



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
POST QUIRÚRGICOS CON CÁNCER DE TIROIDES EN LA CIUDAD DE
QUITO.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos establecidos
para optar por el título de:
Psicólogo Clínico

Profesor guía
Wagner Villacís

Autor
Galo Alexis Negrete Rivera

Año
2014

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el estudiante, orientado sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los trabajos de titulación”

Wagner Gonzalo Villacís Puma

Psicólogo Clínico

C.I: 1709175846

DECLARACIÓN DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

Galo Alexis Negrete Rivera

1721649513

RESUMEN

El estudio de la calidad de vida ha evolucionado desde la medición objetiva y específica de variables observables hasta la incorporación de métodos cualitativos que permiten la valoración de elementos de carácter subjetivo como cultura, sistema de valores, objetivos personales, expectativas y estándares de vida que intervienen en la percepción que la persona tiene de su situación, en este contexto el objetivo del presente trabajo es presentar una descripción de la percepción de calidad de vida de siete personas con diagnóstico de cáncer de tiroides residentes en la ciudad de Quito que fueron intervenidas quirúrgicamente y recibieron yodo terapia hace más de cinco años atrás. Desde un abordaje sistémico se estudiaron los factores que interactúan durante el desarrollo de la enfermedad hasta el día de hoy, se identificaron los elementos que representaron o representan en la actualidad una afeción en la calidad de vida de las personas. Se empleó un modelo cualitativo de corte transversal de tipo descriptivo.

Dentro del estudio fueron los entrevistados quienes identificaron los elementos que mediaron en la percepción de la calidad de vida, y el autor empleando la técnica de análisis de contenido construyó con estos elementos relevantes cinco categorías que agrupan las áreas de funcionamiento que más resultaron afectadas por la enfermedad. La sistematización de la narración permitió establecer las relaciones entre los momentos de la enfermedad y las áreas de funcionamiento más afectadas, así como recoger la evaluación subjetiva del estado de salud actual en comparación al inicio de la enfermedad y la medida en la que se ha logrado la reincorporación a las actividades cotidianas. Los resultados señalan que los siete participantes del estudio en la actualidad perciben su calidad de vida de forma positiva.

Palabras Clave: Percepción, Calidad de Vida, Cáncer, Crisis, Teoría Sistémica, Análisis de Contenido.

ABSTRACT

The study of quality of life has evolved from the objective measurement of observable and specific variables to the incorporation of qualitative methods to allow assessment of subjective elements such as culture, system of values, personal goals, expectations and living standards involved on the perception that the person has of his/her own situation. In this context the objective of this research is to present a description of the perception of the quality of life of seven people diagnosed with thyroid cancer which are residents in Quito that underwent surgery followed by radioactive iodine received five years ago. From a systemic approach factors that interact during the development of the disease until today have been studied as well as were identified the elements which represented or currently represent a condition on the quality of life of people. A qualitative cross-sectional and descriptive model was used.

During the research the interviewee was who identified the elements that mediated the perception of quality of life and the author using the content analysis technique built with this relevant elements, five categories which group operating areas that were most affected by the disease. The systematization of the narrative allows establishing relations between the moments of the disease and the most affected areas of functioning as well as collecting the subjective assessment of current health status compared to the one at the beginning of the disease and the extent to which it has achieved return to daily activities. The results indicate that the seven studied participants currently perceive their quality of life positively.

Keywords: Perception, Quality of Life, Cancer, Crisis, Systemic Approach, Content Analysis.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO Y DISCUSIÓN TEMÁTICA	3
2.1. CÁNCER DE TIROIDES.....	3
2.1.2. INCIDENCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES.....	4
2.1.3. TRATAMIENTO DE CÁNCER DE TIROIDES.....	6
2.1.3.1. YODOTERAPIA	7
2.2. ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL CÁNCER.....	8
2.3. PERSPECTIVA SISTÉMICA.....	11
2.3.1. SISTEMA DE CREENCIAS.....	19
2.3.2. PERSPECTIVA SISTÉMICA DE LA ENFERMEDAD.....	20
2.3.3. ENFRENTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.....	23
2.4. PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.....	25
2.4.1. CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA.....	30
2.5. DISCUSIÓN TEMÁTICA.....	32
3. OBJETIVOS	39
3.1. OBJETIVO GENERAL	39
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y PREGUNTAS DIRECTRICES	40
5. MÉTODO	41
5.1. TIPO DE DISEÑO Y ENFOQUE.....	41
5.2. MUESTREO Y PARTICIPANTES.....	41
5.3. RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
5.4. PROCEDIMIENTO.....	43
5.5. ANÁLISIS DE DATOS	44
6. RESULTADOS	46

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	100
RECOMENDACIONES	105
REFERENCIAS.....	107
ANEXOS	112

1. INTRODUCCIÓN

La intención del presente trabajo fue realizar un estudio de carácter cualitativo; para el mismo se contó con la participación de siete personas con diagnóstico de cáncer de tiroides que fueron sometidos a tiroidectomía y posterior tratamiento con yodo terapia hace 5 años atrás.

El tipo de muestreo que se eligió para el presente trabajo fue de tipo bola de nieve, se identificó a un informante clave que proporcionó los datos de otros posibles participantes. Se trató de un estudio multisituado que se desarrolló en los hogares y lugares de trabajo de los participantes.

El objetivo principal del presente estudio fue recoger y analizar el juicio personal y de carácter subjetivo de los participantes en relación a su situación de enfermedad y las manifestaciones o alteraciones que en ellas se produjeron a partir de la aparición de la sintomatología inicial, el diagnóstico y tratamiento del cáncer de tiroides. Se buscó identificar cómo estas manifestaciones se vieron reflejadas en su percepción de calidad de vida.

Para la recolección de la información se empleó la entrevista no estructurada, se eligió esta técnica ya que permite profundizar en la percepción de los entrevistados sobre el fenómeno estudiado. Las entrevistas fueron grabadas en formato de audio y transcritas en su totalidad de forma textual.

Para procesar la información recolectada en las entrevistas se utilizó la técnica de análisis de contenido, mediante el estudio y procesamiento del contenido total y textual de los relatos fue posible identificar elementos clave en el contexto del relato de cada uno de los entrevistados, los contenidos relevantes de las trece entrevistas dieron paso a la construcción de cinco categorías: Funcionamiento afectivo, funcionamiento y rol social, área cognitiva, funcionamiento físico, funcionamiento personal durante el tratamiento médico.

La sección de marco teórico proporciona un acercamiento a la perspectiva sistémica sobre la enfermedad y la crisis, también profundiza en el concepto de calidad de vida desde sus inicios hasta la actualidad así como los métodos y las técnicas más empleadas para su valoración.

Los resultados indican que desde el momento en el que se identificó la sintomatología inicial las áreas de funcionamiento de los participantes que se vieron más alteradas por la enfermedad fueron: el componente afectivo con la presencia de sentimientos como miedo, tristeza, el funcionamiento y rol social con situaciones relacionadas a la interrupción de rutinas o hábitos y finalmente el área cognitiva con la manifestación de ideas o expectativas negativas sobre la enfermedad y la posibilidad de muerte.

Las conclusiones del estudio apuntan a que la percepción de calidad de vida se ve alterada principalmente durante el periodo de diagnóstico, la recuperación de la intervención quirúrgica y la suspensión de la medicación previa a la administración del yodo radiactivo. Los resultados también indican que en la actualidad las siete personas reportan percibir su calidad de vida en términos positivos, consideran haber retomado con normalidad sus actividades y se ha incorporado el tratamiento y seguimiento médico a las rutinas habituales.

2. MARCO TEÓRICO Y DISCUSIÓN TEMÁTICA

2.1. CÁNCER DE TIROIDES

Se le atribuye a Hipócrates el origen del término cáncer, ya que vio en un tumor maligno cierta semejanza a las patas de un cangrejo y denominó a esta condición karkinos (cangrejo) (Montesinos, 2007, p. 30).

Se considera que el origen del cáncer se debe a una mutación a nivel genético en una célula somática con capacidad reproductora, dicha mutación puede estar determinada por factores genéticos, ambientales o la interacción de ambos. Esta mutación hace que la célula sea menos sensible a los factores que controlan la población de células en el cuerpo, por lo tanto éstas logran reproducirse en condiciones en las cuales las células normales no podrían. La acumulación de células de estas características es denominada tumor maligno o cáncer. Estas células presentan incapacidad para lograr estructuras altamente especializadas y por lo tanto pierden eficacia en términos de funcionalidad, o si la tienen, la misma no está regulada en relación al resto del organismo (Ham, 1987, p. 52).

El cáncer puede surgir en cualquier órgano del cuerpo, pero existen algunos sitios afectados con más frecuencia que otros, cada cáncer procede de una sola célula que en un momento determinado traspasa sus límites territoriales y es capaz de formar una nueva línea celular que se reproduce sin límites, es decir que el desarrollo de un cáncer no se da como una propagación epidémica entre células normales sino por la aparición de una familia de células anómalas (Cairns, 1981, p. 15).

La gran mayoría de cánceres se pueden clasificar en tres grupos: carcinomas que se desarrollan en los estratos celulares o epitelios que recubren superficies como piel, tracto respiratorio, intestinos, superficie de glándulas del cuerpo como páncreas, mamas y tiroides. Los sarcomas se desarrollan en

tejidos de sostén del cuerpo, como las células del hueso, vasos sanguíneos y células fibrosas de los tejidos y músculos. Por último se encuentra un grupo heterogéneo de cánceres originados en las células productoras de glóbulos blancos de la sangre (leucocitos) y el sistema inmunitario como el linfoma, la enfermedad de Hodgkin y diferentes tipos de leucemia (Cairns, 1981, p. 21).

La glándula tiroides recibe su nombre del griego *thyreus* (escudo) debido a la semejanza de la forma de la glándula con un escudo. Es una glándula de secreción interna que se encuentra ubicada en la parte anterior e inferior del cuello, mide alrededor de seis centímetros de ancho y seis centímetros de alto, su peso promedio es de 30 gramos (Rouviere, 1978, p. 474).

La glándula tiroides interviene en la regulación del metabolismo del cuerpo, es una glándula productora de hormonas como la tiroxina y la tiroyodotironina que aceleran los procesos oxidativos liberadores de energía en los tejidos del cuerpo, esta glándula también regula sensibilidad del organismo a otras hormonas (Ville, 1998, p. 478).

El desarrollo del cáncer de tiroides se ha relacionado con antecedentes de bocio, antecedentes familiares, estimulación prolongada de la hormona TSH ya sea por exposición a tóxicos, interacciones farmacológicas o factores hormonales, por ejemplo los cánceres foliculares de tiroides son más comunes en algunas áreas del mundo en las que las dietas de las personas son bajas en yodo (Díaz, Taquechel, Queral y Domínguez, 2007. Introducción párrafo 2).

2.1.2. INCIDENCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES

En comparación a otras regiones del mundo el Ecuador ocupa el lugar 15 en incidencia de cáncer de tiroides en mujeres y el puesto 27 en hombres. Se ha comparado la incidencia de carcinoma de tiroides en el Ecuador con los registros mundiales y se ha demostrado una mayor incidencia relativa que el

promedio mundial ocupando el primer cuartil en mujeres y el segundo cuartil en hombres. El cáncer de tiroides es considerado la afectación maligna a nivel endócrino más frecuente (Registro Nacional de Tumores, 2009, p. 300).

Existe una clasificación de 4 fases para el cáncer de tiroides; el 57% de los diagnósticos en mujeres ocurre en la fase I, 11% en la fase II, 15% en la fase III y 17% en la fase IV. En hombres el 46% de los casos se diagnostica en la fase I, 8% en la fase II, 23% en la fase III y 23% en la fase IV. El cáncer de tiroides es considerado de buen pronóstico cuando se detecta en las primeras etapas (el 46% de casos de cáncer de tiroides en Quito se detectan en la fase I), el carcinoma papilar es el tipo histológico más frecuente, en la ciudad de Quito el 82.3% de casos diagnosticados corresponden a esta variedad, las células cancerosas de esta variedad crecen muy lentamente, por lo general ocurren solamente en un lóbulo de la glándula tiroides pero algunas veces se presentan en ambos lóbulos, a pesar de que crecen lentamente los carcinomas papilares a menudo se propagan a los ganglios linfáticos en el cuello. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estos cánceres pueden ser tratados con buenos resultados y en muy pocos casos resultan fatales. El cáncer folicular de tiroides es el segundo tipo más común, el pronóstico para el carcinoma folicular no es tan favorable como el del carcinoma papilar, aunque sigue siendo muy favorable en la mayoría de los casos. El cáncer anaplásico de tiroides es una forma poco común de cáncer de tiroides, a este cáncer se le llama indiferenciado debido a que las células cancerosas no se parecen mucho a las células normales de la tiroides cuando son observadas con el microscopio. Éste es un cáncer agresivo que invade rápidamente el cuello, se propaga a menudo a otras partes del cuerpo y es muy difícil de tratar. El carcinoma medular de tiroides se origina de células C de la glándula tiroides, algunas veces este cáncer se puede propagar a los ganglios linfáticos, los pulmones o al hígado, incluso antes de que se detecte un nódulo tiroideo. Las formas de diagnóstico más comunes y que permiten un diagnóstico precoz son la ecografía de alta resolución y la punción aspiración con aguja fina. (Registro Nacional de Tumores, 2009, p. 300-303).

2.1.3. TRATAMIENTO DE CÁNCER DE TIROIDES

La opción más común y más indicada para el tratamiento del cáncer de tiroides es la tiroidectomía total o casi total que implica la extracción quirúrgica de la glándula tiroides. Es preciso señalar que el cáncer tiene tres etapas: local, cuando el tumor está limitado al órgano en que se inició, etapa regional, cuando el cáncer se ha extendido a los ganglios tributarios y finalmente la etapa de generalización, cuando el cáncer se ha propagado a distintas partes del organismo. La cirugía tiene el máximo grado de efectividad en la etapa local, existen menos posibilidades de curación en la segunda etapa y en la tercera etapa se aplica con fines paliativos o estéticos (Cordero, 1976, p. 68).

La cirugía es el tratamiento más antiguo para el cáncer, su meta es remover completamente el tumor manteniendo el máximo posible de las funciones. La cirugía también es importante para complementar el diagnóstico en función de determinar el estado del avance y manejo de la enfermedad. Para un gran número de cánceres la intervención quirúrgica en fases tempranas de la enfermedad ofrece la mejor alternativa de curación (Montesinos, 2007, p. 41).

Como procedimiento médico la intervención quirúrgica puede tener efectos secundarios como la pérdida parcial o total de una parte del cuerpo o alteraciones en las funciones que regula el órgano intervenido, lo que puede exigir adaptaciones y consecuencias adicionales de tipo psicológico al tratamiento (Montesinos, 2007, p. 41).

En cuanto al tratamiento del cáncer existen varios tipos de cirugía dependiendo del propósito: la cirugía preventiva pretende remover el tejido pre canceroso. La cirugía diagnóstica busca obtener una muestra de tejido para determinar la presencia de células cancerosas. La cirugía de estadiaje busca determinar si el cáncer se ha expandido. La cirugía curativa tiene como finalidad la remoción de tumores que no se han expandido. La cirugía de citoreducción se utiliza cuando la remoción total de un tumor no es posible por daño colateral que se causaría

a órganos vecinos. La cirugía paliativa se aplica para tratar complicaciones en etapas avanzadas de la enfermedad. La cirugía reconstructiva se utiliza para reconstruir la apariencia física o función de un órgano (Montesinos, 2007, p. 42).

En el tratamiento del cáncer de tiroides, posterior a la intervención quirúrgica se inicia un tratamiento que tiene como finalidad iniciar la supresión de los niveles de tirotrófina mediante la administración vía oral de levotiroxina que causa la inhibición del crecimiento de las células del cáncer de tiroides que dependen de la estimulación de la tirotrófina endógena (Gonzalez, Yaniskowski, Wyse, Giovannini, López y Wior, 2006, p. 527).

La radiación o radioterapia es un tipo de tratamiento utilizado para alterar o interrumpir la reproducción en las células cancerígenas. La radiación puede ser utilizada para eliminar o disminuir un tumor, algunos tumores son eliminados completamente, en otros casos la radiación es utilizada antes de la operación (preoperatoria), o luego de la cirugía (postoperatoria), para disminuir el tamaño del tumor. Se puede utilizar la radiación para prevenir la expansión a otras partes del cuerpo en estos casos la radiación es utilizada de forma profiláctica. La radioterapia también se utiliza para tratar síntomas en cánceres avanzados, para aliviar el dolor, la dificultad para tragar, respirar o defecar, en estos casos se habla de radiación paliativa (Montesinos, 2007, p. 44).

2.1.3.1. YODOTERAPIA

Los tumores se han clasificado de acuerdo a su sensibilidad a la radiación en radio sensibles, moderadamente radio sensibles y radio resistentes. La terapia de yodo radioactivo I-131 es una forma de radioterapia que consiste en destruir el tumor o anular su capacidad reproductiva por la acción de radiaciones ionizantes (Cordero, 1976, p. 69). Es un tratamiento complementario del cáncer de tiroides, el modo de administración es vía oral y por medio del sistema digestivo es transmitido a la sangre. La función principal de la

suministración del yodo radio activo es destruir el tejido tiroideo remanente pos tiroidectomía total, así como las metástasis locales y a distancia de los pacientes con carcinomas papilares o foliculares del tiroides. Los pacientes a los que se les administra yodoterapia deben dejar de tomar toda medicina anti tiroidea al menos un mes antes de la toma del yodo, lo que se busca con esto es lograr un hipotiroidismo temporal que estimula en las células cancerosas remanentes la absorción de yodo radioactivo que finalmente las destruye. Los efectos secundarios más reportados se producen a corto plazo como nauseas, vómito, urticaria, agrandamiento de las glándulas parótidas y sublinguales. Es necesario que el paciente luego de tomar el yodo radioactivo permanezca en aislamiento por alrededor de 10 días ya que otras personas no deben estar expuestas a la exposición de la radiación. Alrededor de 5 días luego de la toma de yodo radiactivo se realiza en el paciente un rastreo diagnóstico que determina el grado de absorción del yodo en el área afectada por células cancerosas y la remanencia de las mismas en el organismo (Navarro, 2004, p. 74).

2.2. ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL CÁNCER

Las características del diagnóstico, tratamiento, expectativas de curación junto con las ideas erróneas sobre la enfermedad, la angustia por la intervención quirúrgica y su resultado, hacen que se produzcan alteraciones en la percepción de calidad de vida en las personas que deben ser evaluadas. La valoración subjetiva de calidad de vida comprende aspectos psicológicos, sociales, funcionales y de sintomatología física que están asociados a la enfermedad y tratamiento (Delgado y Tejerina, 2002, p. 295).

Es común que durante las primeras fases de la enfermedad la persona atraviese por una crisis de conocimiento relativo a la enfermedad, ante esta primera crisis son esperables reacciones a nivel emocional como miedo, culpabilidad, ira, rabia y desorientación en función a qué esperar de la

enfermedad y que acciones tomar tanto a nivel individual como familiar (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007, p. 204).

En este escenario es importante que la persona con cáncer y la familia puedan contar con la intervención y asesoría de un profesional que sea capaz de dar la ayuda psicológica adecuada para enfrentar y controlar las reacciones emocionales movilizadas por el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal; para realizar esta intervención el psicólogo debe identificar las alteraciones a nivel afectivo que se desarrollan y diferenciar las respuestas normales de las patológicas (Remor, Arranz y Ullua, 2003, p. 623).

