cognitivo-conductuales deben adaptarse a las condiciones de pacientes oncológicos y, por eso, proponen un modelo para el manejo de la ansiedad, específicamente en pacientes con cáncer

avanzado, el cual se divide en 4 módulos: psicoeducación y establecimiento de metas; entrenamiento en relajación; afrontamiento de los temores, miedos relacionados al cáncer y planeación de actividades.

### **1.1.10. Cuidadores**

Los cuidadores son las personas que interviene en el cuidado del paciente según Ruíz y Nava (2012), el cuidador es “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (p.164).

Existen dificultades al momento de ser cuidador o brindar un servicio que involucre la atención de una población específica con un padecimiento de consecuencias de la sobrecarga se derivan del aumento de la ansiedad y el estrés, según Valle, Hernández, Zúñiga y Martínez (2015) indican:

El hombre o mujer que asume el papel de cuidador enfrenta situaciones que muchas veces desconoce, siendo posible que experimente temor, ansiedad o estrés, porque es posible que su vida cotidiana se vea perturbada y esto le origina sensación de carga rigurosa, además de no saber si el cuidado será por tiempo prolongado o no. (p.21).

Se considerando la atención de las voluntarias como cuidados informales en concordancia con la definición de Espinoza y Jofre (2012): “un sistema informal de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas, conformando un verdadero sistema oculto de cuidados” (p.24).

Los cuidadores se ven afectados en múltiples áreas de su vida, la dedicación y la falta de autocuidados pueden afectar, según Espinoza y Jofre (2012) “la sobrecarga del cuidador comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que sufren los cuidadores de personas enfermas, afectando sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional” (p.24).

De acuerdo con Cruz-Escrich (2013, p. 24), el cuidador informal puede desarrollar síntomas como:

- **Consecuencias físicas:** Síntomas como la astenia, cefalea tensional, insomnio, hipersomnias diurnas, pesadillas, alteraciones del sueño-vigilia, respiratorias, hematológicas, infecciones, gastrointestinales, osteomusculares e incluso alteraciones inmunológicas.
- **Consecuencias psíquicas:** Síntomas como estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, culpabilidad, etc.
- **Consecuencias socio-familiares:** Puede aparecer aislamiento, rechazo, abandono, soledad, disminución o pérdida del tiempo libre.
- **Consecuencias laborales:** Absentismo laboral, bajo rendimiento, irritabilidad, tensión, pérdida del puesto de trabajo, puede aumentar la siniestralidad.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLOGICO

#### 1. Enfoque De La Investigación

El objetivo en el cual se centra la investigación actual reside en la búsqueda de los temas claves necesarios para la intervención de pacientes recién diagnosticados con cáncer de mama, brindada por los funcionarios voluntarios de Fundación Nacional de Solidaridad Contra el Cáncer de mama (FUNDESO).

El enfoque de esta exploración es de origen cualitativo/interpretativo, cuyo paradigma en el cual se centra la investigación es naturalista/humanista, en palabras de Lorenzo (2006) quien indica que: “el carácter cualitativo que caracteriza al paradigma interpretativo busca profundizar en la investigación, planteando diseños abiertos y emergentes desde la globalidad y contextualización” (p.17). Por ello, tiene como objetivo a través del trabajo de campo con los voluntarios de FUNDESO estudiar y proponer temas claves, proveer herramientas para las necesidades que presentan ante las crisis que puede pasar las mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama.

La intención de la investigación es tomar las experiencias de los voluntarios como un todo, siguiendo la línea de la visión de los enfoques sistémicos. De acuerdo con Salgado (2007) “la tarea fundamental del investigador es entender el mundo complejo de la experiencia

vivencial desde el punto de vista de quienes la experimentan, así como, comprender sus diversas construcciones sociales sobre el significado de los hechos y el conocimiento” (p.71).

Este estudio tendrá un enfoque sistémico, debido a que es un micro estudio que se enfoca en un grupo de 10 personas que brindan sus servicios en la atención de pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama, El conocimiento es construido socialmente por las personas que participan de la investigación, en concordancia con Mertens (como se citó en Salgado, 2007):

No hay una realidad objetiva, la realidad es edificada socialmente, por consecuencia, múltiples construcciones mentales pueden ser “aprehendidas” sobre ésta, algunas de las cuales pueden estar en conflicto con otras; de este modo, las percepciones de la realidad son modificadas a través del proceso del estudio. (p 71).

La realidad, el contexto, espacio de los voluntarios no puede ser sometidos a un análisis fraccionado, sino todo lo contrario, ser considerado como un todo, donde estos factores van a influir en el constructo del conocimiento, en este sentido como señala Salgado (2007):

La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos

la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta. (p.71).

A través de una indagación realizada por el investigador se pretende conocer sobre las vivencias de las voluntarias, permitir un acercamiento directo de forma de percibir el mundo y su pensar, cómo se desenvuelven en medio de la crisis del otro. La finalidad de la investigación en la acción consiste en resolver aquellos problemas cotidianos y mejorar prácticas concretas, aportando información que sirva como guía para futura toma de decisiones, tal y como indica Salgado (2007):

Los participantes que están viviendo un problema son los que están mejor capacitados para abordarlo en un entorno naturalista. La conducta de estas personas está influida de manera importante por el entorno natural en que se encuentran. La metodología cualitativa es la mejor para el estudio de los entornos naturalistas. (p.73).

La investigación no debe interrumpir las estructuras establecidas durante la observación, por ello, el investigador debe tomar una postura de observador no participante, donde reconoce que su sola presencia puede generar un efecto sobre las personas involucradas por lo que busca adaptarse a la realidad que está llegando, como lo indica Álvarez (2003) “son sensibles a los efectos que ellos mismos pueden causar sobre las personas que son objeto de estudio” (p.24).

La investigación cualitativa va adquiriendo diversos matices, conforme se conversa, se observa, se escucha, se atiende, hasta llegar a profundizar en la realidad y asentar nuevos aspectos interesantes para analizar, siguiendo Álvarez (2003), “busca explicar y comprender las interacciones y los significados subjetivos individuales o grupales” (p.40). Con ello, se señala que cada participante, posee un punto de vista, una historia que contar, una visión de su realidad, aun cuando en la misma se observa desde una posición generalista.

### **1.1. Tipo De Investigación**

La investigación descriptiva busca llegar a conocer las situaciones, costumbres y acciones a través de la descripción de las actividades regulares, tiene como propósito la búsqueda de nuevos conocimientos, su meta no se limita a recolectar datos, si no la predicción e identificación de las realidades.

Según, Barrantes (2018) señala que la finalidad de la investigación descriptiva: “es aquella actividad orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos y campos de investigación sin un fin de nuevos conocimiento y campos de investigación sin un fin practico, especifico e inmediato” (p.86).

La investigación realizada es un estudio para determinar los temas claves necesarios para la intervención de pacientes recién diagnosticados con cáncer de mama por funcionarios voluntarios de FUNDESO. La búsqueda de bibliografía fue una revisión de artículos clínicos

y literatura en base de datos oncológicos, base de datos libres, base de datos de la Caja Costarricense de Seguro Social donde se permite la obtención de estudios psico-oncológicos, intervención de crisis e información del cáncer de mama como medio referente de partida.

Se consultaron en las Bibliotecas de la Universidades de Costa Rica, Universidad Hispanoamericana y Universidad Nacional, Instituto Nacional de Cancerología.

## **1.2.Unidades de Análisis u Objeto de Estudio**

### **1.2.1. Población**

El estudio tuvo la participación de voluntarias, cuyas edades oscilan en un rango amplio de edades entre 35 a los 85 años, pertenecientes a la Fundación Nacional de Solidaridad Contra el Cáncer de mama (FUNDESO), el contacto se realizó en las instalaciones de la fundación, sin embargo, las personas residen en diferentes áreas de la Gran Área Metropolitana como: Heredia, San José, Alajuela, también se cuenta con el apoyo de mujeres en Pérez Zeledón, y Golfito.

### **1.2.2. Muestra**

La muestra está compuesta por un total de diez mujeres, comprometidas con el rol que desempeñan como voluntarias, quienes trabajan al menos dos o más días de la semana en la fundación, cuya experiencia en estas labores supera los dos años, factores importantes para determinar la muestra.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010):

El muestreo cualitativo es usual comenzar con la identificación de ambientes propicios, luego de grupos y, finalmente, de individuos. Incluso la muestra puede ser una sola unidad de análisis (estudio de caso).<sup>3</sup> La investigación cualitativa, por sus características, requiere muestras más flexibles. La muestra se va evaluando y redefiniendo permanentemente. (p.386).

No hay un parámetro definido para la muestra del estudio, la muestra está para representar la población, cuyo principal propósito es que con ella nos proporcione una comprensión profunda del ambiente.

### 1.2.3. Criterios De Inclusión y Exclusión

*Tabla 3. Criterios de inclusión – exclusión*

Criterios de inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mujeres voluntarias</li><li>• Trabajar más de 2 días a la semana en la fundación.</li><li>• Con nivel de escolaridad igual o superior de 6 años</li><li>• Experiencia igual o mayor a 2 años en labores de voluntariado en la fundación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hombre</li><li>• Con nivel de escolaridad inferior a 6 años</li><li>• Experiencia inferior a 2 años en labores de voluntariado en la fundación</li><li>• Presencia de alguna condición diagnóstica psiquiátrica</li></ul>

**Fuente:** elaboración Propia 2019.

#### **1.2.4. Instrumento Para La Recolección De La Información**

El instrumento utilizado para la recolección de la información consistió en una entrevista semiestructurada con 10 personas con las que se pudiesen abarcar los objetivos de la investigación, realizadas de forma individual.

Como indica Hernández, Fernández y Baptista (2010): “El propósito de las entrevistas es obtener respuestas en el lenguaje y perspectiva del entrevistado (“en sus propias palabras”). El entrevistador debe escucharlo con atención e interesarse por el contenido y la narrativa de cada respuesta” (p. 405). Por ello, cada entrevista es realizada en la fundación, en el entorno donde se presentan los hechos.

#### **3.3.5. Diseño De Investigación**

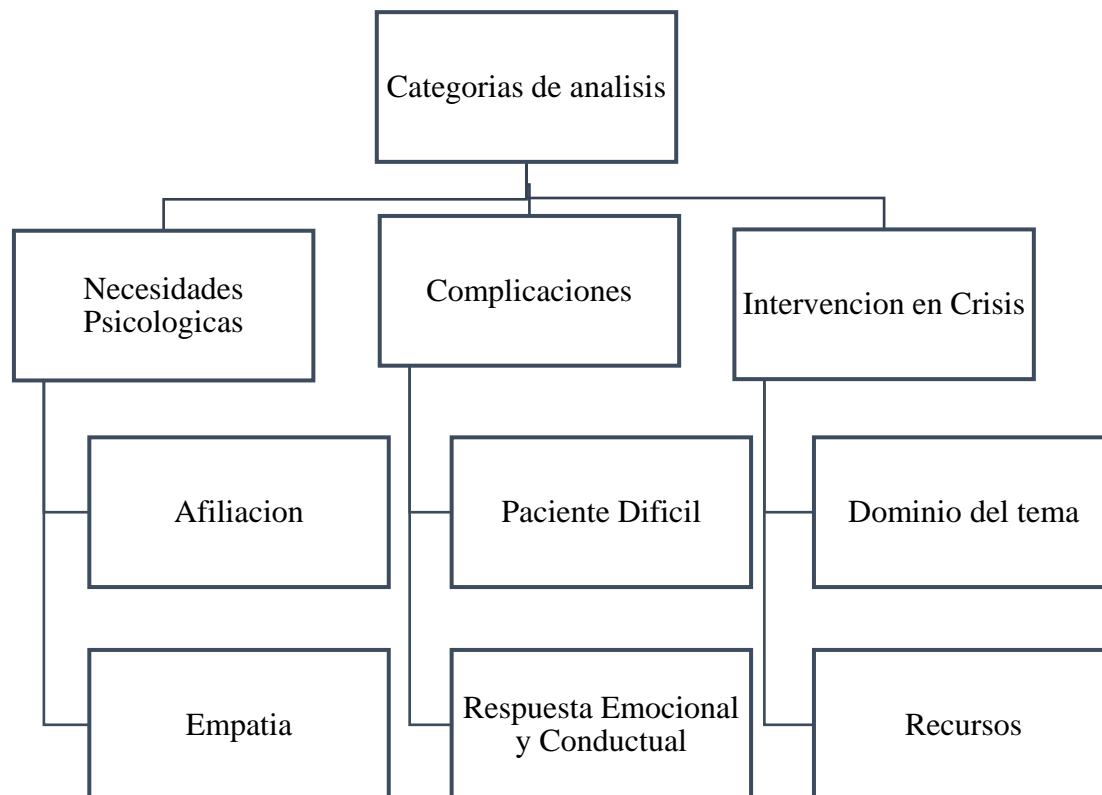
El diseño de la investigación cualitativa corresponde al diseño fenomenológico y de aproximación empírica en el cual se exploran y describen las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010):

Se identifica el fenómeno y luego se recopilan datos de las personas que lo han experimentado, para finalmente desarrollar una descripción compartida de la esencia de la experiencia para todos los participantes —lo que vivenciaron y de qué forma lo hicieron—. (p.493).

Desde el punto de vista fenomenológico, con la investigación se pretende comprender las experiencias de las personas con relación al fenómeno que se presenta en las pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama en las instalaciones y que como las voluntarias se hacen cargo de la situación.

