

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



**“LA RESILIENCIA EN EL TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN DE MUJERES
CON CÁNCER DEL CUELLO UTERINO EN LA CIUDAD DE COBIJA”**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

Postulante: Alejandrina Valdivia Medina

Tutora: Lic. Audrey Francis Ojopi Seeghers

Cobija - Pando – Bolivia

2020

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

**LA RESILIENCIA EN EL TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN DE MUJERES
CON CÁNCER DEL CUELLO UTERINO EN LA CIUDAD DE COBIJA**

Tesis de Grado sometida a consideración de la Universidad Amazónica de Pando, en el Área de Ciencias Sociales y Humanística de la carrera de Trabajo Social.

Requisito para optar al grado de:

Licenciada en Trabajo Social

Por

Alejandrina Valdivia Medina

Cobija - Pando – Bolivia

2020

Esta Tesis de Grado, ha sido aceptada en su presente forma por la Universidad Amazónica de Pando, la Dirección del Área de Ciencias Sociales y Humanísticas y aprobada por el Tribunal.

FIRMANTES:

Lic. Alfredo Aparicio Callaú

DIRECTOR a.i. DEL ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS

MSc. Carol Carlo Durán

TRIBUNAL

Lic. Claudia Herrera Monasterio

TRIBUNAL

M.Sc. Lucimar Soraide Castedo

TRIBUNAL

Lic. Audrey Francis Ojopi Seeghers

TUTORA

Univ. Alejandrina Valdivia Medina

POSTULANTE

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis padres Alberto y María del Carmen por darme la vida y apoyarme siempre en cada etapa.

A mi hijo Emanuel, mi razón de ser, mi motor a seguir adelante.

De forma especial les dedico este trabajo a las mujeres que vencieron el cáncer de cuello uterino y brindaron su testimonio para poder conocer la experiencia vivida y la resiliencia que obtuvieron para superar esa adversidad.

“Puede que las cosas no siempre salgan bien y la vida nos ponga pruebas difíciles. Sin embargo mientras haya vida hay esperanza”

(Stephen Hawking).

Agradecimientos

A Dios, por su infinito amor y misericordia, por la vida, por mi familia, por permitirme culminar esta hermosa etapa y bendecirme cada día.

A mis padres por siempre creer en mi e impulsarme en mi superación personal, porque me dieron la vida y me enseñaron todos los valores que ahora enseño a mi hijo, los amo.

A la razón que me mueve para salir adelante e intentar ser mejor día a día, a mi pequeño hijo.

A la Lic. Audrey Francis Ojopi Seeghers por su paciencia, consejos y sabiduría en todo el proceso de elaboración.

Al tribunal evaluador, Licenciadas Carol Carlo, Claudia Herrera y Lucimar Soraide por todos sus consejos, apoyo y paciencia.

A todos mis compañeros y compañeras quienes hicieron esta etapa más llevadera y armoniosa, todos los días los llevare conmigo.

A todo el plantel docente por sus enseñanzas, experiencias y sabiduría todos estos años.

A todas las personas que de una u otra manera cruzaron mi camino y me apoyaron para lograr mi superación cada día.

A todos ustedes muchas gracias, Dios los bendiga siempre.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Índice de Contenido.....	iii
Lista de anexos.....	iv
Resumen Ejecutivo.....	v
Introducción	
CAPÍTULO I.....	3
JUSTIFICACIÓN, PROBLEMA Y OBJETIVO.....	3
1.1. Antecedentes.....	3
1.2. Justificación.....	8
1.3. Descripción del problema.....	9
1.3.1. Planteamiento del problema.....	10
1.3.2. Formulación del problema.....	12
1.4. Objetivos.....	12
1.4.1. Objetivo General.....	12
1.4.2. Objetivo específicos.....	13
CAPÍTULO II.....	13
DISEÑO METODOLÓGICO	13
2.1. Tipo de investigación.....	14
2.2. Enfoque de la investigación.....	14
2.3. Población y muestra.....	15
2.3.1. Población.....	15
2.3.2. Muestra.....	15
2.4. Tipo de muestreo.....	15
2.5. Fuentes y técnicas de investigación.....	15

2.5.1	Fuentes.....	16
2.5.1.1.	Fuentes primarias.....	16
2.5.1.2.	Fuentes secundaria.....	16
2.5.2.	Técnicas de investigación.....	16
2.5.2.1	Entrevista a profundidad.....	17
2.5.2.2.	Historia de vida.....	17
CAPÍTULO III.....		19
MARCO REFERENCIAL.....		19
3.1	Marco legal.....	19
3.1.1.	Constitución Política del Estado.....	19
3.1.2	Decreto Supremo N° 29894 Estructura Organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional.....	20
3.1.3	Ley N°2426 del Seguro Universal Materno Infantil.....	20
3.1.4.	LeyN°3250 Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).....	20
3.1.5.	Ley N°1100 Sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.....	21
3.1.6.	Ley N°031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”	21
3.1.7	Ley N°1223 del Cáncer.....	21
3.2.	Estado del Arte.....	22
3.3.	Marco Teórico.....	24
3.3.1.	Definiendo el Cáncer de Cuello Uterino.....	24
3.3.2.	Psicopatología relacionada con las enfermedades oncológicas.....	25
3.3.3.	La resiliencia en familias con cáncer.....	25
3.3.4.	El concepto de Resiliencia.....	26
3.3.5.	El concepto de robustez.....	26
3.3.6.	Factores que promueven la resiliencia.....	27
3.3.7.	Depresión y resiliencia.....	29

3.3.8.	Características de una persona resiliente.....	29
3.3.9.	Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes oncológicos.....	30
3.3.10.	Teorías.....	31
3.3.10.1	Teoría del desarrollo psicosocial de Grotberg.....	31
3.3.10.2.	Teoría por Wagnild y Young.....	31
3.3.10.3	Modelo Mandala de la resiliencia por Wolin y Wolin.....	32
3.3.11.	Intervención de Trabajo Social en el campo de la salud.....	34
3.3.12.	Función del Trabajador Social en el campo de la salud.....	34
CAPÍTULO IV.....		38
RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.....		38
CONCLUSIONES.....		71
RECOMENDACIONES.....		74
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		76
ANEXOS		

ÍNDICE DE ANEXOS

- ANEXO 1 Entrevista dirigida a mujeres que vencieron el cáncer de cuello uterino
- ANEXO 2 Entrevista dirigida a funcionarios del programa de salud sexual y reproductiva
- ANEXO 3 Entrevista dirigida a ginecólogo/as del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán
- ANEXO 4 Memoria fotográfica

RESUMEN EJECUTIVO

La presente tesis, trata sobre la resiliencia en mujeres con cáncer de cuello uterino (CACU) describiendo mediante testimonios de mujeres que han padecido de cáncer de cuello uterino y de qué manera la resiliencia les ayudo a enfrentar las adversidades de la enfermedad y vencerla.

El objetivo principal de la Tesis fue describir la posición de resiliencia en la que se apoyaron las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el proceso del tratamiento y recuperación, en la ciudad de Cobija.

En el diseño metodológico se utilizó la investigación descriptiva con un enfoque cualitativo; aplicando técnicas como la entrevista a profundidad y la historia de vida, dirigidas a mujeres que vencieron el CACU y personal de salud que atiende a mujeres diagnosticadas con la enfermedad en el municipio de Cobija.

De los datos obtenidos, se establecen que los factores de resiliencia, que influyeron en las mujeres diagnosticadas con cáncer, como la esperanza, actitud positiva, la fe y la familia, adquieran una actitud positiva y se fortalezcan moralmente para poder enfrentar las adversidades en el proceso del tratamiento y recuperación para poder vencer la enfermedad.

Introducción

La presente tesis de investigación, respecto a la resiliencia en el tratamiento y recuperación de mujeres con cáncer del cuello uterino en la ciudad de Cobija, problemática que afecta a las mujeres, causando la muerte si no lo previenen a tiempo.

Teniendo como objetivo general, determinar la posición de resiliencia en la que se apoyaron las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el proceso del tratamiento y recuperación, en la ciudad de Cobija. Que guío la elaboración del estudio fue describir la posición de resiliencia en la que se apoyaron las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el proceso del tratamiento y recuperación, ya que se consideró de gran importancia explicar, como incide la resiliencia en la recuperación de casos de CACU y el apoyo que se debe brindar mediante Trabajo Social.

En el Capítulo I, se presentan los antecedentes, la justificación que prevaleció el estudio, el planteamiento del problema y los objetivos propuestos que se plantearon en un inicio para realizar la investigación.

El Capítulo II, contiene el diseño metodológico, con un tipo de investigación descriptiva con un enfoque cualitativo, mediante la recopilación y análisis de la información, además de los instrumentos y técnicas como la encuesta, entrevista y observación.

En el Capítulo III, se profundiza el marco referencial, se describe el Marco Legal, así como también el teórico en sus dos dimensiones; donde se presentan las normativas nacionales que enmarcan la atención en salud para las personas con cáncer así como también teorías que sustentan la investigación, se describen enunciados que se enmarcan en la calidad de vida, la resiliencia, el cáncer de cuello uterino, la intervención de Trabajo Social y otras que respaldan la investigación.

Y por último el Capítulo IV, donde se presentan los resultados y principales hallazgos de la investigación que establecen los testimonios de tres mujeres que sobrevivieron al cáncer de cuello uterino, enfocando los pilares de la resiliencia. Para finalizar se detallan las conclusiones y recomendación.

CAPÍTULO I

JUSTIFICACIÓN, PROBLEMA Y OBJETIVOS

1.1. Antecedentes

Una de las enfermedades que afecta no solo a la persona sino también a su entorno, es el Cáncer de cuello uterino. Varias investigaciones que a continuación se describen pueden visibilizar mejor la situación.

De esta manera, el cáncer representa un grave problema mundial de salud, llegando a ser la segunda causa de muerte por enfermedades a nivel global y la tercera en Latinoamérica “por las elevadas tasas de enfermedades infecciosas ya controladas en países del primer mundo” (Lion, 2009, p. 1). En especial a las mujeres de edad de fecundación o mayores de 18 años.

La Organización Mundial de la Salud, (OSM) presentó los datos más recientes en incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer en el mundo. La nueva versión de la base de datos online de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC, en sus siglas en inglés) 2012, presenta las estimaciones para 28 tipos de cáncer en 184 países en el mundo y ofrece una revisión integral de la carga de cáncer mundial. Revela tendencias importantes en cáncer en mujeres y destaca que se debe priorizar la prevención y el control de cáncer cervical y de mama en todo el mundo. Según esta base de datos, se estima que hubo 14,1 millones de nuevos cánceres en 2012 y 8,2 millones de muertes vinculadas al cáncer, comparado con 12,7 millones de casos nuevos y 7,6 millones de muertes registradas en 2008. (2012, p.1).

En América Latina es la segunda neoplasia más común en mujeres. La mortalidad en la región es de 8,7 defunciones por 100.000 mujeres, y el 75% ocurre en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad es más alta en Guyana con 21,9, Bolivia con 21,0 y Nicaragua con 18. (González, 2017, p.1). Es decir que el porcentaje en los países extranjeros el 75% son víctimas del cáncer de CACU.

En los países desarrollados, los registros de cáncer de cuello uterino de base poblacional, producen información sistemática y continua sobre la incidencia de los distintos tipos de cáncer.

En México, es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, con una incidencia de 23,3 casos por 100.000 mujeres. En el año 2012, se registraron 3.832 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 6,4 defunciones por 100.000 mujeres. En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, la tasa cruda es de 11,8 defunciones por 100.000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59,03 años. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer del cuello uterino son Colima, Oaxaca, Veracruz, Morelos y Chiapas. Por el contrario, solo el 42% de las defunciones por cáncer de cuello uterino se registraron en mujeres con derechohabiencia, y alcanzaron una tasa de 14 por 100.000 entre las mujeres de 25 años y más sin derechohabiencia. (González, 2017, p.1)

Por el contrario, las estadísticas de mortalidad tienen la enorme ventaja de ofrecer una gran cobertura y disponibilidad. No obstante, en muchas provincias dicha cobertura es incompleta, mientras que en otras la integridad de los datos es variable conforme al grupo de edad.

Así también, en Brasil, Wanessa Cassemiro Fernandes y Maiko Kimura, (2010) realizaron un artículo de investigación sobre la Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino en el Brasil. La investigación se basó en explicar la calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino e identificar los factores de predicción de calidad de vida utilizando una metodología transversal y de correlación, con abordaje cuantitativo.

La investigación concluye en que lo más difícil para las mujeres que enferman de cáncer de cuello uterino, es sobre llevar las secuelas que deja la enfermedad, como ser; el desempeño y función sexual, la diversión, la importancia atribuida a la actividad sexual, el tiempo de radioterapia, el tabaquismo, la situación conyugal, y la presencia de enfermedades concomitantes.

La investigación mencionada se apoya teóricamente en la investigación en el área de autopercepción sobre la calidad de vida que tienen las pacientes con cáncer de cuello uterino, además de apoyar en el diseño metodológico y servir de guía para la construcción de instrumentos de recolección de datos.

Por lo consiguiente en Barcelona, otra investigación importante es la que realizo (Julio Rodríguez Rodríguez, 2017) denominada “El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia, en Barcelona”. El objetivo de la investigación fue conocer las vivencias de las personas con cáncer respecto al proceso de la enfermedad analizando el papel de apego que existe entre las personas con cáncer y sus familiares respecto al afrontamiento resiliente.

La metodología que el autor empleo fue mixta y tuvo como resultado que el cáncer es una enfermedad que tiene, pues que diagnóstico es el momento de mayor impacto emocional y los cambios corporales a consecuencia de los tratamientos son el elemento distintivo de la persona afectada. El autor concluye mencionando que el cáncer impacta en el entorno familiar y social, siendo la familia el soporte emocional necesario para que las mujeres con cáncer enfrenten al proceso de la enfermedad, siendo la pareja la persona que hace principalmente las funciones de apoyo emocional.

El estudio, demuestra que las personas diagnosticadas con cáncer encuentran como factor de resiliencia el apego a sus familiares con mayor vínculo emocional, siendo este su principal fuente de resiliencia para ayudarles a sobre llevar el proceso de la enfermedad y los cambios que trae consigo. Se considera indispensable tomar en cuenta esta investigación, puesto que propone una metodología interesante y sus principales hallazgos colaboraran en la construcción teórica del estudio que se pretende realizar.

Asimismo, en Perú, Bracamonte Alejandría Ana Guiselle y Díaz Nizama Diana Liz (2015) realizaron una Tesis de Grado titulada Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo 2013, en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo del Perú. La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, para ello se aplicaron dos instrumentos de evaluación el Inventario de Depresión de Beck y la escala de Resiliencia de Wagnild y Young.

El estudio fue un diseño no experimental de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 102 pacientes con cáncer de cuello uterino que acuden a su tratamiento al Servicio de Oncología de un hospital para recibir tratamiento.

Se obtuvo como resultados que existe correlación negativa entre ambas variables, lo cual significa, que a menor depresión, la capacidad resiliente de los pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a las experiencias adversas.

La investigación tiene un sustento teórico amplio respecto a la vinculación depresión-resiliencia. Cualquier diagnóstico relacionado con el cáncer crea en las personas depresión. Es en este sentido que las autoras enfocan su investigación en la capacidad de los pacientes con cáncer en adquirir resiliencia disminuyendo los niveles de depresión y de esta manera vencer la enfermedad.

Se considera de suma importancia la investigación puesto que explica de forma minuciosa como las pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, pueden adquirir la capacidad de resiliencia para de esta manera aceptar el proceso, colaborar con los procedimientos y sobre todo incrementar su vínculo familiar.

En lo que concierne a Bolivia, entre 4 y 5 mujeres mueren al día por cáncer de cuello uterino (CACU), una de las más altas tasas de incidencia y mortalidad a nivel mundial y la más alta de América Latina, según la Organización Mundial de la Salud (Anónimo, 2017, p.1).

Es importante entender la cantidad de mujeres afectadas por esta enfermedad, puesto que lo que más impacta es que no existan en el territorio alternativas para mitigar esta problemática

Los datos oficiales muestran que Bolivia tiene la tasa de mortalidad por CACU más alta de América (26,3 por cada 100 mil mujeres) y la segunda tasa de incidencia (56,55 por cada 100 mil mujeres). Las mujeres de entre 25 y 46 años registran las más altas tasas de incidencia (151,4 por 100 mil) y según la OMS el país registra una de las tasas de mortalidad más alarmantes con 4,56 por día. (Anónimo, 2017, p.1).

Uno de los motivos de su alta incidencia en Bolivia, es el limitado acceso a servicios eficaces de prevención y según se admite en el diagnóstico de la situación la lucha contra esta enfermedad desde hace más de treinta años ha tenido resultados poco satisfactorios. Es por ello que la “distribución del CACU es diferenciada en el país. Los departamentos de Potosí y Oruro son los más afectados por esta patología, con tasas de incidencia de 93,5 y 60,9 por cada 100 mil mujeres respectivamente”. (Anónimo, 2017, p.1). Sin embargo, hay muchos casos en

que las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Cuello Uterino logran vencer la enfermedad, este fenómeno puede deberse a la resiliencia que adoptan para sobrellevar el proceso y tratamiento.

Así también, la recurrencia de la enfermedad y su impacto en los índices de mortalidad materna y las coberturas de tamizaje (prueba de Papanicolau PAP), son “muy bajas, poco más de 300 mil pruebas de PAP frente a una cantidad esperada de 725 mil”. (Anónimo, 2017.p.1). Lo que quiere decir que solo 1 de cada 7 mujeres se realiza la prueba de Papanicolaou, misma que puede salvar la vida si a tiempo se detecta la enfermedad.

En 2009 el Ministerio de Salud y Deportes, bajo la dirección del Dr. Ramiro Tapia Sainz, elabora el Plan Nacional de Prevención Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino 2009-2015, en La Paz, Bolivia.

Este plan fue realizado en respuesta al alto índice de mortalidad debido al cáncer de Cuello Uterino. El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte de las mujeres adultas; según estimaciones, entre 4 y 5 mujeres mueren al día en Bolivia por esta enfermedad, ocasionando la desestructuración de las familias y comunidades.

De esta manera, el Ministerio de Salud y Deportes (MSD), tras numerosas consultas y previa evaluación del plan 2004-2008, presenta el Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino 2009 - 2015, como un instrumento marco de orientación para las decisiones operativas de todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, en coordinación con las organizaciones sociales, comunitarias que comparten la necesidad y las aspiraciones de reducir la mortalidad y morbilidad por esta patología.

En Bolivia no se han encontrado investigaciones respecto a la resiliencia en mujeres con cáncer o personas con cáncer u otra enfermedad crónicas. Sin embargo se cuenta con el Plan de Prevención, control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino, puesto que es el principal motivo de morbilidad en mujeres de nuestro país.