La intervención psicológica en oncología (Psicooncología) permite el abordaje y entendimiento del tratamiento del paciente con cáncer; esto implica la evaluación y comprensión de las dimensiones que interactúan en el evento, como la dimensión personal, médica, social, factores estresantes y las respuestas de cada paciente a la enfermedad. El alcance e influencia de la Psicooncología se ha expandido con los avances en las técnicas de diagnóstico y tratamiento que permitieron que el cáncer sea tratable, el desarrollo de esta disciplina se relaciona también con los enfoques centrados en el individuo, el respeto por la autonomía, alivio de los síntomas y la importancia de la calidad de vida (Gómez, et al., 2007, p. 822).

La Psicooncología entendida como la intervención del psicólogo en el ámbito hospitalario, como parte del equipo médico que asume la responsabilidad por el cuidado integral del paciente con cáncer, se enmarca en el campo de intervención interdisciplinar entre la psicología y las ciencias biomédicas. En este contexto la intervención psicológica en oncología se encarga de la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos así como la optimización y promoción de servicios oncológicos eficaces y de calidad; estas características determinan cuatro principales áreas que son cubiertas por la psicooncología. La primera área es la asistencia clínica al paciente con cáncer y sus familiares, para mejorar la adaptación y

calidad de vida durante el proceso de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos. La segunda área implica el trabajo en la formación de habilidades de comunicación y manejo de crisis y situaciones estresantes en la interacción con el enfermo. La tercera área abarca la prevención y planificación de programas de educación para la salud en función de la prevención del cáncer. La cuarta área involucra la investigación de factores ambientales y de conducta que intervienen en la patología del cáncer, tratamiento y sistemas de atención (González, Ordoñez, Feliu y Espinosa, 2008, p. 710).

La intervención psicológica en oncología está orientada a la consecución de cinco objetivos.

1. Tratar dificultades relacionadas con la información médica proporcionada al paciente y la familia. En este ámbito se abordan las dificultades de adaptación psicológica a la enfermedad en todas sus fases desde la aparición de la sintomatología inicial hasta las etapas de recidiva y terminalidad, aquí se incluye el tratamiento de posibles ideas autolíticas o de deseo recurrente de muerte, así como los cambios bruscos en la conducta del paciente.
2. El tratamiento de los efectos secundarios de la enfermedad o del tratamiento antineoplásico.
3. Exploración y abordaje de las manifestaciones a nivel familiar generadas o amplificadas por la enfermedad, por ejemplo los cambios en los roles que generalmente se ven alterados a partir del momento del diagnóstico.
4. Guiar al paciente y sus familiares para lograr una adecuada cooperación con el equipo médico y crear una alianza médico paciente que permita adhesión a los tratamientos y recomendaciones médicas.
5. La creación y dirección de grupos psicoterapéuticos para pacientes oncológicos y sus familias (Remor, Arranz y Ullua, 2003, pp. 627-628).

2.3. PERSPECTIVA SISTÉMICA

Los conceptos iniciales que dieron origen a al modelo de terapia familiar sistémica actual están basados en la pragmática de la comunicación, teoría general de los sistemas y conceptos cibernéticos. A partir de la década de 1950 estudios centrados específicamente en el campo terapéutico dentro del contexto familiar fueron documentados por el grupo de Palo Alto en California, autores como Bateson y Jackson desarrollaron investigaciones que permitieron sistematizar conceptos sobre la comunicación en la familia como la teoría del doble vinculo, paradoja de la comunicación, homeostasis familiar, sistema interaccional (Cibanal, 2006, p. 17).

Lo que caracteriza al modelo de terapia familiar sistémica actual es el interés en el abordaje terapéutico de la familia como unidad biopsicosocial en el que la naturaleza de los procesos transaccionales es mayor a la de los elementos que lo conforman (Ortega, 2001, p 29).

Autores como Andolfi comparten la visión de que la persona se desarrolla y pertenece al sistema familia, el mismo que se define como un sistema relacional que se caracteriza por estar conformado por una o más unidades que desarrollan un vínculo entre sí, en este sentido un cambio de estado en un integrante produce también un cambio en los otros miembros del sistema, del mismo modo este cambio va seguido, de nuevo, por un cambio de estado en la unidad primitiva modificada (Parson y Bales, 1955, en Andolfi, 1985, p. 174).

El sistema también puede ser definido en términos de:

“una unidad interactiva, como un “organismo vivo” compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas. Del mismo modo, podemos considerar a la familia un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento; cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada, al mismo

tiempo que influye y es influida por otras que conforman el sistema” (Eguiluz, 2003, p. 1).

En relación a la perspectiva sistémica es indispensable entonces tomar en cuenta que la persona es parte de un sistema (familia), que se caracteriza por la interacción entre los integrantes; la interacción y Feedback (retroalimentación) que se produce en el sistema hace a sus integrantes interdependientes. En este sentido dentro del modelo sistémico el síntoma o la enfermedad tienen un valor de conducta comunicativa que tiene carácter equilibrador para el funcionamiento (Cibanal, 2006, p. 17).

El sistema familia está constituido por tres subsistemas:

- 1.- Subsistema conyugal: formado por la pareja
- 2.- Subsistema parental: formado por los padres con los hijos
- 3.- Subsistema fraterno: formado por los hijos (Eguiluz, 2003, pp. 2-3)

En cuanto al individuo, en el contexto de la perspectiva sistémica, se considera que la persona posee cinco dimensiones o subsistemas que abarcan los ámbitos:

Conductual: se incluyen, patrones para el trabajo, juego, ocio, conducta sexual, hábitos de alimentación, patrones consumo de sustancias, tendencias de suicidio o conducta agresiva.

Afectivo: sentimientos o expresiones emocionales sobre cualquiera de los aspectos mencionados anteriormente como pueden ser ansiedad, cólera, irritabilidad, depresión, alegría.

Somático: funcionamiento físico general, salud, presencia de dolores, sensibilidad del tacto, vista, gusto, olfato y oído.

Interpersonal: naturaleza de las relaciones, papel asumido en estas relaciones como (pasivo, independiente, líder, al mismo nivel), modos de resolución de conflictos como asertivo, introvertido, agresivo, modo interpersonal básico simpático, receloso, manipulador, explosivo, sumiso o dependiente.

Cognoscitivo: autoimagen, creencias, religiosas, filosofía, objetivos y expectativas de vida (Slaikeu, 1988, p. 34).

Desde la visión sistémica la enfermedad afecta a todos y cada uno de los subsistemas mencionados. Dependiendo de la organización de la persona la enfermedad puede percibirse como una amenaza física o emocional, que incluso puede conllevar a la disminución y pérdida temporal o definitiva de habilidades. En cualquier caso, la organización a nivel de subsistemas CASIC influirá en la respuesta de la persona frente al suceso (Slaikeu, 1988, p. 20).

Esta organización de la persona y de la familia en subsistemas que se interrelacionan para formar sistemas de mayor amplitud y complejidad, responde a las propiedades de funcionamiento de los sistemas que se detallan a continuación:

A) TOTALIDAD

Refiere a que el comportamiento del sistema no puede explicarse por la suma de las conductas de las partes, ya que la interacción que ocurre entre los integrantes provoca cambios a nivel cualitativo (Eguiluz, 2003, p. 6).

En este sentido la familia será identificada como el sistema, cónyuges, padres y hermanos serán definidos como subsistemas por medio de los cuales el sistema familiar se diferencia y realiza sus funciones; la organización de subsistemas en sistemas y suprasistemas revela la naturaleza de inclusión en las relaciones humanas en las cuales cada elemento pertenece a una globalidad mayor en la que se incluyen elementos diferenciados (Roche, 2001, p. 140).

Considerando lo mencionado se puede señalar que para comprender a la persona es necesario tomar en cuenta el entorno, contexto y ámbito en el que se desarrolla. Dentro de la perspectiva sistémica este contexto está conformado por suprasistemas que se organizan en orden ascendente, tanto en medida y complejidad, respecto del anterior.

El Microsistema está constituido por la familia y grupo social inmediato, el exosistema está conformado por la estructura social y finalmente el macrosistema es la estructura contextual más compleja que incluye valores culturales, sistemas de creencias, etc. (Slaikeu, 1988, p. 34).

B) CAUSALIDAD CIRCULAR

Explica que las interacciones entre los integrantes del sistema se dan de forma recíproca y repetitiva de modo que se establecen pautas de interacción en las cuales las conductas de los miembros se retroalimentan (Feedback) entre sí (Eguiluz, 2003, p. 6).

La retroalimentación o feedback dentro de una cadena de información, es la actividad generada en los puntos finales de la cadena que generan nueva información que en forma de “inputs” afecta a los emisores. Se han diferenciado dos tipos de feedback:

1.- Feedback negativo: se denomina retroalimentación negativa a aquella que contra resta la desviación para mantener el estado en los sistemas.

2.- Feedback positivo: se denomina así a la retroalimentación que incrementa la desviación de un estado regular constante (Roche, 2001, p. 142).

C) EQUIFINALIDAD

Hace referencia a la capacidad del sistema de alcanzar un estado o resultado final partiendo de condiciones iniciales distintas, este principio se relaciona también con el concepto de intencionalidad según el cual todo comportamiento o conducta se realiza en función al cumplimiento de un objetivo (Ortega, 2001, p. 32).

En relación al concepto de equifinalidad se puede mencionar el concepto de equicausalidad según el cual una misma condición inicial puede desembocar en resultados distintos. En este sentido ambos conceptos señalan la ausencia de la causalidad lineal en el contexto de las relaciones humanas (Eguiluz, 2003, p. 6).

D) JERARQUÍAS

Según este principio los sistemas se definen en función de la organización de las diferencias de los integrantes, debido a lo cual algunos integrantes ocupan lugares jerárquicos más elevados y el resto de integrantes se distribuyen en otros lugares dentro de la jerarquía establecida, este principio hace referencia al poder relacionado con factores como edad, habilidades, conocimiento, género, etc. (Eguiluz, 2003, p. 6).

En el modelo sistémico el principio jerárquico de orden, en relación a las funciones, conlleva al establecimiento de pautas que regulan la interacción entre los integrantes y subsistemas (Ortega, 2001, p. 33).

E) LÍMITES, REGLAS DE FUNCIONAMIENTO Y HOMEOSTASIS

La interacción constante entre los integrantes del sistema, así como del sistema en su totalidad con otros sistemas, establecen reglas o pautas de comportamiento que le dan una estructura estable (Eguiluz, 2003, p. 7).

Teniendo en cuenta lo mencionado en el párrafo anterior se podría comparar al sistema con un organismo que posee una estructura semi permeable que elige que información incorpora y envía según su necesidad de comunicación y adaptación (Ritvo y Glick, 2003, p. 3).

Es así que ante cualquier situación de crisis las respuestas que se generen y su resultado, orientado o no a adaptarse a las situaciones, dependen de la forma en cómo el sistema ha regulado el intercambio de información y las relaciones con otros sistemas, esto quiere decir que el sistema ha establecido límites que le permiten funcionar de forma organizada y diferenciarse de otros sistemas. Esta regulación en el intercambio de información y relaciones entre sistemas se da por medio de reglas implícitas o explícitas según las cuales el sistema retiene para sí información y actividades o permite que salga información y se establezca contacto con otros sistemas. En este sentido es necesario señalar que el sistema establece los límites para definir su identidad, esta marcación de límites se da en función de la amplitud de los procesos reguladores (Ortega, 2001, p 29).

El sistema desarrolla un funcionamiento continuo que puede ir desde los límites inapropiadamente rígidos, que significan desconexión o desligue, hasta los límites extremadamente permeables y difusos. Para que un sistema (familia) y sus subsistemas (paciente) sean funcionales, los límites establecidos deben ser claros y centrados en el punto intermedio (Ritvo y Glick, 2003, p. 3).

Los límites marcados por el sistema determinan cómo se procesa la información que ingresa al sistema. Dadas estas características de funcionamiento de los sistemas se comprende que las respuestas que inicialmente se producen ante un acontecimiento son el reflejo de una evaluación de la situación de amenaza que puede representar la situación y las respuestas, acciones o estrategias puestas en marcha tratan de mantener o retomar un nivel de funcionamiento estable (Morales, Huici, Jimenez y Gaviria, 2008, p. 240).

Se define como homeostasis al fenómeno sistémico de desplegar estrategias para el mantenimiento de un estado continuo de funcionamiento, este mecanismo se podría comparar con el funcionamiento de un termostato que interviene cada vez que las relaciones familiares se ven amenazadas, como sucede en la enfermedad, y corren riesgo de ruptura, desintegración y casos (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1998, p. 101).

Para realizar esta tarea todo sistema se organiza en niveles jerárquicos constituidos por subsistemas, esta organización le permite al sistema funcionar con un repertorio de medios de adaptación regulados a su entorno (Ritvo y Glick, 2003, p. 5).

Estas pautas forman parte de la estructura del sistema y rigen su funcionamiento definiendo la gama de conductas que facilitan la interacción (Minuchin, 1983, p. 25).

Dentro de este continuo el sistema funciona con cuatro principios fundamentales: La unidad implica que el sistema es algo más que la mera suma del funcionamiento parcial de sus elementos. Morfoestasis explica la tendencia a mantener el equilibrio (actividad de feedback negativo). Morfogénesis o la característica de adaptarse a los cambios internos y externos (actividad de feedback positivo). Causalidad circular que explica como las conductas son interdependientes entre sí, por ejemplo, la conducta A influye en la conducta B y a su vez A es retroalimentada por los cambios que generó en B (Navarro, 1992, p. 45).

La homeostasis familiar se basa en la idea de que la familia es un sistema que se organiza para mantener un estado relativamente equilibrado, por lo mismo cuando el sistema o cualquiera de sus partes están sometidos a una fuerza desequilibrante, como una enfermedad, la retroalimentación buscará restablecer el equilibrio continuo. Situaciones que representan un cambio de

vida significativo pueden movilizar al sistema para que pase a un nuevo estado de equilibrio (Ritvo y Glick, 2003, p. 12).

Los sistemas abiertos están sometidos a procesos de cambio, por ejemplo el diagnóstico de cáncer, podría generar en el sistema fluctuaciones e inestabilidad que tienden a causar realineamiento a nivel de subsistemas y de forma general. Las exigencias de cambio mueven los mecanismos que hacen que el sistema evolucione hacia una complejidad creciente, fluctuando dentro de límites establecidos de forma consciente o inconsciente, estos cambios le proporcionan al sistema una amplia capacidad de adaptarse y cambiar manteniendo su continuidad. Los cambios o fluctuaciones a las que se ve sometido el sistema, sean estas de origen interno o externo, son seguidas de una respuesta que devuelve al sistema a su estado de constancia, sin embargo si estas fluctuaciones se hacen más amplias o de mayor intensidad el sistema puede atravesar por un periodo de crisis que tiene por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones (Navarro, 1992, p. 35).

F) TRIANGULACIONES

Define las relaciones duraderas que se establecen entre ciertos integrantes del sistema, las triangulaciones de forma general se presentan en un contexto de funcionamiento conflictivo del sistema (Eguiluz, 2003, p. 7).

G) ALIANZAS

Hace referencia a las relaciones que se establecen entre ciertos integrantes del sistema, se caracterizan porque son menos duraderas en comparación a las triangulaciones, y de forma general se presentan en función de un objetivo (Eguiluz, 2003, p. 7).

H) CENTRALIDAD

Explica la dinámica que se presenta cuando un integrante del sistema ocupa un espacio emocional mucho mayor al resto de integrantes; en estos casos la atención del sistema en su mayoría está concentrada en esta persona, si un solo integrante ejerce la centralidad por un periodo prolongado de tiempo en su ausencia el sistema podría presentar alteraciones en su estabilidad, esta situación podría representar la desintegración del sistema o la organización en formas más complejas de estabilidad con la finalidad de conservar su estructura (Eguiluz, 2003, p. 7).

2.3.1. SISTEMA DE CREENCIAS

Un concepto relevante para la presente investigación que ayudará a comprender cómo se construye la valoración que la persona hace de su calidad de vida, es el sistema de creencias, que se constituye de los paradigmas que la persona ha incorporado sobre cómo funciona el mundo, estos paradigmas permiten establecer continuidad entre el pasado, presente y futuro y también orientan las conductas hacia la búsqueda de la salud. Estas creencias involucran ideas de la persona sobre la normalidad, relaciones cuerpo y mente, capacidad funcional, calidad de vida, control (orientación del control de la enfermedad interna o externa), afrontamiento, significado de la enfermedad según grupo étnico, religión y cultura, así como presupuestos sobre las causas de la enfermedad. El sistema de creencias definirá la forma en cómo las personas reciben, analizan e intercambian información (Reiss, 1981, p. 65).

Para autores como Burham el sistema de creencias está conformado por los patrones de conducta que se establecen en función de conservar al propio sistema. Estos patrones incluyen pautas de reacciones y funcionamiento que se transmiten de generación en generación tales como actitudes, tabúes, expectativas, por ejemplo, en una familia en donde se recurre con frecuencia a

los servicios sociales para mantener temporalmente alejado a un integrante con algún tipo de conducta disfuncional, se podría considerar que el sistema a incorporado la creencia de que la expulsión de uno de sus integrantes es la solución viable para superar la crisis y mantener el equilibrio (Burham, 1986, en Dallos, 1996, p. 30).

En el caso de la enfermedad, la comprensión que desarrolle la persona sobre la misma se construye alrededor del mencionado sistema de creencias, en el cual se relacionan las causas y consecuencias de la enfermedad, sintomatología y experiencias previas. La relación de estos factores interviene en el curso de adaptación del enfermo crónico (Morales, Huici, Jimenez y Gaviria, 2008, p. 239).

2.3.2. PERSPECTIVA SISTÉMICA DE LA ENFERMEDAD

Desde la segunda década del siglo XX se desarrolla el enfoque interaccional como una aplicación de la teoría general de los sistemas al campo de la salud, este nuevo enfoque se caracterizó por estudiar y comprender a la persona como parte de sistemas interaccionales que sirven como contexto explicativo de las conductas sintomáticas o no de los sujetos. En este contexto la enfermedad es considerada como una respuesta adaptativa a las circunstancias, un modo de insertarse al sistema al cual pertenece el sujeto, existen ciertas situaciones que provocan una enfermedad y al mismo tiempo una enfermedad puede perpetuar una determinada situación, por ejemplo, una enfermedad crónica como el cáncer puede obligar a los demás integrantes del sistema a ocuparse continuamente del enfermo, en estas circunstancias pueden presentarse dos escenarios: el enfermo puede controlar a los demás o ser controlado por los demás (Camacho, 1989, p. 68).

Es necesario señalar que el enfoque sistémico considera a la enfermedad como un proceso dinámico que se despliega en el tiempo en tres fases (fase de

crisis, fase cónica, y fase terminal), que plantean demandas psicosociales y tareas de desarrollo así como ajustes y cambios.

La fase de crisis comprende la línea temporal que abarca el pre diagnóstico, diagnóstico y ajuste inicial a la enfermedad. La fase crónica también es conocida como carga a largo plazo o del vivir día a día la enfermedad, en este periodo es necesario que tanto el paciente como la familia se adapten psicológicamente y organizativamente a cambios permanentes. Por último la fase terminal involucra el periodo preterminal, la muerte, el duelo y la resolución de la pérdida. Es necesario que la persona pueda cumplir con las tareas normativas relacionadas a cada fase para lograr una adaptación integral a una enfermedad crónica. Se debe aprender a afrontar cualquier síntoma o discapacidad, adaptarse al contexto hospitalario y los procedimientos de tratamiento, también crear y mantener una relación de trabajo con el equipo médico (Rolland citado en Navarro, 2004, p. 316).