### 3.3.6 Categoría De Análisis

En la estructuración de la investigación se establecieron categorías de análisis para delimitar las grandes áreas a las cuales se va centran la investigación, cada uno tiene un estrecho vínculo con los objetivos previamente establecidos. Las categorías son (1) Necesidades Psicológicas, (2) Complicaciones (3) Intervención en crisis.



**Figura 6.** Estructura de las categorías de análisis. Fuente: Elaboración Propia (2019).

Así mismo, cada categoría fue fundamentada por subcategorías con el propósito de delimitar los rangos de exploración a través de la herramienta o instrumento utilizado para la investigación, brindando así la robustez objetiva necesaria para el estudio.

**Tabla 4. Categoría de análisis**

Objetivos Específicos	Categoría de Análisis	Definición Conceptual	Instrumento
1. Reconocer las principales necesidades psicológicas que atraviesan las voluntarias al momento de intervenir a una mujer recién diagnosticada con cáncer de mama.	<b>Necesidades Psicológicas</b>	La siguiente clase de necesidades contiene el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un cierto grupo social y están orientadas a superar los sentimientos de soledad y alienación (Quintero, 2007) Afiliación: Ser capaces de vivir con otros y volcados hacia otros, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos y comprometerse en diversas formas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación del otro y tener compasión hacia esta situación; tener la capacidad tanto para la justicia como para la amistad.(Gough, 2007)	Guía de Entrevista
2. Determinar las principales complicaciones que enfrentan las voluntarias ante pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama	<b>Complicaciones</b>	Paciente que no tiene los recursos psicológicos para afrontar esta crisis circunstancial, el paciente que es catalogado con frecuencia como “difícil” o “problema” presenta conductas que resultan conflictivas para el personal de salud, generando como respuesta sentimientos y conductas tales como rabia, ansiedad, frustración, depresión, rechazo y evitación. (Raffo, 2005)	Guía de Entrevista
3. Definir los aspectos relevantes para una intervención en crisis en mujeres recién diagnosticadas en FUNDESO	<b>Intervención en Crisis</b>	Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando los métodos acostumbrados para la solución de problemas; La intervención en crisis puede entenderse como una estrategia circunscrita por un lado a métodos de mejoría antes que ocurran los sucesos críticos de la vida para el reducir los efectos debilitantes de la crisis vital y, por último, a las estrategias de tratamiento bien administradas después de que los sucesos de crisis y consecuencias(Slaikeu 2000)	Guía de Entrevista

**Fuente:** Elaboración Propia 2019.

### 3.3.7 Validación del instrumento

Para obtener un estándar de calidad se validó el instrumento con la utilización del software PSPP el cual permiten calcular de forma directa el coeficiente Kappa de Cohen, verificando así, el nivel de acuerdo entre jueces.

El instrumento se les proporcionó a dos profesionales en Psicología con las 13 preguntas en orden aleatorio, con el propósito de que, ellos las asociaran con los conceptos correspondientes seguidamente, se presentan los resultados de la validación y el nivel de acuerdo correspondiente al instrumento de la investigación:

Resumen.

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
JUEZ2 * ORIGINAL	13	100,0%	0	0,0%	13	100,0%

JUEZ2 \* ORIGINAL [recuento, fila %, columna %, total %].

<i>JUEZ2</i>	<i>ORIGINAL</i>			Total
	NECESIDADES PSICOLOGICAS	COMPLICACIONES	INTERVENCION EN CRISIS	
NECESIDADES PSICOLOGICAS	4,00 80,00% 100,00% 30,77%	1,00 20,00% 25,00% 7,69%	,00 ,00% ,00% ,00%	5,00 100,00% 38,46% 38,46%
COMPLICACIONES	,00 ,00% ,00% ,00%	2,00 100,00% 50,00% 15,38%	,00 ,00% ,00% ,00%	2,00 100,00% 15,38% 15,38%
INTERVENCION EN CRISIS	,00 ,00% ,00% ,00%	1,00 16,67% 25,00% 7,69%	5,00 83,33% 100,00% 38,46%	6,00 100,00% 46,15% 46,15%
Total	4,00 30,77% 100,00% 30,77%	4,00 30,77% 100,00% 30,77%	5,00 38,46% 100,00% 38,46%	13,00 100,00% 100,00% 100,00%

Medidas simétricas.

<i>Categoría</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Err. Est. Asint.</i>	<i>T Aproxim.</i>	<i>Sign. Aproxim.</i>
Medida de Acuerdo	Kappa	,77	,15	3,99	
N de casos válidos		13			

CROSSTABS

**Figura 7.** Resultado del Coeficiente de Kappa de Cohen de la entrevista realizada según el juez 2.

Resumen.

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
JUEZ1 * ORIGINAL	13	100,0%	0	0,0%	13	100,0%

JUEZ1 \* ORIGINAL [recuento, fila %, columna %, total %].

<i>JUEZ1</i>	<i>ORIGINAL</i>			Total
	NECESIDADES PSICOLOGICAS	COMPLICACIONES	INTERVENCION EN CRISIS	
NECESIDADES PSICOLOGICAS	4,00 100,00% 100,00% 30,77%	,00 ,00% ,00% ,00%	,00 ,00% ,00% ,00%	4,00 100,00% 30,77% 30,77%
COMPLICACIONES	,00 ,00% ,00% ,00%	4,00 80,00% 100,00% 30,77%	1,00 20,00% 20,00% 7,69%	5,00 100,00% 38,46% 38,46%
INTERVENCION EN CRISIS	,00 ,00% ,00% ,00%	,00 ,00% ,00% ,00%	4,00 100,00% 80,00% 30,77%	4,00 100,00% 30,77% 30,77%
Total	4,00 30,77% 100,00% 30,77%	4,00 30,77% 100,00% 30,77%	5,00 38,46% 100,00% 38,46%	13,00 100,00% 100,00% 100,00%

Medidas simétricas.

<i>Categoría</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Err. Est. Asint.</i>	<i>T Aproxim.</i>	<i>Sign. Aproxim.</i>
Medida de Acuerdo N de casos válidos	Kappa	,88 13	,11	4,56	

**Figura 8.** Resultado del Coeficiente de Kappa de Cohen de la entrevista realizada según el juez 1.

En la observación de los resultados anteriores, el análisis Kappa para el juez 1 revela una medida de acuerdo de 0.88 mientras la medida de acuerdo para el juez 2 revela un valor de 0,77, para una medida de acuerdo entre ambos jueces de 0,66.

Los resultados anteriores según el análisis Kappa de Cohen dictaminan la aprobación del instrumento al ser la medida de acuerdo superior a 0,5.

Resumen.

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
JUEZ1 * JUEZ2	13	100,0%	0	0,0%	13	100,0%

JUEZ1 \* JUEZ2 [recuento, fila %, columna %, total %].

<i>JUEZ1</i>	<i>JUEZ2</i>			Total
	NECESIDADES PSICOLOGICAS	COMPLICACIONES	INTERVENCION EN CRISIS	
NECESIDADES PSICOLOGICAS	4,00 100,00% 80,00% 30,77%	,00 ,00% ,00% ,00%	,00 ,00% ,00% ,00%	4,00 100,00% 30,77% 30,77%
COMPLICACIONES	1,00 20,00% 20,00% 7,69%	2,00 40,00% 100,00% 15,38%	2,00 40,00% 33,33% 15,38%	5,00 100,00% 38,46% 38,46%
INTERVENCION EN CRISIS	,00 ,00% ,00% ,00%	,00 ,00% ,00% ,00%	4,00 100,00% 66,67% 30,77%	4,00 100,00% 30,77% 30,77%
Total	5,00 38,46% 100,00% 38,46%	2,00 15,38% 100,00% 15,38%	6,00 46,15% 100,00% 46,15%	13,00 100,00% 100,00% 100,00%

Medidas simétricas.

<i>Categoría</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Valor</i>	<i>Err. Est. Asint.</i>	<i>T Aproxim.</i>	<i>Sign. Aproxim.</i>
Medida de Acuerdo	Kappa	,66	,16	3,64	
N de casos válidos		13			

**Figura 9.** Resultado del Coeficiente de Kappa de Cohen de la entrevista realizada según el juez 1 y 2.

### 3.3.8 Procedimiento de recolección de datos

Los datos adquiridos de la investigación fueron recolectados mediante un instrumento que consistió como guía de entrevista semiestructurada, compuesta por 13 preguntas divididas en las tres categorías de análisis anteriormente establecidas. El primer bloque corresponde a 4 preguntas asociadas con las necesidades psicológicas que pueden identificar las voluntarias, el segundo bloque de 4 preguntas retoma las complicaciones que ellas han tenido con pacientes difíciles; mientras que tercero y último bloque se compone de 5 preguntas que van dirigidas a la información en cuanto a capacitación y conocimientos en intervención en crisis.

Las entrevistas fueron realizadas en las instalaciones de la fundación, se solicitó una sala apartada evaluada previamente por el entrevistador en la que se pueda controlar los factores físicos que puedan influir en la entrevista, así como permitir la reducción de factores distractores.

### **3.3.9 Organización de los datos**

La organización de datos se desarrolla a través del proceso de categorización debido a que se establecen elementos asociados a la guía de entrevista en función de las tres categorías de análisis (Necesidades Psicológicas, Complicaciones, Intervención en Crisis). La presentación de resultados se divide por preguntas y concerniendo las respuestas de los sujetos de la muestra y la teoría psicológica previamente recabada.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.**

En este apartado se analiza los resultados obtenidos de la presente investigación, el cual se desprende de las entrevistas realizadas a las voluntarias brindar un análisis general, donde se desarrolló la triangulación de cada una de las entrevistadas con base en las categorías de análisis establecidas: Necesidades Psicológicas, Complicaciones (Pacientes Dificiles), Intervención en crisis y el contexto teórico previamente recabado en apartados anteriores.

#### **4.1 Análisis de lo sucedido**

El investigador contactó a través de la fundación a las voluntarias que participaría, a quienes previamente se le comunicó, a cada una el objetivo de la investigación, seguidamente se le solicita respetuosamente la participación mediante una entrevista, para el actual proyecto de tesis de la carrera en psicología cuyo tema de exploración es titulado: *“Identificación de temas claves para la intervención en crisis de pacientes diagnosticados con cáncer de mama por voluntarios de FUNDESO”*.

Cada participante atendió al llamado y accedió a participar con el consentimiento para abordar el tema en mención, de esta manera, a cada una se le coordinó una entrevista, en el proceso las mismas firmaron un Consentimiento Informado; las participantes manifestaron no tener ningún problema al respecto.

Cada entrevista tiene singularidades propias de cada una de las mujeres participantes que van de la mano con sus experiencias en la fundación y su vivencia con el cáncer, en general se observó una amabilidad predominante, cada una a su manera participo con alta disposición a compartir sus vivencias, la plena soltura a dar información, sobre lo que fue su vivencia con el cáncer de mama y/o los casos con los que ha tenido que tratar en su importante la labor dentro de la fundación.

En Fundación Nacional de Solidaridad Contra el Cáncer de mama (FUNDESO) cuentan con más de 80 mujeres voluntarias para colaborar en las diversas atenciones a las pacientes con cáncer a nivel nacional, de esta población se realizaron 10 entrevistas en total a voluntarias de la FUNDESO, dándole prioridad aquellas que dan atención a pacientes recién diagnósticas con cáncer de mama.

Las edades de las señoras eran en su mayoría adultas mayores quienes al estar jubiladas realizan esta actividad porque les nace la necesidad de ayudar a los demás, siendo así que dentro de las cuales se encontraron 5 sobrevivientes de cáncer de mama y 5 sin diagnósticos de cáncer, lo que refleja que las voluntarias sobrevivientes a esta enfermedad esperan poder ser un apoyo a aquellas que inician con dicha enfermedad.

## 4.2 Logros obtenidos

Sin mayor dificultad se logra establecer empatía y Rapport (buena relación, entendimiento, compenetración) entre las participantes y el entrevistador, en la mayoría de los casos, durante las 10 entrevistas, las voluntarias se desarrollaron con amplitud al momento de expresarse, se apreció la libertad de compartir sus vivencias con el cáncer más allá de las vivencias en la fundación, las respuestas de las preguntas fueron amplias, y denota una identificación con el tema de la investigación.

## 4.3 Perfil Sociodemográfico

Dentro de los datos obtenidos se rescatan la información sociodemográfica presentada en la tabla 5, con datos básicos de importancia en el estudio.

**Tabla 5.** *Perfil demográfico de las entrevistadas*

Nombre	Edad	Residencia	Condición
<b>Sujeto 1</b>	61 años	San José	Sobreviviente
<b>Sujeto 2</b>	68 años	San José	Sin Diagnóstico
<b>Sujeto 3</b>	59 años	Puntarenas	Sobreviviente
<b>Sujeto 4</b>	58 años	San José	Sin Diagnóstico
<b>Sujeto 5</b>	35 años	San José	Sin Diagnóstico
<b>Sujeto 6</b>	80 años	Pérez Zeledón	Sobreviviente
<b>Sujeto 7</b>	64 años	San José	Sobreviviente
<b>Sujeto 8</b>	60 años	San José	Sin Diagnóstico
<b>Sujeto 9</b>	60 años	San José	Sin Diagnóstico
<b>Sujeto 10</b>	58 años	San José	Sobreviviente

La muestra en su mayoría de la zona de San José, el promedio de edades es de 60 años, sin embargo, se tiene la entrevistada más joven con 35 años, mientras que del otro extremo se presenta una voluntaria con 80 años. En la muestra es que se cuenta con un total de 5 voluntarias sin la presencia de diagnóstico de cáncer y las restantes son sobrevivientes al cáncer de mama.