El documento aportara en las Directrices que adopta el sistema de salud nacional en la prevención, detección y tratamiento de las mujeres diagnosticadas

1.2. Justificación

El presente estudio de investigación respecto a la posición de resiliencia en la que se apoyaron las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el proceso del tratamiento y recuperación, en la ciudad de Cobija, siendo esto una problemática que afecta a las mujeres, sin distinción alguna. Por lo mencionado es que se realiza esta investigación desde la perspectiva del Trabajador Social en salud. Es importante destacar que la intervención en el área de salud presenta nuevas tendencias de apoyo con el pasar de los años, una de ellas es la atención a pacientes oncológicos.

La importancia de una actitud positiva para un buen proceso y afrontamiento de la enfermedad terminal surge de los cuidados paliativos, los cuales la Organización Mundial de la Salud precisa como “los cuidados apropiados para el paciente con un sufrimiento avanzado y progresivo donde la intervención del dolor y otros síntomas, como los aspectos psicosociales son la principal fuente para el bienestar del paciente” (OMS, 2010, p.2), es allí que los profesionales en Trabajo Social intervienen y realizan terapias sociales tanto con los pacientes, como con los entornos familiares, de esta manera apoyarles en lograr una resiliencia que les apoye en superar la enfermedad.

Es importante conocer de qué manera las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino adoptan una posición resiliente pese a la carga emocional que conlleva saber que tienen cáncer y las repercusiones de la enfermedad. Además de analizar en qué medida el entorno familiar influye en la recuperación de las mujeres diagnosticadas y como sobrellevan las secuelas posteriores al tratamiento.

Esta investigación será de gran utilidad para el área de salud, específicamente para la intervención del Trabajo Social de caso, puesto que desde esta intervención se puede colaborar, apoyar y promover en las mujeres diagnosticadas la aceptación mediante una posición de resiliencia no solo para ellas sino también para sus entornos familiares.

La investigación es pertinente puesto que mediante las historias de vida que se describen se podrán diseñar estrategias de intervención en el área de la salud desde la intervención de Trabajo Social para apoyar tanto a las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino como a sus entornos familiares.

Además de ello, la investigación, es pionera en la región puede ser la base de propuestas y programas que apoyen desde el factor emocional y la intervención social a las mujeres con cáncer de cuello uterino además involucrar a la familia e instarlos a que no las dejen solas en el proceso, desde el diagnóstico hasta la recuperación de la radioterapia.

De esta manera se considera que la investigación es pertinente para las ciencias sociales ya que será un aporte valioso, al ser la pionera en el contexto regional, además de ser una problemática latente con demanda de intervención social, que precisa ser explorada e investigada para sentar precedente en futuras investigaciones y medidas sociales que beneficien al objeto de estudio.

1.3. Descripción del Problema

Por ser considerada la tercera causa de muerte en mujeres a nivel global, el cáncer de cuello uterino es un problema de salud muy grave y mundial. En este tenor, no es novedad decir que en Bolivia la presencia del cáncer de cuello uterino figura como uno de los problemas de salud pública muy preocupantes pese a ser considerada una enfermedad prevenible. Por ello es que se determina en realizar esta investigación con respecto a la posición de resiliencia en la que se apoyaron las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el proceso del tratamiento y recuperación, en la ciudad de Cobija. Según la organización panamericana de la salud (2019) manifiesta que:

Las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardíacas, son responsables de más del 70% de todas las muertes anuales en todo el mundo, es decir, de 41 millones de personas. Esto incluye a 15 millones de personas que mueren prematuramente, entre los 30 y 69 años. Más del 85% de estas muertes prematuras se producen en países de ingresos bajos y medios. (p.1)

El aumento de estas enfermedades se debe a cinco factores de riesgo principales: el tabaquismo, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, las dietas poco saludables y la contaminación del aire. Estos factores de riesgo también exacerbaban los problemas de salud mental, que pueden originarse desde una edad temprana. La mitad de todas las enfermedades mentales comienzan a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan. El suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y los 19 años.

En 2017, el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia anuncio en su página oficial, que el cáncer de cuello uterino es la principal causa de mortalidad en mujeres bolivianas, convirtiéndose en un problema de salud pública. Siendo un problema, preocupante para la sociedad.

1.3.1. Planteamiento del Problema

En el departamento Pando, la incidencia de Cáncer de Cuello Uterino se ha incrementado en los últimos 10 años, el programa de Salud Sexual y Reproductiva realizó un informe quinquenal sobre los casos de cáncer de cuello uterino positivos en el cual refiere que la mayor incidencia procede de los municipios Villa Nueva, Gonzalo Moreno y San Lorenzo, siendo Cobija la capital pandina el de menor incidencia lo cual no descarta que si hay casos que se presentan en la ciudad.

De acuerdo a la entrevista a la señora Kelly Oliveira hace referencia que “Lo alarmante es la dejadez y la vergüenza que aún existe en las mujeres de la región en realizarse las pruebas de Papanicolaou, además de ello otro gran problema es que acuden al centro de salud cuando las lesiones están muy avanzadas y una vez detectado como positivo el carcinoma, el estado anímico de las pacientes es el principal factor que impide su recuperación” (comunicación personal, 29 de septiembre, 2019). Es por ello, que muchos de los casos de cáncer de cuello uterino se detecta demasiado tarde, o avanzado por no tener un control frecuente en algún centro de salud, y realizarse una vez por año la prueba del Papanicolaou para prevenir dicha enfermedad.

De los casos que se presentan en Cobija, la capital pandina, solo tienen acceso al tratamiento las personas que tienen un seguro de salud privado o en su defecto los recursos económicos suficientes para trasladarse a un establecimiento oncológico en otra ciudad, puesto que según referencias establecidas en los tres centros oncológicos de Bolivia, este tratamiento cuesta acerca de treinta mil bolivianos.

Las personas que logran sobrevivir al tratamiento cambian totalmente de estilo de vida, esta situación se suscita debido a las secuelas que dejan en su organismo los tratamientos a los que se enfrentan, además de cambiar su situación social, laboral, emocional y familiar.

Como mencionó, una de las mujeres que venció al cáncer de cuello uterino: “Mi vida no volvió a ser la misma nunca más, me siento seca, tengo cistitis crónica, todo el tiempo tengo infecciones urinaria, mi vida íntima cambio, mi rutina se modificó totalmente, mi alimentación es muy estricta, tengo deshidratación crónica entre otras muchas cosas más” (Ana Salinas, comunicación personal, 19 de abril, 2019) manifiesta la sobreviviente que tuvo que enfrentarse al tratamiento de radioterapia en la ciudad de La Paz.

Muy aparte de las secuelas que deja el tratamiento de quimioterapia o radio terapia en la salud, las mujeres que vencen el cáncer de cuello uterino pueden llegar a experimentar una mezcla de sentimientos fuertes, que incluyen la alegría, la preocupación, el alivio, la culpa y el miedo. Vivir con cáncer, soportar el cáncer y sobrevivir a la enfermedad es un acto heroico que no solo implica recursos económicos, sino también coraje, voluntad y mucho apoyo de la familia. En los estudios citados anteriormente sobre pacientes con cáncer, se puede apreciar que las personas que logran vencer el cáncer, se apoyan en gran medida en la resiliencia.

La resiliencia, es una forma de adquirir fuerza emocional y positivismo para sobre llevar adversidades de gran impacto por lo que como se establece anteriormente, permite lograr una vida saludable. En cuanto al significado de resiliencia, Luthar menciona que:

La resiliencia, no es más que un proceso dinámico el mismo que tiene como resultado una buena adaptación en contextos adversos en el cual se distinguen tres componentes esenciales como son la noción de adversidad, el trauma, el riesgo o amenaza al desarrollo humano; la adaptación positiva o superación de la adversidad y el proceso de dinámica entre los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen en el ser humano (1999, p. 21).

Sin embargo, no todas las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Cuello Uterino se apoyan en la resiliencia para sobrellevar, aguantar y vencer la enfermedad, ya que necesitan apoyo familiar, emocional y profesional para ayudarlas a adoptar actitudes positivas y de esta manera lograr la resiliencia para sobrellevar su vida. En un estudio de campo inicial se identificó en la ciudad de Cobija, algunas mujeres que sobrevivieron al tratamiento de quimioterapia y vencieron la enfermedad, en entrevistas informales, se percibió que coincidieron en que al atravesar por las etapas del Cáncer de Cuello Uterino, adoptaron una actitud positiva para aferrarse a la vida, además del apoyo de su entorno familiar.

Sin embargo la situación económica cambia, al igual que su desempeño laboral, la dinámica e interacción familiar, su vida íntima y todos esos cambios tienen una repercusión en la calidad de vida de las mujeres con cáncer. De igual manera para los familiares de estas personas sus preocupaciones aumentan el pensar que cualquier rato les abandonarían.

1.3.2. Formulación del problema

Por lo anteriormente planteado, se formula la siguiente pregunta metodológica:

¿Cómo adoptaron una posición de resiliencia las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el proceso de tratamiento y recuperación?

Para reforzar la pregunta de investigación, se formularon las siguientes preguntas metodológicas:

¿Cómo es la situación social de las mujeres diagnosticadas y recuperadas de Cáncer de Cuello Uterino?

¿Cómo se manifiesta la resiliencia en la vida de las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Cuello Uterino?

¿Cuáles son las redes de apoyo hacia las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Cuello Uterino?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la posición de resiliencia en la que se apoyaron las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el proceso del tratamiento y recuperación, en la ciudad de Cobija.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar la situación social actual de las mujeres diagnosticadas y recuperadas de Cáncer de Cuello Uterino.
- Describir la resiliencia en la calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Cuello Uterino.
- Analizar las redes de apoyo que existen en el territorio nacional familiar hacia las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

En este acápite se presenta, el diseño metodológico que siguió la investigación, en el cual se estableció el tipo y enfoque que se adoptó para el desarrollo de la misma, se menciona también la población y muestra utilizados en el estudio, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

2.1. Tipo de Investigación

El estudio es de tipo descriptivo, ya que se analizó a profundidad los casos identificados de mujeres que vencieron el cáncer de cuello uterino. Como menciona, Tamayo “este tipo de estudio busca únicamente describir situaciones o acontecimientos; básicamente no está interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinadas hipótesis, ni en hacer predicciones” (2015, p.3). Los resultados de este tipo de investigación dan un panorama o conocimiento profundo del tema.

2.2. Enfoque de la Investigación

El enfoque que se utilizó, en la investigación fue cualitativo puesto que el objeto de estudio proporcionó testimonios de vida los cuales fueron el referente para construir la base teórica de la investigación. En los estudios cualitativos, según Taylor y Bogdan, (2000) los investigadores siguen un diseño de la investigación flexible, el cual inicia con preguntas formuladas a grandes rasgos. Además en metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan.

2.3. Población y Muestra

2.3.1. Población

La población de estudio, son todas las mujeres que vencieron el cáncer de cuello uterino en Cobija en los periodos 2008-2018, según el Programa de Salud Sexual y Reproductiva asciende a un número aproximado de 520 mujeres con biopsia confirmada.

De acuerdo con el autor, Ucha quien describe a la población como, “el conjunto de personas que vive en un área geográfica determinada y cuyo número se calcula a instancias de una evaluación estadística”. (2009, p.1) Por tanto, la población estudiada fueron las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino.

2.3.2. Muestra

Para la muestra se ha identificado, a tres mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, para la realización de la investigación, que según López (2004) define a la muestra como:

Un subconjunto o parte del universo o población en que se llevará a cabo la investigación. Hay procedimientos para obtener la cantidad de los componentes de la muestra como fórmulas, lógica y otros. La muestra es una parte representativa de la población. (p.2).

Es por ello, que para la muestra se tomó en cuenta a las mujeres que vencieron el cáncer de cuello uterino y viven en la ciudad de Cobija en la gestión 2019.

2.4. Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo seleccionado y acorde al enfoque de investigación fue el muestreo no probabilístico de estudio de caso. Según Arias (2012) el “Muestreo intencional u opinático: en este caso los elementos son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador” (p. 85). Se utilizó muestreo para recabar datos muy especiales y de alta calidad, no se enfocan ni en la cantidad, ni en la generalización de resultados a toda una población.

Este tipo de estudio, se relacionan un poco con la fenomenología, en el sentido, de que intentan investigar todo lo relacionado con la problemática de la tesis. Por ejemplo, estudios a profundidad sobre experiencias de vida, creencias, actitudes, entre otros, del objeto de estudio.

Para la selección de muestra, se coordinó con el Área Social del Hospital Roberto Galindo Terán, para la aplicación y realización de la entrevistas, a 3 el cual se obtuvo, una respuesta apropiada, posterior a la adquisición de lo solicitado, se realizó entrevista las usuaria para solicitarle su aprobación para que fueran la población objeto de estudio, sin duda alguna fue una aceptación positiva.

2.5. Fuentes y técnicas de Investigación

2.5.1. Fuentes

2.5.1.1. Fuentes Primarias

Las fuentes primarias, que se tomaron cuenta en el estudio, fueron en primera instancia las mujeres que padecieron y vencieron el cáncer de cuello uterino, así como también, se tomó en cuenta a los médicos que les brindaron la atención médica a estas pacientes.

2.5.1.2. Fuentes Secundarias

Como fuentes secundarias se tomaron en cuenta a la bibliografía recopilada acerca del cáncer de cuello uterino, historia de vida de mujeres con cáncer de cuello uterino, artículos y teorías de la resiliencia y su vinculación con la calidad de vida. También se tomaron en cuenta datos proporcionados por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Servicio Departamental de Pando, sobre el cáncer de cuello uterino.

2.5.2. Técnicas de investigación.

Para la investigación planteada se utilizó la entrevista a profundidad y las historias de vida que fueron aplicadas a mujeres que vencieron el cáncer de cuello uterino, mujeres que están atravesando la enfermedad y el entorno familiar de las mujeres mencionadas. Las técnicas que se emplearon se describen a continuación.

2.5.2.1. La Entrevista en profundidad

La entrevista en profundidad, se realizó a mujeres previamente identificadas, que vencieron el cáncer de cuello uterino. Se reconoce como un recurso de intercambio de información entre un persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado), medio en el cual se realiza una serie de consultas individuales previamente estructuradas.

La entrevista en profundidad, como cualquier otra técnica de investigación cualitativa, tiene múltiples usos, podríamos decir que su objetivo es conseguir información acerca de la vida, experiencia, situación, conocimiento, interacción o relación de una persona sobre un objeto/evento/situación/tema concreto, expresado con sus propias palabras y visto desde su propia perspectiva. (Iglesias, 2019, p.2)

Esta técnica se utilizó, una vez que el objetivo de la investigación estaba claro y definido y se tenían preguntas sobre el problema a tratar esta entrevista en profundidad como técnica cualitativa que es, no se basa en cantidad sino en calidad. ya que se quiere conocer en profundidad una experiencia personal.

Teniendo como instrumento, un guión de entrevista para recabar la información precisa para a investigación.

2.5.2.2. Historias de Vida

Esta técnica, se aplicó a 3 mujeres que vencieron el cáncer de cuello uterino, de distintas edades y procedentes de distintos rubros laborales, para hacer un análisis a profundidad sobre la resiliencia y su incidencia en su calidad de vida actual. Como menciona Olabuénaga, (2012):

La historia de vida, como investigación cualitativa, busca descubrir la relación dialéctica, la negociación cotidiana entre aspiración y posibilidad, entre utopía y realidad, entre creación y aceptación; por ello, sus datos provienen de la vida cotidiana, del sentido común, de las explicaciones y reconstrucciones que el individuo efectúa para vivir y sobrevivir diariamente (p. 277)

Método cualitativo, cuya finalidad es otorgar y facilitar hechos humanos. Por lo tanto, Olabuénaga, (2012) considera que confluyen cuatro objetivos investigadores en las historias de vida:

- Captar la totalidad de una experiencia biográfica, totalidad en el tiempo y en el espacio, desde la infancia hasta el presente
- Captar la ambigüedad y cambio, lejos de una visión estática e inmóvil de las personas y de un proceso vital lógico y racional.
- Captar la visión subjetiva con lo que a uno mismo se ve así mismo y al mundo, como interpreta su conducta y la de los demás
- Descubrir las claves de la interpretación de no pocos fenómenos sociales de ámbito general e histórico que solo encuentra explicación adecuada a través de la experiencia personal de los individuos concretos.

Para desarrollar la historia de vida utilizamos, como principal herramienta a la persona que nos relata su historia de vida, el cual nos permite reconstruir los aspectos relevantes, el de cómo, adquirieron una posición y actitud de resiliencia las mujeres que en su momento fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino y de qué manera se apoyaron en la resiliencia para vencer la enfermedad.

El proceso que se realizó para la historia de vida, fue identificar a las tres mujeres objeto de estudios, para con su autorización, puedan proporcionarnos la información necesaria para la investigación. Posteriormente se realizó, el primer encuentro con las mujeres que padecieron cáncer de cuello uterino, el cual se trata de reunir la información necesaria sobre su historia y establecer en la misma una secuencia temporal.

Para ello, es necesario tener en cuenta a los siguientes datos: Características personales: desarrollo evolutivo, bienestar emocional, estado de salud física, cuidados emocionales recibidos, atención sanitaria y necesidades actuales. Situación y composición de la familia de origen: padre, madre, abuelas y abuelos, etc.; nombres, fechas de nacimiento, dónde y con quién viven, estado de salud, ocupaciones, separaciones de la familia, etc.

Se aplicó esta técnica, a través de su instrumentó un guión de preguntas estructurada para que puedan ir respondiendo con mucho detalles de sus vida, y obtener información de acuerdo al objetivo de la investigación.

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

En el presente capítulo, se exponen el marco legal y el marco teórico que sustentan la investigación, por un lado el marco legal establece las normativas, declaraciones, leyes y artículos sobre el apoyo por parte del Estado a las personas con cáncer.

Por su parte, el marco teórico contiene las perspectivas teóricas seleccionadas sobre el cáncer de cuello uterino, resiliencia, teoría de la resiliencia, trabajo social en su intervención con personas que enferman de cáncer, entre otros, que permiten comprender las temáticas abordadas por esta investigación.

3.1. Marco Legal

El Marco legal de la investigación, se basa en la normativa existente en el Estado Plurinacional de Bolivia que faculta la prevención, promoción, detección y atención del cáncer de cuello uterino en las mujeres.

3.1.1. Constitución Política del Estado

En su capítulo segundo, establece los Derechos Fundamentales y en su artículo 1°, párrafo 1 y 11 Establece que “Todas las personas tienen derecho a la salud y que el Estado garantizará la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”. Además de ello, en el artículo 3° del Código de Salud, establece que es atribución del poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes, definir las políticas nacionales de salud normar planificar controlar y coordinar todas las actividades en todo el territorio nacional en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

3.1.2. Decreto Supremo N° 29894- Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional

En el artículo 90, menciona, la Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece entre las atribuciones específicas del Ministerio de Salud y Deportes en sus literales a), d) y e) el de formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país: Garantizar la salud de toda la población a través de su promoción, y prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación: ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre el sistema de salud.