Es posible que las personas que atraviesan por la fase de crisis presenten manifestaciones de desequilibrio, desproporción, sensación de cansancio, desamparo, inadecuación, confusión, también pueden hacerse presentes síntomas a nivel físico como mareos o sensación de ahogo. Otras manifestaciones que evidenciarían la presencia de una crisis son las desorganizaciones del funcionamiento en el ámbito laboral y relaciones sociales, cómo interrupción temporal o incapacidad permanente en el desempeño, desorganización del funcionamiento en relaciones familiares, desorganización en el funcionamiento de actividades sociales (Slaikeu, 1988, p. 21).

Es esperable que dentro del estado de desorganización derivado de la enfermedad, especialmente en la fase crónica, se presente un aumento en la vulnerabilidad y sugestionabilidad de la persona, este proceso se lo conoce como reducción de las defensas, y tiene lugar cuando la sobrecarga del evento que precipita la crisis deja a la persona confundida y abierta a las sugerencias.

Esta apertura durante el estado de crisis, en teoría, predispondría a la persona a aceptar nuevos conceptos que le permitirán comprender los detalles del suceso y dar significado a lo que está ocurriendo. Esta característica de la reducción de las defensas es lo que produce la oportunidad de cambio que caracteriza a las crisis vitales (Slaikeu, 1988, p. 21).

Una enfermedad crónica como el cáncer que tiene el potencial de generar una vulneración o disminución en la percepción de calidad de vida de la persona, constituye un factor altamente estresante y dependiendo del caso, en mayor o menor medida, una situación de crisis. Esta situación demanda que la persona realice constantes esfuerzos para lograr la adaptación, estos esfuerzos incluso pueden representar cambios significativos en el estilo de vida y rutinas habituales de la persona, tanto a nivel individual y de funcionamiento familiar, estos cambios derivados de características propias de la enfermedad, como la hospitalización o aislamiento por tratamientos complementarios como yodoterapia, podrían precipitar variaciones en los roles habituales no solo de la persona enferma sino de todos los miembros del sistema.

La intensidad, gravedad y magnitud percibida de la crisis son el producto de la interpretación de los cambios físicos, personales, sociales, es decir de la situación de enfermedad en general (Morales, Huici, Jimenez y Gaviria, 2008, p. 237).

Para comprender mejor la enfermedad y la persona en el contexto hospitalario, se podría considerar una organización constituida por tres elementos: El primero es el paciente con cáncer, el segundo la familia y redes sociales inmediatas y el tercero los profesionales de la salud que brindan la atención. Considerando esto se podría decir que los problemas de adaptación a la enfermedad serían el resultado de las características de la interacción entre los tres elementos (Navarro, 2004, pp. 17-18).

2.3.3. ENFRENTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

La persona posee pautas de acción que sumadas a características de funcionamiento le permiten reaccionar y manejar situaciones de estrés y crisis. La finalidad de este repertorio de pautas de acción es reforzar y retomar estrategias exitosas que se han utilizado en el pasado, pero si dichas pautas no se encuentran debidamente adaptadas o resultan poco flexibles al tipo de situación estresante o crisis por la que atraviesa la persona, el resultado puede ser el desarrollo de síntomas y manifestaciones que llevarán a la persona a valorar su situación en términos negativos (Ritvo y Glick, 2003, pp. 43-41).

Haciendo referencia a las pautas de acción adaptativa que la persona pone en marcha durante la crisis, es oportuno mencionar los conceptos desarrollados por Lazarus, según los cuales el enfrentamiento se caracteriza por dos actividades principales. La primera es el cambio de situación y solución de problemas, la segunda actividad es el manejo de los componentes subjetivos del problema. Estos aspectos identificados por Lazarus se pueden relacionar con las siete características de la conducta de enfrentamiento efectivo identificadas por Caplan (Lazarus en Slaikeu, 1988, p. 34).

1. Explorar activamente conflictos reales y buscar información.
2. Expresar sin reservas sentimientos negativos, positivos y tolerar frustración.
3. Pedir ayuda activamente a otros.
4. Descomponer los problemas en fragmentos manejables y translaborar uno cada vez.
5. Estar consciente de la fatiga y de las tendencias que proporcionan la desorganización en tanto se mantienen los esfuerzos por mantener el control.
6. Controlar los sentimientos, ser flexible y estar dispuesto a cambiar.
7. Confiar en sí mismo y en otros, mantener optimismo básico sobre los resultados por venir (Slaikeu, 1988, p. 34).

Para que el sistema logre una respuesta que le permita adaptarse a situaciones altamente estresantes que pueden desencadenar crisis, es necesario que exista una previa estabilidad organizacional, con congruencia y claridad en las pautas de acción anteriormente ensayadas. Estas características derivan en procesos eficaces de resolución de problemas y conflictos. Estos procesos incluyen un perfil de adaptabilidad y flexibilidad para poder cumplir con exigencias de cambio, sean estos de origen interno o externo, de carácter normativo o no normativo como el diagnóstico de cáncer (Ritvo y Glick, 2003, p. 13).

Las condiciones estresantes propias de la crisis pueden generar patrones temporales de interacción rígidos, aún en familias saludables que poseen un amplio rango de flexibilidad, esto se debe a que la enfermedad hace que la familia experimente la vulnerabilidad del paciente con cáncer y de todos los integrantes en general. Una adaptación exitosa demanda que se desarrolle una buena comprensión de la enfermedad y que se identifiquen las potenciales complicaciones derivadas de las características del tratamiento (Minuchin y Cols citados en Shaw y De Maso, 2009, p. 290).

La resolución de la crisis incluye la restauración del equilibrio, dominio cognoscitivo de la situación, el desarrollo de nuevas estrategias de enfrentamiento, cambios de conducta, uso apropiado recursos externos, reorganización y reintegración del funcionamiento; este proceso de resolución positiva de la crisis se denomina translaboración e implica que la experiencia queda integrada dentro de la trama de la vida (Slaikeu, 1988, p. 25).

La suma de elementos derivados de la situación de enfermedad como duración, gravedad y curso; elementos o consecuencias derivadas del proceso de intervención quirúrgica como limitaciones en el desempeño físico, cambios en lo estético, apariencia física; elementos del área cognitiva como atribuciones del origen de la enfermedad, creencias, sentido de control, experiencias previas

y expectativas de curación, intervienen en la respuesta que el sistema tiene frente a la enfermedad crónica.

La forma en cómo estos factores se han organizado determinará si los mismos tienen influencia como agentes facilitadores o agentes que dificultan el proceso adaptativo del enfermo. Por ejemplo en los procesos de ajuste y adaptación en el rol social, se incluyen cambios como incorporación o eliminación de conductas (dieta, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, horarios de tratamiento, etc.), estas modificaciones pueden ocasionar limitaciones de tipo funcional cuyas consecuencias se podrían ver reflejadas en actividades del área laboral, familiar o vida de pareja, afectando así la capacidad de la persona para obtener satisfacción de ellas (Morales, Huici, Jimenez y Gaviria, 2008, p. 240).

Es importante considerar que las conductas del sistema están motivadas por algún tipo de necesidad, la suma de conductas forman una secuencia de acción que se mantiene en función de aprendizaje de prueba y error. Estas secuencias de acción representan un gasto mínimo de energía y debido a esto lo que ocurre en la familia y en el accionar de cada uno de sus integrantes debe analizarse desde la lógica de funcionamiento propia del sistema (Navarro, 1992, p. 45).

2.4. PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

La percepción es la organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos que implican a nuestros órganos sensoriales y al cerebro, previo a la percepción se produce la sensación que es la estimulación de los órganos sensoriales, posterior a la estimulación sensorial y recepción de información se produce un proceso de análisis en el que intervienen conceptos previamente elaborados que permiten interpretar y dar significado a lo que captamos en primera instancia de forma desorganizada. El resultado de este análisis y sistematización de la información (agrupación en categorías de referencia) da

como resultado la percepción, así como la valoración subjetiva y auto referencial de la persona sobre una determinada situación (Feldman, 2005, p.134).

Los orígenes del término calidad de vida se remontan a finales de la segunda guerra mundial en los Estados Unidos, tiempo en el cual los investigadores trataban de recoger información objetiva de condiciones como tipo de vivienda, empleo, salario o nivel de educación para generar una apreciación general de cómo los Norte Americanos de esa época apreciaban sus condiciones de vida. A partir de los años sesenta se incluye en los estudios de calidad de vida la valoración de aspectos de tipo subjetivo y psicológico. En el inicio de las investigaciones de la calidad de vida relacionadas con la salud, la evaluación estuvo orientada a realizar una comparación entre la calidad de vida percibida por el paciente en contraste a la reportada por el equipo médico (Urzúa y Caqueo, 2012, p. 61).

En la actualidad al hablar de la calidad de vida es de gran relevancia considerar la valoración y percepción subjetiva de la persona en relación a sus condiciones y situación; en este sentido La Organización Mundial de la Salud define el término calidad de vida como:

“La percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (World Health Organization, 1997, p. 68).

La presente tesis se elaboró considerando la percepción de calidad de vida en términos de una evaluación individual y subjetiva, que se desprende de un marco de referencia personal en el que influye el grado de introspección que tiene la persona para evaluarse en determinadas circunstancias; es debido a esto que situaciones similares, como padecer cáncer de tiroides, pueden dar como resultado valoraciones de la calidad de vida muy distintas de una persona a otra.

En lo relativo a calidad de vida en salud, se considera el bienestar del paciente como el elemento fundamental durante el tratamiento, de modo que es importante evaluar la calidad y alcance de los cambios que se producen en las personas como resultado de las intervenciones médicas, esta evaluación se realiza en base a la experiencia del paciente y las implicaciones que la enfermedad tiene en su vida cotidiana, es decir que el enfoque de la enfermedad se deriva de la perspectiva del paciente (Urzúa y Caqueo, 2012, p. 62).

No existe un concepto único de calidad de vida, tampoco existe un consenso sobre si se debería separar el estudio de calidad de vida en general del estudio específico de la calidad de vida en salud, al punto que deban ser considerados como conceptos diferentes. Es difícil establecer esta diferencia ya que en el reporte subjetivo que da la persona sobre su situación intervienen factores de todas las áreas de funcionamiento del sujeto.

En el caso de investigaciones de percepción de calidad de vida en pacientes crónicos, el objetivo generalmente es evaluar las alteraciones que se producen cómo resultado de intervenciones y prácticas médicas, por lo que el estudio se enmarca en la vivencia del paciente en relación a su enfermedad y el impacto que esta tiene en su vida cotidiana (Urzúa, 2009, p. 358).

Un concepto de calidad de vida en salud, que engloba los aspectos generales de la vida del paciente es el desarrollado por Shumaker & Naughton:

“Evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general” (Shumaker y Naughton en Urzúa, 2009, p. 359).

Para calidad de vida no existe una definición única, ni una completa diferenciación con otros conceptos similares (reporte de bienestar subjetivo, satisfacción con la vida), la razón de esto podría ser que para la valoración de calidad de vida los estándares con los que se evalúa son distintos dependiendo de los individuos y de la sociedad. El reporte de calidad de vida no sólo depende de los recursos propios sino también del ambiente (familia, cultura, sociedad, factores económicos, etc.) en el cual la persona se desarrolla, por lo tanto la percepción de calidad de vida está influenciada por múltiples elementos. Esta característica hace que lo relacionado a la percepción de calidad de vida sea difícil de sistematizar y estandarizar; adicionalmente se debe considerar que hay multiplicidad de formas en las que una persona puede afrontar o adaptarse a una enfermedad (Shen y Lai en Urzúa, 2009, p. 63).

En los estudios de calidad de vida en procesos de enfermedad son comúnmente utilizados instrumentos, cuestionarios y escalas de medición que tienen como objetivo explorar la condición del paciente en el contexto que se desarrolla la enfermedad considerando los factores a nivel físico, de apoyo social, laboral, doméstico, familiar, funcionamiento afectivo, cognitivo y socioeconómico. El resultado final de estas exploraciones es un reporte de la valoración que hace la persona sobre su situación actual.

Existen tres grupos de instrumentos para explorar la calidad de vida relacionada con la salud. En el primer grupo se encuentran los instrumentos genéricos que han sido diseñados para aplicarse de forma general en todas las intervenciones terapéuticas como el SF-36. En el segundo grupo se encuentran los cuestionarios específicos adaptados de forma particular para cada tipo de enfermedad, problema de salud, diagnósticos y tratamientos como el EORTC-30, Functional Living index, Róterdam Symptom Checklist. Finalmente se pueden encontrar cuestionarios específicos de síntomas que no se aplican para valorar la calidad de vida relacionada en salud directamente sino los síntomas

específicos de la enfermedad o del tratamiento como el Gastrointestinal Symptom Rating Scale 4, McGill (Contreras, 2005, p. 17).

El cuestionario de ajuste y adaptación psicosocial es un instrumento que ocupa una escala tipo Likert de 4 puntos para medir el impacto o deterioro que causa la enfermedad crónica en la esfera psicosocial. Realiza la valoración dividiendo el contenido en 7 áreas:

1. Actitud hacia el cuidado de la salud, evalúa aspectos de la relación médico paciente e información recibida.
2. Ámbito laboral, evalúa el impacto de la enfermedad en aspectos relacionados a situación laboral, estudios y satisfacción profesional.
3. Ámbito doméstico, valora las dificultades que se han presentado en las relaciones familiares y rutinas domésticas debido a la enfermedad.
4. Relaciones de pareja, evalúa los cambios que se producen en la calidad de la relación de pareja.
5. Relaciones familiares, explora el deterioro o alteraciones de las relaciones con la familia nuclear y ampliada.
6. Ámbito social, explora la medida en que las interacciones sociales se ven afectadas.
7. Distrés psicológico, evalúa factores como ansiedad depresión, hostilidad (Morales, Huici, Jimenez y Gaviria, 2008, p. 152).

En la percepción de calidad de vida que desarrolla la persona, intervienen factores como los efectos secundarios no deseados de las intervenciones quirúrgicas, por ejemplo, disfunciones o discapacidades de tipo temporal o permanente, que involucran disminución de la movilidad, capacidad funcional e incluso déficit a nivel intelectual, cambios en la apariencia externa, deformidad y pérdida de extremidades. A nivel del funcionamiento y rol social pueden hacerse presentes situaciones de pérdida de autonomía personal, restricción en actividades laborales y deterioro de relaciones sociales (Morales, Huici, Jimenez y Gaviria, 2008, p. 237).

Para el estudio de la calidad de vida se puede considerar el abordaje de tipo cuantitativo que toma en cuenta variables y escalas de medición estandarizadas para lograr cumplir los objetivos propuestos, o el abordaje de carácter cualitativo que busca profundizar en la experiencia subjetiva de la persona como elemento principal para la valoración de la calidad de vida.

2.4.1. CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA

En el caso de pacientes oncológicos la presencia de la enfermedad podría constituir una situación altamente estresante que tiene el potencial de desencadenar una crisis. El ajuste a la situación de enfermedad está relacionado a factores de etiología, tratamiento, pronóstico, intensidad, gravedad y las necesidades de exámenes o tratamientos agresivos. Estas características, propias de la enfermedad, intervienen en la valoración y reporte de calidad de vida (Morales, Huici, Jimenez y Gaviria, 2008, p. 236).

Las características de la comunicación del diagnóstico intervienen en la valoración que realiza la persona de su situación en relación a la enfermedad. El recibir la noticia del diagnóstico de cáncer constituye el punto más exigente y crítico a nivel emocional, las reacciones de quienes reciben el diagnóstico de cáncer son el resultado de la conjugación de factores entre los cuales se puede mencionar edad, sexo, tipo de cáncer, localización e intensidad de los síntomas. Es común que al inicio se produzca la asociación de que el cáncer seguramente provocará la muerte, esta asociación podría producir en el paciente sentimientos de incertidumbre, desesperanza y ansiedad. Es habitual que en los momentos posteriores a la comunicación de el diagnóstico la persona experimente estados de "shock", si la información disponible o la que recibe de parte del equipo médico es confusa o insuficiente; en estos casos es muy probable que las expectativas, miedos y barreras para el afrontamiento de la enfermedad se eleven (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007, p. 6).

Esta situación podría ocasionar que en los primeros momentos de la enfermedad la persona experimente un estado temporal de trastorno y desorganización en el cual la capacidad de respuesta a situaciones desconocidas se ve limitada, durante este periodo los métodos y estrategias normalmente empleadas para la solución de problemas carecen del alcance necesario para alcanzar resultados positivos; para comprender este funcionamiento es necesario considerar el potencial que tiene el acontecimiento para precipitar una crisis y esto se logra observando detenidamente el suceso (diagnóstico, cirugía, quimioterapia) y el significado que este tiene para la persona en el contexto de su historia y su desarrollo. En relación al estado de crisis, los momentos del diagnóstico de la enfermedad y la hospitalización son los primeros factores altamente estresantes y amplificadores de los estados de desorganización, debido que demandan de la persona con cáncer y de la familia hacer frente a lo extraño del ambiente hospitalario. La generación de respuestas adaptativas esta mediada por factores como experiencias anteriores en situaciones de crisis, status socioeconómico, nivel de conocimiento, accesibilidad de los servicios sanitarios (Grau y Fernández, 2010, p. 204).

El evento que precipita la crisis puede tener el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos, la resolución e integración de la crisis depende de la forma en cómo se conjuguen los factores derivados de las características propias de la enfermedad junto con los factores como recursos personales y recursos sociales que dispone la persona (Slaikeu, 1988, p. 16). Si se piensa en la enfermedad como el evento que precipita la crisis, es necesario considerar que las respuestas de la persona pueden estar relacionadas a la forma de inicio, evolución y término de la enfermedad, por ejemplo, en una enfermedad de comienzo gradual, el enfermo y la familia dispondrían de más tiempo para la adaptación y sufrirían menos desgaste en comparación a una enfermedad de comienzo agudo (Grau y Fernández, 2010, p. 206).

2.5. DISCUSIÓN TEMÁTICA

Para la elaboración del presente trabajo de titulación se realizó una revisión de estudios desarrollados en Latino América, el objetivo de estos estudios fue la evaluación de la calidad de vida en personas con cáncer de tiroides y pacientes oncológicos en general.

La información sobre cáncer de tiroides encontrada en la ciudad de Quito es de carácter cuantitativo (estadístico) y fue incluida en el apartado de incidencia de cáncer de tiroides.

Un estudio de carácter cuantitativo fue realizado en Bogotá en el año 2010, el estudio se desarrollo en 3 instituciones médicas que trataron a pacientes con cáncer de tiroides que fueron intervenidos con tiroidectomía. La muestra para la investigación fue de un total de 75 personas de las cuales el 70,7% fueron sometidos a yodoterapia como tratamiento complementario, el 93,3% de las participantes fueron mujeres, el 6,7% hombres. El 50% estaban casados, el 36% tenían entre 2 y 3 hijos y el 25,3% entre 4 y 5 hijos.

El estudio se enfocó en evaluar el sentido de bienestar psicológico utilizando el cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 junto con el Índice de bienestar subjetivo. Se realizó una entrevista única en la que se aplicaron los dos instrumentos.

Los resultados del estudio demuestran que el 90,7% de los participantes fueron clasificados en el rango de bienestar positivo, el 5,3% manifiesta malestar moderado y el 4% informa malestar grave (Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz y Rivera, 2010, p. 315-319).

Un estudio similar se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá en el año 2007. El estudio se caracterizó por ser de tipo outcomes

research, cuyo objetivo fue determinar la ocurrencia de eventos relevantes para los pacientes.

El estudio reveló que de una muestra de 673 pacientes sometidos a tiroidectomía, 342 tuvieron complicaciones, principalmente lesión del nervio laríngeo recurrente, hipocalcemia temporal o definitiva y hematoma post operatorio.