Las edades de las señoras eran en su mayoría adultas mayores quienes al estar jubiladas realizan esta actividad porque les nace la necesidad de ayudar a los demás, siendo así que dentro de las cuales se encontraron 5 sobrevivientes de cáncer de mama y 5 sin diagnósticos de cáncer, lo que refleja que las voluntarias sobrevivientes a esta enfermedad esperan poder ser un apoyo a aquellas que inician con dicha enfermedad.

#### **4.4 Presentación de Resultados**

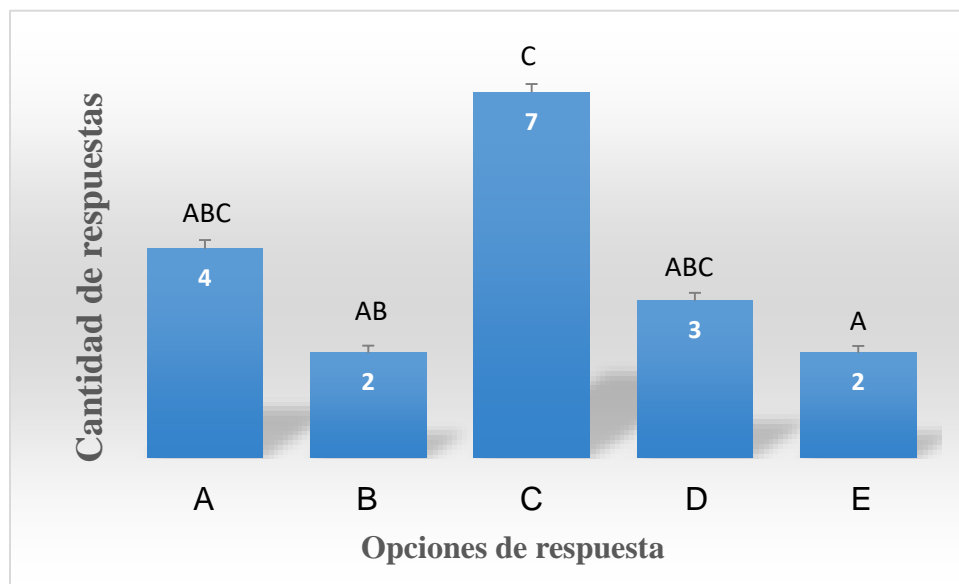
En el primer bloque de preguntas realizadas que van de la 1 a la 4, presentan una perspectiva de las voluntarias relacionadas a las necesidades psicológicas. De acuerdo, con la primera pregunta realizada en la entrevista, la cual refiere a los sentimientos que se identifica la voluntaria cuando le informan que va a tratar con una persona recién diagnosticada con cáncer de mama, en la mayoría de las respuestas explicaban las entrevistadas que los sentimientos sobresalientes son de solidaridad, empatía y tristeza. Estos sentimientos van relacionados de acuerdo con que, si la voluntaria es sobreviviente de cáncer de mama, ya que se la tristeza y a la vez la solidaridad con la otra persona refleja un proceso de una enfermedad

tan fuerte y dolorosa por la que está ya paso hasta 12 años en tratamientos y va a entender e identificarse con otras en las mismas o similares circunstancias. Sin embargo, en el caso de las no sobrevivientes a esta enfermedad los sentimientos son más de estrés, dolor y tristeza, donde ellas mismas expresan que es muy duro a nivel personal llegar a ponerse en la situación que atraviesa la otra persona.

En la segunda pregunta de la entrevista la cual tiene que ver con las necesidades psicológicas y la necesidad de preparación para las voluntarias. Como parte de las necesidades de preparación notorias se encuentran las siguientes: a) necesidad de ser empática, b) Necesidad de una compañera voluntaria para conversar acerca de las complicaciones del día en la fundación, c) Necesidad de sentirse respaldada por los profesionales de la fundación, d) Necesidad de sentirse apreciada por el papel que cumple en la fundación y e) Necesidad para expresar sus emociones. Según, la figura 10 se puede observar diferencias significativas de acuerdo con las respuestas elegidas de cada opción por sujeto entrevistado, lo cual podría deberse a deficiencias existentes de dichas necesidades en la fundación.

La mayoría de las entrevistadas escogieron la opción C, ya que solicitan un mayor respaldo profesional para capacitarlas tanto a nivel personal como profesional para poder ofrecer una mayor atención a las pacientes. Por otra parte, la opción A, que es ser más empáticas recibió un segundo lugar en la elección por la misma razón que dentro de las entrevistadas las personas no sobrevivientes no han vivido esta enfermedad y ni siquiera a nivel de núcleo familiar y en menor grado la opción D, la cual tiene que ver con la valoración del trabajo que

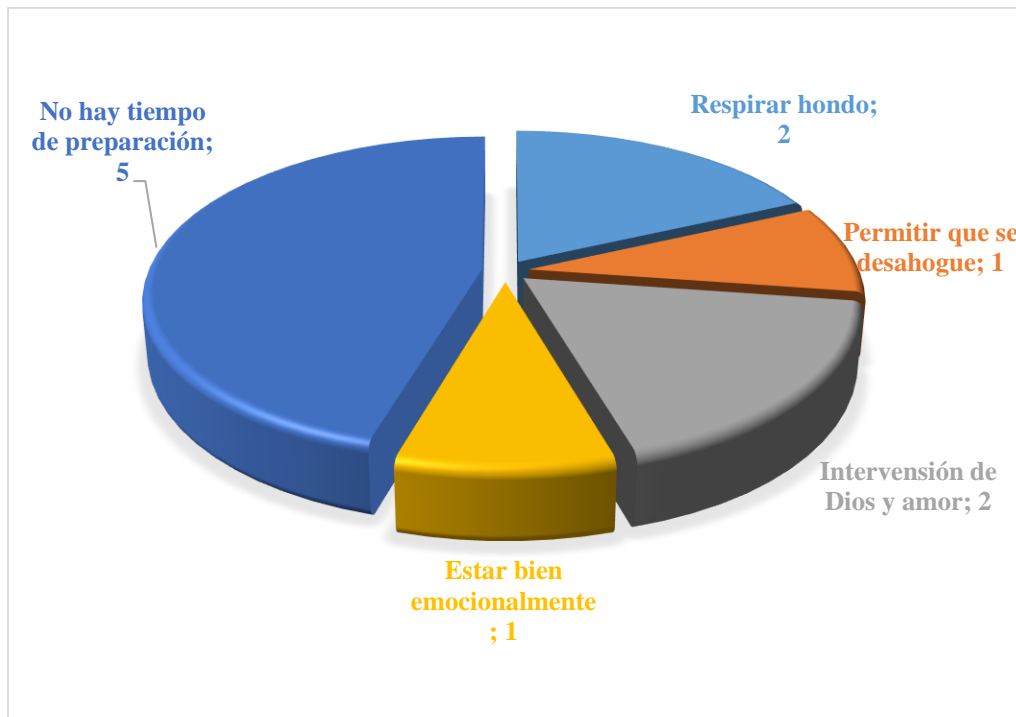
ellas realizan para la fundación en ayudar a estas personas, complementando su respuesta de la opción C en que si se les valora su trabajo deberían de recibir más capacitaciones para mejorar y dar calidad en los servicios.



**Figura 10.** Resultados de la pregunta número 2 de la entrevista según cada opción a elegir por cada sujeto entrevistado. Opciones: a) necesidad de ser empática, b) Necesidad de una compañera voluntaria para conversar acerca de las complicaciones del día en la fundación, c) Necesidad de sentirse respaldada por los profesionales de la fundación, d) Necesidad de sentirse apreciada por el papel que cumple en la fundación y e) Necesidad para expresar sus emociones.

Con respecto a la pregunta número 3 que tiene relación con los preparativos que realiza cada voluntaria para manejar sus emociones son muy diversas las respuestas (**Fig. 11**), la mayoría de ellas fueron que no cuentan con tiempo para prepararse antes de atender a una nueva paciente recién diagnosticada con cáncer, ya que las pacientes se apersonan en la fundación sin cita previa y se les atiende en el mismo momento. Por otra parte, algunas realizan respiraciones como forma de liberar estrés o tensión, así como solicitar la intervención de Dios y ofrecer una atención sobre todo llena de amor, además otras respuestas tenían que ver

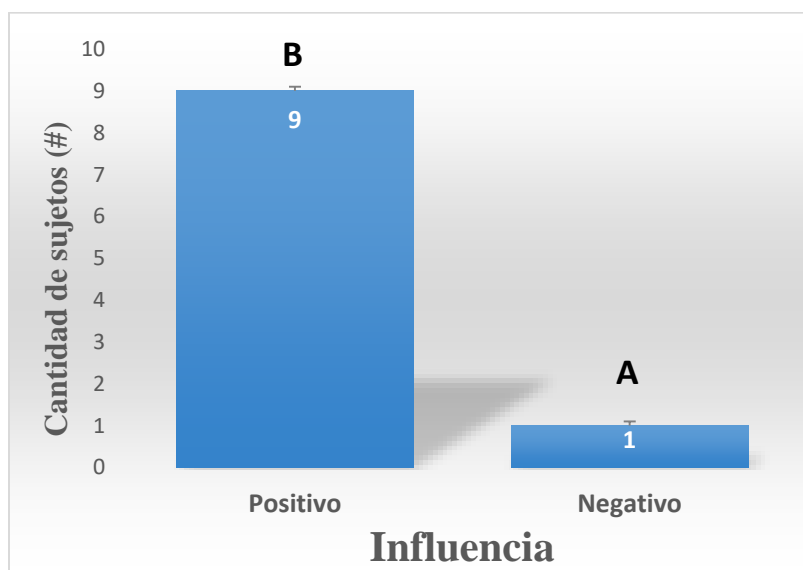
con permitir desahogarse a las pacientes antes de ser intervenidas y sentirse bien emocionalmente para no afectarse personalmente o que esto no permita ayudar a las pacientes de la manera más adecuada.



**Figura 11.** Respuestas derivadas de la pregunta 3 realizadas a las entrevistadas.

En la pregunta cuatro con respecto a la influencia de su labor como voluntaria y el posible impacto de esta actividad a nivel familiar o de amistades, los resultados han sido positivos a nivel familiar en la mayoría de las encuestadas y en otros casos no tiene ningún efecto, porque en realidad han aprovechado esta cooperación para seguir activas dentro de la sociedad, sin embargo, el único inconveniente para algunas son los tiempos y distancias en el desplazo

desde sus casas hasta la fundación. Por otro lado, de acuerdo con la respuesta sobre una influencia negativa está más relacionada con el tiempo que se le invierte en ser voluntaria, ya que es una labor más de dedicación y no un trabajo por horarios, sin tener nada con su desempeño como voluntaria a nivel personal o psicológico (**Fig. 12**).



**Figura 12.** Respuesta a la pregunta 4 sobre la influencia en la vida de manera positiva o negativa al ser voluntaria en FUNDESO.

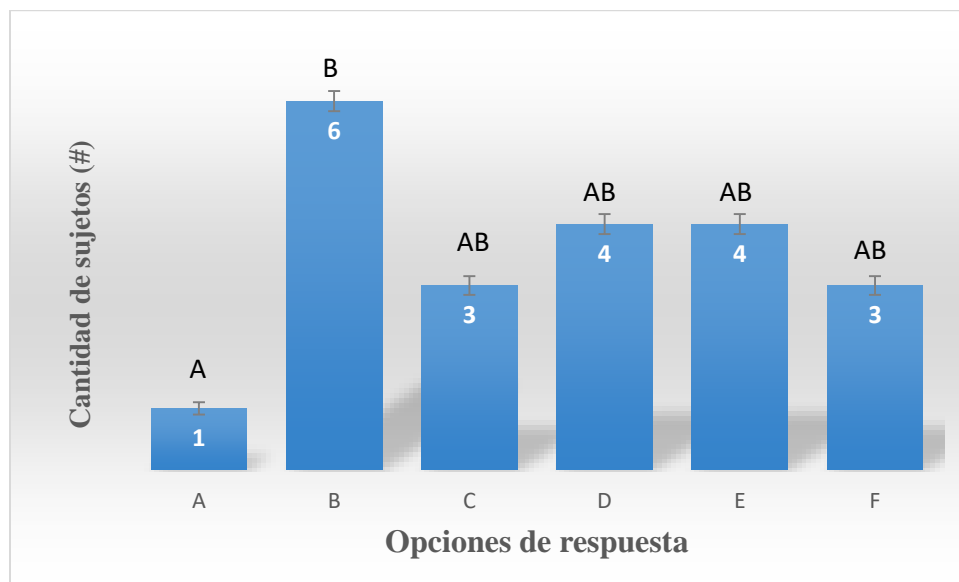
En el segundo bloque de preguntas realizadas que van de la 5 a la 8, presentan una perspectiva de los pacientes de difícil manejo en el momento de ser intervenidas por las voluntarias de acuerdo a las emociones o conductas reflejas. Según, el criterio personal de las voluntarias entrevistadas, la principal complicación que han tenido al momento de atender un paciente afectado por su recién diagnóstico de cáncer de mama, (pregunta número 5), la mayoría respondió que es cuando se presentan las pacientes en medio de la crisis por haberse enterado del resultado positivo sobre el cáncer, en estos momentos sus reacciones son de molestia,

malcriadas, insolentes, no atienden lo que se les habla, cuesta calmarlas, exigen y gritan, y en ocasiones en medio de sus llantos quieren irse y desaparecer; en estos casos es muy difícil el poder ayudarlas, ya que ellas mismas no lo permiten o expresan la frase “yo no puedo”.