3.1.3. Ley N° 2426-Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)

Es importante mencionar, que desde el 2005 mediante la Ley N° 24 26, se implementa el Seguro Universal Materno Infantil en cuyo paquete de prestaciones se incluye la obligatoriedad de la prevención de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou Anual) y tratamiento de lesiones pre-malignas hasta el estadio in situ del cáncer de cuello uterino.

3.1.4. Ley N° 3250-Ampliación y coberturas del Seguro Universal Materno Infantil

Dando cumplimiento a la ley N° 3250, se establece la resolución ministerial 0072 del 23 de Enero de 2006 donde resuelve en su artículo 2, la ampliación y coberturas en el SUMI a las mujeres mayores de 5 hasta 60 años de edad que guardan una estrecha relación con una maternidad segura en las mujeres en edad fértil, así como la obligatoriedad en la prevención del cáncer de cuello uterino (Papanicolaou Anual) a toda paciente que acuda al SUMI y tratamiento de lesiones malignas contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida. Así también, el Ministerio de Salud en el año 2009, ha formulado el segundo Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de cáncer de cuello uterino 2009-2013, modificando su alcance posteriormente a 2015.

Asimismo, ha formulado por primera vez, el Plan nacional de prevención, control y seguimiento de cáncer de mama 2009 – 2015. Ambos planes se inscriben en la política nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y definen las líneas de política pública. Bolivia es signataria de varios instrumentos de Derechos Humanos relativos a la protección del derecho a la salud, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que en su artículo 12 establece la protección de la salud.

3.1.5. Ley N° 1100-Sobre la alimentación de todas las formas de discriminación contra la mujer

Un instrumento sustantivo relativo a los derechos de las mujeres, es la Convención Internacional sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW) ratificada por nuestro Estado mediante la Ley N° 1100 que en el artículo 11 y 12, hace referencia específica a la adopción de los Estados de medidas de protección a la salud de las mujeres.

La Recomendación General 24 del Comité de la CEDAW, hace amplia referencia a la protección de la salud de las mujeres, particularmente las Recomendaciones 29 y 30 que de manera general señala la necesidad de elaborar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida y la necesaria asignación de recursos presupuestarios, humanos y administrativos suficientes para garantizar la protección de la salud de las mujeres.

3.1.6. Ley N° 031, Ley marco de autonomías y descentralización “Andrés Bóñez”

La presente Ley, delega los hospitales del Primer y Segundo nivel bajo la tuición de los Gobiernos Departamentales Autónomos y de los Gobiernos Municipales Autónomos, como señala el Artículo 81, párrafo II, numerales 1 y 2 brindar atención gratuita de la Prueba de Papanicolaou. Mediante este Plan, es pertinente que se consideren políticas que promuevan acciones de exigibilidad y de control social, en el marco que garantiza la Constitución Política del Estado porque apreciamos que los avances son muy escasos, dado que las cifras de mortalidad por esta causa no están siendo sustancialmente reducidas.

3.1.7. Ley N° 1223 del Cáncer

Esta Ley, fija la prestación de servicios de vigilancia, promoción, prevención, detección temprana, atención, tratamiento y cuidados paliativos, incluyendo acciones intersectoriales y transdisciplinarias contra el cáncer de manera progresiva y paulatina, de acuerdo al perfil epidemiológico y al financiamiento existente en el marco del SUS (Seguro Universal de Salud), para todas aquellas personas que no tienen un trabajo fijo o eventual, que pueden gozar de un seguro de salud.

Esta enfermedad es un problema social mundial, que afecta a las mujeres en este sentido el Papanicolaou, las mamografías y los estudios digestivos permiten ampliar las posibilidades de curación. A su vez, el creciente papel de la tecnología aplicada permite obtener mejores estudios y diagnósticos y conocer la enfermedad para la selección de una estrategia de tratamiento más adecuada e individualizada.

El hospital Roberto Galindo Terán, cuenta con equipos de trabajo para atender y asesorar cualquier inquietud, vacunatorio y equipamiento tecnológico necesarios para prevenir y diagnosticar en forma temprana.

Para ello, es necesario, orientar a las personas con respecto a cáncer de cuello uterino, para que las mujeres no queden con el temor de no querer saber y el silencio que condicionan y perjudican tanto al paciente como a su familia, debe ser reemplazado por más comunicación., porque sólo desde el diálogo y el conocimiento de la enfermedad, de sus tratamientos es posible trabajar de con respecto a esta enfermedad, y tomar decisiones propias que les beneficien no sólo contra el cáncer, sino a favor de su salud de las mujeres que tienen este padecimiento.

3.2. Estado del Arte

El estado de arte está conformado por un compilado de investigaciones que se asemejan al tema de resiliencia en personas con cáncer de cuello uterino.

Una tesis de grado realizada por Bracamonte y Díaz titulada “La Depresión y Resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo en México” realizada en 2015, tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino, para ello se aplicaron dos instrumentos de evaluación el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. El estudio fue un diseño no experimental de tipo correlacional.

La investigación arrojó como resultados, que existe correlación negativa entre ambas variables, lo cual significa, que a menor depresión, la capacidad resiliente de los pacientes es mayor, siendo capaces de adaptarse a las experiencias adversas.

La investigación mencionada, apoyo en la comprensión de como una persona en situación de depresión puede encontrar apoyo en los factores de resiliencia. Lo que más llamo la atención del trabajo realizado, son los instrumentos de evaluación que aplicaron las autoras para medir el grado de depresión en pacientes con cáncer y orientarlos a que estos se apoyen en factores que les ayude en obtener un grado de resiliencia que les permita sobreponerse a la enfermedad.

Otro trabajo importante que se consultó, es el que realizaron García y Navarro, (2017) denominado “Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama” realizado en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos en Cuba. Dicha investigación expuso las particularidades de los factores moduladores de la resiliencia en base al optimismo, inteligencia emocional y apoyo social en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. Mediante un estudio descriptivo, prospectivo, de serie de casos.

Los resultados del estudio, expusieron que existió homogeneidad en los aspectos sociodemográficos y clínicos de las pacientes. El optimismo estuvo menos presente en los inicios de la enfermedad, pero posteriormente se relacionó con la evolución en años.

Por último, la investigación menciona que las necesidades de apoyo social y emocional aumentaron con el tiempo de evolución de este padecimiento. Esta investigación, da a conocer el proceso emocional de las personas con cáncer y su evolución además de los factores por los cuales se inclinan para obtener la resiliencia que necesitan.

Otra investigación importante, se refleja en un artículo realizado por Mur de Viu, (2012) para la Revista Cuadernos de la Mujer en España, en la cual el autor reflexiona sobre la importancia de ser resiliente a la hora de enfrentarse a una enfermedad como el cáncer. Este artículo se trata del cambio de tendencia y el surgimiento de otras formas de atender y entender el trauma, considerando a la persona como un individuo activo y fuerte, capaz de resistir y rehacerse a pesar de las diferentes adversidades con las que se encuentre.

Esta investigación, propone estrategias que orientan a pacientes con cáncer a desarrollar la Resiliencia como para sobreponer la enfermedad, investigación de la cual se basaron algunas interrogantes realizadas al objeto de estudio.

Respecto a un importante análisis, sobre la evolución del concepto Resiliencia, por lo que el artículo es una revisión analítica acerca de las teorías surgidas en las últimas tres décadas alrededor de la capacidad que poseen los niños y niñas para afrontar situaciones adversas. Realizaron un recorrido por las distintas definiciones, clasificándolas según la relación con los conceptos de adaptabilidad, capacidad, competencia o proceso los cuales se enmarcan en la Resiliencia. García y Domínguez (2013). La investigación contribuyó en el mejor entendimiento de lo que significa resiliencia y su evolución histórica, además de la adecuación en distintos escenarios del ser humano. La investigación ayudo en el mejor entendimiento de la resiliencia en su evolución y en dependencia de la necesidad de adquirirla.

3.3. Marco Teórico

En este apartado se describen definiciones y teorías que sustentan la problemática planteada en la investigación.

3.3.1. Definición del Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer se ha definido, como una enfermedad universal y un serio problema de salud para todos los estados y regiones del mundo, ello incluye de manera general a la ciudad de Cobija, en la cual esta enfermedad constituye la primera causa de muerte en las mujeres que padecen esta enfermedad.

El cáncer es una enfermedad en la cual un grupo de células anormales crecen de forma descontrolada sin seguir con los patrones normales de división celular y se diseminan por distintos tejidos del organismo. Esta concepción se aplica a más de 300 enfermedades. En un aspecto de normalidad, las células sanas reciben señales que dictaminan si es que deben dividirse, diferenciarse en otra célula o morir. En cambio, las células cancerígenas se desarrollan independientemente de estas señales, resultando un crecimiento y proliferación descontrolados. El permitir que esta proliferación continúe y se expanda, puede llevar a consecuencias fatales. Específicamente, la gran mayoría de muertes relacionadas con el cáncer se deben al proceso de propagación tumoral, conocido también como metástasis (Hejmadi, 2010, p. 23).

Se le considera una enfermedad genética; es decir, que es causada por cambios en los genes que controlan la manera que las células funcionan, sobre todo en cuanto a sus patrones de crecimiento y división. El Instituto nacional del cáncer (2017) determina:

Que los cambios genéticos que fomentan el cáncer pueden heredarse de nuestros padres si los cambios están presentes en las células germinativas, que son las células reproductoras del cuerpo (óvulos y espermatozoides). Ese tipo de cambios, denominados cambios de la estirpe germinal, se encuentran en cada una de las células de la descendencia. Los cambios genéticos causantes de cáncer pueden también adquirirse durante la vida de una persona, como resultado de errores en el ADN que ocurren al dividirse las células o por exposición a sustancias carcinógenas que dañan el ADN, como ciertas sustancias químicas en el humo de tabaco, o la radiación, como los rayos ultravioleta del sol. Los cambios genéticos que ocurren después de la concepción se llaman cambios somáticos o adquiridos (p.1).

Los genes llevan las instrucciones para producir proteínas, las cuales hacen mucho del trabajo en nuestras células. Ciertos cambios genéticos pueden causar que las células evadan los controles normales de crecimiento y se hagan cancerosas para las personas.

3.3.2. Psicopatología relacionada con las enfermedades oncológicas

La enfermedad oncológica es una afección crónica inter y multi-sistémica que fragiliza al ser humano, a sus vínculos, predispone a la psicopatología individual y al estrés del cuidador.

El significado de desesperanza y fatalidad ligado al cáncer predispone o agrava la enfermedad mental. La disfunción familiar, con o sin enfermedad mental, puede actuar como predisponente, desencadenante, agravante o perpetuante de las crisis médicas y en ese sentido, se asocia con evoluciones menos favorables. Estudios epidemiológicos en países desarrollados corroboran el exceso de morbilidad y mortalidad en pacientes psiquiátricos con enfermedades médicas crónicas incluyendo el cáncer (Barbieri, s/f, p.16)

Por lo consiguiente es necesario, orientarle para ayudar al enfermo dentro de su sistema familiar.

3.3.3. La resiliencia en familias con cáncer

La resiliencia en las familias con cáncer, es muy necesario permanecerse unidos para darle fortaleza a la persona que está padeciendo de la enfermedad, según Barbieri,(s/f) esta resiliencia en familia con cáncer, “se asocia con factores individuales, de grupo y múltiples apoyos, asistenciales, sociales, financieros y escolares o laborales. La familia tiene un rol de importancia en la evolución de la enfermedad como contenedora y facilitadora de mejorías”. (p.17). es necesario entablar una buena actitud para enfrentar, esta situación en conjunto hace

que el paciente enfrente su enfermedad con la condición positiva a cualquier tipo de tratamiento que requiera.

3.3.4. El concepto de Resiliencia

Imprescindible resulta también, en este plano, conocer el significado del vocablo resiliencia, en tanto ésta es una característica básica para la gestación de los comportamientos resilientes.

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. (Kotliarenco , Cáceres, y Fontecilla, 1997, p.5)

Las raíces de la resistencia provienen tanto del ambiente como de lo constitucional, el grado de resistencia no es estable, sino que varía a lo largo del tiempo y de acuerdo a las circunstancias, es frecuente que los estudios sobre resiliencia “se focalicen en la capacidad de competencia social, bajo el supuesto de que ésta refleja buenas habilidades de enfrentamiento subyacentes”. (Kotliarenco, et al., 1997, p.5) Por estos motivos, en la actualidad se utiliza preferentemente el concepto de resiliencia.

3.3.5. El concepto de robustez

La robustez, se podría decir que algo biológico, de una persona mas que todo es la persistencia de cierta característica o rasgo en un sistema bajo perturbaciones o condiciones de incertidumbre que pueda tener la persona. El concepto de robustez, que según Levav, “podría ser considerado afín al de resiliencia, ha sido definido como una característica de la personalidad que en algunas personas actúa como reforzadora de la resistencia al estrés”. (Citado en Kotliarenco , et al., 1997, p.8). La robustez ha sido definida como una combinación de rasgos personales que tienen carácter adaptativo, y que incluyen el sentido del compromiso, del desafío y la oportunidad, y que se manifestarían en ocasiones difíciles, que tuvieron que pasar estas mujeres que padecieron de cáncer de cuello uterino.

Incluye además la sensación que tienen algunas personas de ser capaz de ejercer control sobre las propias circunstancias, para ello Kobasa, describe evidencias respecto a personas que han mostrado escasos síntomas de enfermedad, pese a haber estado sometidas a situaciones provocadoras de estrés. Señala “que éstas muestran mayor cantidad de comportamientos comprometidos, mayor capacidad de control interno y de desafío, al ser comparados con sus pares que se estresan con frecuencia y que se enferman, como consecuencia de ello, más repetidamente”. (Citado en Kotliarenco, et al., 1997, p.8) Este último autor señala que, la robustez puede no tener un impacto directo sobre la salud, sino que éste puede ser más bien indirecto afectando primeramente las prácticas de vida, siendo éstas últimas las que afectarían a su vez la salud en sentido positivo.

3.3.6. Factores que promueven la resiliencia

Una serie de estudios conducidos por Garmezy (1990), han dado cuenta de algunos de los factores que se observan comúnmente en los niños que, estando expuestos a situaciones adversas, se comportan en forma resiliente. Para ello, se distinguen cuatro aspectos que se repiten en forma recurrente, siendo éstos últimos los que ayudan a promover los comportamientos resilientes.

- Uno de estos aspectos, apunta a las características del temperamento, en las cuales se observan manifestaciones tales como un adecuado nivel de actividad, capacidad reflexiva y responsabilidad frente a otras personas.
- El segundo aspecto al que se refieren los autores mencionados es la capacidad intelectual y la forma en que ésta es utilizada.
- El tercer aspecto, se refiere a la naturaleza de la familia, respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y preocupación por el bienestar de los niños.
- El cuarto aspecto, apunta a la disponibilidad de fuentes de apoyo externo, tales como contar con un profesor, un padre/ madre sustituta, o bien, instituciones tales como la escuela, agencias sociales o la iglesia, entre otros.

Fergusson y Lynskey (1996) dan cuenta de una serie de factores que actúan en calidad de protectores, y por tanto pueden proteger o mitigar los efectos de la depravación temprana, promoviendo a su vez los comportamientos resilientes en niños que viven en ambientes considerados de alto riesgo. Entre estos factores se encuentran:

- 1) **Inteligencia y habilidad de resolución de problemas.** Se ha observado que los adolescentes resilientes presentan una mayor inteligencia y habilidad de resolución de problemas que los no resilientes. Según los autores, esto significa que una condición necesaria aunque no suficiente para la resiliencia, es poseer una capacidad intelectual igual o superior al promedio.
- 2) **Género.** El pertenecer al género femenino es considerado como una variable protectora, según lo indican estudios que han observado una mayor vulnerabilidad al riesgo en los hombres, por mecanismos que se exponen más adelante.
- 3) **Desarrollo de intereses y vínculos afectivos externos.** La presencia de intereses y personas significativas fuera de la familia, favorece la manifestación de comportamientos resilientes en circunstancias familiares adversas.
- 4) **Apego parental.** Estudios longitudinales han destacado que la presencia de una relación cálida, nutritiva y apoyadora, aunque no necesariamente presente en todo momento, con al menos uno de los padres, protege o mitiga los efectos nocivos de vivir en un medio adverso.
- 5) **Temperamento y conducta.** Investigaciones con adolescentes han observado que aquellos que actualmente presentaban características resilientes, habían sido catalogados como niños fáciles y de buen temperamento durante su infancia.
- 6) **Relación con pares.** Los autores replican lo observado por Werner en el estudio con niños en Kauai, señalando que los niños resilientes se caracterizaron por tener una relación de mejor calidad con sus pares que los niños no resilientes.

Sin embargo existen variables, que actuarían también a favor de la vulnerabilidad o de la protección como el apoyo marital, la capacidad de planificación, las experiencias escolares positivas y los eventos neutralizantes.

3.3.7. Depresión y resiliencia

Los sentimientos emocionales en las personas que padecieron de cáncer de cuello uterino es importante que se encuentren muy estable para enfrentar la situación que se viene con respecto al tratamiento, para ello Henderson (2006) se refiere que, el diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad generan frecuentemente un malestar emocional importante, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Es por ello que las emociones y actitudes negativas al enfrentarse a la enfermedad pueden ser más dañinas que ésta porque pueden interferir en el tratamiento.

De acuerdo a lo mencionado, cabe resaltar que, es un hecho demostrado la conexión entre los procesos mentales y el funcionamiento del organismo, por ello en los procesos de curación es tan importante un tratamiento dirigido a sanar el cuerpo como a procurar mantener un equilibrio psicológico.

3.3.8. Características de una persona resiliente

Las característica de una persona resiliente se puede decir que son aquellas que saben aceptar la realidad tal y como es, pueden tener una profunda creencia en que la vida tiene sentido, para ello, Saavedra (2004) señala que aquella persona con características resilientes es capaz de establecer relaciones sociales constructivas, posee un sentido positivo de sí mismo, divide los problemas, muestra un sentido de esperanza frente a las dificultades, desarrolla iniciativas y se fija metas que son posibles de alcanzar y poder desarrollarlas junto a su familias..

Asimismo, las personas resilientes saben aceptar la realidad tal como es, tienen una profunda creencia en que la vida tiene sentido y reflejan una inquebrantable capacidad para mejorar su calidad de vida respecto a su salud, y fortalecimiento de su familias.

Además, Saavedra presentan habilidades como:

- Capacidad para identificar de manera precisa las causas de los problemas e impedir que vuelva a suceder en el futuro o por el contrario, manejar las situaciones parecidas con mayor conocimiento.
- Capacidad para controlar sus emociones, sobre todo ante la adversidad y permanecer centrado en situaciones de crisis.
- Optimismo realista: Se consideran competentes, son empáticos.
- Poseen capacidad para buscar nuevas oportunidades, retos y relaciones para lograr más éxito y satisfacción en sus vidas.