La lesión nerviosa produjo alteraciones de la voz que fueron difícilmente compensadas y requirieron rehabilitación por fonoterapia a largo plazo. Este evento fue identificado como un factor que afectó la calidad de vida percibida por los participantes. De igual forma la hipocalcemia temporal o definitiva produjo síntomas angustiantes para los participantes y fue necesario tratamiento con medicamentos de forma permanente (Zuñiga y Sanabria 2007, p. 171).

También existen estudios de carácter cualitativo en pacientes oncológicos como el estudio realizado en la ciudad de Sao Paulo en el año 2010, sobre factores estresantes en el tratamiento del cáncer de mama.

Para la recolección de información a los participantes se les realizaron entrevistas individuales semi estructuradas, grabadas en cintas de audio y transcritas en totalidad, las entrevistas fueron sometidas al análisis de contenido para la interpretación de datos identificando los núcleos de contenido relacionados a factores estresantes.

Las participantes fueron contactadas en Departamento de Enfermería Materno Infantil y Salud Pública de la Escuela de Enfermería De Ribeira o Preto de la Universidad de Sao Paulo, las entrevistas fueron realizadas en las salas de servicio de rehabilitación o en las residencias de las participantes.

Las participantes tenían edades comprendidas entre los 35 a 74 años y se encontraban entre 12 y 44 meses del periodo post diagnóstico, de ellas 9 fueron intervenidas con cirugía conservadora y 7 tuvieron una cirugía radical (mastectomía total). 11 mujeres fueron sometidas a quimioterapia, 14 mujeres a radioterapia (algunas de ellas fueron sometidas a ambos tratamientos) y 12 se encontraban recibiendo hormonoterapia en el momento de la recolección de datos (Da Silva y Santos, 2010, p 4).

Los eventos o situaciones identificadas como estresantes por las participantes fueron clasificados en cuatro unidades de significado según la fuente de origen:

1. El cuerpo: la pérdida de la mama fue reportada como un daño al auto imagen que generó procesos de luto y pérdida permanente, estos procesos se asociaron a significados sociales, culturales y estéticos (símbolo de sensualidad, sexualidad, maternidad, etc.) de la mama que intensifican el sentido de pérdida.
2. Factores estresantes provenientes del universo mental: narraciones de miedo, ansiedad de muerte, culpa, sentimientos de falta de autosuficiencia, temor a que la enfermedad retorne.
3. Factores estresantes provenientes de las relaciones sociales: experiencias anteriores con la enfermedad (experiencias previas de familiares y amigos), creencias familiares o sociales sobre la incurabilidad del cáncer, sensación de estar fuera de la sintonía de las actividades cotidianas para el resto del mundo.
4. Factores estresantes provenientes del mundo laboral: alejamiento de la actividad profesional, sentimientos de crítica y señalamientos en relación a la improductividad, sentimientos de ser una carga financiera para la familia (Da Silva y Santos, 2010, p. 4-7).

Otro estudio de diseño cualitativo se realizó en la ciudad de Medellín en el año 2009 con la finalidad de evaluar las condiciones de vida y estado de salud en una muestra de 20 mujeres diagnosticadas y tratadas para el cáncer de mama en estadios iniciales. Las participantes fueron contactadas a través de los

servicios de oncología de los diferentes hospitales de la ciudad y mediante consentimiento escrito aceptaron voluntariamente ser entrevistadas.

Se realizaron un total de 18 entrevistas a profundidad; la evaluación realizada incluyó las etapas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como las nuevas condiciones de vida y salud una vez finalizada la rehabilitación.

Para la interpretación y análisis de los datos se utilizó la teoría fundamentada que permite a través de los testimonios explorar y profundizar el fenómeno en contexto de manera abierta y flexible, logrando de esta manera captar el conocimiento, el significado y las interpretaciones que comparten los individuos sobre la realidad que se estudia.

Con la información recopilada se realizó una codificación abierta de manera manual; luego de leer cada entrevista se asignaron dos tipos de códigos: in vivo se conservaron las palabras textuales de las entrevistadas, y el segundo tipo en el que se agruparon los sustantivos nombrados de acuerdo con el significado que evocan. En la codificación axial se reagruparon los datos que se fracturaron durante el paso anterior relacionando subcategorías a categorías, logrando así nuevas categorías de ámbito más amplio. De modo simultáneo se realizó una revisión de literatura que ayudó a comprender las categorías principales. En la codificación selectiva se llegó a una saturación teórica.

El alcance del análisis llegó hasta un ordenamiento conceptual, evidenciando un proceso de adaptación en lo referente a condiciones de vida y salud en cuatro etapas:

1. Descubriendo la enfermedad.
2. Aceptando la enfermedad.
3. Venciendo la enfermedad.
4. Adaptándome a un nuevo cuerpo y a una nueva vida.

De este análisis se concluyó que la adaptación de las mujeres con cáncer de mama es un proceso complejo, por cuanto deben enfrentar los múltiples desequilibrios que afectan su dimensión emocional, física, mental y social (Londoño, 2009, p. 134).

En Chile, un estudio realizado en el Hospital Regional de Concepción en el año 2008, tuvo como finalidad evaluar la calidad de vida reportada en una muestra de 75 adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y 18 años que padecen enfermedades crónicas (Diabetes, fibrosis quística e insuficiencia renal). La evaluación se realizó en función a dos variables: la auto eficacia y el apoyo social percibido.

Los resultados indican que en la valoración de calidad de vida de los adolescentes participantes, la auto eficacia tiene una relación positiva más significativa que el apoyo social percibido. También se concluye que el reporte de calidad de vida tiene una relación inversa con la edad, esto quiere decir que a mayor edad, tiende a disminuir la calidad de vida informada (Avendaño y Barra, 2008, pp. 165-169).

Los resultados del estudio de calidad de vida realizado en pacientes oncológicos por Delgado y Tejerina en el año 2002, revelan que existe un elevado nivel de percepción de bienestar en los pacientes, y que este sentido de bienestar se incrementa en relación a mayor tiempo transcurrido desde la intervención quirúrgica y tratamiento complementario. En la formación de la percepción de calidad de vida de la persona se involucran factores como la falta de información e incertidumbre que implican el proceso de diagnóstico y resultado de los tratamientos. Se concluye que las personas que reciben mayor información y participan en la toma de decisiones durante el proceso de diagnóstico y tratamiento se encuentran mejor adaptadas que aquellas que no lo hacen, aunque esta toma de decisiones es altamente estresante. A partir del momento del diagnóstico es de esperarse que la cotidianidad del paciente y la familia se vea interrumpida, en relación a esto, es común que en el paciente se

manifiesten sentimientos de miedo y ansiedad. La calidad de la comunicación médico paciente y la adecuada información según las características de cada persona son fundamentales en el manejo que la persona tendrá de su enfermedad. En muchos pacientes se identificaron sentimientos de culpa asociados a la idea de no haber acudido antes al médico o haber realizado tardíamente las pruebas de detección precoz (Delgado y Tejerina, 2002, p. 287).

Las conclusiones también indican que el paciente puede preocuparse por el estigma del cáncer ya que pueden hacerse presentes sentimientos de ser rechazados por los demás, se pueden presentar dificultades en la interacción con los amigos, compañeros del trabajo e incluso familiares; pueden existir dificultades para mantener conversaciones y en general para tratar temas relacionados al cáncer, es posible la presencia de sentimientos de victimización y baja autoestima. Para algunos pacientes la vivencia del cáncer puede llegar a paralizarlos emocionalmente, en estos casos es necesario que el paciente sea derivado a un especialista en salud mental para lograr controlar su miedo y facilitar a la persona la toma de decisiones en su tratamiento, en la medida que le sea posible, de forma consciente sin ser desbordado por los sentimientos de miedo, ansiedad o desesperanza. Es común que la persona asocie el cáncer con la idea de enfermedad mortal, dolor y desfiguración. La enfermedad física puede estar estrechamente ligada a problemas de interacción social, de pareja, también pueden presentarse problemas a nivel económico y laboral. La interacción en conjunto de estos factores puede afectar de manera negativa la percepción de calidad de vida de la persona (Delgado y Tejerina, 2002, p. 288).

Estos resultados son similares a los del estudio realizado por De la Torre y colaboradores en el año 2007, en el cual se concluye que los efectos psicológicos que se pueden presentar en los pacientes son el resultado de procesos dinámicos y flexibles en los que intervienen factores personales como la edad, expectativas de desarrollo social y económico, grado de conocimiento

y comprensión de la enfermedad, actitud ante la comunicación del diagnóstico; características propias de la enfermedad como tipo de cáncer, fase de la enfermedad, pronóstico y tipo de tratamiento; situaciones ambientales como características del funcionamiento familiar, redes de apoyo social, situación económica (De la Torre, Cobo, Rodríguez y Vicente, 2008, p. 43).

Se pueden identificar factores ambientales que influyen en el proceso de adaptación de la persona a la enfermedad; entre estos factores se pueden señalar las redes de apoyo, cobertura médica, seguridad social, acceso a servicios de salud, las actitudes de los cuidadores del paciente, los miedos, preconcepciones, prejuicios y creencias que se levantan alrededor de la enfermedad, todos estos elementos inciden en el paciente (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007, p. 6).

Tradicionalmente los estudios de calidad de vida y los instrumentos empleados se han evaluado en términos objetivos tomando como base los conceptos clásicos de curación, supervivencia y morbilidad. Pero estos parámetros no toman en cuenta, en la mayoría de las ocasiones, la opinión del paciente. En los casos en los cuales la curación no es posible lo que se plantea es aumentar la supervivencia, pero en muchas ocasiones el beneficio que se consigue en términos de supervivencia es escaso, la mayoría de las veces a base de tratamientos con importantes efectos secundarios y con un elevado coste económico. Esto ha llevado a los equipos médicos en general y a los oncólogos en particular a orientar los objetivos del tratamiento a resultados como aumentar el tiempo que se logra mantener al paciente sin síntomas relacionados con la enfermedad (Contreras, 2005, p. 156).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar la percepción de calidad de vida que desarrolla la persona con cáncer de tiroides durante el proceso de diagnóstico y posterior tratamiento.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir de qué forma experimenta el paciente los momentos de transición que unen las fases del ciclo evolutivo de la enfermedad.

Identificar qué elementos del diagnóstico y tratamiento generaron mayor necesidad de cambios y de adaptación en el sistema de creencias de los pacientes.

4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y PREGUNTAS DIRECTRICES

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de calidad de vida de la persona con cáncer de tiroides a partir de su diagnóstico y posterior tratamiento?

PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cuáles fueron las principales reacciones frente a los primeros síntomas de la enfermedad?

¿Cuál fue la respuesta al aislamiento debido al tratamiento con yodo radioactivo?

¿Qué áreas de su vida considera la persona que se vieron más afectadas durante el tratamiento?

¿Qué expectativas de curación manejaban los pacientes al inicio del tratamiento?

¿Se presentaron en los pacientes efectos secundarios que consideran afectaron su percepción de calidad de vida a largo plazo?

5. MÉTODO

Para la elaboración de la presente tesis se eligió el método cualitativo que se caracteriza por ser un proceso inductivo e interpretativo cuya principal característica es profundizar en una temática y analizarla, se eligió este método debido al interés de profundizar en el juicio subjetivo de los participantes frente a su situación de enfermedad (Pineda y Alvarado, 2008, p.102).

5.1. TIPO DE DISEÑO Y ENFOQUE

La presente investigación se desarrolló con un enfoque cualitativo de diseño transversal, ya que se trata de un estudio que evaluó la percepción de la persona en un periodo de tiempo determinado y se describieron las características, elementos, relaciones y asociaciones que intervienen en la formación de la percepción de calidad de vida que desarrolló la persona (Pineda y Alvarado, 2008, p. 93). Se determina esta metodología debido al interés de profundizar en la percepción y el reporte subjetivo que hace la persona según su experiencia de la enfermedad.

5.2. MUESTREO Y PARTICIPANTES

Para el desarrollo de la investigación se contó con la participación de una muestra total de 7 personas, 5 mujeres y 2 hombres. Los participantes tienen edades comprendidas entre los 32 y 59 años; todos los participantes se encuentran casados y tienen hijos. Los participantes del estudio viven en la ciudad de Quito y fueron diagnosticados con cáncer de tiroides y sometidos a intervención quirúrgica y tratamiento complementario (yodo terapia) hace más de 5 años. Se realizó un estudio multisituado (en domicilios y lugares de trabajo de los participantes), con un muestreo tipo avalancha o cadena, identificando informantes que facilitaron el contacto con otros posibles participantes (Pineda y Alvarado, 2008, p. 139).

Inicialmente se planteó que el estudio contaría con un arranque muestral de 8 a 10 personas; se realizó una entrevista inicial a un total de 10 participantes de los cuales 3 fueron descartados debido a que durante el desarrollo de la primera entrevista las personas revelaron diagnósticos adicionales al cáncer de tiroides o condiciones de su diagnóstico y tratamiento que los excluían de la muestra (Diagnóstico adicional de otros tipos de cáncer, tratamiento psiquiátrico), estas condiciones no fueron mencionadas en el primer contacto telefónico y firma del consentimiento informado.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Personas diagnosticadas con cáncer de tiroides, que hayan recibido tratamiento quirúrgico y complementario (yodo terapia) hace más de 5 años.	Personas diagnosticadas con cáncer de tiroides que hayan recibido tratamiento quirúrgico y complementario (yodo terapia) hace 5 años atrás, que estén diagnosticados de alguna enfermedad adicional o que reciban tratamiento psiquiátrico en la actualidad.
Personas residentes en la ciudad de Quito, de condición socioeconómica media.	Personas con diagnóstico de cáncer de tiroides residentes en la ciudad de Quito, de condición socioeconómica media que sean menores de 18 años.

5.3. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para reunir el material de análisis se eligió la entrevista a profundidad; se utilizó esta técnica dadas sus propiedades de flexibilidad y apertura para explorar de forma profunda las características del fenómeno estudiado (en este caso la percepción de calidad de vida de las 7 personas entrevistadas), ya que por medio de la entrevista es posible contar con la interacción de elementos de comunicación no verbales como gestos, tono de voz, postura corporal, etc.

La entrevista es considerada como la técnica de mayor eficacia para la recolección de información en el contexto de interrelación humana, el término entrevista viene del francés “entrevoir” que significa verse uno al otro (Pineda y Alvarado, 2008, p. 148). “Es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el problema propuesto” (Acevedo y Florencia, 1988, p. 8).

Las entrevistas exploraron las áreas de funcionamiento físico, afectivo, social y cognitivo de los participantes en función de evaluar la percepción de calidad de vida según se estableció en los objetivos y preguntas de investigación.

5.4. PROCEDIMIENTO

Para dar inicio al estudio se contactó a un informante clave en el servicio de radiología de SOLCA, únicamente el contacto inicial del primer informante se realizó en el servicio de radiología de esta institución, ya que no fue posible obtener la autorización del Hospital para realizar el estudio en sus instalaciones.

El primer informante, quien proporcionó los datos de contacto de los posibles participantes, no fue parte del estudio ya que es una persona que realiza voluntariado en la institución (SOLCA), que no tiene diagnóstico de cáncer de tiroides. En un inicio se contó con una base de 21 posibles participantes en el estudio.

El contacto inicial con los posibles entrevistados se realizó vía telefónica, con la finalidad de informar sobre los objetivos y características de la investigación. Se realizó un segundo contacto (esta vez en los domicilios y lugares de trabajo), con las diez personas que aceptaron participar en el estudio, en este encuentro se procedió a la firma del consentimiento informado. Como se señaló en el apartado de muestra, 3 participantes no pudieron ser incluidos en el estudio

debido que durante la primera entrevista se revelaron condiciones que los excluían de la muestra.

Luego de la firma del consentimiento informado se definieron las fechas para realizar la primera entrevista. Las fechas, horarios y lugares fueron fijados a conveniencia de los participantes.

Las entrevistas se realizaron en los hogares y lugares de trabajo de los participantes. Se realizaron un total de dos entrevistas con 6 participantes y una entrevista con 1 participante, debido a que por motivos de un viaje de trabajo no fue posible contactarlo para una segunda entrevista.

Para capturar las narraciones de las personas se utilizó una grabadora de voz. La primera entrevista fue de tipo no estructurada, se eligió este tipo de entrevista con la finalidad de recoger lo que la persona consideraba relevante de su experiencia relativa al cáncer de tiroides y su percepción de calidad de vida. Las preguntas surgieron del hilo conductor que se construyó en el diálogo. Los datos de audio de la entrevista fueron transcritos en su totalidad. En un segundo encuentro se procedió a realizar una segunda entrevista con la finalidad de profundizar y ampliar los relatos de los participantes. Los relatos de la segunda entrevista fueron capturados en audio y transcritos en su totalidad. Las trece entrevistas grabadas en formato de audio se encuentran incluidas en un CD-ROOM adjunto en el presente trabajo.

5.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de la información recopilada de los relatos obtenidos en las entrevistas, se eligió la técnica de análisis de contenido ya que permite la “identificación y explicación de las representaciones cognitivas que otorgan el sentido a todo relato comunicativo” (Bardin, 2002, p. 5).

Para autores como Krippendorff, el análisis de contenido constituye una de las más importantes técnicas de investigación en las ciencias sociales ya que: “permite comprender los acontecimientos no como un conjunto de acontecimientos físicos, sino como fenómenos simbólicos y abordar su análisis directo” (Krippendorff, 1990, p.7).

Se eligió esta técnica en función del objetivo de evaluar la percepción de calidad de vida de las personas, ya que su utilización permite establecer un plano de referencia para el tratamiento de la información que se fija en función del emisor quien durante la entrevista selecciona los datos que a su criterio considera más relevantes sobre las situaciones de referencia planteadas por el entrevistador (Bardin, 2002, p. 5).

Para cumplir con los objetivos planteados y responder las preguntas de investigación fue necesario que las 13 entrevistas se transcriban en su totalidad.

En un primer momento se procedió a escuchar el audio de las entrevistas, prestando atención a detalles como pausas y tono de voz, al mismo tiempo que se realizó una lectura minuciosa de la transcripción. Por medio de este ejercicio fue posible identificar los elementos que el entrevistado transmitió como relevantes en su relato, la identificación de un contenido como relevante se realizó principalmente en función de la frecuencia con la que aparecía en el relato y en segundo lugar en función de la intensidad o importancia señalada por el entrevistado. Se marco en minutos y segundos la aparición de estos contenidos, esto permitió mantener la continuidad y el sentido de la narración durante el siguiente paso que fue la agrupación de los contenidos en categorías.

Una vez que se identificaron los contenidos relevantes de las 13 entrevistas, se procedió a analizar las similitudes en función de significado y contexto en el que aparecieron estos contenidos. Este análisis dio paso a la creación de las

cinco categorías en las que finalmente los contenidos fueron agrupados: funcionamiento afectivo emocional, funcionamiento físico, funcionamiento y rol social, funcionamiento personal durante el tratamiento y seguimiento médico y finalmente funcionamiento cognitivo.

Una vez que las cinco categorías fueron definidas, nuevamente se procedió a la lectura de las trece transcripciones, esta vez a cada contenido relevante se le asignó un código alfa numérico que lo incluye dentro de una de las sub categorías que se fueron creando a medida que se asignaban códigos a los contenidos ya identificados. Por ejemplo: Categoría de Funcionamiento Afectivo Emocional (FAEM), primer elemento identificado como proveniente de esta categoría: depresión, código asignado: FAEM0.1; segundo elemento identificado como perteneciente a esta categoría: miedo, código asignado: FAEM0.2 (Anexo 1).

La construcción de las mencionadas categorías y la ubicación los contenidos relevantes en su categoría correspondiente, permitió establecer asociaciones entre los elementos identificados, determinar la frecuencia en la que aparecían dichos contenidos, identificar las áreas que reportaron mayores afecciones, valorar el tipo de influencia que estos elementos tuvieron en la percepción de calidad de vida, así como establecer similitudes y singularidades entre los siete casos estudiados.

6. RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis realizado de las trece entrevistas obtenidas con los siete participantes del estudio, con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos planteados para la presente investigación, se presentan las tablas en las que se ha resumido el procesamiento de la información, así como una descripción explicativa de los resultados obtenidos.

CASO 1

La Señora S de 59 años de edad, casada con 2 hijos y de profesión contadora, fue diagnosticada e intervenida quirúrgicamente por cáncer papilar de tiroides hace 17 años. El detalle del procesamiento de los contenidos relevantes de las entrevistas se encuentra en la sección Anexos (N° 2 y 3)

En función de exponer el análisis realizado sobre la percepción de calidad de vida, se presentan las siguientes tablas que incluyen los resultados del procesamiento y estudio de los contenidos relevantes obtenidos en las dos entrevistas:

Tabla 1. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 1 entrevista 1

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FAEM0.8	EXPERIENCIA DOLOROSA/TRAUMATIZANTE	13
FIS0.1	DOLOR	13
FAEM1.5	LLANTO	9
FAEM0.2	MIEDO	8
FAEM2.3	CRISIS/PÉRDIDA DE CONTROL	8
FIS0.3	ALTERACIÓN EN PESO CORPORAL/ESTÉTICO	8
FAEM1.0	MALESTAR POR PESO CORPORAL/ESTÉTICO	7
CG0.7	EXPECTATIVAS NEGATIVAS DE LA ENFERMEDAD	5
FAEM0.4	DESESPERACIÓN	5
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	5
FRS0.4	ANTECEDENTES FAMILIARES	5
FAEM0.1	DEPRESIÓN	4
FIS0.2	PÉRDIDA DE VOZ	4

FIS0.4	DISMINUCIÓN DE MOVILIDAD/PARÁLISIS	4
FRS0.7	INTERRUPCIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	4
CG0.1	IDEA DE MUERTE	3
FAEM0.5	TRISTEZA	3
FRS0.8	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	3
CG0.6	IDEACIÓN NEGATIVA	2
FAEM0.3	ANGUSTIA	2
FIS0.7	CANSANCIO/DEBILIDAD/DECAIMIENTO	2
TRS0.2	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE NEGATIVA	2
TRS0.4	DESCUIDO EN EL TRATAMIENTO MÉDICO	2
TRS0.6	COMPLICACIONES MÉDICAS	2
TRS0.8	SINTOMATOLOGÍA INICIAL	2
CG1.0	DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	1
FAEM1.6	APATIA	1
FAEM2.4	SENSACIÓN DE MALESTAR	1
FIS1.0	PÉRDIDA DE CALCIO	1
FRS0.3	FACTOR ECONÓMICO	1
FRS1.6	CAMBIOS EN HÁBITOS/RUTINAS	1
TRS0.5	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	1

Tabla 2. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 1 entrevista 2

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FIS0.1	DOLOR	6
FAEM0.2	MIEDO	4
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	4
FRS0.6	SITUACIÓN LABORAL/ACTIVIDADES DE INVOLUCRAMIENTO	4
CG0.1	IDEA DE MUERTE	3
FAEM1.0	MALESTAR POR PESO CORPORAL/ESTÉTICO	3
FAEM2.1	SENSACIÓN DE BIENESTAR	3
TRS0.2	RELACION MÉDICO PACIENTE NEGATIVA	3
CG0.7	EXPECTATIVAS NEGATIVAS DE LA ENFERMEDAD	2
FAEM1.7	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	2
FIS0.2	PÉRDIDA DE VOZ	2
FIS0.4	DISMINUCIÓN DE MOVILIDAD/PARÁLISIS	2
FRS1.3	DIFICULTAD EN LA REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	2
TRS0.5	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	2
TRS0.7	NUEVA SINTOMATOLOGÍA	2
FAEM0.4	DESESPERACIÓN	1
FAEM2.2	MALESTAR PARA LA FAMILIA	1
FAEM2.3	CRISIS/PÉRDIDA DE CONTROL	1
FIS0.3	ALTERACIÓN EN PESO	1

	CORPORAL/ESTÉTICO	
FIS1.1	SUDORACIÓN	1
FRS0.3	FACTOR ECONÓMICO	1
FRS0.8	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	1
FRS1.4	SOBRE PROTECCIÓN	1
TRS0.3	APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO	1

Tabla 3. Relevancia de categorías por frecuencia caso 1

CATEGORÍA	CÓDIGO DE LA CATEGORÍA	FRECUENCIA
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO/EMOCIONAL	FAEM	18
FUNCIONAMIENTO Y ROL SOCIAL	FRS	12
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	FIS	11
FUNCIONAMIENTO PERSONAL DURANTE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MÉDICO	TRS	9
ÁREA COGNITIVA	CG	6

El análisis de los contenidos clave extraídos del relato, reveló que el área de funcionamiento que presentó mayor afección por la enfermedad fue la de funcionamiento afectivo emocional. Desde el momento en el que se identificaron los primeros síntomas: “me vi una bolita en mi cuello al lado derecho, más o menos a mitad de cuello”, se presentaron fuertes manifestaciones a nivel afectivo como llanto, miedo, sensación de crisis, pérdida de control, angustia: “entonces yo siempre tenía miedo”, “Yo le lloraba al Doctor y le pedía que me ayude”, “me dio un ataque de histeria”.

Durante los primeros meses luego de la intervención quirúrgica se reportó haber experimentado un periodo de depresión directamente asociado a la enfermedad “tengo que tranquilizarme porque todo el problema era depresivo”. Debido a la intensidad de las alteraciones a nivel de funcionamiento afectivo fue necesario que la entrevistada reciba acompañamiento psicológico los meses posteriores a la intervención quirúrgica: “en Clínica del Dolor me mandaron donde un Psicólogo”.

Existieron antecedentes de cáncer en la familia de la entrevistada, la madre de la señora S falleció a causa de un cáncer de estómago. Se identificaron los antecedentes familiares de cáncer como un factor que intensificó las manifestaciones a nivel afectivo, al mismo tiempo que motivó la postergación de la visita al médico para la valoración de su sintomatología inicial: “el miedo a que tal vez le digan lo mismo que tenía mi mamá, hizo de que yo prácticamente hiciera caso omiso a ese problema”.

Se identificó la comunicación del diagnóstico como el elemento que desencadenó una serie de alteraciones en el área cognitiva relacionadas a la recurrente idea de enfrentar la muerte como una realidad inminente: “yo creía que mi vida estaba ya por terminarse”. Estas alteraciones en el área de funcionamiento cognitivo se asociaron a las afecciones dentro del área de funcionamiento afectivo y físico afectando de forma negativa la percepción de calidad de vida en este periodo.

Desde el inicio de la enfermedad se estableció una relación negativa con el equipo médico, en términos generales se desarrolló una ideación negativa en relación a la enfermedad, su tratamiento y seguimiento. Esta situación provocó que la entrevistada perciba su situación de enfermedad como una experiencia dolorosa y terrible: “En Oncología, Dios mío, es terrible, terrible, le juro, Ud. va a ese sitio y es terrible”, “encima ve la mala cara de los médicos, de las enfermeras, uno viene acá, a un sitio tan deprimente como es éste a ver su malgenio, su mala cara”.

El contacto con otros pacientes con el mismo diagnóstico, que presentaban un grado avanzado de la enfermedad, sumado a la existencia de antecedentes familiares y hábitos personales como tabaquismo, causó que las expectativas negativas sobre la enfermedad y el tratamiento se intensifiquen: “como no sé si le mencione en la primera entrevista, yo era una fumadora media viciosa, crónica, entonces yo dije: si la señora que en su vida ha fumado tiene cáncer al pulmón, imagínese yo que hasta vísperas de operarme fumé, “Uno piensa y relaciona, ah no pues, ella es operada de lo mismo, entonces lo mismo me va a dar a mí”, “como mi mamá murió de cáncer, entonces yo siempre tenía miedo que eso salga también en nosotros”.

Durante el periodo de recuperación de la cirugía y asilamiento todas las rutinas de funcionamiento habituales se interrumpieron, debido a esto se identificó el área de funcionamiento y rol social como la segunda categoría en la que se presentaron alteraciones de relevancia para la percepción de calidad de vida de la entrevistada.

El factor económico relacionado a la cobertura de los gastos médicos fue señalado como un factor que generó preocupación en la fase inicial de la enfermedad.

La entrevistada señaló el apoyo social percibido como el elemento de mayor significado e importancia para la superación de la crisis. El apoyo social provino de dos fuentes, el ámbito familiar y el ámbito laboral: “tuve mucha gente que me ayudó, muchísima gente”, “yo creo que Dios me bendijo con un esposo demasiado bueno, y creo que él fue el pilar fundamental para que yo salga adelante, creo que él fue el pilar fundamental.”

La pérdida temporal de voz constituyó la mayor dificultad para la reincorporación a la actividad laboral como asistente contable: “yo perdía la voz y en una reunión póngase, conferencia con cualquier persona yo me tenía que salir porque yo perdía la voz”.

Actualmente la entrevistada presenta alteraciones en la voz como consecuencia de la intervención quirúrgica: “empecé a perder la voz, por eso tengo la voz así ronquita, yo no era así”, sin embargo esta afección no fue identificada como un elemento que afectó la percepción de calidad de vida a largo plazo.

Se produjeron cambios permanentes a nivel de hábitos y rutinas, como resultado de la necesidad de adaptarse a la situación de enfermedad, por ejemplo la entrevistada abandonó el hábito de fumar inmediatamente después de recibir el diagnóstico: “el Dr. Terán me dijo señora ¿Ud. fuma?, le dije sí, dijo señora de hoy a mañana, no hay plazos, Ud. tiene que dejar de fumar... así fue, o sea, él me dijo hoy, y dejé de fumar ese día hasta el día de hoy”

Dentro del área de funcionamiento físico las manifestaciones más significativas se dieron como resultado de la remoción total de la glándula tiroides y la suspensión de la medicación (levotiroxina) previa a la administración del yodo radio activo. El intenso y recurrente dolor de cabeza, parálisis temporal del cuello, junto con los cambios bruscos en el peso corporal, fueron identificados como las afecciones a nivel físico que alteraron en mayor medida la percepción de calidad de vida durante la fase crónica de la enfermedad: “gritaba del dolor, era terrible, todos los días era el dolor de cabeza”, “Pero yo no tenía paz oiga, cómo me dolían mi cuello y la cabeza, los dolores de cabeza terribles”, “O sea, el peso es terrible, cada que me suspendían la levotiroxina que era para darme el rastreo, me suspendían un mes la medicación, yo me hacía un monstruito”. Estas alteraciones provocaron un intenso malestar a nivel afectivo, que fue descrito en términos de “trauma”:

“entonces, eso era lo más terrible, lo más feo de toda la enfermedad es el..., la deformidad del cuerpo”, “Por ejemplo, en lo estético, igual usted se siente, yo me siento basura”, “De todo el trauma de la operación, era más eso, cuando decía Dios mío ya va un año ya me tienen que dar el yodo, ya me tienen que hacer el rastreo”.

Dentro del periodo de aislamiento obligatorio, luego de la administración del yodo radioactivo no fueron identificadas reacciones adversas o de malestar significativo.

Actualmente la señora S reportó sufrir de afecciones a nivel físico, principalmente dolores de cabeza y se ha identificado nueva sintomatología: “son unos dolores de cabezas terribles, terribles, la semana que pasó desde el miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo pasé así”, “me han salido unas bolitas en la cabeza, o sea, no es en el cráneo, es en el cuero cabelludo, estoy con las bolitas y es toda la cabeza, antes era solamente aquí adelante pero ahora es toda la cabeza”.

El análisis del relato permitió identificar que durante el periodo de diagnóstico y tratamiento, la percepción de calidad de vida de la persona se vio afectada de forma significativa, principalmente por elementos provenientes de las áreas de funcionamiento afectivo emocional, rol social y físico. Las manifestaciones producidas por la interacción de estos elementos ocasionaron que el reporte de calidad de vida percibido en ese entonces sea negativo.

Se identificó el proceso de transición entre la fase de crisis y la fase crónica como una experiencia dolorosa que se caracterizó por la presencia de alteraciones negativas relevantes en las áreas de funcionamiento afectivo emocional (miedo, llanto, depresión), funcionamiento y rol social (interrupción de hábitos y rutinas, dificultad para la reincorporación de hábitos y rutinas), funcionamiento físico (alteraciones en el peso corporal, intensos dolores de cabeza) y funcionamiento cognitivo (idea de muerte, expectativas negativas de la enfermedad).

Actualmente el reporte de la calidad de vida percibida es positivo. Realizando una comparación entre el inicio de la enfermedad, el tratamiento y la situación actual la entrevistada manifestó que ha logrado una reincorporación total a las actividades cotidianas de forma satisfactoria: “yo no, no me quedo en la casa, o

sea, el hecho de que me quede en la casa es para mí mortal...,o sea, yo me integro y me encanta trabajar, mi vida es eso”, “son ya 17 años que han pasado y dando gracias a Diosito estoy bien y aparte de todos los achaques que creo que hasta por la edad que ya son normales”.

CASO 2

La señora K de 51 años de edad, de estado civil casada, con 3 hijos, cuyas ocupaciones son consejera cristiana y ama de casa, fue intervenida quirúrgicamente por un cáncer folicular de tiroides hace 22 años. El detalle del procesamiento de los contenidos relevantes de las dos entrevistas se encuentran en la sección Anexos (N° 4 y 5).

En función de exponer el análisis realizado sobre la percepción de calidad de vida, se presentan las siguientes tablas que incluyen los resultados del procesamiento y estudio de los contenidos relevantes obtenidos en las dos entrevistas:

**Tabla 4. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 2
entrevista 1**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
CG0.1	IDEA DE MUERTE	17
FAEM0.8	EXPERIENCIA DOLOROSA/TRAUMATIZANTE	16
CG0.3	CREENCIAS RELIGIOSAS	15
FAEM2.3	CRISIS/PÉRDIDA DE CONTROL	13
FAEM1.7	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	8
FRS0.5	AISLAMIENTO	7
FAEM2.2	MALESTAR PARA LA FAMILIA	6
FIS0.6	PÉRDIDA DE SUEÑO	6
CG0.4	AFECCIÓN NEGATIVA POR EDAD	5
FIS0.4	DISMINUCIÓN DE MOVILIDAD/PARÁLISIS	5
CG0.6	IDEACIÓN NEGATIVA	4
CG0.2	ACEPTACIÓN DE LA IDEA DE MUERTE	3
FAEM0.1	DEPRESIÓN	3
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	3
FRS0.9	EMPATIA	3
CG0.5	IDEACIÓN POSITIVA	2
CG0.7	EXPECTATIVAS NEGATIVAS DE LA ENFERMEDAD	2
FAEM0.3	ANGUSTIA	2
FAEM0.7	PREOCUPACIÓN	2
FAEM2.1	SENSACIÓN DE BIENESTAR	2
FIS0.7	CANSANCIO/DEBILIDAD/DECAIMIENTO	2
FRS0.1	CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	2
TRS0.8	SINTOMATOLOGÍA INICIAL	2
CG1.1	IDEA DE NORMALIDAD	1
FAEM0.2	MIEDO	1
FAEM0.5	TRISTEZA	1
FAEM1.5	LLANTO	1
FIS1.5	AHOGOS	1
FRS0.3	FACTOR ECONÓMICO	1
FRS1.2	COMUNICACIÓN	1

Tabla 5. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 2 entrevista 2

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FAEM2.2	MALESTAR PARA LA FAMILIA	6
CG1.2	CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA	3
FRS0.1	CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	3
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	3
CG0.1	IDEA DE MUERTE	1
CG0.3	CREENCIAS RELIGIOSAS	1
CG0.5	IDEACIÓN POSITIVA	1
CG0.6	IDEACIÓN NEGATIVA	1
CG1.1	IDEA DE NORMALIDAD	1
FAEM1.2	NERVIOSISMO	1
FAEM1.7	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	1
FAEM2.1	SENSACIÓN DE BIENESTAR	1
FIS0.9	BIENESTAR FÍSICO	1
FIS1.2	FRÍO	1
FRS1.2	COMUNICACIÓN	1

Tabla 6. Relevancia de categorías por frecuencia caso 2

CATEGORÍA	CÓDIGO DE LA CATEGORÍA	FRECUENCIA
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO/EMOCIONAL	FAEM	15
ÁREA COGNITIVA	CG	14
FUNCIONAMIENTO Y ROL SOCIAL	FRS	9
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	FIS	6
FUNCIONAMIENTO PERSONAL DURANTE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MÉDICO	TRS	1

El análisis de los relatos indica que el inicio de la sintomatología no trajo alteraciones o manifestaciones significativas en ningún área de funcionamiento de la entrevistada, la consulta al médico para la valoración de los síntomas no tardó: “cuando tuve 29 años, tuve un problema de salud, me detecté yo mismo una bolita.”

Desde el inicio, el proceso de diagnóstico y evaluación médica fue experimentado como una vivencia “terrible y horrorosa”: “entonces necesitábamos hacer absolutamente todos los exámenes, eso fue un viacrucis, realmente fue terrible”, “está detectando algo, ay no es un horror, eso es un horror. No sé si haya ahora un mecanismo más rápido realmente porque eso es para uno, no sé el infierno yo creo”.

Durante la fase inicial de la enfermedad se reportaron la presencia de expectativas e ideación negativa en relación a la enfermedad y proceso de tratamiento.

La comunicación del diagnóstico fue identificada como el elemento que desencadenó una serie de alteraciones significativas en el área de funcionamiento afectivo emocional, cognitivo y rol social.

A nivel de funcionamiento afectivo se hicieron presentes manifestaciones como sensación de pérdida de control, depresión, angustia, miedo, tristeza, llanto y nerviosismo: “empezaba a angustiarme, angustiarme”, “toda era mi vida una tristeza profunda”, “empecé a llorar”, “entonces empecé a deprimirme “. Debido a la intensidad de las manifestaciones negativas a nivel afectivo, la Señora K refirió haber atravesado por un periodo de crisis: “Emocionalmente hacía, como puedo decir, tenía mis crisis, mis crisis”.

Las alteraciones a nivel afectivo estuvieron estrechamente relacionadas a factores del área de funcionamiento cognitivo, principalmente a la idea de muerte como una certeza: “porque me iba a morir, entonces donde estaba,

pensaba, todo mundo está vivo, y tienen opción y para mí ya no hay opción, si me explico“. La preocupación por enfrentar la posibilidad de muerte como una realidad fue intensificada y fue reportada por la entrevistada como el principal elemento que afectó la percepción de calidad de vida durante la fase de inicial de la enfermedad: “porque tu estas acostado y estás pensando, y si me muero y mis hijas, Dios mío y mi marido, o sea el cuadro patético está ahí las 24 horas del día”. Ocurrió una afección negativa relacionada a haber sido diagnosticada de cáncer de tiroides a los 29 años: “es increíble una mujer tan joven...cuando yo oí eso estaba como... qué pasa no, entonces dijo, no puedo creer tan jovencita “.

Las creencias religiosas fueron identificadas como el factor de mayor relevancia para la superación de la crisis: “creo que los seres humanos enfrentamos las crisis de forma diferente..., pero en mí medio que es el medio cristiano, donde está Dios, eh....,yo creo que las personas que nos aferramos a Dios, podemos superar las crisis, podría decirte que en victoria”.

La intensidad de la “crisis” referida por la entrevistada generó afecciones en el área de funcionamiento físico como insomnio, cansancio y parálisis temporal: “entonces no podía dormir, eso era lo más terrible”, “me paralizaba todo, estaba..., llegué al hospital me acuerdo una vez paralizada totalmente”.