En otras oportunidades, lo que ocurre es que no quieren realizarse los tratamientos u operaciones por situaciones familiares o por miedos, así como también rechazan el realizarse una reconstrucción por la mastectomía que se les ha realizado, en estos casos es muy complicado y difícil ayudarlas a entender lo importante o necesario que es realizar estos procesos para tener más oportunidades de salir delante de esta enfermedad que puede ser mortal sino se hacen las cosas a tiempo.

En comparación con las respuestas obtenidas anteriormente, la pregunta 6 está muy relacionada con la reacción emocional más común que presentan las pacientes afectadas por la noticia de su diagnóstico de cáncer de mama, en las respuestas obtenidas hay diferentes criterios desde el llanto en medio del medio e incertidumbre a desconocer el futuro que tendrán en medio de esta enfermedad, además, desesperanza y frustración. Mientras que, en otros casos se refleja una tranquilidad, la cual puede deberse a que hoy en día existe mayor información acerca de esta enfermedad y que los tratamientos y operaciones son más precisos.

La pregunta número 7, ¿Cuáles son las emociones y conductas más comunes al momento de que un paciente recibe su diagnóstico? Opciones: A) Rabia, B) Ansiedad, C) Frustración, D) Depresión, E) Rechazo y F) Evitación (escape), se logró evidenciar en la figura 13 que dentro de las respuestas se presenta una variedad de conductas y emociones que las pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama muestran en la mayoría de casos una predominante ansiedad antes que las demás, y posteriormente, se van mostrando las otras emociones como de rabia, frustración, depresión que se demuestra con un llanto profundo y de tristeza, así como la evitación o el rechazo negando la verdad de ese diagnóstico, además, por no querer perder su pelo o una de sus mamas.



**Figura 13.** Resultados de la pregunta número 7 de la entrevista según cada opción a elegir por cada sujeto entrevistado. Opciones: a) rabia, b) ansiedad, c) frustración, d) depresión, e) rechazo y f) evitación.

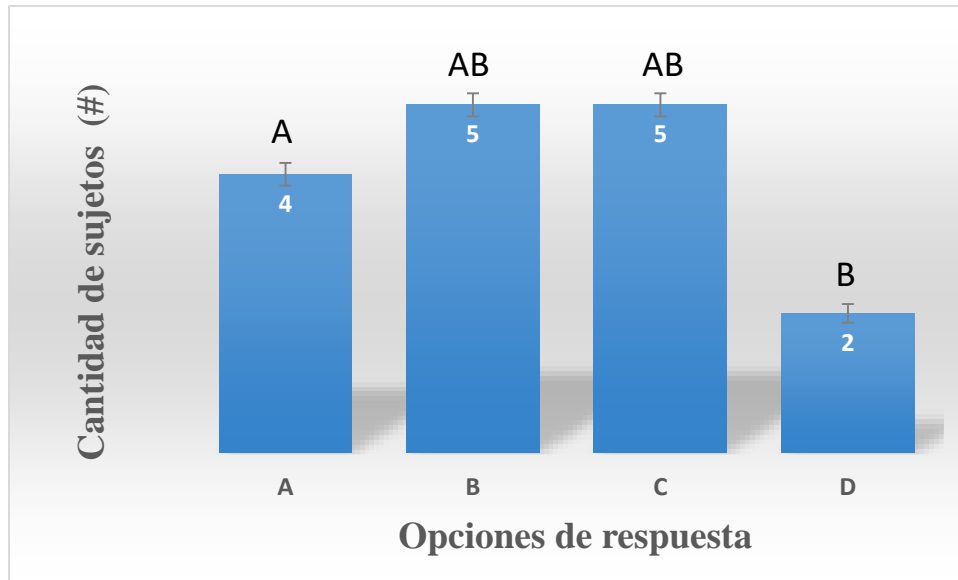
Las respuestas obtenidas de la pregunta número 8, la cual estaba relacionada con las complicaciones (emocionales y conductuales) de las pacientes y que dificultan el manejarlas para las voluntarias en la fundación es cuando llegan en estado de crisis donde no permiten en primera instancia que se les ayude además del llanto que no se puede controlar, por lo tanto, lo primero que algunas de las voluntarias realizan es dejarlas desahogar o darles un abrazo para transmitirles apoyo y un poco de paz. Sin embargo, expresan las voluntarias que es muy difícil en la mayoría de los casos intervenirlas cuando ellas mismas desconocen cuáles son los tratamientos que deben de seguir las pacientes después de ser diagnosticadas, o en otros casos donde la paciente su diagnóstico es más desalentador porque se descubrió que está muy avanzado y es poco esperanzador.

En el tercer bloque de preguntas realizadas en la entrevista que incluyen desde la 9 a la 13, están relacionadas con la capacitación o el conocimiento que tienen en intervención en crisis y los recursos que cuenta la fundación para dichos fines. De acuerdo a las respuestas obtenidas de la pregunta 9, en donde se resumen las áreas de mejora en la intervención que le da a las pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama, dieron muchos criterios diferentes que están relacionados con experiencias vividas más por aquellas que han pasado por estos diagnósticos y han sobrevivido, sin embargo, muchas concluyen que falta mucha información o capacitación que les permita poder comunicarse mejor, no depende de una herramienta como el Google.

Otra situación difícil de abordar por parte de las entrevistadas es la atención a pacientes con cáncer con metástasis en otras áreas de su cuerpo. Rescatando un fragmento de la entrevista *“Trabajar con pacientes que uno tiene conocimiento que ya no lo puede superar, es mayor el desconsuelo, a mí me ha tocado con amigas de FUNDESO, los casos de recaída de cáncer de mama, cuando este vuelve y reciben esa noticia ahí es donde uno sabe que necesita mayor capacitación”*.

De acuerdo con la pregunta número 10 (**Fig. 14**), los factores que están relacionados con la crisis de una paciente recién diagnosticada son: a) los hijos o familia, b) el miedo a esta enfermedad mortal, c) la vanidad femenina, al pasar por una mastectomía y d) otras. Aunque la mayoría en primera instancia seleccionan la opción B “que está relacionada con el miedo a la enfermedad pero que a su vez tiene que ver con la opción A que es miedo a dejar a sus hijos o familiares más en el caso de madres solteras”. No obstante, una voluntaria aclara que las pacientes no le tienen miedo a la enfermedad, si no al tratamiento, al proceso y sus efectos secundarios, ya hay más alternativas, una operación se puede reconstruir, pero todos los síntomas perder el pelo, los vómitos, el desgaste este nunca.

Además, algunas voluntarias explican que todas las opciones que se dan para escoger son las que presentan los pacientes y esto va a depender hasta de la edad donde en este caso estaría más vinculada con la opción C que es la vanidad. Ciertamente, para una mujer es bastante frustrante pensar en una operación como la mastectomía y el cómo la verán los demás.



**Figura 14.** Resultados de la pregunta número 10 de la entrevista según cada opción a elegir por cada sujeto entrevistado. Opciones: a) los hijos o familia, b) el miedo a esta enfermedad mortal, c) la vanidad femenina, al pasar por una mastectomía y d) otras.

Según la pregunta 11, la cual tiene que ver con las capacitaciones sobre intervención en crisis que hayan realizado las voluntarias de FUNDESO, se obtuvo que siete de las voluntarias no han recibido ninguna capacitación que les pueda ayudar en el abordaje de pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama, ya que afirman que lo poco o mucho que saben lo han aprendido sobre la marcha en las recurrentes atenciones. Por otra parte, solamente tres voluntarias, si han recibido capacitaciones tanto por la misma como por entidades extranjeras como la sociedad americana de Cáncer de Seno de New York y el programa Navegar del Hospital de México.

En relación con la pregunta anterior, la siguiente que es la pregunta 12 hace referencia a qué tipo de recurso inmediato recurre cuando una paciente presenta una crisis. Según, las

respuestas obtenidas lo primero a lo que se recurre es a remitir el paciente con una persona que esté mejor capacitada para dar esa atención y en la mayoría de los casos se llama a la presidenta de la Fundación, o a los grupos de apoyo. Así también, a compañeras que han sobrevivido a esta enfermedad, ya que cuentan con un poco más de experiencia. En última instancia, solo pueden obtener ayuda de elementos concretos como un vaso con agua, pañuelos, un café, entre otros.

Por otra parte, la pregunta número 13 está relacionada con las dos anteriores, ya que en esta se les consulta con que recurso externo pueden contar en el momento de manejar una crisis de una paciente. El recurso que más se utiliza es el de algún profesional conocido como psicólogo, médico o enfermera, sin embargo, la mayoría afirma que la Fundación cuenta con muchos recursos propios que son de calidad como el grupo de apoyo y algunas psicólogas que son voluntarias.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 1. Categoría 1 Necesidades Psicológicas

Dentro de los hallazgos obtenidos en la investigación relacionados con las categorías de análisis, las necesidades psicológicas reflejan que ante la intervención en crisis de una paciente con recién diagnóstico por parte de las voluntarias tienen dos panoramas, dependiendo de su experiencia, las voluntarias sobrevivientes reflejan empatía, solidaridad y tristeza, en su contra parte las voluntarias que no tienen un diagnóstico de cáncer coincide con la tristeza, pero para ellas el nivel de estrés es mayor y en algunos casos manifiestan dolor emocional de ver los caso, como indica la voluntaria número 9: *“Estrés, sería mentirle si le dijera que no existe una cantidad de estrés, pero trato de transformar esa energía en la manera para ayudar, me relajo yo primero antes de empezar a actuar”*.

Lo anterior mencionado es congruente con lo indicado por Valle, Hernández, Zúñiga y Martínez (2015):

El hombre o mujer que asume el papel de cuidador enfrenta situaciones que muchas veces desconoce, siendo posible que experimente temor, ansiedad o estrés, porque es posible que su vida cotidiana se vea perturbada y esto le origina sensación de carga rigurosa, además de no saber si el cuidado será por tiempo prolongado o no. (p.21).

Por ello, es oportuno señalar que en su mayoría las voluntarias manifestaron la necesidad de un respaldo profesional para poder ejercer sus funciones de una manera más adecuada, como indica la voluntaria número 6: *“Para mí la que podría faltar acá es tener un psicólogo que le ayuda a asimilar las cosas, porque acá si tengo mucho espacio para hablar de los casos difíciles”*. Lo cual tiene mucha congruencia desde el punto de vista de las entrevistadas, ya que las que son sobrevivientes tiene un poco más de información por la vivencia, en comparación con quienes no, porque se sienten mayormente inseguras al manejar estos temas, la empatía es otro factor que consideran que debe ser fortalecido.

A nivel de afiliación las voluntarias, señalaron que tiene un respaldo entre compañeras, que los beneficios de esta labor han fortalecido relaciones, como indica la voluntaria número 1: *“De manera positiva, la labor que se realiza en la Fundación es motor que se ve reflejado en las demás cosas, mi familia está orgullosa y me apoya”*. Esta área fortalece al voluntario en su labor evitando que se manifieste lo mencionado por Cruz-Esrich (2013) quien indicaba que *“una posible consecuencia para los cuidadores son el aislamiento, rechazo, abandono, soledad, disminución o pérdida del tiempo libre”* (p. 24), sin embargo, el ambiente de la fundación evita estas consecuencias debido a que para las voluntarias es un grupo donde se les permite interacciones entre ellas lográndose adquirir conocimientos y vivir las experiencias de muchas voluntarias.

Por otra parte, las voluntarias además manifiestan, la necesidad de respaldo de un profesional para fortalecer sus herramientas con relación a la capacidad de ser empáticas, como indica la voluntaria número 3: *“Bueno yo necesito ser empática, eso sí lo he sabido, también la*

*necesidad de un respaldo se logra salir avante con todo el paciente”*. De acuerdo con Li (2013):

Los síntomas y la angustia psicológica se asociaron con necesidades insatisfechas, lo que refleja un déficit de servicio en el manejo de los síntomas. Mejorar la provisión de atención al optimizar la comunicación y la organización clínica puede preparar mejor a los pacientes con cáncer para su rehabilitación y mejorar el control de los síntomas. (p.792).

En concordancia con lo anterior, la empatía bien lograda puede generar resultados trascendentales en la mejoría de los pacientes, como voluntarias ellas saben de la importancia de esta conexión. A grandes rasgos las principales necesidades psicológicas de las voluntarias están directamente relacionadas con los postulados de Abraham Maslow:

Como humanista, su idea era que las personas tienen un deseo innato para autorrealizarse, para ser lo que quieran ser, y que cuentan con la capacidad para perseguir sus objetivos de manera autónoma si se encuentran en un ambiente propicio. Sin embargo, los diferentes objetivos que se persiguen en cada momento dependen de qué meta se han conseguido y cuáles quedan por cumplir. (<https://psicologiamente.com/psicologia/piramide-de-Maslow>).

Las necesidades de las voluntarias con relación a la afiliación están siendo satisfechas de manera equilibrada, su labor es reconocida en la Fundación, a nivel personal y familiar, debido a que ha traído beneficios que afianzan los lazos con los demás. Es por ello que ellas demuestran que existe una relación parecida a un segundo hogar, aterrizando con ello que las necesidades de afiliación son óptimas, lo identificado está relacionado más con herramientas para su labor diaria, tomando en cuenta que son mujeres pensionada, quienes no tienen esta labor como un factor de ingresos económico, no atiende a las necesidades de seguridad, estaría ubicándose más a nivel de reconocimiento y superación y los elementos de mejorar la empatía y respaldo, son más congruentes con la necesidad de crecimiento a este nivel.