3.3.9. Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes oncológicos

La resiliencia en la calidad de vida en la persona oncológicos, debe reconocer el problema, su vulnerabilidad ante este y los posibles beneficios que traería el hecho de realizar algo respecto al problema.

De esta manera, la persona es más consciente de la situación que está viviendo logrando realizar mayor número de acciones que puedan favorecer a su tratamiento y, por ende, a su mejoría. Sin embargo, Molina (2014), realizó un estudio que describe la manera en que los distintos elementos de la resiliencia han sido definidos y estudiados en cada fase del continuo del cáncer. Destacando que, en todas las fases del desarrollo de esta enfermedad, los estudios han descrito una serie de características de línea base de la resiliencia (como por ejemplo el optimismo). A su vez, indican que el reconocimiento y la promoción de estas características en cualquiera de las fases de la enfermedad, podría llevar a un aumento de resultados positivos en la calidad de vida de la persona.

Tal sucede cuando, por ejemplo, ciertas intervenciones de promoción de la resiliencia procuran modificar la manera en que los sobrevivientes se acercan a sus vidas. Igualmente, se incluyen descripciones de los mecanismos de resiliencia en una serie de investigaciones a lo largo del continuo de la enfermedad.

Estos son conceptuados, como elementos que forman parte de la experiencia del cáncer que cambian a lo largo del tiempo y pueden modificarse en torno a un mayor bienestar. Entre estos, pueden destacarse los mecanismos de afrontamiento, el soporte social, la espiritualidad nueva o cambiante, y aspectos de la experiencia médica.

3.3.10. Teorías

En este apartado hace referencia al sustento teórico, con respecto al tema que se está abordando en la investigación.

3.3.10.1. Teoría del desarrollo psicosocial de Grotberg.

Grotberg (1996) indica, que el componente dinámico para ser una persona resiliente o no, depende del juego que se da entre los distintos factores y el rol que desempeña cada factor en los diversos contextos (Citado en Flores, 2008). Del mismo modo, afirma la resiliencia puede ser una respuesta ante la adversidad que se presenta en un momento determinado o a lo largo de la vida, y puede ser promovida durante el desarrollo del niño.

De acuerdo a la teoría de Grotberg 1996, como se citó en flores (2008) para hacer frente a las adversidades, superarlas y salir fortalecido de ellas, menciona cuatro fuentes importantes:

Yo tengo: Se refiere a las situaciones que se encuentran dentro de su entorno social.

Yo soy yo estoy: Estas dos fuentes hablan de las fortalezas intrapsíquicas y condiciones personales

Yo puedo: Se refiere a las habilidades que posee en las relaciones con los demás.

3.3.10.2. Teoría por Wagnild y Young.

Wagnild y Young (1993) refieren que la resiliencia es una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello implica vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida. Esta teoría propone evaluar cinco factores de la resiliencia en adultos, las cuales comprenden:

- 1) Satisfacción personal: Implica comprender que la vida tiene un significado, así como, evaluar las propias contribuciones.
- 2) Ecuanimidad: Implica la propia vida y las experiencias, así como, tomar las cosas tranquilamente y moderando respuestas extremas ante la adversidad.
- 3) Sentirse bien solo: Referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única, que existen experiencias que deben enfrentarse solos. Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes.
- 4) Confianza en sí mismo: Es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades, también es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.
- 5) Perseverancia: Es la persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo de logro, de continuar luchando para construir la vida de uno mismo y de practicar la autodisciplina.

3.3.10.3. Modelo Mándala de la Resiliencia por Wolin y Wolin.

Este modelo propuesto por Wolin y Wolin (1993) ya que hace referencia al concepto de “Pilares” de la resiliencia, que servirá de base para nuestro estudio sobre todo al descubrimiento de aquellos factores personales que son activados por los sujetos al enfrentarse a las adversidades y que les garantizan en mayor medida que sus respuestas sean exitosas. Según Puig y Rubio (2011) estos pilares de la resiliencia “evolucionan a través de cada una de las etapas del desarrollo de la persona, adaptando distintas manifestaciones en cada una de ellas”, (Citado en Juárez y Lázaro, s/f, p.6) aunque estas capacidades son personales se han generado y fortalecido a través de la interacción con el ambiente

Los diferentes “pilares” propuestos por Wolin y Wolin citado en Flores, (2008) se mencionan a continuación:

- a) Autoestima consistente: Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo, suficientemente bueno y capaz de dar una respuesta sensible.

- b) Introspección: Entendida como la capacidad de examinarse internamente y darse respuestas honestas.
- c) Independencia: Se refiere a la capacidad de establecer límites entre uno mismo y ambientes adversos. Gracias a esta capacidad las personas adquieren conocimientos acerca de cómo son y pueden así configurar una visión realista de sus capacidades, talentos, recursos y defectos con lo que se incrementarán las probabilidades de acertar en la toma de decisiones.
- d) Interacción: Consiste en establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas. En la vida de las personas, es una constante experimentar el deseo de sentirse queridos por los demás, vinculados con los otros, percibir su apoyo, su cuidado y a la vez ser capaces de hacérselo sentir a otros.
- e) Iniciativa: Se refiere a la capacidad de hacerse cargo de los problemas y de ejercer control sobre ellos.
- f) Creatividad: Corresponde a la capacidad de crear orden, belleza y un propósito a las situaciones de dificultad o caos. También se señala como una cualidad del funcionamiento de la mente humana, que lleva a generar nuevos conceptos, hipótesis, apreciaciones y posibilidades de acción ante las circunstancias, que da lugar a que se incremente la capacidad de desenvolverse en el mundo.
- g) Humor: Se define como la capacidad que contribuye a mantener una actitud positiva frente a la vida. A través del humor se llega a descubrir aspectos positivos que nunca se habían apreciado en la realidad, a afianzar las relaciones con los demás e incluso, en ocasiones, a revelar un nuevo sentido o significado que nos ayude a reanudar la vida.
- h) Moralidad: Implica el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores.
- i) Pensamiento crítico: es la capacidad que permite analizar las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, y se propone modos de enfrentarla y cambiarla.

3.3.11. Intervención de Trabajo Social en el campo de la salud

La intervención del Trabajo Social, dentro de las Instituciones de salud va más allá de la aplicación de los estudios socioeconómicos, ya que se desarrollan funciones como; educador, orientador y promotor, buscando la participación de la familia y la paciente durante todo el tiempo que se encuentra en tratamiento, hasta integrarse de nuevo a la vida cotidiana.

Por lo mencionado, Ituarte, define al Trabajo Social en el campo de la salud como “la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad” (Citado en Rodríguez , Loor, y Anchundia, 2017, p.3). Es así que el conocimiento de la realidad de cada paciente es fundamental, por lo que este proceso lleva implícito estudiar al usuario e identificar las redes de relaciones (familia, institución, situación de marginación o exclusión).

El Trabajador Social en salud, es el profesional del equipo multidisciplinar que conoce las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, en el que promueve la utilización de los recursos disponibles, a través de funciones de investigación, planificación y programación, educación social, promoción, prevención, asesoría social y gestión de recursos sociales y/o sanitarios, orientadas a la recuperación de la salud y a la participación de individuos, grupos y comunidades, en las instituciones de salud.(Rodríguez, et al., 2017, p.4).

La trabajadora social, dentro de la institución no solo debe velar por el bien común de la paciente, sino también, por el entorno social, de manera que se sienta apoyada, no solo por la familia, sino por el profesional desde el momento que el paciente se entera de su padecimiento, se enfrenta a una serie de problemas de tipo emocional familiar en donde el la profesional debe intervenir, para trabajar con la familia para concientizar a su integrante, y por consiguiente a la paciente.

3.3.12. Función del Trabajador Social en el campo de la salud.

De acuerdo a su investigación, Rodríguez, et al., (2017) define a las funciones del trabajador social en este campo; para el efecto se las agrupa en seis aspectos: investigación, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, gestión y admiración.

1. Investigación

- Participar con el equipo interdisciplinario en proyectos de investigación sobre la salud integral de la población y así que aporten en la solución de problemas de salud de la comunidad.
- Estudiar las características socio económicas de la población atendida.
- Estudiar, analizar y actualizar la información sobre las necesidades, expectativas y percepciones de los usuarios y de la comunidad del sector.
- Evaluar el impacto de las medidas de ley y proponer alternativas de atención y prevención de individuo, la familia y la comunidad más acordes con su realidad (aborto, divorcio, menor trabajador, aparición y agudización de enfermedades crónicas, desprotección
- Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.
- Plantear temas de sondeo, exploración e investigación referentes a aspectos sociales, económicos y culturales asociados a condiciones específicas de salud.

Dentro de esta función el Trabajador (a) Social, realiza una series de investigaciones referente al pacientes el cómo enfrentan en su calidad de vida aspectos desequilibrantes, como el nivel económico, sus hábitos y costumbres, relaciones familiares, ocupaciones que tenían antes de enfermarse dependencias de otras personas que provocan que se frustren.

Abordar la problemática socio-económica y familiar que afecta a la paciente es importante, para continuar con el tratamiento, conocer cuáles son los problemas que más afronta la paciente para continuar con su tratamiento, para ser más viable el apoyo que se le brinde en la institución.

2. Promoción

- Orientar a las personas y sus familias sobre las rutas de atención del sistema de salud.
- Brindar información sobre la enfermedad, y pautas a seguir para hacer frente al manejo externo de la problemática.
- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud.
- Promover en las personas y sus familias estilos de vida saludables.

Por otra parte, es necesario que el trabajador (a) proporcione a través de charlas educativa, una orientación oportuna en relación a que procede después que se hacen el PAP ya que de allí empieza el seguimiento, dependiendo si el examen resulta positivo o negativo.

3. Prevención

- Prevención de factores de riesgo en familiares de usuarios con problemática de salud mental específicamente.
- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que aseguren la salud.
- Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud.
- Elaborar planes de tratamiento conjuntamente con el usuario y el equipo interdisciplinario para resolver los problemas o deficiencias del individuo o la familia.

4. Recuperación

- Contribuir con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la enfermedad.
- Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud.
- Movilizar recursos internos y externos del paciente (familia, ámbito laboral, institución psiquiátrica, comunidad de residencia, redes institucionales) que aporten en el mejoramiento de la condición de enfermedad del paciente.

Dentro de esta función el trabajador (a) social apoya para que puedan interpretar y vencer las dificultades, orienta para que busquen alternativas de solución para el paciente, cuando requiere de apoyo o ayudas en sus medicamentos y tratamientos respectivos para su pronta recuperación del paciente.

5. Rehabilitación

- Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social de la persona enferma.
- Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.
- Coordinar con entidades contratantes que propendan al acceso a la información a la red de servicios de las instituciones favoreciendo la calidad en la prestación de los servicios de salud.

6. Gestión y administración de los servicios

- Participar con el equipo de salud en la programación de actividades con base en el perfil epidemiológico y características socioeconómicas y culturales de la población beneficiaria del centro de atención.

- Evaluar los programas diseñados y ejecutados por el trabajador social y los realizados conjuntamente con las demás unidades funcionales del centro de atención.
- Elaborar el presupuesto para proveer los recursos del área de trabajo social.
- Diseñar y evaluar permanentemente los procedimientos de atención al usuario, especialmente en lo que se refiere a la oportunidad y calidad. Dando respuestas a los mismos.
- Realizar la referencia y contrareferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud.
- Realizar remisión a usuarios de acuerdo a la problemática social.
- Planear, programar, ejecutar y evaluar procesos e intervenciones sociales y organizar su quehacer profesional en tiempos y movimientos planificados.
- Gestionar y coordinar intra y extra institucionalmente recursos de diverso orden a fin de responder a los objetivos de trabajo.

Dentro de esta función, la Trabajador (a) Social está el apoyar a la paciente, buscar apoyo en instituciones para la facilitación de recursos para la atención del problema que presenta, ya que la mayoría carece de recursos económicos, se les brinda el apoyo a través de medicamentos a través de una reevaluación del estudio socio-económico para intervenir donde corresponde para que le brinde el apoyo y no abandone el tratamiento.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo, se describen los resultados de la recolección de datos del trabajo de campo de la investigación de acuerdo a los objetivos planteados en el presente estudio, respecto a la resiliencia en el tratamiento y recuperación de mujeres con cáncer del cuello uterino en la ciudad de Cobija.

Los resultados de la investigación van acorde a 8 categorías de análisis que a continuación se expresan:

1. Caracterización de la paciente

Las características que se consideraron importantes mencionar para describir a las mujeres que vencieron el CACU son las características de la edad, el grado de instrucción y la ocupación en la cual se desenvuelven. Realizando un análisis del tiempo en el que atravesaron la enfermedad y el tiempo actual para analizar el impacto de la enfermedad en el momento de padecerla y en la actualidad.

➤ La edad

El estudio se enfocó, en los testimonios de 3 mujeres de 60, 51 y 43 años de edad quienes son sobrevivientes al cáncer de cuello uterino y que según sus expresiones obtuvieron un estado resiliente que les ayudo anímicamente en el proceso de la enfermedad y a enfrentar el tratamiento. El primer testimonio menciona que enfermó de cáncer de cuello uterino cuando tenía 55 años. Para mí fue una sorpresa, nunca pensé que me podía enfermar así, toda mi vida tuve solo de pareja a mi esposo y no conocía nada sobre cáncer. Hasta ahora no tengo bien entendido por que uno se enferma (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

Con respecto a lo mencionado, la señora no tenía previsto enfermarse de cáncer, además de ello no tenía conocimiento de esta enfermedad, está claro que no asistía a controles ginecológicos y la prueba de Papanicolaou que actualmente se realizan las mujeres.

El segundo testimonio, la entrevistada menciona que enfermó de cáncer a los 42 años, nunca me lo espere, pese a los malestares que siempre sentía, cada vez que menstruaba los dolores eran demasiado fuertes, pero pensaba que era normal, me daba mucha vergüenza ir al ginecólogo, no sabía que era muy importante realizarme esos controles, en esa época era muy ignorante sobre la enfermedad pese a que trabajaba ya en el hospital (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019). La vergüenza en las mujeres es uno de los factores negativos que permite el avance de la enfermedad, además de la poca información que tienen sobre los síntomas del cáncer. Como menciona en una entrevista el Dr. Clavijo, médico ginecólogo con 40 años de experiencia

En los años que llevo ejerciendo mi profesión, he podido ver un sin número de casos muy especiales. El cáncer no tiene edad ni condición social, he atendido casos en jóvenes desde los 18 años hasta mujeres adultas mayores de hasta 80 años, es más una enfermedad que se adquiere por la falta de prevención e información y algo que es muy preocupante es que la mayoría de las mujeres optan por ser atendida por una ginecóloga, sin embargo quienes nos especializamos en mayor porcentaje somos los varones. Imagino que esa vergüenza en mostrar su intimidad a un varón desconocido es lo que frena a muchas mujeres en realizarse las pruebas de Papanicolaou (PAP) oportunamente (Carlos Clavijo, comunicación personal, 28 de junio. 2019). El especialista menciona que muchos casos se podrían prevenir, si las mujeres tomaran conciencia, siendo informadas desde pequeñas sobre las medidas preventivas y los síntomas, además de adoptar en su vida una rutina de autocuidado, perdiendo la vergüenza ante la atención ginecológica teniendo en cuenta que el especialista es un operador de la medicina.

En el tercer testimonio, según lo que menciona la entrevistada, fue a sus 35 años que le diagnosticaron cáncer de cuello uterino. Pensaba que solo a las mujeres mayores les podía dar o a las que proceden de una familia que tuvo casos de cáncer, en mi caso, fue realmente traumatizante, era muy joven, planeaba tener más hijos (AGH, comunicación personal, 21 de junio. 2019).

La información mal adquirida, es otro gran problema. Generalmente la principal fuente de información en nuestro desarrollo es el núcleo familia en el que crecemos hasta llegar a la escuela y es en ella que esta información adquirida se va complementando, pero tanto padres como educadores deben manejar una información fidedigna y precisa para que desde niños podamos crecer con un concepto acertado en la vida.

Como se menciona anteriormente, esta enfermedad no escoge edad para padecer de la misma, sin embargo las mujeres, gracias a los tratamientos que les proporcionaban a través del hospital han vencido el cáncer.

➤ **Grado de Instrucción**

El grado de instrucción nos demuestra el nivel de preparación escolar y académica que tienen las entrevistadas, realidad que en dos de los casos era distinta a la que tienen actualmente. En el caso de la primera entrevistada, menciona: Yo solo pude estudiar hasta 3to de primaria, por que vivíamos en el campo, además cuando era niña no era prioridad que las mujercitas estudien, la mujer se quedaba a ayudar a la mamá (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

En la actualidad se puede aún, visibilizar la inequidad en el acceso a la educación, sobre todo en las áreas rurales del país. Lamentablemente es una dura realidad que si bien ha tenido un progreso significativo en las últimas décadas no deja de ser un problema social, el cual acarrea ignorancia, sumisión y sometimiento de la mujeres impidiéndoles tomar decisiones propias sobre su reproducción e intimidad al margen de no informarlas de realidades en las que deben estar prevenidas.

El segundo testimonio varia bastante del primero, la entrevista enuncio: Yo actualmente soy profesional, aunque ya me profesionalice adulta y me costó mucho agradezco haberlo hecho, no fue nada fácil porque mientras estaba casada mi esposo no me dejaba estudiar, me decía que mi lugar era con mis hijos y que debía hacer lo que él diga y cuando él lo diga. Después de su fallecimiento, con mis hijos más grandes tome valor y me decidí a estudiar. Desde entonces mi vida cambio completamente. Cuando enferme, estaba en último año de carrera. (MSC, comunicación personal, 24 de junio, 2019).

Rescatando las palabras de la entrevistada, se puede analizar que en muchas ocasiones las mujeres no logran formarse académicamente por impedimento de terceros, ya sean padres, hijos o parejas.

Sin embargo, en este caso, el valor y el sacrificio que la entrevistada se demostró a sí misma no es más que un acto de amor propio, ya que pese a tener cuatro hijos que aun dependían de ella, ingreso a la universidad y logro profesionalizarse. Esto le permitió tener un amplio conocimiento sobre diversos temas que desconocía, además de prepararse para el ejercicio profesional que hoy en día desempeña.

La tercera entrevista argumenta: Cuando enferme yo era bachiller. Me gradúe en mi pueblo natal, Riberalta. En ese tiempo conocí a mi esposo y ya vinieron los hijos y el tiempo se fue pasando. Desde de que pase el proceso de la enfermedad me nació querer entrar a la universidad y actualmente estoy en la mitad de mi carrera (AGH, Comunicación personal, 21 de junio.2019).

Es muy importante destacar que a veces, cierto tipo de adversidades por las que atraviesan las personas, les impulsa a salir adelante. En el caso de la tercera entrevistada, vencer a la enfermedad la llevo a tener la actitud y valentía necesaria para ingresar a la universidad.