A nivel de funcionamiento y rol social también fueron identificadas alteraciones principalmente relacionadas a la interrupción de rutinas familiares: “entonces cuando me detectaron el problema ya me mandaron a que la bebé dejara de tomar el seno”. Estas interrupciones fueron percibidas como una crisis que causó malestar a nivel individual y familiar: “porque ya se generó un problema una crisis si se quiere”.

Como consecuencia de la crisis, la entrevistada experimentó un periodo de alejamiento y despreocupación por sus relaciones interpersonales: Esa era mi posición, muy fea, muy mal, pero así fue. Entonces..., no quería..., no me

interesaba mucho estar..., entonces..., casi me iba aislando”, “me estorbaba la gente, no podía estar en público”.

Durante este periodo el apoyo social fue percibido como un factor relevante que tuvo una influencia positiva en la reincorporación a las actividades cotidianas y en cuidado de las relaciones interpersonales, la principal fuente de apoyo social percibido fue el cónyuge: “fue gracias a mi esposo que no me aislé completamente”, “mi esposo siempre estaba ahí, me decía alégrate, tranquila, todo va a estar bien. Vámonos al mercado, suponte, vámonos al centro comercial, él trataba de que yo me entretenga, de que yo salga, de que yo olvide el asunto”.

El periodo de aislamiento posterior a la administración del yodo radioactivo fue identificado como una crisis que causó malestar a nivel afectivo y afectó el funcionamiento familiar e individual: “llegó ya el tiempo en el que tenía que darme la dosis, eso requería aislamiento, entonces esa fue otra crisis”, “porque mi hija era chiquita, tuvo que irse donde mi hermana al norte.”

La interacción de las alteraciones presentadas en las distintas áreas de funcionamiento, principalmente durante la fase de crisis, generó una percepción negativa en la calidad de vida.

La transición de la fase de crisis a la fase crónica de la enfermedad fue descrita como una experiencia dolorosa que se caracterizó por la presencia de alteraciones negativas principalmente en las áreas de funcionamiento afectivo (preocupación, sensación de crisis y pérdida de control), cognitivo (idea de muerte) y rol social (despreocupación de las relaciones interpersonales, interrupción de hábitos y rutinas).

Durante la fase crónica de la enfermedad se empezó a desarrollar una respuesta adaptativa e ideaciones positivas. Esta respuesta emocional positiva fue posible una vez que se realizó una comparación entre la

experiencia de enfermedad de la entrevistada y la vivencia de otra persona de su comunidad religiosa que fue diagnosticada con la misma patología, recibió un pronóstico de vida negativo, sin embargo supero la enfermedad.

En la actualidad se reportó haber retomado con normalidad todas las actividades: “creo que todo vuelve a la normalidad no, no es que uno vive en el pasado, aunque sea mucho tiempo, uno vive la normalidad”. Se considera el proceso de recuperación como exitoso y satisfactorio, no se han identificado efectos secundarios que afecten la percepción de calidad de vida a largo plazo: “pienso que físicamente me he recuperado no me siento con secuelas”.

No se identificaron efectos secundarios como resultado de la intervención quirúrgica o tratamiento complementario que hayan afectado la percepción de calidad de vida a largo plazo.

La percepción actual de calidad de vida es descrita de forma positiva, también se manifestó un marcado sentido de bienestar: “excelente, excelente, cuando uno enfrenta la muerte uno no.., no ve la vida igual. Entonces para mi cada día es un regalo, yo percibo así, o sea gracias Señor, es un regalo vivir, es un regalo respirar”. A la vivencia de la enfermedad se le otorgó un significado de oportunidad de cambio y aprendizaje: “esto me cambió, me cambió completamente, experimentar la muerte tan de cerca, te cambia...y te enseña a vivir mejor, entonces mi anhelo es vivir bien, vivir para servir, vivir para ayudar”.

CASO 3

El Señor P de 32 años de edad, estado civil casado, con una hija, fue diagnosticado e intervenido quirúrgicamente por cáncer papilar de tiroides en dos ocasiones, la primera en el año 2007 y la segunda en el año 2008. El detalle del procesamiento de los contenidos relevantes obtenidos de las dos entrevistas se encuentra en la sección Anexos (N° 6 y 7).

En función de exponer el análisis realizado sobre la percepción de calidad de vida, se presentan las siguientes tablas que incluyen los resultados del procesamiento y estudio de los contenidos relevantes obtenidos en las dos entrevistas:

Tabla 7. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 3 entrevista 1

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FRS0.6	SITUACIÓN LABORAL/ACTIVIDADES DE INVOLUCRAMIENTO	9
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	8
TRS0.3	APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO	7
CG1.1	IDEA DE NORMALIDAD	6
FIS0.2	PÉRDIDA DE VOZ	6
FAEM1.7	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	5
TRS0.1	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE POSITIVA	5
CG0.9	CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	4
FIS0.8	DISCAPACIDAD	4
FRS0.3	FACTOR ECONÓMICO	4
FRS0.8	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	4
FAEM0.6	ESTRÉS	3
FIS0.1	DOLOR	3
FIS0.9	BIENESTAR FÍSICO/SALUD	3
FRS0.4	ANTECEDENTES FAMILIARES	3
FRS0.7	INTERRUPCIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	3
TRS0.6	COMPLICACIONES MÉDICAS	3
FIS0.4	DISMINUCIÓN DE MOVILIDAD/PARÁLISIS	2
FRS1.2	COMUNICACIÓN	2
TRS0.7	NUEVA SINTOMATOLOGÍA/DIAGNÓSTICO	2
TRS0.9	PROCESO DE REHABILITACIÓN	2
CG0.8	EXPECTATIVAS POSITIVAS DE LA ENFERMEDAD	1
FAEM0.3	ANGUSTIA	1
FAEM1.4	ALEGRIA	1
FAEM2.1	SENSACIÓN DE BIENESTAR	1
FIS0.3	ALTERACION EN PESO CORPORAL/ESTÉTICO	1
FIS1.3	PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD	1
FIS1.4	VÓMITO	1
FRS1.3	DIFICULTAD EN LA REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	1
TRS0.8	SINTOMATOLOGÍA INICIAL	1

Tabla 8. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 3 entrevista 2

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	9
FRS0.6	SITUACIÓN LABORAL/ACTIVIDADES DE INVOLUCRAMIENTO	5
CG0.5	IDEACIÓN POSITIVA	4
FAEM1.4	FELICIDAD/ALEGRIA	1
FAEM1.7	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	1
FAEM1.8	FRUSTRACIÓN	1
FAEM1.9	ACERCAMIENTO EMOCIONAL	1
FIS0.4	DISMINUCIÓN DE MOVILIDAD/PARÁLISIS	1
FRS0.7	INTERRUPCIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	1
FRS0.8	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	1
FRS1.3	DIFICULTAD EN LA REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	1

Tabla 9. Relevancia de categorías por frecuencia caso 3

CATEGORÍA	CÓDIGO DE LA CATEGORÍA	FRECUENCIA
FUNCIONAMIENTO Y ROL SOCIAL	FRS	13
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO/EMOCIONAL	FAEM	9
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	FIS	9
FUNCIONAMIENTO PERSONAL DURANTE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MÉDICO	TRS	6
ÁREA COGNITIVA	CG	4

El análisis del relato del entrevistado permite señalar que en relación a la aparición de la sintomatología inicial no se produjeron reacciones o alteraciones significativas en ninguna de las cinco áreas de funcionamiento: “me salió una bola en el cuello, bastante grande, más o menos..., eh..., para que te hagas una idea la mitad de una pelota de tenis es así como fue que me di cuenta”. La decisión de consultar al médico fue inmediata y la comunicación del diagnóstico e intervención quirúrgica fue rápida: “me operaron rápido, a la semana ya estaba operado”.

La comunicación del diagnóstico, así como la información adicional durante el proceso de recuperación y tratamiento fue clara y orientada a generar optimismo: “me dieron la noticia: sabes tienes cáncer, sabes es malo, pero dentro de lo que cabe el cáncer, el cáncer de tiroides es bueno, es de los más suaves”.

Dentro del proceso de diagnóstico, recuperación y tratamiento se estableció una buena relación con el equipo médico: “ya generas, por ejemplo en ese ámbito, generas..., se ha generado un vínculo de amistad”.

La existencia de antecedentes familiares de cáncer con resultados positivos (el padre del entrevistado fue diagnosticado con un cáncer terminal al con ducto biliar y sobrevivió), sumada a la buena relación médico paciente y la disponibilidad de información oportuna y adecuada sobre la enfermedad contribuyeron a formar expectativas positivas del tratamiento y resultados: “bueno mi padre le..., estaba..., sigue un tratamiento experimental y claro le salvaron, fue, eso un tratamiento milagro realmente”.

Dentro del área de funcionamiento físico se presentaron complicaciones durante la segunda intervención quirúrgica, se produjeron daños en una de las cuerdas vocales, el daño producido causó una pérdida temporal de voz: “me inmovilizaron una cuerda vocal, porque tenía pegados ahí..., entonces una cuerda vocal mía marchó”. Fue necesario un proceso de rehabilitación a nivel de lenguaje para lograr la recuperación de la voz: “Después de la operación

claro tuve rehabilitación con logopeda para lo que es volver a hablar, porque me quedé sin voz”. Como resultado de las complicaciones ocurridas durante la segunda operación, también se produjo una lesión en los nervios del brazo izquierdo que causó una discapacidad permanente en el brazo y dolor crónico que es controlado con medicación permanente: “a raíz de eso tengo una discapacidad en el brazo izquierdo”, “Sufro de dolor crónico ya que me tocaron un nervio”.

En la actualidad se ha logrado una óptima adaptación a la situación de discapacidad y la misma no es considerada como un elemento que afecte la percepción de calidad de vida de forma negativa: “llevo mis pautas para tener una vida bastante normal”, “del brazo, ya prácticamente con la pastilla ni me entero”.

Las afecciones a nivel de funcionamiento físico causaron limitaciones a nivel del funcionamiento y rol social. Es precisamente en esta área en donde se identificaron las alteraciones de mayor relevancia en la percepción de calidad de vida y que demandaron mayor adaptación. Estas alteraciones se relacionaron principalmente al ámbito laboral y económico, ya que debido a la discapacidad física el entrevistado fue incapaz de seguir ejerciendo su profesión de socorrista acuático: “Bueno una vez que se detectó mi enfermedad, se hizo los tratamientos, las operaciones; claro pase por el tribunal médico, el tribunal médico al tener una movilidad reducida del brazo determinó que no podía seguir ejerciendo la profesión”.

El periodo de desempleo de dos años, fue percibido como el elemento que afectó en mayor medida la percepción de calidad de vida: “entonces, en eso sí, lo único malo en la enfermedad fue la temporada de paro laboral”.

El apoyo social percibido proveniente de la familia, especialmente del cónyuge del entrevistado, fue identificado como un factor de relevancia para la adaptación a la situación de enfermedad: “entonces en la segunda operación

ya mi esposa viajó para Barcelona y ya se quedó conmigo..., ya la segunda operación ya estuvieron mis familias más ella, o sea a nivel familiar fue ganando fuerza el apoyo”.

Asociadas al desempleo se hicieron presentes manifestaciones de orden afectivo como frustración y preocupación: “si llegaba a ser un poquito frustrante, el cambio de que tu ya tenías un trabajo, ya tenías una, una carrera profesional ya encaminada. Y verte de repente cortado, entonces sí, si es un poquito frustrante”.

A nivel de funcionamiento afectivo emocional predominaron las respuestas emocionales positivas que permitieron al entrevistado integrar su experiencia de la enfermedad de forma exitosa: “eso si siempre hay un punto que los médicos me han dicho que gracioso como eres, la llevas bien, nunca te has deprimido”, “pero siempre he sido una persona así con este..., tú ves, con ésta personalidad, que va con toda la broma, soy bastante des complicado, entonces, ya asimilé lo que era la enfermedad”. Recursos personales como temperamento, forma de ser y de responder en situaciones de crisis, fueron identificados como los factores de mayor importancia para lograr un afrontamiento exitoso de la enfermedad: “creo que mi manera de ser en principio fue la..., un camino bastante claro a seguir, cómo debía tomarme las cosas”, “la familia pues, siempre tienes en momentos puntuales que a lo mejor ya te veías un poquito más ahorcado, siempre estaban ahí y te hacaban un cable para que tu no caigas, entonces creo que esos fueron los factores..., los factores principales uno primero y después si tienes pareja en ese momento, tu pareja y tu familia, no directamente la familia”

El sentido de normalidad y bienestar se encontraron estrechamente relacionados a la reincorporación a una actividad laboral formal: “Hace dos años conseguí trabajo como repartidor, ya comencé mi vida, comenzó a normalizarse mucho más ya laboralmente”, “después ya conseguí trabajo, a nivel laboral, ya la cosa fue cambiando, el ánimo subió”.

Se describió al periodo de aislamiento como una experiencia “estresante” debido a la interrupción de las actividades cotidianas: “entonces si fue muy estresante la primera vez, si me acuerdo eso de estar aislado, claro no podía salir ni a la calle”.

El análisis del relato permitió identificar que durante el periodo de tratamiento, la percepción de calidad de vida de la persona se vio afectada principalmente por alteraciones producidas en área de funcionamiento y rol social y funcionamiento físico, sin embargo el reporte de calidad de vida no fue negativo, predominó el optimismo, la estabilidad a nivel afectivo emocional y las expectativas positivas relacionadas al tratamiento: “difícil lo vi pero no lo vi tan duro tan pesado a la hora de decir a..., no tengo trabajo, ya..., ya..., no puedo hacer lo mío, que..., que..., voy a hacer que será de mi vida”.

El proceso de transición entre la fase de crisis y la fase crónica se vivió de forma estable a nivel emocional, se caracterizó por el apego al tratamiento y el establecimiento de una buena relación médico paciente, presencia de expectativas positivas y optimismo.

En la actualidad la percepción de calidad de vida es descrita de forma positiva, se ha logrado una reincorporación completa y satisfactoria a las actividades, rutinas familiares y laborales, existe un sentido de bienestar, estabilidad en salud y desempeño físico, se conserva una actitud e ideación positiva frente al tratamiento y seguimiento médico: “desde el 2008 hasta acá ya han pasado unos cuantos añitos que por suerte si se ha mantenido un control y una estabilidad que ha sido algo que no voy a volver a pasar por quirófano”.

CASO 4

La señora G de 58 años de edad, de ocupación ama de casa, de estado civil casada, con dos hijos, fue diagnosticada y operada de cáncer papilar de tiroides hace 5 años. El detalle del procesamiento de los relatos obtenidos en las dos entrevistas se encuentran en la sección Anexos (N° 8 y 9)

En función de exponer el análisis realizado sobre la percepción de calidad de vida, se presentan las siguientes tablas que incluyen los resultados del procesamiento y estudio de los contenidos relevantes obtenidos en las dos entrevistas.

Tabla 10. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 4 entrevista 1

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	5
FAEM0.8	EXPERIENCIA DOLOROSA/TRAUMATIZANTE	4
FAEM2.1	SENSACIÓN DE BIENESTAR	3
FIS0.5	AUMENTO DE PRESIÓN ARTERIAL	3
FRS0.7	INTERRUPCIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	3
FAEM1.3	ESPERANZA	2
FAEM2.0	ANHELO DE SALUD	2
FRS0.3	FACTOR ECONÓMICO	2
FRS1.2	COMUNICACIÓN	2
TRS0.3	APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO	2
TRS0.8	SINTOMATOLOGÍA INICIAL	2
TRS1.0	RECUPERACIÓN SATISFACTORIA	2
CG0.1	IDEA DE MUERTE	1
CG0.3	CREENCIAS RELIGIOSAS	1
CG0.5	IDEACIÓN POSITIVA	1
FAEM0.2	MIEDO	1
FAEM0.4	DESESPERACIÓN	1
FAEM0.5	TRISTEZA	1
FAEM0.7	PREOCUPACIÓN	1
FAEM0.9	IRRITABILIDAD	1
FAEM1.1	ESTABILIDAD EMOCIONAL/TRANQUILIDAD	1

FAEM1.2	NERVIOSISMO	1
FAEM1.8	FRUSTRACIÓN	1
FIS0.1	DOLOR	1
FIS0.3	ALTERACIÓN EN PESO CORPORAL/ESTÉTICO	1
FIS0.7	CANSANCIO/DEBILIDAD/DECAIMIENTO	1
FRS0.8	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	1
FRS1.7	INCORPORACIÓN DE NUEVAS RUTINAS	1
TRS0.6	COMPLICACIONES MÉDICAS	1

**Tabla 11. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 4
entrevista 2**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FRS1.5	APROVECHAR EL TIEMPO	5
FAEM1.1	ESTABILIDAD EMOCIONAL/TRANQUILIDAD	4
FAEM2.1	SENSACIÓN DE BIENESTAR	4
CG0.5	IDEACIÓN POSITIVA	3
FAEM0.8	EXPERIENCIA DOLOROSA/TRAUMATIZANTE	3
FRS1.1	BUENA RELACIÓN DE PAREJA	2
CG0.1	IDEA DE MUERTE	1
CG0.3	CREENCIAS RELIGIOSAS	1
FAEM0.7	PREOCUPACIÓN	1
FAEM1.4	FELICIDAD/ALEGRIA	1
FAEM1.7	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	1
FAEM2.2	MALESTAR/DOLOR PARA LA FAMILIA	1
FIS0.9	BIENESTAR FÍSICO/SALUD	1
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	1
FRS0.3	FACTOR ECONÓMICO	1
FRS1.0	ACTIVIDAD SEXUAL	1
FRS1.2	COMUNICACIÓN	1

Tabla 12. Tabla de relevancia de categorías por frecuencia caso 4

CATEGORÍA	CÓDIGO DE LA CATEGORÍA	FRECUENCIA
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO/EMOCIONAL	FAEM	19
FUNCIONAMIENTO Y ROL SOCIAL	FRS	12
ÁREA COGNITIVA	CG	6
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	FIS	5
FUNCIONAMIENTO PERSONAL DURANTE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MÉDICO	TRS	5

Los resultados del estudio del caso indican que al identificar la sintomatología inicial se vivieron manifestaciones a nivel emocional como preocupación, miedo y nerviosismo asociadas posibilidad de padecer una enfermedad, en este contexto la visita al médico para la valoración de los síntomas no tardó: “un pequeño dolor que comenzó a nivel del cuello, al lado derecho”.

Durante la fase inicial de diagnóstico la entrevistada manifestó haber conservado las expectativas de que el diagnóstico fuera negativo: “tenía una leve esperanza de que no fuese un cáncer”. Durante este periodo el factor económico fue señalado como un elemento que generó preocupación relacionada a la cobertura de gastos médicos.

La comunicación del diagnóstico fue identificada como el elemento que intensificó los sentimientos de miedo, desesperación, tristeza y preocupación en relación a la intervención quirúrgica y sus resultados: “toda operación es un riesgo, yo tenía mucho temor”. A nivel de funcionamiento cognitivo se hizo presente la idea de muerte como una posibilidad real.

La noticia del diagnóstico sumada a la prisa demostrada por el equipo médico por realizar la intervención quirúrgica, marcaron una afección negativa a nivel

de funcionamiento afectivo emocional que alteró la calidad de vida percibida: “en la consulta nos explicó que era necesario una cirugía y rápido porque era como diagnóstico me daba que era cáncer maligno, entonces bueno para mí, para mí fue un golpe emocionalmente”, “si..., o sea es...,no, no..., es como si se moviera el piso, como que no termina de...,de...,como le explico es como que se le viene el mundo encima”.