## **2. Categoría 2: Complicaciones**

Dentro de los datos obtenidos relacionados con la segunda categoría de análisis, las complicaciones de los pacientes van acorde a lo indicado por Faller, et al. (2017): “los pacientes con cáncer enfrentan múltiples desafíos para su bienestar, incluyendo síntomas físicos, efectos secundarios del tratamiento, limitaciones funcionales, miedo a la recurrencia preocupaciones existenciales y espirituales” (p 1934).

Dichos comportamientos son los que se catalogan como difíciles, en las voluntarias las reacciones conductuales que han vivenciado las describen como insolencias, malacrianza, vinculadas al enojo, rescatando lo dicho por la voluntaria número 8: *“Bueno se han tenido casos que las pacientes no quiere comprender nada, que son hasta insolentes, demandantes y uno puede entender lo que están pasando, pero no puedo o se me dificulta trabajar así.”*

En cuanto a las reacciones emocionales concuerda con lo indicado por la voluntaria número 6: *“Para mí el llanto es difícil de controlar, yo las dejo que lloren, pero me dan muchas ganas de llorar a mí también, me supera cuando vienen en crisis”*.

Ante las conductas emocionales y conductuales se perciben dos panoramas en las reacciones, gran mayoría son respuesta de la incertidumbre con consecuencias tales como ansiedad y rabia (enojo), y el segundo panorama es la tranquilidad, que va como respuesta al alto grado de conocimiento de la enfermedad y las herramientas que eso le brinda al paciente, de acuerdo con Pudkasam, et al. (2018):

Aproximadamente la mitad de las sobrevivientes de cáncer de mama informan alteraciones psicológicas, como estado de ánimo, angustia espiritual y social. Experimentan miedo, ansiedad y depresión con respecto a su diagnóstico de cáncer a largo plazo, pronóstico, efectos adversos del tratamiento y miedo a la recurrencia del cáncer. (p.70).

Asimismo, Pudkasam, et al. (2018) señala que dichos factores estresantes relacionados con el cáncer están fuertemente asociados con la percepción de la enfermedad; el panorama que se vivencia no exclusivo de la fundación, estas actitudes hacia el cáncer de seno puede afectar su estilo de afrontamiento y ajuste. Por otra parte, el panorama positivo lo estudió también Pudkasam, et al. (2018), concluyendo que:

Las sobrevivientes de cáncer de mama con opiniones positivas sobre el manejo de la enfermedad parecen aplicar un estilo de afrontamiento adecuado para lidiar con el estrés y disminuir su estrés relacionado con el cáncer. Por ejemplo, usan el espíritu de lucha que impulsa su motivación para una participación saludable en el programa; como resultado, su calidad de vida relacionada con la salud mental es mejor, especialmente al recibir apoyo familiar y social. (p.70).

Lo anteriormente mencionado, se refuerza con lo expresado por algunas pacientes, como, por ejemplo, la voluntaria número 1: *“ahora todo es muy diferente, al tiempo que yo me opere había mucha desinformación. Ahora hay mucha información la gente se permite analizar más”*. Adicionalmente, es importante ayudar a los pacientes con estrategias que puedan ayudarles, así mismos a cuidarse y llevar esta enfermedad de la mejor manera posible; por lo tanto, es irrefutable la evidencia que existe entre la respuesta positiva de los pacientes y sus resultados y/o avances en el tratamiento de cáncer, como voluntarias han notado la polaridad que se observa con las mujeres que manejan la información incluso desde su diagnóstico. Tanto Somjaiwong, Thanasilp, Preechawong, y Sloan (2011), concluyeron que “los pacientes que aprenden estrategias de autocuidado para combatir los síntomas como angustia y adaptarse a los cambios de la vida requieren de apoyo psico-emocional y social para reducir los sentimientos de incertidumbre y mejorar el autocontrol, mejorando así su calidad de vida” (p. 435).

Dentro de los hallazgos encontrados en esta categoría se podría determinar que en los casos de la fundación existen dos polaridades ante las reacciones de diagnóstico positivo, una es

las acciones conductuales que denotan la rabia y otra, su contra parte, la tranquilidad donde se observa que el factor decisivo es el grado de información que posee la paciente frente al diagnóstico.

### **4.3. Categoría de Análisis 3: Intervención en Crisis**

Las voluntarias poseen conocimientos básicos relacionados con la atención a pacientes, en la mitad de los casos a raíz de sus previos diagnósticos, son conocimientos empíricos, de acuerdo con Steele y Fitch (2008) las pacientes con cáncer de seno necesitan no solo atención medica si no también psicológica, social e información de soporte, esta realidad es conocida por las voluntarias y por ello reconocen las áreas de mejoras en las cuales deben trabajar.

La información y el dominio de los escenarios forman un factor fundamental para poder llevar a cabo una eficiente atención en crisis, de acuerdo con Slaikou, Mejía y López (1996):

Las personas que brindan intervención en crisis deben dominar o poder hacer uso de estrategias que le permitan hacer un abordaje adecuado, que permita detectar las necesidades y determinar un óptimo abordaje, las características propias de la crisis por diagnóstico de cáncer. (p.67).

La voluntaria coincide que los principales detonantes para las crisis son el miedo como tal, ya sea miedo a la enfermedad mortal, a lo que ocurrirá con sus hijos o familia y/o al

tratamiento en sí, como lo indica la voluntaria numero 2: *“Las consideraciones que me menciona son todos factores para las crisis, pero va a variar de la edad, si son jóvenes, va ligado a la vanidad, si tiene una edad mayor y con hijos va a ser la preocupación la familia, ha venido casos en que sus esposos se van por que ya no tiene un seno, pero cuando tiene hijos grandes son otras las preocupaciones”*.

Lo anterior refleja varias áreas del paciente que representa un desajuste o desafío a ser afrontado por las voluntarias. Faller, et al. (2017) indica que “estos desafíos pueden evocar necesidades de apoyo, particularmente con respecto al suministro de información y apoyo psicosocial. Proporcionar información es importante, ya que puede contrarrestar sentimientos de impotencia y ayuda a recuperar una sensación de control” (p.1934).

La labor de las voluntarias es crucial, tanto para la estabilidad de la paciente en el momento como para las consecuencias a corto y largo plazo de su paso por esta enfermedad, como lo explica Monge (2018), “quien interviene al paciente debe facilitar la recuperación emocional, sirviendo de andamiaje y guiándolo a reconectarse con fuentes que le permitan sobrellevar la crisis emergente” (p. 156). Para las voluntarias esta labor es clara, por ello consideran que adicional a su intervención la paciente requiere seguimiento o un mayor respaldo, instan que asistan al grupo de apoyo que se reúne en la Fundación, como indica la voluntaria número 2 *“Por lo general recurro al grupo de apoyo, acá mismo hay un apoyo excelente no veo la necesidad de buscar ayuda de afuera”*.

Asimismo, en los tiempos actuales la información acerca de todo tipo de enfermedades es más accesible para las personas, lo cual permite en muchos casos obtener más conocimiento de los procesos y tratamientos, así como de las mejores técnicas o recursos para poder sobrellevar una enfermedad tan dolorosa como lo es el cáncer de mama; no obstante, cuando las voluntarios no poseen la información para abarcar la situación siempre recurren a las fuentes internas de la Fundación, ya sean las compañeras sobrevivientes o la presidenta para que les brinde soporte, sabiendo así que el paciente entre más le brinden información le disminuirá la angustia. De acuerdo con Faller, et al. (2017) quien en su estudio destaca que:

Es probable que los pacientes que tienen sus necesidades de información satisfechas se sientan capacitados para utilizar estrategias de autogestión y ofertas de apoyo, mejorando así su bienestar. Esto puede explicar por qué una mayor satisfacción con la información recibida se asocia con una mejor calidad (p. 1934).

Procediendo al análisis de la última categoría, se logra determinar que existe una carencia significativa de psicoeducación para las voluntarias, constituyéndose en una excelente oportunidad de mejora para la Fundación a partir del deseo de ayudar; solo requieren de un proceso de moldeamiento de sus herramientas, dado que vivencial y empíricamente crean un equipo efectivo que solo requiere la adecuada instrucción profesional.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 1. Conclusiones

A lo largo de la realización de dicho trabajo de investigación con voluntarias de la Fundación Nacional de Solidaridad Contra el Cáncer de mama (FUNDESO) en la atención de pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama se logró concluir:

- Se reconocieron las principales necesidades psicológicas que atraviesan las voluntarias en la Fundación cuando intervienen a una paciente recién diagnosticada con cáncer de mama, como lo son el apoyo de un profesional en Psicología para que las capacite y asesore, además de que en la Fundación se encuentre una persona responsable de supervisar sus atenciones y a la que puedan recurrir en casos que lo ameriten durante alguna intervención con una paciente, para dar una atención más oportuna en cada caso.
- Se identificó como segunda necesidad psicológica para las voluntarias que necesitan mejorar su capacidad de conectar con el paciente, es decir que sentimientos como la empatía es una importante herramienta para poder dar una atención más acertada con cada paciente, lográndose una mayor apertura y abordaje de la situación por la que atraviesan las pacientes.
- Se determinaron las principales complicaciones que presentan las voluntarias al brindarle la atención por primera vez a pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama como lo son la rabia, el llanto y conductas derivadas del enojo como la malacrianza, altanería,

exigencia en el servicio o incluso la negación a conversar del tema, siendo estas complicaciones las más frecuentes en la Fundación.

## 1.1. Recomendaciones

En este apartado se presentan algunas recomendaciones con respecto a la investigación realizada por medio de las entrevistas a las voluntarias que atienden a pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama de acuerdo a las conclusiones y objetivos del trabajo, así como de posibles líneas de investigación que se podrían realizar a futuro.

- Incorporar un profesional en Psicología con experiencia para que lleve a cabo abordajes especializados en el tema de Intervención en Crisis.
- Implementar procesos de capacitación de las voluntarias en todas las áreas de Intervención en Crisis y en el abordaje de sus propias crisis por la atención de las pacientes.
- Elaborar una guía práctica de intervención en crisis para la atención de pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama y otra para pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad.
- Brindar otras estrategias de afrontamiento, manejo de estrés en forma de talleres para para las voluntarias.
- Ofrecer un espacio de reconocimiento emocional por parte de FUNDESO a las voluntarias que colaboran continuamente en la fundación.
- Profundizar estudios que evidencien el efecto emocional que significa el apoyo a personas que ocupan de contención a causa del cáncer.
- Generar propuestas con relación a los cuidadores primarios, con acercamientos cuantitativo para el análisis del nivel del desgaste emocional que conlleva esta labor.

## REFERENCIAS

- Acosta, C. (2003). *Tratamiento cognitivo conductual en el manejo del dolor por cáncer*. Congreso de la Asociación Mexicana para el Estudio del Dolor. Oaxaca. México.
- Alonso, C. (2003). *Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico*. En V. Valentín, C. Alonso, M.T. Murillo, P. Pérez, Y. Vilches (Eds.), *Oncología en Atención Primaria*. pp. 771-783. Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología.
- Álvarez, J. (2003). *Fundamentos y Metodología: ¿Cómo hacer investigación Cualitativa?* México. Piados.
- American Cancer Society. (2017). *Breast Cancer*. Estados Unidos. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html>
- Ashida, S., Palmquist, A., Basen-Engquist, K., Singletary, S. y Koehly, L. (2009). Changes in female support network systems and adaptation after breast cancer diagnosis: Differences between older and younger patients. *The Gerontologist*, 49(4), 549-559.
- Bárez, M., Blasco, T., y Fernández, C. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *An Psicol.*, 19, 253-46.
- Barrantes, E. (20 de marzo 2018). Mujeres navegadoras en la lucha contra el cáncer de mama. *Semanario Universidad*. N° 2220., p. 14.
- Bell, C., Ziner, K. y Champion, V. (2009). Death worries and quality of life in younger breast cancer survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 31(8), 1076-1077.
- Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(1), 133-142.

- Biglia, N., Moggio, G., Peano, E., Sgandurra, P., Ponzone, R., Nappi, R., y Sismondi, P. (2010). Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. *Journal of Sexual Medicine*, 7(5), 1891-1900.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., y Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424.
- Breastcancer.org. (2017). *Tipos de cáncer de mama. Estados Unidos*. Recuperado de: <https://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos>.
- Costanzo, E., Lutgendorf, S., Mattes, M., Trehan, S., Robinson, C., Tewfik, F., y Roman, S. (2007). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97(12), 1625-31.
- Cruzado, R. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid, España.
- Cruz-Esrich, N.(2013) Enfermos de Alzheimer: La sobrecarga del cuidador (Tesis de pregrado de enfermería) Universidad de Lleida: Lleida, España.
- Davis, C. (2004). Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer: How Can Social Workers Make a Difference?. *Health & Social Work*, 29(4), 330-334.
- Die Trill, M. (2003). *Psicoterapia de grupo*. Madrid. Editorial ADES. p. 519-33.
- Espinoza, K., y Jofre, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30.
- Expósito, C. (2010). Intervención personalizada a cuidadores primarios de mujeres con cáncer avanzado de mama que reciben Cuidados Paliativos. *Revista Cubana de*

*Enfermería*, 26(3), 130-143.

Faller, H., Brähler, E., Härter, M., Keller M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Koch, U., y Mehnert, A. (2017). Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 100, 1934–1942.

Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., y Bray, F. (2018). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Recuperado de: <https://gco.iarc.fr/today>.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., y Mathers, C. GLOBOCAN. (2012). Cancer Incidence and Mortality Worldwide. *IARC CancerBase* No. 11 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Recuperado de: <http://www-dep.iarc.fr/WHODb/WHODb.htm>.

Fernández, C., y Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207.

Flórez, K., Aguirre, A., Viladrich, A., Céspedes, A., De La Cruz, A., y Abraído-Lanza, A. (2009). Fatalism or destiny? A qualitative study and interpretative framework on Dominican women's breast cancer beliefs. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 11(4), 291-301.