➤ **Ocupación**

La ocupación de las mujeres entrevistadas es de importancia ya que nos permitirá hacer un análisis de cómo cambio su situación ocupacional después de vencer a la enfermedad. Se les consulto a las entrevistadas en que se ocupaban cuando les diagnosticaron la enfermedad y en que se ocupan actualmente.

En el primer caso la entrevistada menciona: Yo desde que me case me dedico exclusivamente a las labores del hogar, ahora ya estoy mayor, no soy la misma de antes, hago lo que puedo en la casa hasta donde las fuerzas me dan (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019). La segunda entrevista en cambio enuncio: En el tiempo que enferme, trabajaba como personal manual específicamente de limpieza en el Hospital Roberto Galindo, actualmente trabajo como Licenciada en Trabajo Social (MSC, comunicación personal, 24 de junio, 2019).

En el tercer testimonio: Trabaje como auxiliar de oficina casi 10 años, cuando enferme trabajaba, no me dieron más de tres días de permiso, fue muy difícil. Actualmente ya no trabajo, solamente me dedico a estudiar y cuidar a mi familia, mi esposo es quien me apoya económicamente (AGH, comunicación personal, 21 de junio. 2019).

La situación ocupacional de las tres entrevistadas cambio en alguna forma desde que enfermaron. Es importante mencionar, que la ocupación de una persona la determina e impulsa a seguir adelante puesto que quien no dedica su tiempo y lo ocupa en algo productivo simplemente está perdiendo el tiempo en ocuparse de otras cosas que beneficien a su desarrollo personal.

Se pudo analizar según lo mencionado por las entrevistadas que de alguna manera el proceso de la enfermedad cambio su situación ocupacional, en dos casos de forma positiva, sin embargo en uno de los casos la situación se complicó en lo que refiere al desempeño ocupacional. Situación que pueden darse según el grado de resiliencia que las personas obtengan.

➤ **Entorno familiar**

El entorno familiar es el componente nuclear de la sociedad. Además de ser el refugio de los miembros de la familia por lo que se consideró indispensable indagar en base a los testimonios, sobre el entorno familiar de las entrevistadas categorizando la información brindada de la siguiente manera:

➤ **Familia constituida por hijos**

En los tres casos las entrevistadas han sido madres en más de dos ocasiones. En el caso de la primera entrevistada: Tuve nueve hijos, todos vivos gracias a Dios. El primero, lo tuve a los 16 años y me case a los 18 cuando cumplí mayoría de edad. Ocho de mis hijos viven con sus propias familias, ya están fuera de casa, así que solo vivo con mi hija menor y su niño, mi esposo y yo. Llevo más de 35 años casada con mi esposo, mi compañero (AVT, comunicación personal, 22 de junio.2019).

El entorno familiar de la segunda entrevistada se compone como explica la entrevistada: Yo me case jovencita, tenía 19 años, tuve 4 hijos con mi esposo y enviude cuando mis hijos eran pequeños. Rehíce mi vida con otra pareja, pero antes espere que mis hijos sean independientes. Ahora vivo con mi esposo actual desde hacen 10 años, todos mis hijos son independientes, ya hicieron sus vidas y tienen sus familias pero siempre estamos unidos (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

El tercer testimonio que no varía mucho de los demás la entrevistada menciona: Mi familia está compuesta por mi esposo, mis 3 hijos y actualmente 2 nietas. Yo me case muy joven tenía 18 años y seguidito tuve a mi primera hija, 3 años después vino el segundo y casi 11 años después tuve a mi tercer hijo (AGH, comunicación personal, 21 de junio. 2019).

La estructura familiar en los tres casos es bastante similar, las entrevistadas han sido madres jóvenes y comenzaron una vida marital a la par además de haber tenidos 3 hijos a más. Estos datos no varían mucho de casos similares de otras mujeres que enfermaron de cáncer de cuello uterino, como menciona el Dr. Clavijo: Generalmente, las mujeres que he atendido a las que se les diagnostica cáncer de cuello uterino han tenido varios hijos, es difícil que una mujer con esta patología haya tenido un solo hijo o no sea madre, además de que tienen una vida sexual activa. No olvidemos que quien es portador del papiloma humano es el varón, en muchos casos la pareja de las mujeres (Carlos Clavijo, comunicación personal, 28 de junio. 2019).

Cabe rescatar que estas afirmaciones no son científicamente corroboradas, puesto que no es un hecho que el tener hijos pueda ser un factor para enfermar de cáncer de cuello uterino, lo que sí está establecido por la (OMS, 2017) es que el Virus del Papiloma Humano (VPH) se transmite por contacto sexual con una persona infectada y que el 99% de los casos este contagio se da en la pareja con la cual se mantienen relaciones sexuales consecutivamente. Sin embargo cabe destacar que el virus puede tardar entre 5 meses a 10 años en desencadenar en Cáncer de Cuello Uterino. De acuerdo a los datos proporcionados por los médicos en su entrevistas, demuestran que las causas de la enfermedad es errónea, ya que las entrevistas se refieren que las madres con cáncer han tenido su vida sexual activa además de dar a luz tres hijos, por lo consiguiente resalta que el portador del papiloma humano es el varón.

Sin embargo, las entrevistadas coinciden en haber tenido tres a más hijos y haber mantenido una relación conyugal con una sola pareja en dos de los casos.

➤ **Dinámica Social de la familia**

La dinámica social en la familia trata de “la interacción y proceso que se genera en el interior del grupo, definida bajo los conceptos de estructura, tipo de familia, relación familiar, funciones, roles, comunicación, reglas y normas” (Ander-Egg, 1995, p. 123). Por lo que se consideró importante indagar en las entrevistadas la dinámica social existe en el interior de su estructura familiar desde su propia concepción.

En el primer caso la entrevistada menciona: Mi familia es muy unida, nos edificamos en cristo, pertenecemos a la iglesia evangélica y en mi casa cada quien respeta a los demás, mis hijos son muy educados y pese a que ya son mayores todo el tiempo están pendientes de nosotros sus padres que ya estamos viejos, ahora solo le apoyamos a nuestra hija menor quien es madre soltera pero está estudiando y trabaja también para sustentar, mis otros hijos también apoyan económicamente y mi esposo como ya esta mayor ya no puede trabajar como antes. En mi familia siempre nos hemos llevado por el respeto, la comunicación y sobre todo no mentir (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

La segunda entrevistada según exclama: Entre mis hijos y yo siempre ha habido una relación afectuosa y cargada de mucho amor, he luchado siempre por sacarlos adelante, sin embargo ellos crecieron en un ambiente violento mientras el que era mi esposo aún vivía, siempre quise hacerles sentir que no pasaba nada pero la verdad es que vivía una mentira. Al fallecer el me sentí libre, las cosas se complicaron más que nunca porque mis 4 hijos eran muy pequeños pero para mí era mucho mejor. (MSC, comunicación personal, 24 de junio, 2019).

Esa libertad no me llevo a nada bueno pues la confundí con libertinaje y cometí muchos errores. Luego empecé a asistir a la iglesia cristiana en la que hasta el día de hoy me congreso. Mi actual pareja y mis hijos no mantienen una buena relación actualmente con mi pareja, sin embargo ya todos están adultos y tienen sus propias familias. Lo que siempre quise fue inculcarles respeto y responsabilidad, creo que no me equivoque porque son adultos educados y responsables (MSC, comunicación personal, 24 de junio, 2019).

En el tercer caso, la entrevista relata: Mi familia y yo somos de la iglesia cristiana desde hacen 10 años, mi familia antes no era congregada pero atravesamos momentos difíciles como fue la separación entre mi esposo y yo que duro casi dos años, pero superamos esos problemas y ahora estamos fortalecidos, mis hijos son personas respetuosas de Dios y cada uno cumple su función en la casa desde las obligaciones y deberes, claro que siempre impulsándolos (AGH, comunicación personal, 21 de junio, 2019).

Como se puede apreciar en lo que mencionan las entrevistadas, una característica en particular es que se congregan a la iglesia cristiana, por lo que se puede analizar que mucho influencia en la dinámica familiar la pertenecía a una religión en especial. Otra característica similar entre las tres es que formaron un matrimonio del cual proceden sus hijos. La dinámica en los tres casos si bien tiene muchas similitudes, en dos de los casos varia, ya que los hijos están fuera del núcleo familiar y tienen sus propias familias, sin embargo el lazo existente con la madre es fuerte y el apego según lo mencionado es constante, además de llevar una dinámica cimentada en el respeto, comunicación y solidaridad entre ellos.

➤ **Reacción de la familia ante la enfermedad**

Algo muy importante para las entrevistadas fue la interrogante realizada en base a la reacción de la familia cuando recibieron la noticia del padecimiento. La primera entrevistada menciona: La reacción de mis hijos fue que se preocuparon muchísimo porque ellos saben que el cáncer es grave si no se actúa a tiempo el cáncer no espera y entonces ellos consiguieron dinero lo más rápido posible y me hicieron operar y me hicieron hacer sacar la matriz así también todos tanto mi esposo como mis hijos se acercaron más a mí. (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

En el segundo caso, la entrevistada enuncio: La verdad su reacción me sorprendió, ya que ellos no vivían en ese entonces conmigo, ya habían formado sus familias, lo que note es que se mostraron preocupados por mi enfermedad y de esa manera se acercaron más a mi como que la enfermedad nos unió más como familia (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

La tercera entrevistada comento: Cuando recibí la noticia estaba con mi esposo, ambos lloramos toda una noche, luego el hablo con el pastor le conto la situación y el después me dijo vamos a salir de esto, el siempre su fe en Dios y yo como que me deprimía así, por momentos, a veces lo sentía todo perdido, pero él siempre me levantaba los ánimos él me decía vamos a salir vas a ver y para colmo no teníamos la exactitud si el cáncer era maligno o benigno pero cuando yo me hice ver de forma particular me dijeron que se podía operar, en esos días siguientes nos reunimos con mis dos hijos mayores por que el menor era bastante pequeño, mis hijos entendían que estaba enferma pero no comprendieron la magnitud del asunto, tampoco les dijimos todo simplemente les dije que mama estaba enferma y la tenía que operar (AGH, comunicación personal, 21 de junio. 2019).

Es importante mencionar que en muchas ocasiones, el entorno familiar no siempre reacciona positivamente ante situaciones o adversidades difíciles que comprometan la vida de una de sus miembros, en el caso de que este miembro sea la progenitora la reacción afecta directamente a los hijos quienes se pueden sentir desde ya desamparados por el ser que les dio la vida.

En el caso de las entrevistadas, la noticia recibida por su entorno familiar fue positiva para apoyarlas y unirse más como familia, no dejarlas solas y apoyarlas tanto económica como moralmente.

La pareja juega un papel importante en situaciones de enfermedad, más aun cuando la enfermedad es tan grave como el cáncer. La pareja puede ser el mejor apoyo y el más grande aliado de la persona que atraviesa por esta enfermedad, puesto que la recuperación puede llevar meses e incluso año hasta vencer totalmente la enfermedad. Sim embargo, se dan muchos casos, sobre todo en las parejas masculinas, que no resisten la presión económica y sentimental por lo que abandonan a la persona enferma y prefieren no estar cerca en el desenlace. “Cuando la biopsia sale positiva, esperamos siempre hablar primero con el familiar más cercano y es mejor aún si es el esposo, se les insita a apoyar en el proceso del tratamiento y se les explica lo difícil que va a hacer. Me han conmovido muchas veces esposos que se han quebrado frente a mí y no saben qué hacer” (Carlos Clavijo, comunicación personal, 28 de junio, 2019).

En síntesis, el entorno familiar de las mujeres entrevistadas son similares, puesto que: tienen un matrimonio y tres hijos a más los cuales al enterarse de la situación por la que atravesaban las entrevistadas se unieron como familia y brindaron su apoyo. El apoyo de la pareja fue fundamental. La familia fue la fortaleza que motivo y dio valor a las entrevistadas a atravesar todo el proceso de la enfermedad y de esta manera sobrellevar todos los percances, dolores, molestias y depresiones que les hubiese causado el cáncer.

2. Características del Proceso del Cáncer de Cuello Uterino

Las características del proceso del cáncer de cuello uterino son muy diferentes en cada paciente que el organismo funciona de acuerdo a su desarrollo evolutivo del ser humano sin embargo, de acuerdo al Plan de prevención control y seguimiento de cáncer de cuello uterino (2009) donde menciona que : “El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte de las mujeres adultas; según estimaciones, entre 4 y 5 mujeres mueren al día en Bolivia por esta enfermedad, ocasionando la desestructuración de las familias y comunidades” (p. 9). La incidencia es bastante elevada, pese a todos los esfuerzos del sector salud por informar, educar y orientar a la población sobre los cuidados y controles que se deben de tener para contra restar la enfermedad.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el “cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública mundial, que provoca la defunción de aproximadamente 260 mil personas y afecta a más de 500 mil nuevas mujeres cada año en el mundo” (2007). A diferencia de la mayoría de los cánceres, el cáncer de cuello uterino puede prevenirse mediante programas de tamizaje (prevención) de fácil acceso y económicos, diseñados para identificar y tratar las lesiones precancerosas.

Consecuentemente, esta tragedia es particularmente dura en países en desarrollo como Bolivia, donde el acceso a servicios eficaces de prevención es muy limitado. “Bolivia tiene una de las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo: según estimaciones de al día por Cáncer de Cuello Uterino” (OMS, 2004, p. 21). Sin embargo, las mujeres aun así no asisten a una atención médica para la realización de un examen de Papanicolaou y prevenir esta enfermedad que es mortal para las mujeres, exceptos en casos que son detectados a tiempo.

➤ **Información Previa**

La información es un arma de prevención única en todas las esferas de la vida, más aun si de salud se trata.

Informarnos sobre lo que se debe evitar para no padecer una enfermedad o conocer cuáles son los síntomas para estar alerta, pueden salvarnos la vida o la de un familiar. Con respecto al cáncer de cuello uterino el Dr. Clavijo Menciona La información acerca del cáncer de cuello uterino se difunde constantemente por todos los medios informativos, además de que los programas de salud en primer nivel realizan constantemente ferias, campañas y talleres informando a la población, para empezar el Papanicolaou PAP es gratis y la atención es gratuita a nivel nacional, las mujeres deben realizarse esta prueba anualmente, esto debería ser parte de la educación que tienen en la familia en primer lugar y en segundo lugar como parte complementaria de la educación en el colegio(Carlos Clavijo, comunicación personal, 28 de junio. 2019).

A ellos se puede complementar que uno de los pilares fundamentales del Trabajo Social en salud en la información preventiva. Mediante ella se puede advertir de los problemas de salud, entre los cuales está el cáncer de cuello uterino. Un estudio de la OPS en 2018 determina que es más difícil que mujeres que realizan su control trimestral con el tamizaje del Papanicolaou contraigan cáncer de cuello uterino que las que no realiza este control.

La base fundamental de la sociedad es la familia y es en ella que debe brindarse la información necesaria preventiva en todo tipo de circunstancias además de la transmisión de valores y principios. Si en la familia no se educa desde temprana edad sobre adquirir información necesaria respecto a medios y alternativas que prevengan situaciones que más adelante sean adversas, es muy difícil que en la vida adulta se tomen estas previsiones.

Se consideró importante consultar sobre la información previa que las entrevistadas tenían sobre el cáncer de cuello uterino a lo que respondieron: Bueno, sabía que el cáncer es una enfermedad mortal, una enfermedad grave que desencadenaba en muerte por que los tratamientos son sumamente costosos entonces prácticamente inaccesibles para las personas que no tienen un seguro, que no tienen las condiciones económicas para pagarse su tratamiento (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

Mira, yo conocía algo sobre el cáncer, sabía que el cáncer era una enfermedad mortal incluso conocí a varias personas que han muerto a causa de esta enfermedad de cáncer en alguna parte de su cuerpo y tan solo saber o imaginarme que pudiese tener algún día cáncer para mí era sinónimo que me iba a morir porque la mayoría de las personas que conocí que tenía cáncer murieron. (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Antes de saber que yo padecía cáncer yo sabía que era una enfermedad mortal y que si uno no se hacía curar se moría por eso yo al saber que tenía cáncer de inmediato ya me fui al hospital para hacerme ver a ver y también para ver cómo iba a hacerlo el tratamiento (AGH, comunicación personal, 21 de junio. 2019).

Como mencionaron las entrevistadas, el cáncer para el común de las personas es sinónimo de muerte, de una enfermedad irreversible y es el primer indicio de la falta de información que concibe la sociedad sobre la enfermedad y los tratamientos que tiene para enfrentarla y vencerla.

En lo que respecta a los testimonios, para las entrevistadas el enterarse del diagnóstico los derrumbos emocionalmente puesto que concebían al cáncer como una enfermedad mortal que no tenía retorno, así mismo paso en su entorno familiar en un primer impacto sobre el diagnóstico.

➤ **Proceso de la enfermedad**

El proceso de la enfermedad se comprende en tres aspectos que son: el tratamiento, las dificultades de las entrevistadas en el tratamiento y el costo del tratamiento.

Sin embargo antes de realizar el tratamiento se debe atravesar por un proceso del diagnóstico El primer paso es que las pacientes realicen el Papanicolaou en el Centro de Salud de su barrio, si este diera positivo al papiloma humano, recién es derivada a segundo nivel y una vez sea evaluada por los especialistas es atendida y se le realiza la biopsia para confirmar el estadio y las células cancerígenas. Si es tratable se atiende en segundo nivel, la mayoría de las veces es referido en tercer nivel donde hay oncología (Carlos Clavijo, comunicación personal, 28 de junio. 2019).

3. El Diagnostico

A partir de un Papanicolaou me pidieron una biopsia ya que el Papanicolaou salió con una alteración y el resultado entonces me pidieron una biopsia mandamos la biopsia por medio del Sedes pando y el resultado llego por ahí mismo por el programa de salud sexual y reproductiva, cuando fui a recoger el resultado, un personal de esa unidad me dijo directamente, cuando me vio ahí, yo saludé buenas tardes Licen, y con la peor frivolidad directamente me dijo; usted tiene cáncer, en ese momento yo me encontraba sola y recibí la noticia obviamente fue un impacto fuerte para mí (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Me dieron la noticia un día 5 de diciembre día el 2011, me dieron la noticia este yo ya estaba yendo al médico para la caja nacional de salud, porque en ese tiempo yo estaba asegurada y de esa forma pero mi biopsia no apareció pero yo tengo entendido que la Dr. Fanola se contactó con alguien de la ciudad de La Paz que supuestamente allá se hace y ella me pidió que yo haya ido con mi esposo y ahí ella nos dio la noticia, empezó diciéndome que habían cosas que eran preocupante sobre mi salud y que todo tenía solución, también me hablo de Dios que a veces la ciencia dice una cosa y que Dios dispone otra y cambian las cosa, a lo último que menciono fue que tenía cáncer de cuello uterino (AGH, comunicación personal, 24 de junio.2019).