El periodo de aislamiento obligatorio luego del tratamiento con yodo radioactivo fue percibido como una experiencia “traumatizante” y se reportaron alteraciones significativas a nivel de funcionamiento y rol social, principalmente interrupción de hábitos y rutinas, las limitaciones a nivel de rol social causaron afeción negativa a nivel de funcionamiento afectivo: “en esos días que está aislada, le da una desesperación”, “ o sea no puede estar al lado de personas, de niños menores de cinco años, mujeres jóvenes que estén en edad fértil, y si habla con un adulto pasado los cincuenta años, debería ser a una distancia de unos dos a tres metros. O sea, es una experiencia un poco traumatizante”.

A nivel físico se presentaron manifestaciones como alteraciones en la presión arterial, estreñimiento, cambios en el peso corporal y dolor; estas manifestaciones se dieron a causa de la suspensión de la medicación previa a la administración del yodo radioactivo.

Las alteraciones en el funcionamiento físico fueron temporales, se describe el proceso de recuperación como rápido y exitoso: “toda mi recuperación en realidad fue...fue muy buena”

La entrevistada identifica el apoyo social percibido, específicamente el proveniente de su familia, como el factor de mayor importancia para afrontar la crisis de forma exitosa: “es una experiencia de vida y o sea, yo esperarí que así por ejemplo personas que tengan este problema de salud o cualquier otro problema de salud, lo más importante es que tengan el apoyo de sus seres más cercanos, su familia, sus hijos, y la gente que en realidad le aprecie al

paciente o sea, así se siente con mayor energía para superar su problema de salud”.

La comunicación y la participación activa en la toma de decisiones por parte de todos los integrantes de la familia fue un elemento que ayudo a mantener la calma y sentido de bienestar: “bueno vinimos a casa, nos reunimos con mi familia, habíamos comentado sobre el tema, ellos me recomendaron asistir al Hospital de SOLCA”, “pero ahora estamos ya tranquilos, o sea ya ha pasado lo peor, la crisis más dura”. Se identificó a las creencias religiosas como un factor de importancia para superar la crisis.

La enfermedad trajo alteraciones a largo plazo en el funcionamiento y rol social relacionadas a la interacción con otras personas, actualmente la entrevistada se describe como una persona más reservada y menos expresiva: “o sea lo que si noto en mi vida es que me volví un poco más callada digamos no..., o sea, antes era un poco más expresiva todo pero ahora soy un poco más callada”.

La transición entre las etapas de la enfermedad se describió como una experiencia dolorosa, esta percepción se desarrolla principalmente de la vivencia de aislamiento como algo “Traumatizante”; sin embargo siempre se manifestó la presencia de ideaciones positivas y optimismo frente al proceso de tratamiento: “la verdad es que yo lo que más anhelaba es tener la salud”.

El reporte actual sobre la percepción de calidad de vida es positivo, se ha logrado una reincorporación normal y exitosa a las actividades cotidianas. A nivel afectivo la valoración se hace en términos de estabilidad y tranquilidad emocional: “emocionalmente aún mejor todavía, o sea, trato de que la vida fluya. Trato de no pensar en forma negativa, estoy bien emocionalmente”. A nivel físico se reporta sentido de bienestar y no se identifican secuelas que afecten en la calidad de vida percibida: “no tengo mayor problema, físicamente me siento bien”

CASO 5

La Señora T de 48 años de edad, de estado civil casada, con tres hijos, ocupación ama de casa, recibió un diagnóstico no específico de problemas de tiroides hace 7 años, fue diagnosticada e intervenida quirúrgicamente por un carcinoma papilar de tiroides hace 6 años. El detalle del procesamiento de los relatos obtenidos de las dos entrevistas se encuentran en la sección Anexos (N° 10 y 11).

En función de exponer el análisis realizado sobre la percepción de calidad de vida, se presentan las siguientes tablas que incluyen los resultados del procesamiento y estudio de los contenidos relevantes obtenidos en las dos entrevistas:

Tabla 13. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 5 entrevista 1

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FRS0.3	FACTOR ECONÓMICO	5
CG0.3	CREENCIAS RELIGIOSAS	4
FAEM0.5	TRISTEZA	3
TRS0.4	DESCUIDO EN EL TRATAMIENTO MÉDICO	3
TRS1.2	NO RELACIONA SINTOMATOLOGÍA INICIAL	3
CG0.5	IDEACIÓN POSITIVA	2
FAEM0.2	MIEDO	2
FAEM2.5	TRANQUILIDAD/BIENESTAR PARA LA FAMILIA	2
FRS0.1	CAMBIOS/INTERRUPCIONES EN RUTINAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	2
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	2
TRS0.2	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE NEGATIVA	2
CG0.1	IDEA DE MUERTE	1
CG0.6	IDEACIÓN NEGATIVA	1
FAEM0.4	DESESPERACIÓN	1

FAEM0.8	EXPERIENCIA DOLOROSA/TRAUMATIZANTE	1
FAEM1.1	ESTABILIDAD EMOCIONAL/TRANQUILIDAD	1
FAEM1.5	LLANTO	1
FAEM1.7	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	1
FAEM2.2	MALESTAR PARA LA FAMILIA	1
FIS0.9	BIENESTAR FÍSICO/SALUD	1
FIS1.7	ESCALOFRIOS	1
TRS0.1	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE POSITIVA	1

**Tabla 14. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 5
entrevista 2**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FAEM0.2	MIEDO	3
TRS0.3	APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO	3
CG0.7	EXPECTATIVAS NEGATIVAS	2
FIS0.9	BIENESTAR FÍSICO/SALUD	2
FRS0.8	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	2
TRS0.2	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE NEGATIVA	2
CG0.3	CREENCIAS RELIGIOSAS	1
CG1.1	IDEA DE NORMALIDAD	1
FAEM0.7	PREOCUPACIÓN	1
FAEM1.2	NERVIOSISMO	1
FAEM1.5	LLANTO	1
FAEM2.4	SENSACIÓN DE MALESTAR	1
FAEM2.6	DEBILIDAD	1
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	1
TRS0.4	DESCUIDO EN EL TRATAMIENTO MÉDICO	1
TRS1.2	NO RELACIONA SINTOMATOLOGÍA INICIAL	1

Tabla 15. Relevancia de categorías por frecuencia caso 5

CATEGORÍA	CÓDIGO DE LA CATEGORÍA	FRECUENCIA
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO/EMOCIONAL	FAEM	15
FUNCIONAMIENTO PERSONAL DURANTE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MÉDICO	TRS	8
ÁREA COGNITIVA	CG	7
FUNCIONAMIENTO Y ROL SOCIAL	FRS	6
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	FIS	3

El procesamiento de la información revela que no se identificó ningún tipo de sintomatología que alerte sobre la existencia de una posible enfermedad: “porque yo como digo, yo nunca sentí nada, yo no sabía que he tenido cáncer, no sentí nada”.

Los resultados de exámenes médicos de rutina revelaron la presencia de problemas en la glándula tiroides, sin embargo la entrevistada manifestó no haber realizado ningún seguimiento médico; este descuido se relacionó a factores de carácter económico: “una cuñada mía me dice, yo tengo un médico especialista en tiroides, me dice, por qué no te vas, pero le digo ¿cuánto cuesta?, me dice cuarenta, chuzo le digo, está un poco caro”.

Las dificultades a nivel económico fueron percibidas como las alteraciones de mayor relevancia en el área de funcionamiento y rol social: “de donde quiera se tuvo que sacar el dinero, para poder salir del hospital mismo. Y como yo soy asegurada, pero lo que pasa es que estamos atrasados en el pago..., entonces no pueden ayudarme de esa manera”.

Desde el inicio de la enfermedad la entrevistada adoptó una actitud de descuido en relación al tratamiento y rechazo hacia el equipo médico, esta

actitud se fundamentó en elementos del área de funcionamiento cognitivo asociados a la idea de efectos secundarios negativos producidos por la administración de medicación a largo plazo y expectativas negativas sobre el proceso: “me dijo usted tiene que tomar la Levo, para toda la vida, yo en ese tiempo le dije no, cómo va a creer que voy a tomar toda la vida si a mí no me gusta eso”.

Actualmente la relación médico paciente es percibida de forma negativa: “Igual, igual al menos en SOLCA e..., sigo viendo eso, que hay mucha, no hay un poco de..., amor..., para el paciente al menos yo he sentido eso, aja, por la forma de..., como le tratan, ni le explican ni nada”. Persiste una actitud de rechazo hacia el tratamiento y controles médicos, sin embargo se reportó una adecuada adherencia motivada por el deseo de conservar la salud: “no acepto así con tanta gana si no que ya porque quiero vivir”.

El área de funcionamiento afectivo emocional fue en donde se presentaron las manifestaciones más relevantes que causaron una afección en la calidad de vida percibida, estas alteraciones fueron desencadenadas por la comunicación del diagnóstico y se caracterizaron por la manifestación de sentimientos como tristeza, miedo: “se oyen tantas cosas de que hay, o sea se mueren y eso me da miedo”. Estas reacciones se manifestaron con fuerza a nivel individual y de pareja, “bueno oyendo eso nos pusimos muy tristes mi marido y yo”. La entrevistada realizó una descripción de sí misma como una persona “débil” a nivel afectivo: “también tengo debilidad, soy muy débil, me pongo a llorar”. La idea de enfrentar la muerte como una posibilidad real también se asoció a la comunicación del diagnóstico.

En el área cognitiva las creencias religiosas fueron percibidas como el factor de mayor relevancia en el afrontamiento y superación de la enfermedad: “bueno, cuando me voy al hospital lo primero que hago es ir a donde el Santísimo, porque soy una persona muy creyente y me da mucha fuerza también”.

El aislamiento generó reacciones a nivel afectivo como temor a la soledad y a la oscuridad: “huy..., yo que soy miedosa no a la oscuridad, si no a la soledad digamos, sino a la oscuridad tenía mucho miedo digamos”.

Dentro del funcionamiento afectivo emocional se identificó preocupación y malestar, que persiste hasta la actualidad, relacionados a la idea de que la enfermedad re aparezca: “ya está pendiente de esto, y siempre estoy así que me toco, que a.... por aquí siento un dolorcito, así a... psicológicamente como que se queda uno con eso”.

Dentro del área de funcionamiento y rol social, el apoyo social percibido, principalmente el recibido por parte del esposo, fue identificado como relevante para la adaptación a la situación de crisis: “Mi marido, que está siempre ahí o sea pendiente con los gastos, con los costos”.

Se presentaron cambios en las rutinas del funcionamiento familiar, estos cambios estuvieron orientados a dar soporte, complementando las actividades que la entrevistada no podía realizar como resultado del aislamiento posterior al tratamiento con yodo radio activo: “en la casa, aquí tenían que hacer mis hijos”.

En la actualidad se reportó una percepción de calidad de vida en forma positiva, se refirió que la vivencia relativa al cáncer de tiroides fue significada como una oportunidad para valorar más la vida y las relaciones familiares: “saber que usted tiene cáncer, le cambia la vida, le hace valorar la vida”, “aquí en la casa, sí, trato de ser mejor mamá, más comprensiva”. A nivel físico se refirió sensación de bienestar: “con el tratamiento me siento bien”.

CASO 6

La señora M de 33 años de edad, estado civil casada, con tres hijos, voluntaria en una fundación y ama de casa, fue diagnosticada y sometida a cirugía por cáncer papilar de tiroides hace 6 años. Los detalles del procesamiento de los contenidos relevantes obtenidos en las dos entrevistas se encuentran en la sección Anexos (N° 12 y 13).

En función de exponer el análisis realizado sobre la percepción de calidad de vida, se presentan las siguientes tablas que incluyen los resultados del procesamiento y estudio de los contenidos relevantes obtenidos en las dos entrevistas:

Tabla 16. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 6 entrevista 1

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FIS0.3	ALTERACIÓN EN PESO CORPORAL/ESTÉTICO	8
FIS0.1	DOLOR	7
TRS1.2	NO RELACIONA SINTOMATOLOGÍA INICIAL	7
FAEM0.1	DEPRESIÓN	5
FAEM0.7	PREOCUPACIÓN	5
FAEM1.1	ESTABILIDAD EMOCIONAL/TRANQUILIDAD	5
FAEM2.4	SENSACIÓN DE MALESTAR	5
FRS0.8	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	5
TRS1.1	DIFICULTADES DURANTE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN	5
FAEM2.2	MALESTAR PARA LA FAMILIA	4
FIS1.2	FRIJO	4
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	4
FRS0.7	INTERRUPCIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	4
CG1.0	DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	3
FAEM0.2	MIEDO	3

FAEM0.5	TRISTEZA	3
FAEM1.5	LLANTO	3
FRS0.1	CAMBIOS/INTERRUPCIONES EN RUTINAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	3
FRS0.6	SITUACIÓN LABORAL/ACTIVIDADES DE INVOLUCRAMIENTO	3
FRS1.2	COMUNICACIÓN	3
TRS1.0	INTERVENCIÓN/RECUPERACIÓN EXITOSA	3
CG0.7	EXPECTATIVAS NEGATIVAS	2
FAEM2.1	SENSACIÓN DE BIENESTAR	2
FIS1.6	ESTREÑIMIENTO	2
FRS0.3	FACTOR ECONÓMICO	2
TRS0.7	NUEVA SINTOMATOLOGÍA/DIAGNÓSTICO	2
CG0.8	EXPECTATIVAS POSITIVAS	1
CG0.9	CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	1
FAEM0.8	EXPERIENCIA DOLOROSA/TRAUMATIZANTE	1
FAEM1.7	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	1
FAEM2.7	ANSIEDAD	1
FIS0.5	AUMENTO DE PRESION ARTERIAL	1
FIS0.6	PÉRDIDA DE SUEÑO	1
FRS1.0	ACTIVIDAD SEXUAL	1
FRS1.1	RELACIÓN DE PAREJA	1
TRS0.3	APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO	1

**Tabla 17. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 6
entrevista 2**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FRS1.2	COMUNICACIÓN	11
FAEM2.1	SENSACIÓN DE BIENESTAR	7
FAEM2.4	SENSACIÓN DE MALESTAR	6
FRS1.1	RELACIÓN DE PAREJA	5
CG1.1	IDEA DE NORMALIDAD	4
TRS1.0	INTERVENCIÓN/RECUPERACIÓN EXITOSA	4
FAEM1.1	ESTABILIDAD EMOCIONAL/TRANQUILIDAD	3
FAEM0.5	TRISTEZA	2
FIS0.9	BIENESTAR FÍSICO/SALUD	2
FRS0.1	CAMBIOS/INTERRUPCIONES EN RUTINAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	2
FRS0.8	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	2
TRS0.1	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE POSITIVA	2
CG0.5	IDEACIÓN POSITIVA	1
CG0.8	EXPECTATIVAS POSITIVAS	1
CG0.9	CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	1
CG1.0	DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	1
FAEM0.1	DEPRESIÓN	1
FAEM0.7	PREOCUPACIÓN	1
FAEM2.2	MALESTAR PARA LA FAMILIA	1
FIS0.1	DOLOR	1
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	1
FRS0.7	INTERRUPCIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	1
TRS0.3	APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO	1
TRS0.7	NUEVA SINTOMATOLOGÍA/DIAGNÓSTICO	1
TRS1.1	DIFICULTADES DURANTE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN	1

Tabla 18. Relevancia de categorías por frecuencia caso 6

CATEGORÍA	CÓDIGO DE LA CATEGORÍA	FRECUENCIA
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO/EMOCIONAL	FAEM	19
FUNCIONAMIENTO Y ROL SOCIAL	FRS	15
FUNCIONAMIENTO PERSONAL DURANTE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MÉDICO	TRS	10
ÁREA COGNITIVA	CG	9
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	FIS	8

El análisis de los relatos recopilados en las dos entrevistas realizadas con la señora M, indican que no se identificó ningún tipo de sintomatología inicial que revele la posible existencia de una enfermedad: “no..., nunca, pero así nunca ni siquiera me había topado, o me había sentido una bola, nunca”.

El descubrimiento de la presencia de problemas en la glándula tiroides fue el resultado de un control médico de rutina, posteriormente se realizaron exámenes complementarios por medio de los cuales se diagnosticó el cáncer de tiroides: “nunca me había imaginado, pero pasa que me hicieron unos exámenes bien profundos, me detectaron que yo tenía cáncer a la tiroides”.

Por decisión del cónyuge el diagnóstico no le fue comunicado a la entrevistada: “mi esposo habló con mi médico, y creo que por el miedo que tenía a como yo voy a tomar la noticia, le pidió que no me dé el diagnóstico”.

La intervención quirúrgica se realizó sin comunicar el diagnóstico a la entrevistada, únicamente se proporcionó información relacionada a la existencia de un quiste que debía ser removido con brevedad. El diagnóstico de cáncer de tiroides fue comunicado antes de la administración del yodo

radioactivo. La comunicación del diagnóstico permitió que se asocien a la enfermedad alteraciones a nivel de funcionamiento físico que se habían hecho presentes de forma recurrente tiempo antes de la valoración médica: “Entonces cuando a mí ya me descubrieron que tenía tiroides ahí ya me dijeron, usted tenía esto..., le dolía el otro...., yo decía sí, un día amanecía con dolor de acá, sí le decía yo..., un día me dolía el oído, otro día me dolía la mano, la pierna, y así yo, yo pasaba a diario”.

Debido a la forma en cómo se manejó la información sobre el diagnóstico, en la entrevistada se generó la percepción de que la noticia de la enfermedad provocó mayor malestar a nivel familiar que a nivel personal: “como yo le conté fue duro no en realidad..., para..., para ellos, yo creo que fue más duro para ellos que para mí el tema de recibir la noticia de la enfermedad del cáncer”.

La entrevistada refirió haber recibido la noticia de la enfermedad con tranquilidad y cierto grado de despreocupación, hasta este momento no identificó la presencia de alteraciones significativas en el área de funcionamiento afectivo emocional directamente relacionadas al hecho de padecer cáncer de tiroides: “me operaron y cuando me mandaron a tomar el yodo, ahí si me dijeron que era cáncer, pero yo no le tomé muy..., o sea muy así, yo más bien le tomé a la ligera”, “pero como le conté la otra vez en sí la noticia del cáncer, le tomé más como a la ligera, o sea no con que mi importismo sino con tranquilidad se podría decir”.

En la fase de ajuste inicial a la enfermedad, las alteraciones identificadas a nivel de funcionamiento afectivo emocional se asociaron directamente a la forma en cómo se manejó la información relacionada al diagnóstico: “me sentía mal y me puse bastante triste, como deprimida porque no se siente bien que a uno le oculten esas cosas”. El hecho de que el cónyuge ocultó el diagnóstico fue identificado como una alteración en el funcionamiento y rol social que generó resentimiento temporal a nivel de relación de pareja: “entonces yo me resentí un tiempo con él, cómo le digo me resentí, estaba bastante dolida”.

Los primeros seis meses comprendidos entre la recuperación de la intervención quirúrgica y la suspensión de la medicación previa a la administración del yodo radiactivo, fueron señalados como el periodo de tiempo en el que la percepción de calidad de vida resultó más afectada debido a la interacción de alteraciones significativas en las distintas áreas de funcionamiento: “los seis meses después de la operación si fueron bien tristes”.

Las alteraciones en el área de funcionamiento afectivo que representaron mayor afección en la percepción de calidad de vida, se presentaron luego de la administración del yodo radiactivo y estuvieron relacionadas con elementos del área cognitiva como expectativas negativas del tratamiento: “entonces ya después de que nos dieron el yodo, nos hicieron el rastreo, ahí mejor yo me sentí bastante preocupada por qué....o sea porque yo decía cómo voy a quedar”.