Font, A., y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 423-46.

- Galván, N., Buki, L. P., y Garcés, D. M. (2009). Suddenly, a carriage appears: Social support needs of Latina breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 27(3), 361-382.
- Gantiva, C. (2010). Intervención en crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 4(2), 143-145.
- García, A., Hurtado, G., y Aranda, E. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 12(1), 129-140.
- García, C., y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25, 72-80.
- García, J. (2019). *Pirámide de Maslow: la jerarquía de las necesidades humanas*. Recuperado de: <https://psicologiaymente.com/>.
- Garduño, C., y Sánchez, J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69-80.
- Gough, I. (2007). El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 100, 177-202.
- Greer, J., Park, E., Prigerson, H., y Safren, S. (2010). Tailoring Cognitive- Behavioral Therapy to Treat Anxiety Comorbid With Advanced Cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24(4), 294-313.

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. Sexta edición. México: McGRAW-HILL.
- Hersch, J., Juraskova, I., Price, M., y Mullan, B. (2009). Psychosocial interventions and quality of life in gynecological cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 18(8), 795-810.
- Huang, J., y Shi, L. (2016). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer: study protocol for a randomized controlled trial. *Bio.Med.Central*, 17(209), 1-9. DOI 10.1186/s13063-016-1335-z
- Li, W., Lam, W., Au1, A., Ye, M., Law, W., Poon, J., Kwong, A., Suen, D., Tsang, J., Girgis5, A., y Fielding, R. (2013). Interpreting differences in patterns of supportive care needs between patients with breast cancer and patients with colorectal cancer. *Psycho-Oncology* 22: 792–798.
- Lorenzo, C. R. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação*, 31(1), 11-22.
- Lozano, R., Gómez, H., Lewis, S., Torres, L., y López L. (2009). Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. *Salud Pública de México*, 51(2), S141–S156.
- Lugones, B. y Ramírez, M. (2009). Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Revista cubana de Medicina Genral Integral*, 25(3), 160-166.
- Lumbreras, S., y Blasco, T. (2008). Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 5 (1), 155-170.
- Martín, L., y Muñoz, M. (2009). *Primeros auxilios psicológicos*. España: Síntesis Editorial SA.

- Matthews, E., y Cook, P. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(7), 716-726.
- Mehnert, A., y Koch, U. (2008). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register- based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 383-391.
- Meza, P. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatol. Reprod. Hum.* 21,72-80.
- Ministerio de Salud. (2015). *Boletín estadístico de incidencia de tumores malignos más frecuentes en Costa Rica año 2013.* . San José, Costa Rica..p.p. 11
- Monge, I. (2018). *Intervención en crisis.* Editorial UNED. San José, Costa Rica. p.p. 224.
- Munir, F., Burrows, J., Yarker, J., Kalawsky, K., y Bains, M. (2010). Women's perceptions of chemotherapy- induced cognitive side effects on work ability: A focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1362-1370.
- Navas, R. (1981). Terapia racional emotiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13, 75-83.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global Health Observatory.* Geneva: World Health Organization. Recuperado de: <http://who.int/gho/database/en/>.
- Ortiz, A. (2016). Situación epidemiológica del cáncer a nivel mundial y en Costa Rica. En:

- Vargas, G., Calvo, Y., Barquero H., Brenes F., Arguello, J., Santamaría, C., Madriz, W. (Eds). *Conceso costarricense sobre prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario*, 14-15.
- Phillips, K., Antoni, M., Lechner, S., Blomberg, B., Llabre, M., Avisar, E., Glück, S., DerHagopian, R., y Carver, C. (2008). Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 70(9), 1044-1049.
- Prieto, A. (2004). Psicología Oncológica. *Revista Profesional de Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Pudkasama, S., Polmanc, R., Pitcherd, M., Fisher, M., Chinlumprasertb, N., Stojanovskaa, L., y Apostolopoulou, V. (2018). Physical activity and breast cancer survivors: Importance of adherence, motivational interviewing and psychological health. *Maturitas*, 116, 66-72.
- Quintero, J. R. (2007). *Teoría de las Necesidades de Maslow*. Obtenido de *Teoría de las necesidades de Maslow*. [http://doctorado.josequintero.Net/documentos/Teoria\\_Maslow\\_Jose\\_Quintero.pdf](http://doctorado.josequintero.Net/documentos/Teoria_Maslow_Jose_Quintero.pdf).
- Quirós, J., Arce, I., y Ramírez, C. (2010). Cáncer de mama en mujeres jóvenes características clínica y patológicas. *Revista médica de la Universidad de Costa Rica*, 4(2), 54-64.
- Raffo, S. (2005). *Intervención en crisis. Apuntes para uso exclusivo de docencia*. Universidad de Chile: Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.
- Rodríguez, B. Ortiz, A. y Palao, A. (2004). Atención psiquiátrica y psicológica al paciente oncológico en las etapas finales de la vida. *Psicooncología*, 1, 263-282.

- Rojas-May, P. G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Las Condes.*, 17(4), 194-197.
- Ruíz, A. y Nava, M. (2012). Cuidadores: responsabilidades- obligaciones. *Revista Enfermería Neurológica* 11 (3), 163-169. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene2012/ene123i.pdf>
- Sánchez, J., y Alvarado, S. (2008). [A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: a field test with disadvantaged participants. \*Mexican Journal of Behavior Analysis\*, 34 \(2\), 313-331.](#)
- Sáenz, M., Gutiérrez, M., Alvarado, R., Bejarano, A., Camacho, A., y Morgan, L. (2015). Navegación y cáncer de mama: una intervención basada en las pacientes. *Costarricense de Salud Pública*, 24 (2), 126-136.
- Salgado, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.
- Steele, R., y Fitch, M. (2008). Supportive care needs of women with gynecologic cancer. *Cancer Nurs.*, 31(4), 289-91. DOI: 10.1097/01.NCC.0000305743.64452.30.
- Sammarco, A. (2009). Quality of life of breast cancer survivors: A comparative study of age cohorts. *Cancer Nursing*, 32(5), 347-356.
- Sebastián, J. y Alonso, C. (2003). El proceso de adaptación a la enfermedad e intervención psicológica. En V. Valentín, C. Alonso, M.T. Murillo, P. Pérez, Y. Vilches (Eds.), *Oncología en Atención Primaria* (pp. 793- 803). Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología.
- Seitz, D., Besier, T., y Golbeck L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer

- patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology* 18: 683–690.
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. D.F., México: Editorial Manual moderno.
- Slaikeu, K., Mejía, M., y López, M. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual moderno.
- Somjaivong, B., Thanasilp, S., Preechawong, S., Sloan, R. (2011). The influence of symptoms, social support, uncertainty, and coping on health-related quality of life among cholangiocarcinoma patients in northeast Thailand. *Cancer Nurs.*, 34(6),434-442.
- Soto, F. (2015). Oncología, Cáncer de Mama. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXXI (617), 799-802.
- Sperry, L. (2010). Breast cancer, depression, culture, and marital conflict. *The Family Journal*, 18(1), 62-65.
- Valle-Alonso, D., Hernández-López, I. E., Zúñiga-Vargas, M. L., & Martínez-Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 12(1), 19-27.
- Vázquez, F. L., Blanco, V., Hermida, E., Otero, P., Torres, Á., y Díaz-Fernández, O. (2015). Eficacia de las intervenciones psicológicas breves para reducir los síntomas depresivos en cuidadores: Revisión sistemática y meta-análisis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(3), 173-188.
- Vázquez, F. L., Hermida, E., Díaz, O., Torres, Á., Otero, P., y Blanco, V. (2014). Intervenciones psicológicas para cuidadores con síntomas depresivos: revisión

sistemática y metanálisis. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 178-188.

Zimmermann, T., Heinrichs, N., y Baucom, D. (2007). "Does one size fit all?" Moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(3), 225-239.

# ANEXOS

## Anexo 1 Preguntas guías de la entrevista

1. ¿Qué sentimientos identifica en usted cuando le informan que va a tratar con una persona recién diagnosticada con cáncer de mama? Por favor explique.
2. De las siguientes necesidades psicológicas, ¿En cuál o cuáles considera usted que ocupa mayor preparación?
  - a. Necesidad de ser empática (ponerse en los zapatos del otro) con las pacientes
  - b. Necesidad de una compañera voluntaria para conversar acerca de las complicaciones del día en la fundación
  - c. Necesidad de sentirse respaldada por los profesionales de la fundación
  - d. Necesidad de sentirse apreciada por el papel que cumple en la fundación
  - e. Necesidad para expresar sus emociones
3. A fin de cubrir la necesidad de apoyo en un paciente nuevo de la fundación, ¿Qué preparativos hace usted para manejar sus emociones? Justifique
4. Tomando en cuenta su papel en la Fundación, ¿de qué manera el voluntariado ha impactado su vida a nivel de pareja (si la tiene), familia y amistades?
5. ¿Cuál ha sido, a su criterio la principal complicación que ha tenido al momento de atender un paciente afectado por su recién diagnóstico de cáncer de mama?
6. De los casos atendidos, ¿Cuál considera que es la reacción emocional común en pacientes afectados por la noticia de su diagnóstico?
7. De las siguientes emociones y conductas ¿Cuáles son las más comunes al momento de que un paciente recibe su diagnóstico?
  - a. Rabia.
  - b. Ansiedad.
  - c. Frustración.
  - d. Depresión.
  - e. Rechazo.
  - f. Evitación (escape).
8. ¿Cuáles son las complicaciones (emocionales y conductuales) de pacientes que para usted le resulta más difíciles de manejar en la fundación?
9. ¿Cuál cree usted que sea las áreas que deba fortalecer en su atención para mejorar una intervención a pacientes recién diagnosticados?
10. Considera usted que la crisis de un paciente diagnosticada podría ser por factores como: a) los hijos o familia, b) el miedo a esta enfermedad mortal, c) la vanidad femenina, al pasar por una mastectomía y d) otras
11. ¿Usted ha realizado capacitaciones sobre intervención en crisis para colaborar en el abordaje de pacientes?
12. ¿Como voluntario en el momento que presenta una crisis con un paciente con que tipo de recurso inmediato cuenta usted?
13. ¿En caso de no poder manejar la crisis de un paciente a que recursos externos recurre para solicitar ayuda?

**Anexo 2** Transcripción de respuestas de la pregunta 1 para la categoría de necesidades Psicológicas

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
¿Qué sentimientos identifica en usted cuando le informan que va a tratar con una persona recién diagnosticada con cáncer de mama? Por favor explique.	<b>Sujeto1</b>	Sentimientos de tristeza, me solidarizo porque yo soy sobreviviente de cáncer de mama, de 12 años, bueno depende si la persona está muy afectada, porque es que hay de todo si la persona este triste o muy afectada trato de hablarle de lo que viví y como Sali adelante, pero más que todo de solidaridad.
	<b>Sujeto2</b>	He tomado actitudes positivas, a nivel personal al principio fue muy duro, hay casos que lo dejan a uno asombrado, dependiendo de las edades, serian como angustia y tristeza, pero combinado con pensamiento de que vamos a hacer. Los casos de niños a mí me impresionan mucho, le generan inquietud y preocupación, es una mezcla de sentimientos que lo conmueve. Al principio fue muy duro
	<b>Sujeto3</b>	Para mí es ser humanista, ayudarla en todo sentido de la palabra, son personas que necesitan mucho, me conmuevo
	<b>Sujeto4</b>	Los sentimientos en mí son en positivo, los uso para empoderarme en esa paciente a todo lo que conlleva esa enfermedad, esperanza, energía, valor y esos.
	<b>Sujeto5</b>	Es el entendimiento de lo que ella está sintiendo, yo ya lo pasé, la entiendo eso empatía y apoyo.
	<b>Sujeto6</b>	Yo le soy sincera a mí me cuesta mucho esa parte del contacto con el recién diagnosticado, porque yo nunca tuve contacto con una persona con cáncer en mi familia ni personal, a mi actualmente me afecta, llevo más de un año y en el proceso he aprendido, pero al principio lloraba mucho, más cuando era personas de la misma edad mía. Diría que tristeza, mucha tristeza, también está la impotencia, porque uno ayuda hasta cierta parte.
	<b>Sujeto7</b>	Empatía, al ser sobreviviente, capacidad de acoger la persona.
	<b>Sujeto8</b>	Primero esa sensación de solidaridad, comprensión, reacciones variadas.
	<b>Sujeto9</b>	Estrés, seria mentirle si le dijera que no existe una cantidad de estrés, pero trato de transformar esa energía en la manera para ayudar, me relajo yo primero antes de empezar a actuar.
	<b>Sujeto10</b>	Son sentimientos encontrados, desde lo duro que puede a ser la situación, hasta que ponerme en su lugar para poder ayudar

*Fuente: creación propia 2019*

*Anexo 3 Transcripción de respuestas de la pregunta 2 para la categoría de necesidades Psicológicas*