No hubo nada de humana en la enfermera porque me dio la noticia sin darle pena de nada directo me dijo usted tiene cáncer en último grado, sabe en ese momento casi me muero porque de un de repente agarro y me dijo que tenía cáncer terminal, lo que afecto muchísimo a mi salud porque yo sufro de hipertensión, insuficiencia cardíaca, tengo hipertensión y diabetes, entonces con esa noticia recaí y casi me muero (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019). En muchas ocasiones, se debe abordar situaciones difíciles con bastante calidez humana y empatía en cuanto a estar en la posición de dar noticias negativas.

Siendo el caso de salud y de diagnósticos como el cáncer, el personal de salud que tenga la responsabilidad de emitir la noticia a la persona diagnosticada con la enfermedad debería primeramente pedir que esta sea acompañada por un familiar, además de brindar la información adecuada sobre la enfermedad y la situación real en la que se encuentra la salud de esa persona mencionándole las alternativas de solución.

Puede que este primer paso, como es el emitir el diagnóstico de la enfermedad sea lo que incentive a las personas a afrontar el tratamiento de manera positiva toda vez que esta información sea brindada correctamente.

En el caso de las entrevistadas, dos de los tres casos reflejan un impacto negativo al recibir la noticia de forma tan brusca e inesperada sin la más mínima calidez o tacto en mencionar el diagnóstico además de no ser un médico tratante sino personal de apoyo, aparte de haberse sentido culpables y avergonzadas, el temor las invadió y entraron en desesperación, puesto que les dieron a pensar que no tenían posibilidades de salvar su vida.

Es por ello, que se considera de vital importancia, que sea el médico ginecólogo o la Trabajadora Social quienes tengan el primer acercamiento con las mujeres diagnosticadas, buscando las alternativas de solución en compañía de su entorno familiar nuclear y con un lenguaje apropiado que pueda ser fácilmente entendido por la persona diagnosticada y la familia sin obviar ningún detalle del procedimiento y los costos.

4. El Tratamiento

El Tratamiento es recibido por el estadio del carcinoma según explica la Dra. Kelly Oliveira actualmente responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del SEDES Pando.

La atención que se brinda en Pando es de primer y segundo nivel. En primer nivel se realiza la prueba de Papanicolaou (PAP) y si esta diera positiva, se refiere al segundo nivel, es allí donde el ginecólogo realiza la revisión y biopsia para poder confirmar la prueba de PAP, seguidamente si el caso fuera le realizan a la paciente la histerectomía, que es el retiro del útero de la paciente para evitar cualquier avance de las células cancerígenas, eso es cuando el cáncer está en estadio 1 a 2, pero si las células avanzaron o existe un tumor que se considera maligno se la refiere inmediatamente a tercer nivel, específicamente al área de oncología, en donde vuelven se realizan todos los exámenes y proceden al inicio del tratamiento ya sea radioterapia, quimioterapia o ambos (Kelly Oliveira, comunicación personal, 29 de junio.2019).

Como menciona la responsable de salud sexual y reproductiva, las pacientes van siendo referidas de primer a segundo y de segundo a tercer nivel en dependencia de su estado de salud y es ese el principio de lo que atraviesan hasta lograr su recuperación. Como mencionan las mujeres entrevistadas que han vencido el cáncer de cuello uterino:

Mi salud se deterioró bastante, me puso muy triste saber que estaba tan enferma, me operaron, me dejaron vacía, luego viaje a La Paz en donde me llevaron mi esposo y mi hija a un hospital especial, allí me vio otro médico, vivieron más análisis, agujas, ecografías, tomografías, de todo me hicieron, pero el verdadero martirio comenzó cuando me hicieron el tratamiento. Eran unos sueros y un montón de tabletas que tomaba, me indisponían, vomitaba, me dolía mi cuerpo, se me cayó el cabello, me enflaquecí, fueron 3 sesiones que hice del tratamiento (quimioterapia), cada sesión sura 7 días, sin comer bien, sin dormir bien y sin salir, para mí ha sido lo peor que me paso en la vida (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

El tratamiento es lo peor que le puede pasar a una persona. A mí me derivaron directo al oncológico y me fui a La Paz. Tarde como una semana entre exámenes y laboratorios en ingresar al tratamiento de Radioterapia que para mí fue una verdadera tortura, aparte que fui solita no pude llevar a nadie porque mi economía no alcanzaba para llevar acompañante, me sentí morir es una verdadera masacre. (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

La radioterapia es un tratamiento invasivo directo en el útero en donde meten sondas cables y estas totalmente aislada, solo entran a darte una sopa y leche, uno debe permanecer durante 3 días echada en una camilla de parto y mediante los cables cada cierta hora envían radiación por los cables directo al útero, se siente como si te cocinaran viva, para mí fue lo peor desee haberme muerto (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Luego del diagnóstico, lo que venía era una operación donde me iban a sacar todo, matriz, ovarios, útero, todo. Me acuerdo que estaba con tanto miedo de morir en la cirugía y dejar huérfanos a mis hijos. El día de la cirugía fue horrible, porque después de despertar de la anestesia, sentí el peor dolor que imagine sentir. En mi trabajo solamente me dieron 3 días de permiso para la cirugía, entonces tuve que volver a trabajar con la herida sin cicatrizar, con la

hemorragia que me dejo la cirugía que me duro casi 30 días, los dolores era insoportables, manejar moto fue realmente horrendo y encima atender a mi hijos, como no se veía lo que sentía por que todo es interno, pensaban que ya estaba bien aparte de que tenía que tomar un tratamiento con pastillas por 2 meses que me daba ganas de vomitar, me mareaba y me hacía sentir débil, fue la peor experiencia de mi vida (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Los tratamientos a los que se sometieron las entrevistadas son diferentes en algunos aspectos, pero similares en la experiencia ya que como mencionan para todas fue traumático y los testimonios solamente reflejan el doloroso proceso del tratamiento para combatir el cáncer de cuello uterino. Los dolores, la fatiga, el malestar, las náuseas, la pérdida de cabello, la pérdida de peso y apetito, son solo algunos de los efectos que causan los tratamientos de Quimioterapia y Radioterapia. Este proceso fue el que describieron las entrevistadas desde tres vivencias distintas.

➤ **Dificultades del Tratamiento**

Se les consulto a las entrevistadas cuales fueron las dificultades por las que atravesaron en el tratamiento que recibieron para combatir el cáncer de cuello uterino a lo cual mencionaron:

La principal dificultad fue que yo tengo otras enfermedades, me descompensaba demasiado de mi presión y la diabetes, además del tema económico (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

Mi más grande dificultad aparte del gran préstamo que tuve que hacerme, fue estar total y absolutamente solita en todo el tratamiento, me sentí huérfana, se necesita a alguien que este con uno allá (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

La peor dificultad fue la falta de tolerancia en mi trabajo, realmente no se compadecieron de mí en ningún momento, pensaban que estaba flojeando y pese a que les decía que me sentía mal y mucho dolor nunca tuvieron un poco de consideración, además de que tardamos mucho con mi esposo en encontrar quien nos pueda prestar el dinero (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Cuando se presenta el cáncer y ya se tiene otra enfermedad crónica, la situación de salud de la paciente se ve aún más comprometida. Además de ello, toda persona que va a realizar el tratamiento de quimioterapia o radioterapia según indica la Dra. Oliveira debe ir con un acompañante que se mueva, que acompañe y que apoye en todo a las pacientes, es mucho más difícil la recuperación cuando están solas (Kelly Oliveira, comunicación personal, 29 de junio. 2019).

Otra dificultad mencionada fue la falta de empatía, humanidad y consideración por la parte laboral. Esta situación suele suceder en muchas instituciones, en las cuales prácticamente obligan a las personas que están enfermas o atravesando una crisis de salud en acudir a su fuente laboral además de que los justificativos médicos son demasiado cortos y no permiten que la persona se recupere del todo. Esta situación con el apoyo de Trabajo Social puede variar la realidad, ya que la Trabajadora Social puede intervenir en el apoyo hacia la persona enferma además del consentimiento para su recuperación coordinando con la institución y justificando su ausencia laboral.

➤ **Costo del Tratamiento**

En lo que se refiere al costo de tratamiento, se consideró importante saber cuál fue el costo del tratamiento que hicieron las entrevistadas, ya que, como bien sabemos, ningún seguro social cubre este tratamiento. Las entrevistadas mencionaron respecto al costo:

Considero que hemos gastado unos treinta mil bolivianos y tuve acceso al tratamiento gracias al trabajo de mi esposo y la ayuda que me brindaron mis familiares y amistades, hicieron una kermesse y varias rifas, mis hijos se movieron mucho, puesto que teníamos pensado vender mi casa y eso me ponía muy triste” (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

En aquel tiempo que yo hice mi tratamiento que era en el año 2010 no había el seguro SUS entonces yo hice mi tratamiento de forma particular en hospital público me costó el tratamiento como unos veinte mil bolivianos incluyendo estudios complementarios y todo el proceso de valoraciones de los estudios que me hicieron, pero el tratamiento implicó mucho

tiempo el tratamiento en si me tardo seis meses porque yo me fui el mes de abril y retorne en agosto y el costo me salió contado estadía y los pasajes fue una cosa de cuarenta mil bolivianos eso fue el costo total desde que me fui hasta el retorne a Cobija (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Al principio queríamos vender un terrenito que tenemos con mi esposo, pero no encontramos compradores, de esa manera fue que una arquitecta con la que trabajaba en ese momento, me llamo una noche y me entrego veinte mil bolivianos, me dijo que me haga curar de una vez, claro que era en calidad de préstamo, le fui pagando de a poco, yo hasta ahora pienso que fue un milagro y Dios me ayudo, porque ya había perdido la esperanza de poderme realizar la cirugía y el tratamiento (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019). La principal preocupación en lo que respecta a la salud en el territorio nacional es el factor económico, peor aún si de cáncer se trata. En septiembre de esta gestión se promulgo la Ley de apoyo a personas con cáncer, sin embargo esta no cubre la totalidad del tratamiento.

Antes de ello, el sistema de salud público no cubría absolutamente nada del tratamiento oncológico, es más, en Bolivia los hospitales oncológicos no son subvencionados por el estado, por lo cual solo acceden quienes cuentan con los recursos económicos suficientes.

Según lo que mencionan las entrevistadas, el gasto realizado en los tratamientos se estima entre 20.000 a 40.000 bolivianos. Este monto varía debido al tipo de tratamiento y al traslado a otro departamento que cuenta con instituciones oncológicas. Los recursos en dos de los casos provinieron de préstamos que las entrevistadas realizaron para costear el tratamiento, en el caso que difiere a los mencionados, los recursos procedieron de actividades que realizaron los familiares y el salario de su esposo.

5. Factores de Resiliencia

Se considera indispensable resaltar que la resiliencia emerge en situaciones o adversidades muy difíciles por las que atraviesa el ser humano, comenzando por la actitud, el estado de ánimo, la energía y hasta la buena vibra para enfrentar estas situaciones.

En mis años de experiencia he podido notar que mucho ayuda la forma en la que las pacientes aceptan el diagnóstico, creo que mucho depende de sus ganas de vivir y seguir adelante, además de haberme encontrado en situaciones realmente difíciles en que las pacientes con el solo hecho de escuchar el diagnóstico renuncian a cualquier tipo de tratamiento, se deciden por la medicina natural o simplemente quieren estar en sus casas con sus familias, esto lo he visto en pacientes mayores de 80 años (Carlos Clavijo, comunicación personal, 28 de junio. 2019).

Como menciona el entrevistado, la resiliencia depende en una gran medida de la persona, de sus intereses, prioridades, la motivación, la esperanza, ganas de salir adelante, el nivel de esperanza, su resistencia pero sobre todo la actitud. Se les consulto a las entrevistadas sobre resiliencia y la particularidad en los tres casos es que ninguna tenía conocimiento sobre el concepto que abarca la palabra.

➤ **La Actitud**

La actitud es la forma de ser y el comportamiento que adoptamos en distintos momentos de la vida. Se consideró importante realizar la interrogante que revele que actitud tomaron las entrevistadas para enfrentarse a la enfermedad, a lo cual mencionaron:

La verdad al principio no tenía una buena actitud, estaba devastada con solo saber que padecía la enfermedad sabía que el tener cáncer era sinónimo de que me iba a morir, sin embargo pensé mucho y un día me dije, si me voy a morir, pues moriré feliz, fui adquiriendo una actitud positiva cuando mire a mi alrededor y vi que habían hijos pequeños esposo, fue entonces que dije yo tengo que luchar por mí, por ellos y creo yo que fue esa actitud la que me ayudó muchísimo porque así se pensaron en salidas además de darle también ánimos a mi esposo ósea ves las cosa de otra manera, ves que si existen soluciones más al contrario, es muy importante la actitud que uno toma en las situaciones malas que se te ponen en la vida (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

Tener una buena actitud y estar muy positiva ayuda mucho de la forma en que si estas tranquila puedes encontrar la forma de cómo buscar soluciones y si estas con actitud negativa pues te empiezas a desanimar y te preocupas, te deprimas, te encierras en tus problemas y no

encuentras salida, entonces es muy importante ver la postura que tomas ante los problemas que se te presenten para arreglarlos o empeorarlos. Me ayudó mucho la actitud que adopte cuando supe de mi enfermedad, porque así pude pensar con claridad y serenamente, el tener una actitud así positiva me ayudo a ver con claridad las cosas a buscar la forma de cómo hacer el tratamiento y buscar salidas en esta situación tan crítica para mí y ahora doy gracias a Dios que tome esa postura porque me ayudó mucho a buscar la salida o las soluciones hacia el cómo de hacer mi tratamiento y la tranquilidad de mis hijos, pues les trasmitía todo (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Si creo que una actitud positiva ayuda muchas veces a salir de esos problemas porque al pensar positivo te ayuda a ver las cosas o los problemas de otra manera, en cambio si piensas negativo te encierras en una misma cosa y sientes que no puedes salir de ese pozo, yo solo pensaba si yo me derrumbo, nos derrumbamos todos, eso le trasmití a mi familia y además si no me ponía fuerte pues me iba a morir (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Todo profesional en el área psicosocial recomienda tener una actitud positiva ante cualquier adversidad o problema, puesto que tener una buena actitud ayuda a ver la realidad desde distintas esferas para buscar soluciones. Sin embargo ante una situación de enfermedad es tan difícil tener la templanza de una actitud positiva, puesto que todos los seres humanos tenemos miedo a morir y en caso de las mujeres que ya son madres el mayor de sus miedos es dejar huérfanos a sus hijos, por lo tanto es bastante difícil que al principio de una enfermedad se adopte una actitud positiva.

La actitud positiva viene acompañada de las ganas de vivir, la motivación, la esperanza, el apoyo recibido, el sentirse útil, viene acompañada además del amor propio. Es por ello que la actitud positiva es considerada pilar fundamental en la resiliencia. En el caso de las entrevistadas, adoptaron una actitud positiva y ese fue el primer paso que las ayuda a enfrentar el tratamiento, el dolor, el malestar, las náuseas, teniendo en mente siempre que dependía de ellas sentirse mejor y mantener buena actitud ante las circunstancias que enfrentaban.

➤ **La Motivación**

El motivo que impulsa a realizar algo que se desea hacer, es la motivación que sentimos los seres humanos. ¿Por qué lo debo hacer?, responderse eso es encontrar una razón para poder alcanzar nuestros objetivos, esta motivación puede ser interpretada de forma positiva o negativa. En el caso de la resiliencia, se consideró importante consultar a las entrevistadas sobre su motivación para luchar, resistir y enfrentar el cáncer de cuello uterino, interrogante a la cual respondieron de la siguiente manera:

Mi mayor motivación para poder seguir fueron mis hijos y mi esposo, ellos fueron mi motor para que yo no me deje vencer con la enfermedad y que yo luche porque si no me moría y que iba hacer mi esposo solo con mis hijos que eras chicos aun, pensé mucho en eso (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

Definitivamente mis 4 hijos, siempre pensando en positivo siempre pensando en quererme sanar, fue por ellos, yo pensaba que si me muero quien iba ver por ellos porque yo ya me había quedado viuda y fue una situación muy dura, me decía a mí misma que no los podía dejar sin mamá también (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

En lo único que pensé siempre fue en mis hijos en todo momento pensaba en ellos así como también en mi esposo, yo sentí que Dios me daba esa fuerza que Dios siempre estaba conmigo y que no estaba sola (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019). Cuando una mujer se convierte en madre, su vida y sus motivos de salir adelante dejan de pertenecer, al menos en la mayoría de los casos. Tener hijos y adoptar esa misión en la vida es uno de los mayores logros para una mujer, convirtiéndose en su máxima motivación para salir adelante, superar adversidades y concretar metas en la vida.

En los tres casos, las entrevistadas mencionaron que sus hijos fueron el impulso y la motivación que necesitaron para adoptar una posición resiliente ante la enfermedad y sus adversidades, gracias a ello y a sus ganas de seguir adelante fue que resistieron los diferentes tipos de tratamiento y vencieron el cáncer.

Claro que también se puede rescatar, que muchas mujeres que atraviesan por esta enfermedad y no son madres, pueden encontrar otro tipo de motivación como ser el simple hecho de seguir disfrutando de la vida.

➤ **La esperanza**

Se puede concebir la esperanza como la confianza que tenemos todos los seres humanos en que una realidad se transforme. Esperanza de concebir un hijo, esperanza de que un negocio prospere, esperanza en una relación, esperanza de sanar de una enfermedad. Sea cual fuese el motivo, la familia y la sociedad nos enseñan desde pequeños de que la esperanza debe existir en cada momento de la vida.

Tener esperanza es uno de los factores fundamentales de la resiliencia y se consideró importante consultar a las entrevistadas si tuvieron desde el principio de la enfermedad esperanza en sanarse o si en algún momento la perdieron, a lo cual ellas respondieron:

Sabe (...) si perdí la esperanza por un momento, pensé miles de cosas sobre todo pensaba en cómo me voy a hacer curar, que si me voy a morir, en fin todo lo malo, me derrumbe al principio. Me sentía tan perdida, pero con el apoyo de mis hijos y mi esposo, logre recuperar la esperanza primero para adoptar una actitud positiva y después para no olvidarme que Dios es quien tiene la última palabra, el escucho toda las suplicas y ruegos mías, de mis hijos de mi esposo y de mis demás familiares. Las cosas empezaron a resolverse y mi familia consiguió el dinero (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

Yo nunca perdí la esperanza porque yo confié mucho en Dios tenía una gran fe que iba a salir de esa situación, porque sabía muy bien que Dios no iba a permitir que mis hijos se queden solo (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

La verdad que perdí la esperanza al principio, cuando volvimos donde el Dr. Burgos por segunda vez, ya habíamos gastado todo lo que teníamos, teníamos un dinero ahorrado para construir nuestra casita, ese dinero solo se fue en los exámenes y biopsias. Encima mi mama estaba delicada entonces y saliendo de eso ya fue lo mío lo de mi enfermedad porque ya de

tiempos me venía sintiendo mal pero no quería ir al médico y de esa forma perdí la esperanza cuando ya no teníamos casi ni un peso. Mi marido dijo que íbamos a vender la casa para viajar y buscar la forma de salir y buscar un tercer nivel de un hospital, no importa el costo me decía pero lo vamos a conseguir y ahí como que de verdad yo pensaba que si la vendíamos mi casa a donde nos vamos a ir y si me muero donde quedaran mis hijos. Pensaba en que mis hijos sin casa en donde vivirían, entonces yo dije no la vamos a vender incluso apareció un comprador porque mi marido la andaba ofreciendo. Mi temor era que si no lograba vencer la enfermedad iba a ser en vano el gasto y más dejarlos en la calle a mis hijos ósea nadie me daba esa seguridad de que no sería así de esta manera perdí la esperanza pero después mi familia hablo y me apoyaron. Y fue esa amiga, la arquitecta con la que trabajaba a la que le agradeceré siempre porque fue quien me presto el dinero sin intereses y sin que se lo pida. Creo que la fe en Dios el clamor de todos nosotros, la familia de mi esposo son creyentes y el señor oyó las suplicas y los ruegos de todos y nos abrió puertas de todos lados (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Son muchas las razones por las cuales se pierde la esperanza, la primera es cuando ya no se encuentra soluciones, o si se encuentran soluciones, estas tienen atajos que solamente nos llevan a pensar en el peor de los escenarios a futuro.