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
<p>De las siguientes necesidades psicológicas, ¿En cuál o cuáles considera usted que ocupa mayor preparación?</p> <p>a) Necesidad de ser empática (ponerse en los zapatos del otro) con las pacientes</p> <p>b) Necesidad de una compañera voluntaria para conversar acerca de las complicaciones del día en la fundación</p> <p>c) Necesidad de sentirse respaldada por los profesionales de la fundación</p> <p>d) Necesidad de sentirse apreciada por el papel que cumple en la fundación</p> <p>e) Necesidad para expresar sus emociones</p>	<b>Sujeto1</b>	Necesidad de ser empática (Opción A), aunque las otras no son cubiertas, porque acá no tenemos psicólogo, aun así (opción C), creo que puedo con mi experiencia en la fundación y años anteriores del México.
	<b>Sujeto2</b>	La necesidad de un respaldo profesional (opción C), o alguien que tenga mayor experiencia, da más tranquilidad una persona que fue mastectomizada, saben por casusa explicar mejor.
	<b>Sujeto3</b>	Bueno yo necesito ser empática (opción A), eso sí lo he sabido, también la necesidad de un respaldo se logra salir avante con todo el paciente (opción C). Yo cuando viví mi cáncer, no permití que nadie me ayudara, que nadie me chineara, ahí yo aprendí y ahora hago eso que no permití que no me hicieran.
	<b>Sujeto4</b>	Fíjate que eso conlleva un montón de cosas, pero yo me siento capacitada para llevar todo eso, en mí no veo esas como necesidades que deba mayor preparación, son de buscar y explotar lo que se y conozco, no acepto no por respuesta de quienes me apoyan para sacar adelante al paciente y por eso doy el máximo mío. Yo todos los casos los agarro como muy míos me instruyo, los bajo a mi nivel.
	<b>Sujeto5</b>	Compañía de una persona más capacitada, en este caso una psicóloga (opción C).
	<b>Sujeto6</b>	Para mí la que podría faltar acá es tener un psicólogo que le ayuda a asimilar las cosas, porque acá si tengo mucho espacio para hablar de los casos difíciles (Opción C).
	<b>Sujeto7</b>	Yo siento que se requiere más apoyo, valorar lo que uno hace, en mi parte no me siento valorada (opción D).
	<b>Sujeto8</b>	Un poco de todo, considero que son cosas que debemos tener siempre presentes, una más que otras, pero es como un balance.
	<b>Sujeto9</b>	Para mí son las necesidades de empatía y siempre creo que hace falta un profesional (opción A y C), un doctor o un psicólogo que este ahí para sentir ese respaldo.
	<b>Sujeto10</b>	Necesidad de hacer eso de las emociones y sentimientos, en mi caso a ser la presidenta, todos acuden a mi sin embargo yo no tengo a quien acudir.

*Fuente: creación propia 2019*

*Anexo 4 Transcripción de respuestas de la pregunta 3 para la categoría de Necesidades Psicológicas*

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
A fin de cubrir la necesidad de apoyo en un paciente nuevo de la fundación, ¿Qué preparativos hace usted para manejar sus emociones? Justifique	<b>Sujeto1</b>	Antes de afrontar un momento así, primero si está llorando la dejo llorar le doy agua, me quedo callada y dejo que ella empiece hablar y desahogue eso me permite prepararme
	<b>Sujeto2</b>	Yo respiro hondo, una respiración profunda para aliviar tensión, si el caso es muy fuerte me levanto, solicito el permiso y digo que voy a consultar y busco ayuda, tratar de mantener la calma.
	<b>Sujeto3</b>	Eso es cosa mía, pero yo solo le pido a Dios su sabiduría y me prepare para hacer todo bien
	<b>Sujeto4</b>	Si tienes amor, puedes manejar cualquier emoción, y vez las necesidades que tienes enfrente podés manejarlo.
	<b>Sujeto5</b>	Muchas veces el venir emocionalmente bien desde la casa, un día que no estás bien no ayudas a las pacientes.
	<b>Sujeto6</b>	En general lo agarra de improviso, no tenemos tiempo, llega de repente, uno recibe los golpes a como vienen.
	<b>Sujeto7</b>	No existe el tiempo para uno prepararse.
	<b>Sujeto8</b>	Yo no realizo ninguno, los casos llegan así de improviso no da tiempo de nada.
	<b>Sujeto9</b>	Bueno si tengo tiempo puedo hacer un par de respiraciones, trato de relajarme antes de atender a alguien.
	<b>Sujeto10</b>	Yo no tengo ningún preparativo, cuesta mucho liberar energías.

*Fuente: creación propia 2019*

**Anexo 5** Transcripción de respuestas de la pregunta 4 para la categoría de Complicaciones

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
Tomando en cuenta su papel en la Fundación, ¿de qué manera el voluntariado ha impactado su vida a nivel de pareja (si la tiene), familia y amistades?	<b>Sujeto1</b>	De manera positiva, la labor que se realiza en la fundación es motor que se ve reflejado en las demás cosas, mi familia está orgullosa y me apoya.
	<b>Sujeto2</b>	No me ha afectado a fundación de manera negativa, he manejado un equilibrio entre ambos, por un tiempo me distancie para cuidar a mi primer neto, pero estar acá enamora, mis hijos son todos grandes y casado y mi esposo es excelente y me apoya, he tenido un buen equilibrio entre todo.
	<b>Sujeto3</b>	Familiar, positiva después de 4 -5 años me siento muy feliz acá es como mi segunda familia y mi hijo eso lo hace feliz
	<b>Sujeto4</b>	El impacto tiene tanto positivo como negativo, tiene las dos cosas porque si de verdad quieres hacer un voluntariado, de verdad tienes que dar todo el tiempo que tengas y dedicarte, es difícil contestar esto, porque a mí no me ata nada, mis hijos están grandes, soy viuda, vivo de una pensión y no me atrasa nada.
	<b>Sujeto5</b>	El impacto es positivo, a nivel de amistades porque yo vivo la fundación, conozco gente nueva a través de acá
	<b>Sujeto6</b>	El impacto ha sido positivo, me ha dado consciencia del valor de la familia,
	<b>Sujeto7</b>	No me afecta, bueno hasta ahora mi familia me dice que si es riesgoso viajar desde la Suiza de Pérez Zeledón, y tengo que venir a San José, a mis 80 años ya mi familia dice que no tengo edad para esto.
	<b>Sujeto8</b>	El impacto es 1000% positivo la fundación es muy gratificante y eso se refleja en todo.
	<b>Sujeto9</b>	El impacto es positivo en general, trabajar acá da una perspectiva diferente de la vida que se ve reflejada en todos los aspectos.
	<b>Sujeto10</b>	Positivo al pasar de los años he podido dedicar más tiempo y dar un mayor compromiso.

*Fuente: creación propia 2019*

*Anexo 6 Transcripción de respuestas de la pregunta 5 para la categoría de Complicaciones*

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
¿Cuál ha sido, a su criterio la principal complicación que ha tenido al momento de atender un paciente afectado por su recién diagnóstico de cáncer de mama?	<b>Sujeto1</b>	Bueno la principal complicación, el caso de una muchacha que no quiso nada con nosotras, no dio la cara solo lloraba, fue bastante frustrante, se alejó, quería como irse, desaparecer.
	<b>Sujeto2</b>	Complicaciones siempre hay, las personas que ha llegado a mí han sido conscientes del caso que tiene, un caso que si me fue diferente fue un caso que la muchacha no se quiso hacer la reconstrucción, cuando están a la defensiva si es complicado.
	<b>Sujeto3</b>	En mi caso hace poco tuve una paciente, que, aunque venia en unas crisis, venia molesta e insolente, exigía las cosas y daba órdenes, y demostraba mucho desinterés, malcriadas.
	<b>Sujeto4</b>	La principal complicación que he escuchado de los pacientes: “yo no puedo operarme por mis hijos, ellos me necesitan” el yo no puedo.
	<b>Sujeto5</b>	El tratar de calmarlos, de hacerlas ver que el diagnostico les dio positivo en una biopsia, yo siempre le digo que paso a paso, pero el calmarlas al inicio
	<b>Sujeto6</b>	Hacerlas entender, a veces se enojan, y no aceptan los pasos que implican el proceso, el estrés de las pacientes.
	<b>Sujeto7</b>	Yo no me he encontrado en mayores complicaciones, nada difícil de solucionar,
	<b>Sujeto8</b>	Bueno se han tenido casos que las pacientes no quiere comprender nada, que son hasta insolentes, demandantes y uno puede entender lo que están pasando, pero no puedo o se me dificulta trabajar así.
	<b>Sujeto9</b>	Cuando las mujeres están alteradas, ya sea que vienes llorando mucho o enojadas es más difícil llegarles así.
	<b>Sujeto10</b>	Cuando vienen muy afectadas, con síntomas muy fuertes, o ya desmejoradas, ahí esa mas difícil para mí.

*Fuente: creación propia 2019*

*Anexo 7 Transcripción de respuestas de la pregunta 6 para la categoría de Complicaciones*

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
De los casos atendidos, ¿Cuál considera que es la reacción emocional común en pacientes afectados por la noticia de su diagnóstico?	<b>Sujeto1</b>	Para mí el común es tranquilidad, la mayoría salen muy tranquilas, ahora todo es muy diferente, al tiempo que yo me opere había mucha desinformación. Ahora hay mucha información la gente se permite analizar más.
	<b>Sujeto2</b>	La reacción común para mí es llorar, la persona se asusta y desde que llegan están llorando y el proceso es angustiante para ellas, tenemos que darles el espacio porque ni puede hablar del mismo impacto que tiene recibir esta noticia.
	<b>Sujeto3</b>	La reacción común llanto, y eso me recuerda a mi historia. Para mí eso es difícil.
	<b>Sujeto4</b>	Incertidumbre,
	<b>Sujeto5</b>	El llorar el desesperarse muchas veces, el miedo de no saber qué va a pasar. Hace unos días una doctora atendió acá a una señora y la mando hacer una biopsia, mi manera de reaccionar fue llegar y decirle tranquila, primero vamos a hacer primero los exámenes, cuando lloran me recuerda lo que viví.
	<b>Sujeto6</b>	Lo principal es que se asusten no saber que va a pasar.
	<b>Sujeto7</b>	El miedo de quedarse sin pelo o el miedo de quedarse sin senos.
	<b>Sujeto8</b>	Desesperanza y frustración
	<b>Sujeto9</b>	
	<b>Sujeto10</b>	

*Fuente: creación propia 2019*

*Anexo 8 Transcripción de respuestas de la pregunta 7 para la categoría de Complicaciones*

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
<p>De las siguientes emociones y conductas ¿Cuáles son las más comunes al momento de que un paciente recibe su diagnóstico?</p> <p>a) Rabia.                      b) Ansiedad.                      c) Frustración.                      d) Depresión.                      e) Rechazo.                      f) Evitación (escape).</p>	<b>Sujeto1</b>	Ansiedad tal vez (opción B), la depresión no mucho, solo casos aislados de evitación, eso depende mucho de la persona, pero en general son esas.
	<b>Sujeto2</b>	Para mí, si pasa eso de la evitación, pero lo que he notado es evitarlo y no afrontarlo, temas como Dios, pero sin tomar medicamentos. Pero la mayoría de la gente lo que viene es con esa angustia.
	<b>Sujeto3</b>	Bueno cuando las personas vienen así uno suele abrazarlas, apoyarlas darles una actitud positiva, si vienen ansiosas, pero ahora la medicina está más avanzada que antes.
	<b>Sujeto4</b>	Entran en shock, se nublan y luego viene el pensamiento de muerte, tristeza y llanto, si están lloronas, las abrazo, le doy espacio y así las saco, cual es la idea, sacarla de ese miedo y tristeza.
	<b>Sujeto5</b>	La ansiedad, primero que nada, el susto, y la negación, la gente que dice eso no puede ser verdad
	<b>Sujeto6</b>	Para mí son Ansiedad y Negación.
	<b>Sujeto7</b>	El rechazo, pero en la pérdida de pelo, o ser operadas, por miedo al proceso se aleja o se niegan a tratarse.
	<b>Sujeto8</b>	En mi experiencia pasan por casi todas las que me menciona, son todo un proceso, a veces llegan en llanto muy triste, pero uno sabe que ya pasaron por la parte de negar que eso les está pasando.
	<b>Sujeto9</b>	De esas yo siempre he notado la ansiedad y llanto esa tristeza profunda.
	<b>Sujeto10</b>	La tristeza profunda, depresión, algunas les dura mucho tiempo en el tratamiento.

*Fuente: creación propia 2019*

*Anexo 9 Transcripción de respuestas de la pregunta 8 para la categoría de Complicaciones*

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
¿Cuáles son las complicaciones (emocionales y conductuales) de pacientes que para usted le resulta más difíciles de manejar en la fundación?	<b>Sujeto1</b>	No vieras que en mis 3 años si he topado con casos que he podido trabajar, el único caso que digo que no podría es cuando se cierran
	<b>Sujeto2</b>	Una de las reacciones que me dificulta un poco más son cuando vienen con las complicaciones de la quimio terapia. Buenos ahora que lo noto, las más inquietantes son las pacientes que recibieron el diagnóstico y aun no se sabe cuál es el siguiente paso, en específico esperar para la operación, esa espera de no tener respuesta es tremenda
	<b>Sujeto3</b>	Para mí lo más difícil de manejar son pacientes que pretende que cuando paga una cuota creen que uno es esclavo de ellos
	<b>Sujeto4</b>	Que difícil, porque cuando me las dan desbocadas las paro, cuando un médico me dice que hay que esperar, le trasmito esa paz, entonces no he tenido un caso como el que pregunta, ninguna se me ha muerto entonces no se aun que va pasar.
	<b>Sujeto5</b>	En el momento que están negativas, que no ven que es una enfermedad que debemos afrontar, el rechazo
	<b>Sujeto6</b>	Para mí el llanto es difícil de controlar, yo las dejo que lloren, pero me dan muchas ganas de llorar a mí también, me supera cuando vienen en crisis.
	<b>Sujeto7</b>	Mucho llanto, miedo, susto
	<b>Sujeto8</b>	Cuando están muy angustiadas y llorando sin control, esa parte me conmueve mucho, me identifico.
	<b>Sujeto9</b>	Cuando viene exigentes, demandantes
	<b>Sujeto10</b>	Para mí el momento que más complica los diagnósticos y se me dificulta más en ese tema es cuando el cáncer ya está muy avanzado con metástasis, es tema es más difícil y poco esperanzador.

*Fuente: creación propia 2019*

*Anexo 10 Transcripción de respuestas de la pregunta 9 para la categoría de Intervención en Crisis.*

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
¿Cuál cree usted que sea las áreas que deba fortalecer en su atención para mejorar una intervención a pacientes recién diagnosticados?	<b>Sujeto1</b>	Bueno hay algo muy importante, es muy difícil trabajar a las pacientes con cáncer con metástasis en otras áreas, trabajar con pacientes que uno tiene conocimiento que ya no lo puede superar, es mayor el desconsuelo, a mí me ha tocado con amigas de FUNDESO, los casos de que el caso vuelve y reciben esa noticia ahí es donde uno sabe que necesita mayor capacitación
	<b>Sujeto2</b>	En mi atención, a veces uno como que esta disipada en otras cosas, en otros quehaceres que lo disipan, yo siempre estoy dispuesta para el paciente, pero a veces creo que ser más ligera en el proceso, a mí me costó hacer el nuevo proceso en la computadora, ese aprendizaje me costó mucho ponerme al día, yo duro mucho con los pacientes, oírlos, darle espacio, yo duro más de los demás en la atención
	<b>Sujeto3</b>	El área que deba fortalecer en mi atención seria ser empática
	<b>Sujeto4</b>	No considero que tenga un área a fortalecer, si no la se la averiguo, la leo, busco ayuda y lo resuelvo en la marcha. Si llega algo en le futuro lo sabre cuando me toque, aun no se me ha muerto ninguna mujer, el día que pase enfrentare otro reto.
	<b>Sujeto5</b>	Estar yo emocionalmente fuerte, porque a pesar de que lo mío fue hace 6 años hay momentos que me hacen un circuito en mis emociones o cerebro que no se como explicarlo que me aflojan, algo en los casos que me identifico con mi pasado.
	<b>Sujeto6</b>	Creo que es la parte de tener la capacidad de hablar a la paciente sin que me afecte o me afecte lo menos posible, un poco entender mejor la enfermedad de la paciente
	<b>Sujeto7</b>	Actualmente, tal vez mas información, pero eso ya depende de uno, en mi caso es pregúntele a Google.
	<b>Sujeto8</b>	Una de las principales áreas que reconozco que debo fortalecer es la paciencia, me gusta el orden y las cosas como deben ser, paso a paso.
	<b>Sujeto9</b>	Actualizarme, empaparme de las nuevas técnicas, los nuevos procesos, eso ya es más personal,
	<b>Sujeto10</b>	Aprender maneras de comunicarme con el paciente, que se debe decir que no se debe decir, esas cosas de lenguaje y de atención en casos de emergencia

*Fuente: creación propia 2019*

**Anexo 11** Transcripción de respuestas de la pregunta 10 para la categoría de Intervención en Crisis.

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
<p>Considera usted que la crisis de un paciente diagnostica podría ser por factores como: a) los hijos o familia, b) el miedo a esta enfermedad mortal, c) la vanidad femenina, al pasar por una mastectomía y d) otras</p>	<b>Sujeto1</b>	Las tres primeras, más que todo la familia. en especial las mujeres que tiene hijos pequeños, porque muchas piensan que se van a morir y que va a pasar con los hijos (opción A, B y C).
	<b>Sujeto2</b>	Las consideraciones que me menciona son todos factores para las crisis, pero va a variar de la edad, si son jóvenes, va ligado a la vanidad (opción C), si tiene una edad mayor y con hijos va a ser la preocupación la familia (opción A), ha venido casos en que sus esposos se van por que ya no tiene un seno, pero cuando tiene hijos grandes son otras las preocupaciones.
	<b>Sujeto3</b>	Bueno en ese caso seria, para mi es el estrés, no está ahí (opción D), pero el estrés puede detonar las crisis.
	<b>Sujeto4</b>	Fíjate que la gente no le tiene miedo a la enfermedad, si no al tratamiento, al proceso y sus efectos secundarios, ya hay más alternativas, una operación se puede reconstruir, pero todos los síntomas perder el pelo, los vómitos, el desgaste (opción D).
	<b>Sujeto5</b>	El miedo es principal desde mi experiencia (opción B), también la parte femenina que les quiten el seno (opción C), yo lo veo de esta manera y siempre lo digo, el doctor siempre dice el peor panorama, pero no siempre es así
	<b>Sujeto6</b>	Creo que es miedo a la muerte (opción B), esta entre morir ellas o la familia, si depende de la edad si están muy adultos es si me muero mi familia que pasa. O muy joven no tengo hijos aún (opción A).
	<b>Sujeto7</b>	Para mí son todas las que menciona, aunque actualmente la vanidad para ellas si, en mis tiempos no (opción C).
	<b>Sujeto8</b>	Eso siempre va a depender de la paciente, pero en general en mis casos es tema de la familia siempre es el que más les preocupa (opción A).
	<b>Sujeto9</b>	El miedo a la muerte (opción B), que sea una gran posibilidad y lo repentino que es a veces, y la vanidad está muy relacionado con la perdida de pelo que es una señal de mujer (opción C).
	<b>Sujeto10</b>	El miedo a la muerte (opción B), pero son varias, porque si la muerte esta como opción, es también salen los miedos a que va a pasar con la familia si la hay.

*Fuente: creación propia 2019*

*Anexo 12 Transcripción de respuestas de la pregunta 11 para la categoría de Intervención en Crisis.*

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
¿Usted ha realizado capacitaciones sobre intervención en crisis para colaborar en el abordaje de pacientes?	<b>Sujeto1</b>	Si he realizado capacitaciones, en FUNDESO, pero hace muchos años, también en el hospital México
	<b>Sujeto2</b>	Si hemos tenido asesorías de un grupo de estados unidos, de la sociedad americana de cáncer de seno en Nueva York un año completo.
	<b>Sujeto3</b>	No he realizado ninguna capacitación, charlas tocan ese tema, pero no como capacitación
	<b>Sujeto4</b>	Si por parte del programa navegar del hospital México
	<b>Sujeto5</b>	No
	<b>Sujeto6</b>	No, lo que he aprendido ha sido en la marcha.
	<b>Sujeto7</b>	No, solo lo que he vivido y aprendo.
	<b>Sujeto8</b>	En realidad, no he tenido una capacitación formal en ese tema, lo he aprendido en mis años de trabajar acá, pero nada realmente formal
	<b>Sujeto9</b>	No
	<b>Sujeto10</b>	No

*Fuente: creación propia 2019*

*Anexo 13 Transcripción de respuestas de la pregunta 12 para la categoría de Intervención en Crisis.*

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
¿Como voluntario en el momento que presenta una crisis con un paciente con qué tipo de recurso inmediato cuenta usted?	<b>Sujeto1</b>	Bueno el acompañamiento, como recursos agua, pañuelos. A veces tenemos el apoyo del grupo que hacen acá.
	<b>Sujeto2</b>	Las compañeras son mi principal recurso, una compañera mastectomizada es un importante porque somos diferentes en cuanto a la experiencia, depende si esta acá la doctora mora la llamo, o el grupo de apoyo
	<b>Sujeto3</b>	Como recursos inmediatos, para atender pacientes complicados son las compañeras, la presidenta elevar el caso
	<b>Sujeto4</b>	Por ejemplo, usted me llama por teléfono, y yo no tengo como referirla, si de alguna manera lo encuentro, un pero de la persona, yo dirijo a la presidenta y busco una solución.
	<b>Sujeto5</b>	Para ayuda voy y busco a Doña Xinia que es la presidente, o alguien de la junta.
	<b>Sujeto6</b>	El inmediato son las compañeras, las otras voluntarias
	<b>Sujeto7</b>	Mis recursos inmediatos en Fundeso
	<b>Sujeto8</b>	Acudo a la presidenta o marta, tiene mucha experiencia
	<b>Sujeto9</b>	Como recursos uno tiene acá un vaso de agua, un café, mandándolos a sentarse, el apoyo de uno o las compañeras.
	<b>Sujeto10</b>	Lo soy la última instancia acá, todas acuden a mí y yo tengo que ver como resuelvo.

*Fuente: creación propia 2019*

*Anexo 14* Transcripción de respuestas de la pregunta 13 para la categoría de Intervención en Crisis.

<b>Pregunta</b>	<b>Sujeto</b>	<b>Respuesta de cada sujeto</b>
¿En caso de no poder manejar la crisis de un paciente a que recursos externos recurre para solicitar ayuda?	<b>Sujeto1</b>	La hija de la tesorera de la fundación es Psicóloga, a veces la referimos a ella cuando son con asuntos más allá del cáncer.
	<b>Sujeto2</b>	Por lo general recorro al grupo de apoyo, acá mismo hay un apoyo excelente no veo la necesidad de buscar ayuda de afuera
	<b>Sujeto3</b>	Para referir a un recurso externo, muy difícilmente, pero sería un doctor, pero por lo general acá tenemos muchos recursos.
	<b>Sujeto4</b>	Yo soy tener una red de contactos y si no los tengo lo busco y no descanso hasta hacerlo.
	<b>Sujeto5</b>	Yo refiero mucho al grupo de apoyo de la fundación, pero ya en otras ocasiones y dependiendo de la persona, yo recorro a la psicóloga, que venia los lunes, ya no volvió a venir.
	<b>Sujeto6</b>	Si son recursos externos desconozco, yo busco acá mismo y mis compañeras redirigen, a veces hasta toca ver como ayuda para su estado migratorio, pero esos contactos no los manejo yo.
	<b>Sujeto7</b>	En Turrialba estamos haciendo una fundación con dos enfermeras, yo acudo en Turrialba a ellas dos.
	<b>Sujeto8</b>	Bueno a veces si la persona es religiosa los invito a la iglesia, o le doy el nombre de alguna psicóloga del grupo de apoyo de acá que puedan contactar luego.
	<b>Sujeto9</b>	No he tenido casos que deba buscar ayuda adicional, bueno solo las compañeras, pero como referir no, a veces se les recomienda los grupos de apoyo, pero eso es interno no externo.
	<b>Sujeto10</b>	A las psicólogas que son voluntarias.

*Fuente: creación propia 2019*

DECLARACIÓN JURADA

Yo HERNAN DAVID BERMÚDEZ RODRÍGUEZ, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 8-0113-0206 egresado de la carrera de PSICOLOGÍA de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: IDENTIFICACIÓN DE TEMAS CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA POR VOLUNTARIOS DE FUNDESOS, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los dos días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve

  
Firma del estudiante  
Cédula 8-0113-0206

CARTA DEL TUTOR

San José, 3 de octubre del 2019.

**Lic. Gisela Coronado**  
**Directora de Registro Sede Aranjuez**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señorita:

El estudiante Hernán David Bermúdez Rodríguez, cédula de identidad número 8-0113-0206, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "IDENTIFICACIÓN DE TEMAS CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER DE MAMA POR VOLUNTARIOS DE FUNDESOS", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología.

En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18%
	TOTAL		96%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

**M. Psc. Aarón Ocampo Hernández**  
**Cédula identidad número 205130909**  
**Carné Colegio Profesional número 1555**

  
DOCUMENTO RECIBIDO  
Por: José Picado  
Fecha: 3/10/19.

**CARTA DEL LECTOR**

24 de octubre, 2019

**Sres.**  
**Departamento de Registro**  
**Universidad Hispanoamericana**

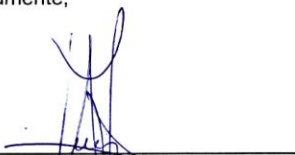
Estimado señores:

La estudiante Hernán David Bermúdez Rodríguez, cédula de identidad número 801130206, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de Tesis "IDENTIFICACIÓN DE TEMAS CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CÁNCER DE MAMA POR VOLUNTARIOS DE FUNDESO.", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura.

En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Por lo tanto se avala el traslado al siguiente proceso.

Atentamente,



**Luis Diego Ballesteros Murillo**  
**Cédula: 110490144**  
**Código de Colegiado: 2978**

CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

1° de noviembre de 2019

Señores  
Universidad Hispanoamericana  
Presente

Estimados señores:

El estudiante Hernán David Bermúdez Rodríguez, cédula de identidad número 801130206 presentó a revisión su trabajo final de graduación para optar por el grado académico de Licenciatura en Psicología titulado "Identificación de temas claves para la intervención en crisis de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama por voluntarios de Fundeso."

Revisé y corregí los aspectos referentes a estructura gramatical, acentuación, ortografía, puntuación y vicios del lenguaje que se trasladan al escrito, por tanto desde el punto de vista filológico el trabajo cumple con los requisitos necesarios para su presentación. Cabe aclarar que se respeta el estilo del estudiante.

Atentamente:

*Faustina Chang*  
Faustina Chang Murillo

Cédula 4 095 462

Filóloga

Código Colegio de Licenciados y profesores 1807

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA  
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)  
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA  
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA  
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 03 de diciembre de 2019

Señores:  
Universidad Hispanoamericana  
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito Hernán David Bermúdez Rodríguez con número de identificación 8-0113-0206 autor (a) del trabajo de graduación titulado IDENTIFICACIÓN DE TEMAS CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA POR VOLUNTARIOS DE FUNDESO presentado y aprobado en el año 2019 como requisito para optar por el título de Licenciatura en Psicología; SI autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,

  
8-0113-0206  
Firma y Documento de Identidad