Sin embargo, la esperanza es un pilar fundamental de la resiliencia para no perder el rumbo y tener la fe en que la situación por la que se atraviesa mejorara. La esperanza está en todas las personas que en algún momento atravesaron circunstancias que pusieron a prueba su fe. La esperanza es uno de los pilares que fundamentan la resiliencia, al comienzo perdieron la esperanza en recuperarse, pero el motivo por el cual debían luchar era más fuerte, sus hijos. Esta confianza fue la que las llevo a recuperarse, pues en bien sabido, que quien cree que algo sucederá al final sucede, siempre y cuando la esperanza.

6. Secuelas del Cáncer de Cuello Uterino

La revisión bibliográfica sintetiza que las secuelas del cáncer se dan a nivel físico, emocional y social. Sin embargo las secuelas con más repercusión se dan a nivel físico y emocional. Mucho depende de la actitud de la persona cuando de consecuencias emocionales

se trata, puesto que la actitud positiva ayuda a que la persona que atraviesa y vence el cáncer se fortalezca y valore más su vida, su entorno y las oportunidades que se le presenten. Mientras que las personas negativas pueden caer en depresión y por ende sentirse enfermos. En las entrevistas realizadas a las mujeres que vencieron el cáncer de cuello uterino se identificaron que existen en ellas secuelas físicas, psicológicas y sociales, mismas que a continuación se describen.

➤ **Secuelas físicas**

A la pregunta, las entrevistadas mencionaron: El único cambio fue que mi cabello creció más débil y que ya no tengo ganas de tener relaciones sexuales, además de la resequedad vaginal (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

Consecutivamente uno se enferma de infección urinaria, tengo cistitis crónica, me deshidrato seguido, mi vagina es demasiado sensible me refiero a que con cualquier roce me sangra, ni que decir de tener relaciones, eso no pasa más (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Después de una operación uno no queda como antes mucho peor cuando te han operado por tener cáncer, físicamente ya no tengo matriz me es más fácil enfermarme de infección urinaria y no puedo aguantar mucho cuando quiero orinar se pierde todo lo que tenga ver con la vida íntima ya no es lo mismo (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Según lo revisado en la bibliografía, las secuelas físicas no son las mismas de paciente a paciente, puesto que en algunas de ellas en donde el estadio del cáncer está más avanzado, las secuelas son más severas, mientras que en las que están en un estadio del cáncer inicial, las consecuencias tienen a no ser muy relevantes. Lo que se identificó como coincidencia en las respuestas de los tres casos es que la secuela principal es la pérdida de apetito sexual y demasiada sensibilidad vaginal, lo cual de alguna forma afecta a las entrevistadas ya que la vida íntima de ellas ha cambiado de forma brusca. Esta secuela no solo les afecta a ellas sino también a sus parejas, quienes según mencionan ellas, comprenden y apoyan a sus esposas.

➤ **Secuelas psicológicas**

Las secuelas psicológicas en las mujeres que han sobrevivido al cáncer de cuello uterino, constituyen en explicar directamente como se encuentran emocionalmente las personas que han vencido el cáncer después. Según las entrevistas que se realizaron y triangulando esta información con la revisión bibliográfica el proceso de cáncer de cuello uterino tiene secuelas psicológicas que afectan directamente las emociones de las mujeres que según los testimonios, nada es sus vidas vuelve a ser igual. Al ser mutiladas como ellas mismas refirieron, se sienten incompletas y sin ganas de tener una vida íntima consecutiva al tratamiento.

Los testimonios de las entrevistadas con respecto a las secuelas psicológicas se estiman de la siguiente manera: Pues me dejó algo que al principio me afectó que es de no poder tener hijos nunca más y psicológicamente pues yo diría que el miedo a me pueda volver a enfermar con cáncer o no sé (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

La verdad me ha dejado cambios psicológicos en la forma de cómo es el tratamiento es un tratamiento traumático que ahora no quisiera volver jamás a pisar un lugar así como lo que es realizar algún tratamiento y también tuve cambios íntimos como ya no es lo mismo la vida íntima con mi esposo no hay apetito sexual (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

A veces me pongo triste porque me acuerdo de que estoy vacía, y bueno el temor constante de que me vuelva el cáncer (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019). Son una serie de características similares las que se pueden identificar en las respuestas emitidas por las entrevistadas como ser: el hecho de volver a ser madres, sentirse vacías, sentirse mutiladas, sin deseos sexuales, débiles y con temor de que reaparezca la enfermedad.

Por lo mencionado, se considera importante la intervención de profesionales en Trabajo Social y Psicología para realizar apoyo terapéutico psicosocial después del tratamiento, este apoyo no solamente debería ser dirigido a las pacientes sino también a las familias.

➤ **Secuelas familiares**

Las secuelas familiares se pueden traducir en los cambios ocurridos en la dinámica familiar después de atravesar el proceso de la enfermedad.

En la entrevista se consultó sobre los cambios ocurridos en el entorno familiar una vez concluido el tratamiento y superada la enfermedad a lo que las entrevistadas mencionaron: ahora mis hijos son más apegados desde que les dije que tenía cáncer como que la familia me daba más cariño atención la verdad sirvió para valorarnos como familia (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

Después que paso la enfermedad siento que mi familia está más apegada tenemos ese lazo de hermanos y de hijos bien cerca. Mis hijos están pendiente de mí y con ellos realizamos reuniones en la que participamos todos en familia” (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Con esta enfermedad que tuve, mis hijos se han vuelto más cariñosos están más pendiente de mí, se reúnen conmigo más que antes yo diría que nos ha unido más como familia como madre e hijos nos ha fortalecido los lazos familiares (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

La similitud en los tres casos es el fortalecimiento de los lazos y el alto grado de afecto en las relaciones de la dinámica familiar. El padecer cáncer no solamente afecta a la persona que lo padece sino también a su entorno familiar puesto que ver a un familiar en malas condiciones de salud es supone un impacto emocional en la familia, sobre todo en los hijos y la pareja.

➤ **Secuelas laborales**

Muchas personas que padecen una enfermedad terminal y sobreviven a ella se ven en algunos casos de no rendir laboralmente de la misma forma que antes de la enfermedad, sin embargo, puede que las secuelas laborales en la mayoría de los casos sean negativas ya que algunas personas por realizar el tratamiento pierden su fuente laboral. Otras bajan el rendimiento laboral y simplemente no producen como antes.

Las mujeres entrevistadas sobre las consecuencias o secuelas laborales después de la enfermedad, mencionaron:

Yo no trabajo fuera de casa con un sueldo pero si trabajo en casa con las labores del hogar. Pero a raíz de la enfermedad he tenido que estar sin hacer muchísimas cosas como barrer lavar, cocinar, planchar así que le puedo decir en las cosas a las que siempre me dedique ya no las puedo hacer más como antes, claro que uno no queda nunca como antes, una ya no vuelve a ser la misma porque ya se tiene que cuidar mas no se puede alzar peso y tantas cosa más que uno hace cuando no se ha operado (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

Si tuve, me acuerdo que a consecuencia de la enfermedad tenía problemas por los permisos que tenía que pedir y así como también el cansancio que tenía en las horas de trabajo y sí bajo mi desempeño laboral” (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Yo cuando trabajaba se me dificulto mucho porque mis jefes no me querían dar permisos y así era un poco difícil lidiar con mi trabajo incluso para mi operación no me querían dar permiso pero igual le presente mi baja médica, se quejaban por que el médico mi baja era de cuarenta días y un día ellos solo querían darme treinta días y no me querían dar más. Pero como digo yo que siempre la mano de Dios estuvo a mi lado y conseguí y de esa manera ya me hice operar (AGH, comunicación personal, 24 de junio.2019). Las secuelas laborales según mencionan las entrevistadas, no se dan solamente en lo que respecta a la persona sino también al entorno laboral. Según mencionaban, la tolerancia del entorno laboral es inexistente puesto que no les otorgan el permiso y licencias que corresponden a los tratamientos médicos.

7. Redes de apoyo

En la actualidad, las redes de apoyo son fundamentales para colaborar en la solución de problemas y satisfacción de necesidades, dependiendo el caso. En lo que respecta a las entrevistadas, se les pregunto cuál fue la principal Red de apoyo recibida durante el proceso del tratamiento, a lo cual mencionaron en las redes de apoyo familiar, social y de trabajo social:

➤ **Apoyo familiar**

Muchas familias experimentan enojo, desamparo, frustración, ambigüedad, falta de control, de ajuste y readaptación. Este proceso de afrontamiento y ajuste familiar frente a la enfermedad es continuo, complejo, y se manifiesta a través de cambios inesperados e incontrolados (Baider, 2003). Son procesos que todos los seres humanos deben adaptarse a los cambios inesperados del cuerpo humano a causa de la enfermedad. Estos cambios, según Fernández Ortega (2004), no siguen un patrón concreto sino que están guiados por el ciclo vital de la familia, el momento evolutivo de la persona afectada por la enfermedad, el grado de cohesión familiar, el estatus social y económico, y la historia familiar, entre otros aspectos.

Sin embargo, el cáncer puede vivirse como algo potencialmente perjudicial para la cohesión familiar, o bien como una oportunidad para el fortalecimiento de los vínculos entre sus miembros (Baider, 2003). Pero estos cambios, en ocasiones fortalece a la familia.

En el caso de las entrevistadas se manifestaron de la siguiente manera; Creo que la familia es la principal red de apoyo que uno tiene cuando padece cáncer, el resto desaparece (AVT, comunicación personal, 22 de junio, 2019).

Mi familia me apoyo mucho moralmente, solo eso (MSC, comunicación personal, 24 de junio, 2019).

Mi familia fue un apoyo muy grande en todo el proceso, sobre todo moral y económicamente (AGH, comunicación personal, 24 de junio, 2019).

En los tres testimonios, las entrevistadas manifiestan que su principal y mayor red de apoyo fue la familia, el entorno familiar en sí.

Ellos les brindaron el soporte emocional que necesitaron en el proceso de la enfermedad y gracias a este apoyo recibido las entrevistadas pudieron enfrentar las adversidades y esto además les permitió obtener un estado resiliente frente a la enfermedad y de alguna manera vencerla.

➤ **Apoyo social**

Al referirnos al apoyo social como red de apoyo, estamos haciendo referencia a grupos que de uno u otra forma apoyaron a las entrevistadas, ya sean vecinos, colegas de trabajo, grupos religiosos, compañero de colegio, colectivos de carácter social, entre otros.

He tenido apoyo de las bartolinas, hicieron rifas para ayudarme (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

Si se puede llamar red de apoyo a los colegas de trabajo, ellos fueron una importante red de apoyo, pues realizaron actividades para apoyarme claro que no fue mucho, pero sé que lo hicieron con mucho cariño, hicieron una rifa. Una colega me apoyo con unos préstamos con bajos intereses (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Mis amistades hicieron actividades en el barrio sobre todo los vecinos que apoyaron para recaudar fondos” (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019). El principal apoyo que una persona que padece una enfermedad como el cáncer necesita es el apoyo económico, le sigue el apoyo emocional. Por ello es que se consultó a las entrevistadas sobre el apoyo recibido de los grupos sociales a los que pertenece.

En los tres casos recibieron apoyos de grupos distintos, por un lado de un grupo social al que en ese momento pertenecía que son “Las Bartolina”, un grupo social conformado por mujeres que se dedican a luchar por los derechos de las mujeres campesinas según indico la entrevistada. En otro de los casos, el apoyo social fue recibido del grupo laboral del área administrativa, quienes realizaron una rifa para apoyar económicamente a la entrevistada sin embargo más que el monto económico a ella la conmovió el gesto de sus colegas de trabajo, la hicieron sentir respaldada y apoyada.

En el tercer y último caso, el apoyo fue recibido por parte de los vecinos del barrio en el cual reside la entrevistada, sobre todo en la calle en la que vive, en donde los vecinos realizaron una kermese a donde acudieron muchas personas y posteriormente lo recaudado se lo entregaron públicamente lo cual según la entrevistada le ayudo en gran medida.

8. Apoyo de Trabajo Social

El Trabajo Social, es considerado parte de las redes de apoyo ya que mediante la atención y gestión de casos en una institución oncológica son los/as profesionales en Trabajo Social quienes brindan bastante apoyo a los pacientes que padecen cáncer, en especial a quienes son de escasos recursos. En un estudio realizado por el Instituto Catalán de Oncología (2004) se menciona que:

La especificidad del Trabajo Social en oncología dependerá del lugar donde se desarrolle la tarea. La incorporación del Trabajador Social a los diferentes campos de la medicina permite aportar a otras especialidades, conocimientos y elementos adecuados para la mejora de la atención en general. Respecto a la Oncología, el Trabajador social en el campo de la salud debe tener incorporados una serie de conocimientos básicos que le permitan intervenir de forma apropiada en cada caso. La incorporación del trabajador social a un servicio concreto facilitara, tanto al personal asistencial como al propio trabajador social, profundizar en cada forma precisa, ajustándose a la realidad y teniendo en cuenta las características específicas que comportan los diferentes tipos de enfermedades. (p.13)

La asistencia que brinda el Trabajador Social en estos casos con pacientes con enfermedades oncológicas, no solo radica en su accionar, sino que éste entra en coordinación con los demás profesionales, esto en muchos casos garantiza una continuidad en el tratamiento que recibe una persona desde el momento que inicia hasta que termina el tratamiento.

Algo que llamo la atención a las horas de las entrevistas es que en los tres casos concordaron no haber recibido apoyo de Trabajo Social en segundo y tercer nivel.

Las entrevistadas mencionaron: Cuando me diagnosticaron, en ese tiempo Trabajo Social no realizó ninguna gestión para apoyarme con nada, estamos hablando de hacen muchos años.

La verdad que fue bastante difícil porque en esa época las Trabajadoras Sociales eran meramente empíricas, en realidad solamente cuando me hicieron el proceso previo que era todo lo que son los estudios complementarios previos al tratamiento ahí si me ayudaron las asistentes sociales con las categorizaciones y descuentos de un treinta ´por ciento de los costos iniciales en segundo nivel (AVT, comunicación personal, 22 de junio. 2019).

No recibí ningún tipo de apoyo por parte de alguna Trabajadora Social, es más, ni siquiera la conocí a la Trabajadora Social en La Paz, sabe todo el apoyo económico la mayor parte fue de la familia así como también el apoyo psicológico fue de mi familia porque ellos siempre hablándome positivo siempre diciéndome que saldremos de esta con la ayuda de dios fue así que yo pude vencer la enfermedad (MSC, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Como lo realice de forma privada, no hubo intervención de Trabajo Social (AGH, comunicación personal, 24 de junio. 2019).

Cabe resaltar que en la ciudad de Cobija, desde el año 2010 recién se cuenta con profesionales en Trabajo Social, quienes en diferentes escenarios laborales han cimentado las bases del accionar de Trabajo Social en la región pandina y es desde ese momento que en el área de la salud se interviene de forma profesional para brindar apoyo a los grupos más vulnerables. La responsable del servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán Menciona en cuanto a la atención que se les brinda a las pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino:

La paciente en primer lugar es referida por Ginecología mediante una interconsulta hasta Trabajo Social. Seguidamente se procede a realizar la entrevista y el llenado de Ficha Social, para proseguir se programa una visita domiciliaria, se la realiza y se eleva un informe el cual se adjunta a la transferencia para que la paciente pueda acceder al tratamiento de Radioterapia el cual está vigente gratuitamente desde esta gestión, además de solicitar apoyo a Trabajo Social vía escrita y telefónica al Centro Oncológico al que la paciente va a ingresar (FOS, comunicación personal, 29 de junio. 2019).

Los testimonios de las entrevistadas, expresan no haber recibido apoyo por parte de Trabajo Social, sin embargo hay que resaltar que las entrevistadas de una u otra forma obtuvieron los recursos para cubrir los gastos del tratamiento médico lo cual indica que las entrevistadas tenían la solvencia económica y el apoyo necesario.

Además de ello, en el tiempo que las pacientes fueron diagnosticadas, solamente existían asistentes sociales empíricas.

➤ **Pertenencia a grupos sociales**

La pertenencia se puede entender como el hecho o la circunstancia de formar parte de un conjunto, ya sea un grupo, una comunidad, una organización, una vecindad, entre otros. Grupos sociales puede entenderse como un conjunto de individuos (más de dos personas) que desempeñan un rol social dentro de una sociedad, el cual puede ser fácilmente identificado, puesto que tiene forma, estructurada y es duradero. Como menciona Scandroglio, López Martínez y Sebastián (2008) la identificación de un grupo social, es necesaria “elemento suficiente para determinar la percepción subjetiva de la existencia de un grupo y su grado permite clasificar los contextos en los que se desarrollan las conductas a lo largo del continuo personal-social” (p. 84). Cuando una persona se integra a un determinado grupo social está fuertemente ligada a las normas y reglas del grupo además de ciertos valores morales que lo conectan con el grupo.

Se les realizó la consulta a las entrevistadas sobre los grupos sociales a los que pertenecen a lo que mencionaron: Pertenezco al grupo Las Bartolinas (AVT, comunicación personal, 22 de junio, 2019). De esta manera es que se considera que las entrevistadas fueron apoyadas de una u otra manera por sus grupos de pertenencia por la colaboración brindada, la empatía y el afecto que en esas circunstancias tan difíciles les brindaron los grupos de pertenencia fue de los pilares que hizo parte de la obtención de un estado resiliente para superar y vencer el cáncer de cuello uterino.

Soy Cristiana, pertenezco a una iglesia que justamente queda enfrente de mi casa, son un grupo muy bonito de gente buena que se apoya, comencé a acudir con más frecuencia desde que me enferme, la fe en Dios me ayudó muchísimo (MSC, comunicación personal, 24 de junio, 2019). Las personas dentro de él actúan de acuerdo a normas, valores y objetivos acordados y necesarios para el bien común del grupo y la persecución de sus fines.

Yo pertenezco al grupo de mi iglesia que es una iglesia cristiana, también al grupo de compañeras de la universidad ósea de mi semestre, también al grupo del barrio ya que soy parte de la mesa directiva (AGH, comunicación personal, 24 de junio, 2019). El sentirse parte de un grupo hace que el ser humano afiance la interacción social en los grupos de pertenencia, lo cual de alguna manera incentiva a las personas en superar obstáculos y adversidades al sentirse respaldados por sus grupos de pertenencia.

Conclusiones

En cuanto a la conclusión se puede mencionar que la resiliencia es un proceso de desarrollo dinámico, que se puede poner en funcionamiento a consecuencia de que una persona o grupo de personas se hayan visto sometidas a una situación de adversidad considerada grave.

Este proceso se puede hacer evidente a través de pensamientos, emociones y comportamientos destinados a hacer frente a las consecuencias de la adversidad, de manera que la persona o el grupo puedan desplegar sus recursos y potencialidades que les permitan hacer frente a la situación adversa y, en ocasiones, realizar una transformación interior, permitiendo la emergencia de nuevas formas de entender la vida y las relaciones con uno mismo y con los demás.

En base a los resultados se puede establecer que parte de la resiliencia que las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino tiene mucho efecto en la relación y dinámica familiar, puesto que, la situación de apego de sus hijos hacia ellas y viceversa incrementa el sentido de resiliencia, además de su crecimiento y fortalecimiento personal.

Es importante mencionar que el cáncer de cuello uterino ha dejado secuelas en la salud de las mujeres diagnosticadas, puesto que, pese a haber vencido la enfermedad, el tratamiento médico afectó su condición física, es decir, que las entrevistadas tienen un sistema inmune débil. Sin embargo sus deseos de seguir viviendo y lograr sus metas personales son más fuertes que cualquier molestia que puedan sentir, y estas molestias en su salud consecuencia del tratamiento, no les ha impedido seguir trabajando y desempeñando sus roles en el social y familiar.

Cabe destacar que en cuestiones de secuelas en su salud, todas las entrevistadas concluyeron en que el tratamiento afectó en su vida íntima y de pareja, para ellas este cambio no fue muy significativo puesto que agradecen el seguir vivas. Los factores de resiliencia que establecieron las mujeres entrevistadas fueron la actitud positiva, la esperanza, la familia y el apoyo recibido, además de la fe que nació desde las mismas entrevistadas y sus deseos por vencer la enfermedad.

Algunas investigaciones establecen que los factores de resiliencia se basan en apoyo terapéutico, psicológico y social además del refugio religioso. Por lo tanto, como las mismas mujeres mencionaron; lo mejor es adoptar una buena actitud y creer en la recuperación total, incrementar las esperanzas y mantener la fe en que será posible su recuperación.

La calidad de vida de las mujeres que vencieron el cáncer de cuello uterino va relacionada a la resiliencia puesto que después de adoptar esta posición cambio desde su estado de ánimo hasta su condición física y las relaciones con su entorno.

Respecto al análisis sobre las redes de apoyo que existen en el territorio nacional hacia las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino se concluye mencionando que las entrevistadas no reconocen redes de apoyo externas, es decir, fundaciones u organizaciones de otra índoles, determinado que es el entorno familiar la principal red de apoyo.

Se identificó que en Bolivia, existen redes de apoyo social dedicadas a apoyar a mujeres que atraviesan por cáncer ya sea de cuello uterino o de mama. Estas redes de apoyo se encuentran en las ciudades de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, priorizando la colaboración a mujeres del área rural y de escasos recursos.

Su apoyo consiste en cubrir un porcentaje del tratamiento inicial y brindar alojamiento y alimentación tanto a las mujeres enfermas como a los familiares o acompañantes que las acompañan en el tratamiento. En ciudades ya mencionadas existen hospitales oncológicos, donde las Trabajadoras Sociales una vez valorado el caso de cada mujer, acuden a las redes de apoyo, (organizaciones no gubernamentales o fundaciones de apoyo sin fines de lucro) y de esta manera obtienen la colaboración para mujeres en situación de necesidad.

En Pando, no se cuenta con una institución que apoye a las mujeres que padecen de cáncer, siendo el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del SEDES, la única institución que brinda información y lleva el registro de las mujeres diagnosticadas con cáncer. Sin embargo no se les brinda apoyo económico en el tratamiento y recuperación.

Es importante mencionar que desde hacen 5 años, el servicio de Trabajo Social del hospital Roberto Galindo, viene realizando acciones de coordinación con instituciones oncológicas para enviar a mujeres con cáncer de cuello uterino para su atención en un establecimiento de salud de tercer nivel y de esta manera obtener el apoyo de instituciones que colaboran, además de gestionar los pasajes aéreos e impulsar al entorno familiar a obtener recursos orientando diferentes actividades que pueden realizar.

Cabe resaltar que la contención emocional es muy importante desde el inicio y es la Trabajadora Social quien se encarga de brindar la orientación necesaria además de la valoración social, categorización y realizar sesiones informativas con la familia en donde se les impulse y oriente a la búsqueda de alternativas para apoyar a la mujer diagnosticada.

En síntesis, obtener una posición resiliente es fundamental para las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino. Es el respaldo emocional para sobre llevar el proceso de la enfermedad y lograr su recuperación, dependiendo mucho de su nivel de confianza, esperanza y redes de apoyo además del pilar fundamental de respaldo que es el entorno familiar.

RECOMENDACIONES

Por todo lo expuesto, se recomienda:

- A las autoridades nacionales y departamentales crear e implementar programas completos e integrales que apoyen a las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino para disminuir el nivel de mortalidad que existe actualmente.
- Al Servicio Departamental de Salud en Pando, incluir acciones que coadyuven a las mujeres diagnosticadas así como al entorno familiar realizando el seguimiento respectivo por Trabajo Social y de esta manera garantizar la condición de las mujeres así como de su entorno familiar, además de crear políticas sociales a nivel departamental que apoyen en la transferencia del paciente y su acompañante con un mecanismo que le permita acceder de forma eficiente al tratamiento.
- Al Gobierno Autónomo Departamental de Pando, crear convenios con el hermano país del Brasil para garantizar el acceso al tratamiento oncológico de pacientes diagnosticadas en las ciudades de Rio Branco y Porto Bello en las cuales existe el tratamiento y fundaciones de apoyo.
- Al personal de salud del Hospital Dr. Roberto Galindo incentivar e impulsar a la creación de una red de apoyo social para brindar la colaboración necesaria a mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino de escasos recursos y lograr su colaboración total en la transferencia, atención y tratamiento hasta su conclusión.
- A las Trabajadoras Sociales de la región, sobre todo a quienes trabajan en el área de salud, realicen la búsqueda y alianza estratégica con fundaciones y organizaciones internacionales dedicadas a apoyar a mujeres con cáncer de cuello uterino, con la finalidad de apoyar a mujeres diagnosticadas en la región, para de esta manera apoyar en su tratamiento y rehabilitación.

- A las autoridades del área de Ciencias Sociales y Humanísticas, sobre todo a la carrera de Trabajo Social, difundir el presente trabajo de investigación para impulsar a la realización de investigaciones más profundas que puedan apoyar en la creación de políticas sociales que apoyen a personas con cáncer.

- A las redes de apoyo existentes en nuestro medio, como ser: iglesias, instituciones educativas, instituciones de salud, fraternidades y sobre todo a las familias que son la principal red de apoyo para mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, crear alianzas estratégicas de apoyo integral y en lo posible, conformar una red de apoyo que considere colaborar estratégicamente en todo el proceso de rehabilitación.

Referencias bibliográficas:

- Anónimo. (3 de Abril de 2017). Página SIETE. *Cuatro a cinco mujeres mueren al día por cáncer de cuello uterino en Bolivia*, pág. 1.
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación, Introducción a la metodología científica*. Caracas, Venezuela: EDITORIAL EPISTEME, C.A.
- Bracamonte, A. y Díaz, L. (2015) *Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013*. (Tesis) Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/84110384.pdf>.
- Barbieri, N. (s.f.). *Resiliencia en familias con cáncer*. Recuperado de <https://psicoadolescencia.com.ar/docs/4/final051.pdf>
- Bracamonte, R. y Díaz, S. (2015) *Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Sobre Papanicolaou En Mujeres del Pueblo Joven Ciudad de Dios-Chimbote*, Febrero 2014 (Tesis de grado). Perú: Recuperado de: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/975>
- Casemiro, W., y Kimura, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud de las mujeres con cáncer de cuello. *Revista, Latino enfermagem*, 66-72.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Constitución Política del Estado. (7 de febrero de 2009).
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 2426, Ley del Seguro Universal Materno Infantil (21- Noviembre-2002).
- La Ley marco de autonomías y descentralización “Andrés Bólvarez” Ley N° 031, (19 de julio de 2010).
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 3250. (6 de diciembre de 2005)
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 1100 Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. (15 de septiembre de 1979).
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N° 1223 del Cáncer. (05 de septiembre de 2019).
- Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo 29894. (25 enero de 2009).
- Ferguson, F. y Lynskey, Z. (1996) *La ciencia del bienestar psicológico*. Madrid: Alianza.
- Flores, E. (2008) *Resiliencia y familiares de enfermos oncológicos*. Venezuela: Universidad Metropolitana.
- Gamerzy, R. (1990) *Modelos de intervención social en situaciones críticas*. México: Clarson.
- García, F. y Domínguez, S. (2013) *Psicología Social. Influencia y cambio de actitudes, Tomo I*. Barcelona: Paidós.

- González, Z. M. (2017). *Programa de detección del cáncer cervicouterino: políticas públicas y experiencias de los actores que implementan el programa en el estado de Veracruz, México*. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/scol/2017.v13n3/521-535/>
- Henderson, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.
- García L., y Navarro, V. R. (2017). *Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000400004
- Hejmadi, T. (2010). *Resiliencia. Hacia una validación de una escala en adolescentes*. (Tesis de Grado) Universidad Autónoma de Yucatán.
- Iglesias, Y. (2019). *La entrevista a profundidad*. Recuperado de <https://designthinking.gal/la-entrevista-en-profundidad/#:~:text=La%20entrevista%20en%20profundidad%2C%20>
- Instituto nacional del cáncer (2017). *Genética del cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/genetica>.
- Juárez, A., y Lázaro, S. (s/f) *Trabajo Social y Resiliencia: Intervenir desde las fortalezas*. Recuperado de https://factra.ujaen.es/sites/centro_factra/files/uploads/Congreso/1.pdf.
- Kotliarenco, A., Cáceres, I., y Fontecilla, M. (1997). *Estado de Arte en Resiliencia*. Recuperado de <https://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>
- López, P. (2004). *Población, muestra y muestreo*. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid.
- Lion, S. (2009). *Epidemiología del cáncer de mama*. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X13640783>
- Luthar, E. (1999). *Resiliencia y vulnerabilidad. Adaptación en el contexto de las adversidades infantiles*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ministerio de Salud (2015). Ministerio de Salud (2013) *Norma de Caracterización de Segundo Nivel de atención en Salud*. La Paz: Gaceta Oficial
- Molina, T. (2014). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama* (Tesis). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5175>.
- Mur de Viu, C. (2012). *La resiliencia, una medicina contra el cáncer de mama*. Recuperado de <https://annafores.files.wordpress.com/2012/10/cuadernos-de-la-mujer-mww-nc2ba-41-carlos-mur.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2004) *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático*. Papeles del Psicólogo. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2010) *Resiliencia*. Recuperado de: <http://www.fao.org/resilience/inicio/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Chicago: Página Oficial - Org. Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Mortalidad por cáncer está decayendo* en algunos países de las Américas, según nuevo informe de la OPS/OMS. Recuperado de: <http://www.paho.org/hq/index.php>.
- Organización Mundial de la Salud 2013 Carga mundial de cáncer alcanza a 14,1 millones de nuevos casos en 2012, según datos de IARC Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9246:2013-global-cancer-burden-rises.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *La batalla global contra el cáncer no se ganará con el tratamiento solo*. Recuperado de https://med.unsw.edu.au/sites/default/files/_local_upload/others/World-CancerReport-2014-Press-Release.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Conoce cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019*. Recuperado de https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2193:conoce-cuales-son-las-10-principales-amenazas-a-la-salud-en-2019&Itemid=481
- Olabuénaga, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Plan Nacional De Prevención Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino (2009) Publicación N° 119. La Paz: Documentos Técnicos Normativos.
- Puig, S. y Rubio, F. (2011). *La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo*. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>
- Tamayo, M. (2015). *Tipos de investigación*. Recuperado de https://trabajodegradoucm.weebly.com/uploads/1/9/0/9/19098589/tipos_de_investigacion.pdf.
- Rodríguez, J. R. (2017). *El vínculo afectivo entre personas con cáncer y sus familias como factor de resiliencia*. Recuperado de https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/405842/JRR_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodriguez, L., Loor, L., y Anchundia, V. (2017). *Funciones del Trabajador Social en el Campo de la Salud*. Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/02/portoviejo.html>

- Rutter, H. (1992). *Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3293>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación, tercera edición*. Barcelona Buenos Aires México: Ediciones PAIDOS.
- Taylor, B. (1986). *Introducción a los métodos Cualitativos de investigación*. Buenos Aires - Argentina: 1ª Edición Editorial PAIDOS pág. 49.
- Ucha, F. (2009). *Definición de población*. Recuperado de <https://www.definicionabc.com/general/poblacion.php>
- Saavedra, S. (2004) *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Wagnild, G. y Young, H. (1993). Desarrollo y evaluación psicométrica de la escala de resiliencia. *Diario de Medición de Enfermería*, Recuperado de http://www.sapibg.org/attachments/article/1054/wagnild_1993_resilience_scale_2.pdf.
- Werner, E. (1989) *Inteligencia emocional y resiliencia en mujeres con cáncer de útero*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Abierta Interamericana, Argentina). Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC114794.pdf>

ANEXOS



ANEXO 1

N°.....

GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A MUJERES QUE VENCIERON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Edad: Lugar de Origen:..... Estado Civil:.....
Grado de Instrucción.....
Ocupación: Lugar:.....
Domicilio:..... Lugar y Fecha de Nacimiento:.....

I. Sobre el Proceso del diagnóstico

1. ¿Me puede relatar cómo supo que tenía cáncer, es decir, de qué forma se lo dijeron, quien le dijo, como se lo dijeron, estaba acompañada o solo y que estudios previos le hicieron?
2. ¿Sintió calidez y empatía por parte del médico que le dio la noticia?
3. ¿Qué fue lo más impactante al enterarse que tenía la enfermedad?
4. ¿Qué información previa tenía sobre el cáncer?
5. ¿Fue atendida en un centro especializado (oncológico)?
6. (En caso de haber sido atendida en un III nivel) ¿Cómo fue el proceso en el centro oncológico?
7. ¿Qué fue lo más difícil en el tratamiento?
8. ¿De qué manera cubrió usted el tratamiento oncológico económicamente?
9. ¿Recibió apoyo en algún momento en el tratamiento, de que tipo?
10. ¿Recibió atención y apoyo por Trabajo Social en el Centro Oncológico?

II. Sobre el entorno familiar.

11. ¿Quiénes conforman su entorno familiar?

12. ¿De qué forma se enteró su entorno familiar de la noticia?
13. ¿Me puede describir que tipo de apoyo le brindo su familia?
14. ¿Hubieron reacciones negativas por parte de su familia?, ¿de quiénes? ¿Qué tipo de reacciones?

III. Sobre la Resiliencia.

15. ¿En qué se enfocó para mantener una actitud positiva?
16. ¿En algún momento perdió la esperanza? ¿De qué forma?
17. ¿Cree usted que una actitud positiva en medio de problemas ayuda a superarlos? ¿En qué medida?
18. ¿De qué manera le ayudo tener actitud positiva para vencer la enfermedad?
19. ¿Recibió apoyo psicológico o social? ¿En qué le ayudo?

IV. Sobre las Secuelas de la Enfermedad.

20. ¿Qué cambios física y psicológicamente nota usted después de vencer la enfermedad?
21. ¿Siente usted cambios familiares? ¿Me puede relatar cuáles?
22. ¿Ha tenido cambios en su desempeño laboral a consecuencia de la enfermedad?
¿Cuáles?



ANEXO 2

**GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A FUNCIONARIOS/AS DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA**

Grado de Instrucción.....

Ocupación: Lugar:.....

- 1) ¿Cuántos casos detectados de Cáncer de Cuello Uterino en las gestión 2018 y parte de 2019 hay en Pando?
- 2) De los casos detectados ¿Cuál es la procedencia de las pacientes diagnosticadas?
- 3) ¿Existe a nivel nacional algún tipo de Política Social que apoye a las mujeres con Cáncer de Cuello Uterino?
- 4) (En caso de existir) ¿En qué consiste la Política Social?
- 5) ¿Realizan el seguimiento de los casos?
- 6) ¿Tienes un registro de las pacientes que lograron vencer el Cáncer de Cuello Uterino?
- 7) Me puede explicar cuál es el proceso de atención para las mujeres que presentar Cáncer de Cuello Uterino en nuestro medio.
- 8) Que actividades de prevención del Cáncer de Cuello Uterino realiza el Programa de Salud Sexual y Reproductiva
- 9) ¿Los casos de Cáncer de Cuello Uterino se han incrementado en las ultimas 5 gestiones?
- 10) (en que caso de haberse incrementado) ¿A qué cree que pueda deberse este incremento?



ANEXO 3

GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A GINECOLOGOS/AS DEL HOSPITAL DR. ROBERTO GALINDO TERAN

Edad..... Antigüedad en el ejercicio laboral:.....

- 1) ¿Alguna vez ha tratado con pacientes con Cáncer de Cuello Uterino?
- 2) ¿Cuál es la ruta de atención para las mujeres en caso de Cáncer de Cuello Uterino?
- 3) Cuando el diagnóstico de la biopsia sale positivo ¿Qué forma es la que adoptan para informarle a la paciente?
- 4) ¿Realizan el seguimiento de los casos?
- 5) Aproximadamente cuantos casos al año detecta el Hospital
- 6) De estos casos detectados ¿cuantos reciben tratamiento oncológico?
- 7) ¿Tiene usted conocimiento del costo del Tratamiento en un Centro Oncológico?
- 8) Cuales según su opinión son las principales causas de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino.
- 9) Según su opinión ¿Cómo se podría ayudar a las mujeres diagnosticadas con Cáncer de Cuello Uterino?
- 10) ¿Cree usted que el área e Trabajo Social es importante en el proceso de tratamiento?
¿Por qué?



ANEXO 4

MEMORIA FOTOGRÁFICA