La entrevistada refirió haber atravesado por un cuadro depresivo asociado a la interrupción de hábitos y rutinas a nivel de funcionamiento familiar y actividades de involucramiento: “como me dio bastante depresión”, “me sentía bastante deprimida”, “eso sí me afectaba bastante a mí, no poderles atender, bastante, bastante”.

El contacto de la entrevistada con pacientes con un grado de enfermedad avanzado que no presentaron una respuesta positiva al tratamiento causó que las expectativas negativas sobre los resultados de tratamiento se intensifiquen: “por qué yo me entré ahí y me encontraba con unas chicas y decía, sabe que a mí me encontraron una manchita en el pulmón, otra decía sabes que a mí me encontraron una manchita en el riñón y así no, se ve..., decían así en el hígado. Entonces yo sí me sentía bastante preocupada “, “decía si a ellas ya están bastante tiempo y yo primera vez seguramente a mí también me va a pasar lo mismo.”

A nivel de funcionamiento físico se señaló de forma reiterativa que los elementos que representaron mayor afección en la percepción de calidad de vida fueron los cambios bruscos en el peso corporal: “a mí me ha vuelto a subir el peso casi al año porque no estaba yo así, o sea yo me mantenía en los 73, 74 kilos ahorita estoy con 77, le digo y la ropa me queda bastante apretada, sí y no puedo bajar”. La presencia de elevados niveles de ansiedad se asoció a la ingestión de grandes cantidades de alimentos: “antes me daba ansiedad de comer, estaba sí solita sentada y me metía la comida, yo que me daba cuenta ¡hay Dios mío decía no, para qué comí!..., ya..., no, no..., ya no quiero comer”.

El dolor físico generalizado fue una manifestación recurrente durante el periodo de recuperación de la cirugía: “o sea me dolía todo, todo, todo..., no podía alzar ni siquiera una taza”. Otras manifestaciones como frío, sudoración, aumento de la presión arterial, pérdida de sueño y estreñimiento se hicieron presentes pero de forma más atenuada y con menor recurrencia.

Dentro del área de funcionamiento y rol social se identificó el apoyo social percibido, principalmente el del cónyuge, como un factor de relevancia para el enfrentamiento de la enfermedad, especialmente durante el tiempo en el que las rutinas cotidianas tuvieron que interrumpirse debido al aislamiento: “sobre todo está el apoyo de ellos, la comprensión que tienen hacia mí en esos días”, “mi esposo si me ha colaborado mucho, mucho, mucho en todo, en todo lo que ha podido”.

En relación al aislamiento obligatorio, posterior a la administración del yodo radio activo, se reportó afección a nivel de funcionamiento afectivo tanto en la entrevistada como en la familia, especialmente en los hijos. Esta afección estuvo directamente relacionada a la interrupción de hábitos y rutinas: “ellos sufrían bastante, mis hijos si sufrían”, “hasta ahora ellos escuchan, más que todo mi hijo..., él dice ay mami ya le toca el yodo Dios mío que sufrimiento”.

Durante este periodo se produjeron cambios en las rutinas de funcionamiento familiar orientadas a dar apoyo a la entrevistada complementando las actividades que se interrumpieron: “se quedó con un poco de eso verá sobre todo por ejemplo los fines de semana él se ocupa más de todo aquí en la casa con mi hijo el menor sobre todo deberes y esas cosas”.

El análisis de los resultados permite concluir que durante el periodo de diagnóstico y primeros 6 meses de tratamiento, la percepción de la calidad de vida de la entrevistada se vio afectada de forma negativa, principalmente por alteraciones presentadas en las áreas de funcionamiento afectivo, funcionamiento y rol social y funcionamiento cognitivo.

El proceso de transición entre la fase de crisis a la fase crónica se caracterizó por malestar a nivel afectivo asociado a la interrupción de hábitos y rutinas, dolor y malestar a nivel de funcionamiento físico junto con expectativas negativas sobre el tratamiento médico. El apoyo social percibido fue señalado como un elemento de relevancia en el enfrentamiento inicial de la crisis. La entrevistada comunicó que las alteraciones en el peso corporal en la actualidad se mantienen, sin embargo refirió que no constituyen un factor que afecte la percepción de calidad de vida a largo plazo. En la actualidad no se identificaron limitaciones en el desempeño físico relacionadas a dolores o malestar en general: “no tengo dolores así que me limiten, ahorita estoy muy bien”, “yo no me considero una persona enferma”.

En la actualidad la percepción de calidad de vida es descrita como positiva, de forma reiterada se hace referencia a un marcado sentido de bienestar a nivel físico y afectivo: “en todo eso en lo afectivo y en lo físico me siento bien la verdad. Se considera que el proceso de recuperación fue exitoso y que se ha logrado una total reincorporación a las actividades cotidianas: “yo considero que me he recuperado”, “en el voluntariado y mi casa e..., yo hago todas mis actividades no tengo así mayor impedimento, no, no tengo ningún problema”.

Se identificaron la buena respuesta al tratamiento médico y el apoyo social percibido como factores de importancia en el reporte de calidad de vida positivo: “todos los exámenes que me han hecho y todo eso yo le llevé el reporte al médico y a mi médico particular y él me dijo sabes que estás bien, estás curada”, “definitivamente yo creo que tener así mi familia unida que me dé el apoyo, que me respalde siempre a uno en una enfermedad sobre todo es lo más importante..., importante y ha sido para mí lo más importante por qué para estar bien”.

CASO 7

El Señor A de 38 años de edad, de estado civil casado, con dos hijos, de profesión Médico Cirujano, fue diagnosticado e intervenido quirúrgicamente por un cáncer papilar de tiroides hace diez años. El detalle del procesamiento de los contenidos relevantes obtenidos de la entrevista realizada se encuentra en la sección Anexos (N° 14).

En función de exponer el análisis realizado sobre la percepción de calidad de vida, se presentan las siguientes tablas que incluyen los resultados del procesamiento y estudio de los contenidos relevantes obtenidos en las dos entrevistas:

**Tabla 19. Codificación de contenidos relevantes y frecuencia caso 7
entrevista 1**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA
FRS1.8	CAMBIO DE PRIORIDADES	9
CG0.9	CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	8
TRS0.3	APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO	6
TRS1.0	INTERVENCIÓN/RECUPERACIÓN EXITOSA	5
CG0.3	CREENCIAS RELIGIOSAS	4
CG0.8	EXPECTATIVAS POSITIVAS	4
FAEM1.9	ACERCAMIENTO EMOCIONAL	3
FRS0.8	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	3
FRS0.9	EMPATIA	3
CG0.1	IDEA DE MUERTE	2
CG0.5	IDEACIÓN POSITIVA	2
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	2
FAEM1.1	ESTABILIDAD EMOCIONAL/TRANQUILIDAD	1
FAEM1.7	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	1
FAEM2.8	SENSACIÓN DE CLAUSTROFOBIA	1
FIS0.7	CANSANCIO/DEBILIDAD/DECAIMIENTO	1
FIS1.8	SOMNOLIENCIA	1
TRS0.8	SINTOMATOLOGÍA INICIAL	1

Tabla 20. Relevancia de categorías caso 7

CATEGORÍA	CÓDIGO DE LA CATEGORÍA	FRECUENCIA
ÁREA COGNITIVA	CG	5
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO/EMOCIONAL	FAEM	4
FUNCIONAMIENTO Y ROL SOCIAL	FRS	4
FUNCIONAMIENTO PERSONAL DURANTE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MÉDICO	TRS	3
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	FIS	2

El análisis de los contenidos relevantes muestra que a la identificación de la sintomatología inicial no se asoció con ningún tipo de alteración significativa a nivel de funcionamiento afectivo, cognitivo ni de funcionamiento o rol social: “a pesar de que yo mismo ya presentía, ya sabía más o menos el diagnóstico, porque cuando yo me detecté fue que un compañero me dice ¿y esa bola que tienes en el cuello? Chuta... yo dije este es un c.a. de tiroides”, “entonces, para mí no fue mayor..., mayor, no fue un golpe tan fuerte”

La comunicación oficial del diagnóstico no generó manifestaciones o alteraciones de relevancia en las distintas áreas de funcionamiento que pudieran haber afectado la percepción de calidad de vida reportada: “realmente el cáncer, por el antecedente que tenía del tipo de cáncer que era y cómo se va a desarrollar, no...no tuve mayor preocupación”, “Realmente éste cáncer, con o sin tratamiento, la perspectiva de vida son de unos treinta años”

Se refirió que a nivel de funcionamiento cognitivo se identificó la idea de muerte como una posibilidad: “sea lo que sea, uno ya se ve frente a la muerte”, sin embargo la idea no persistió más allá de la fase inicial del diagnóstico y no tuvo repercusiones a largo plazo.

La transición de la etapa inicial de la enfermedad a la fase crónica se caracterizó por la presencia de expectativas positivas sobre la intervención quirúrgica y tratamiento, actitud de calma, tranquilidad y una adecuada adhesión al tratamiento y seguimiento médico: “por eso es que a veces, cuando yo mismo diagnostico éste tipo de patología a los pacientes, les comento, o sea, que no es nada agresivo, que con o sin tratamiento van a tener una buena calidad de vida”, “con el cáncer, el control debe ser de por vida”.

El proceso de recuperación de la cirugía fue rápido y no se presentaron ningún tipo de dificultades o inconvenientes para la reincorporación a los hábitos y rutinas de funcionamiento cotidianas, no se identificó ninguna complicación a corto o largo plazo como resultado de la cirugía: “yo me re incorporé rápido, yo ya las 72 horas ya estuve haciendo mi actividad normal”, “me sometí a cirugía, me sometí a yodo terapia, y controles periódicos. Dando gracias a Dios, hasta ahora, no ha habido ninguna..., ningún tipo de complicación”.

Se reportó una reacción de tipo “claustrofobia” asociada al periodo de aislamiento obligatorio luego de la administración del yodo radio activo: “tengo claustrofobia, no puedo estar ni en el cine”, cabe señalar que el entrevistado realizó esta observación como un comentario a modo de broma; también se manifestó que durante el periodo de aislamiento se experimentaron sensaciones de cansancio y sueño.

El entrevistado manifestó que elementos provenientes del área de funcionamiento cognitivo, específicamente las creencias religiosas y el conocimiento de la enfermedad, junto con elementos propios del nivel de funcionamiento y rol social, principalmente el apoyo recibido por parte de la familia, fueron los factores de mayor importancia para el abordaje de la enfermedad: “es la principal fortaleza, o sea es la fe en Dios, puede ser mi familia en ese orden y luego el conocimiento”.

Como resultado de la experiencia con la enfermedad se presentaron cambios significativos y considerados de carácter permanente en las áreas de funcionamiento cognitivo y de funcionamiento y rol social: “el cáncer modificó completamente toda mi vida, absolutamente toda mi vida”. Estos cambios son percibidos como positivos: “en mis propios términos es un cambio que me ha ayudado muchísimo, realmente aprendí a valorar lo que es la vida, muchas veces nosotros pasamos sin valorar, a un día más un día menos, esto no hice” Los cambios manifestados se caracterizan por marcar una orientación distinta en las prioridades y objetivos tanto a nivel profesional y personal: “realmente si, como te digo fue un golpe que dijeron eh..., despierta, estás soñando, si fuiste médico no es para lucrar ni para explotar, fuiste médico para ayudar”. El entrevistado manifestó que ha ocurrido un acercamiento y mejoría de la calidad de las relaciones interpersonales: “estar más tiempo con mi esposa, o sea, el poquito tiempo que uno pasa o el mucho tiempo que uno pasa pero estar al lado de mi familia, mis hijos, mi esposa, hasta mis perros, hasta eso los valoro”, “realmente cuando uno se enfrenta a una patología así no sea cáncer, muchas veces a más de la medicación lo que necesitan los pacientes y los familiares del enfermo es comprensión, darles ánimo y ayudarles a comprender la patología, qué puede pasar, qué no puede pasar”.

RESULTADOS GENERALES

El análisis de contenido de los relatos de los siete casos permitió identificar cinco categorías (funcionamiento afectivo emocional, funcionamiento y rol social, área cognitiva, funcionamiento físico y funcionamiento personal durante el tratamiento y seguimiento médico) en las que se agruparon las afecciones, alteraciones y elementos de importancia identificados que mediaron en la formación de la percepción de calidad de vida.

Las siguientes tablas muestran de forma general las categorías en las que se identificaron los elementos, que según su frecuencia, mediaron en el reporte de

calidad de vida percibido, así como las áreas de funcionamiento en las que se identificaron la mayor cantidad de afecciones y elementos relevantes.

Tabla 21. Resumen global de relevancia de categorías

CATEGORÍA	CÓDIGO	FRECUENCIA DE ELEMENTOS POR CATEGORÍA
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO/EMOCIONAL	FAEM	103
FUNCIONAMIENTO Y ROL SOCIAL	FRS	71
ÁREA COGNITIVA	CG	51
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	FIS	44
FUNCIONAMIENTO PERSONAL DURANTE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MÉDICO	TRS	42

Tabla 22. Frecuencia general de contenidos relevantes

CÓDIGOS	CONTENIDO RELEVANTE	Nº DE CASOS	CASOS
FAEM1.7	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	7	1,2,3,4,5,6 ,7
FRS0.2	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	7	1,2,3,4,5,6 ,7
CG0.5	IDEACIÓN POSITIVA	6	2,3,4,5,6,7
FRS0.3	FACTOR ECONÓMICO	6	1,2,3,4,5,6
FRS0.8	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	6	1,3,4,5,6,7
TRS0.3	APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO	6	1,3,4,5,6,7
CG0.1	IDEA DE MUERTE	5	1,2,4,5,7
FAEM0.2	MIEDO	5	1,2,4,5,6
FAEM0.5	TRISTEZA	5	1,2,4,5,6

	EXPERIENCIA		
FAEM0.8	DOLOROSA/TRAUMATIZANTE	5	1,2,4,5,6
FAEM2.1	SENSACIÓN DE BIENESTAR	5	1,2,3,4,6
FAEM2.2	MALESTAR PARA LA FAMILIA	5	1,2,4,5,6
FIS0.9	BIENESTAR FÍSICO/SALUD	5	2,3,4,5,6
TRS0.8	SINTOMATOLOGÍA INICIAL	5	1,2,3,4,7
CG0.3	CREENCIAS RELIGIOSAS	4	2,4,5,7
CG0.7	EXPECTATIVAS NEGATIVAS	4	1,2,5,6
CG1.1	IDEA DE NORMALIDAD	4	2,3,5,6
FAEM0.7	PREOCUPACIÓN	4	2,4,5,6
	ESTABILIDAD		
FAEM1.1	EMOCIONAL/TRANQUILIDAD	4	4,5,6,7
FAEM1.5	LLANTO	4	1,2,5,6
FIS0.1	DOLOR	4	1,3,4,6
	ALTERACIÓN EN PESO		
FIS0.3	CORPORAL/ESTÉTICO	4	1,3,4,6
	CANSANCIO/DEBILIDAD/DECA		
FIS0.7	IMIENTO	4	1,2,4,7
	INTERRUPCIÓN DE		
FRS0.7	HÁBITOS/RUTINAS	4	1,3,4,6
FRS1.2	COMUNICACIÓN	4	2,3,4,6
CG0.6	IDEACIÓN NEGATIVA	3	1,2,5
CG0.8	EXPECTATIVAS POSITIVAS	3	3,6,7
	CONOCIMIENTO DE LA		
CG0.9	ENFERMEDAD	3	3,6,7
FAEM0.1	DEPRESIÓN	3	1,2,6
FAEM0.3	ANGUSTIA	3	1,2,3
FAEM0.4	DESESPERACIÓN	3	1,4,5
FAEM1.2	NERVIOSISMO	3	2,4,5
FAEM2.4	SENSACIÓN DE MALESTAR	3	1,5,6
FIS0.4	DISMINUCIÓN DE	3	1,2,3

	MOVILIDAD/PARÁLISIS		
FRS0.1	CAMBIOS/INTERRUPCIONES EN RUTINAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	3	2,5,6
FRS0.6	SITUACIÓN LABORAL/ACTIVIDADES DE INVOLUCRAMIENTO	3	1,3,6
TRS0.1	RELACION MÉDICO PACIENTE POSITIVA	3	3,5,6
TRS0.6	COMPLICACIONES MÉDICAS	3	1,3,4
TRS0.7	NUEVA SINTOMATOLOGÍA/DIAGNÓST ICO	3	1,3,6
TRS1.0	INTERVENCIÓN/RECUPERACI ÓN EXITOSA	3	4,6,7
CG1.0	DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	2	1,6
FAEM1.4	FELICIDAD/ALEGRIA	2	3,4
FAEM1.8	FRUSTRACIÓN	2	3,4
FAEM1.9	ACERCAMIENTO EMOCIONAL	2	3,7
FAEM2.3	CRISIS/PÉRDIDA DE CONTROL	2	1,2
FIS0.2	PÉRDIDA DE VOZ	2	1,3
FIS0.5	AUMENTO DE PRESIÓN ARTERIAL	2	4, 6
FIS0.6	PÉRDIDA DE SUEÑO	2	2,6
FIS1.2	FRIO	2	2,6
FRS0.4	ANTECEDENTES FAMILIARES	2	1,3
FRS0.9	EMPATIA	2	2,7
FRS1.0	ACTIVIDAD SEXUAL	2	4,6
FRS1.1	RELACIÓN DE PAREJA	2	4,6

FRS1.3	DIFICULTAD EN LA REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	2	1,3
TRS0.2	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE NEGATIVA	2	1,5
TRS0.4	DESCUIDO EN EL TRATAMIENTO MÉDICO	2	1,5
TRS1.2	NO RELACIONA SINTOMATOLOGÍA INICIAL	2	5,6
CG0.2	ACEPTACIÓN DE LA IDEA DE MUERTE	1	2
CG0.4	AFECCIÓN NEGATIVA POR EDAD	1	2
CG1.2	CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA	1	2
FAEM0.6	ESTRÉS	1	3
FAEM0.9	IRRITABILIDAD	1	4
FAEM1.0	MALESTAR POR PESO CORPORAL/ESTÉTICO	1	1
FAEM1.3	ESPERANZA	1	4
FAEM1.6	APATIA	1	1
FAEM2.0	ANHELO DE SALUD	1	4
FAEM2.5	TRANQUILIDAD/BIENESTAR PARA LA FAMILIA	1	5
FAEM2.6	DEBILIDAD	1	5
FAEM2.7	ANSIEDAD	1	6
FAEM2.8	SENSACIÓN DE CLAUSTROFOBIA	1	7
FIS0.8	DISCAPACIDAD	1	3
FIS1.0	PÉRDIDA DE CALCIO	1	1
FIS1.1	SUDORACIÓN	1	1

FIS1.3	PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD	1	3
FIS1.4	VÓMITO	1	3
FIS1.5	AHOGOS	1	2
FIS1.6	ESTREÑIMIENTO	1	6
FIS1.7	ESCALOFRIOS	1	5
FIS1.8	SOMNOLIENCIA	1	7
FRS0.5	AISLAMIENTO	1	2
FRS1.4	SOBRE PROTECCIÓN	1	1
FRS1.5	APROVECHAR EL TIEMPO	1	4
FRS1.6	CAMBIOS EN HÁBITOS/RUTINAS INDIVIDUALES	1	1
FRS1.7	INCORPORACIÓN DE NUEVAS RUTINAS/HÁBITOS	1	4
FRS1.8	CAMBIO DE PRIORIDADES	1	7
TRS0.5	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	1	1
TRS0.9	PROCESO DE REHABILITACIÓN	1	3
TRS1.1	DIFICULTADES DURANTE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN	1	6

En función de dar cumplimiento con el objetivo general de la investigación se realizó un detallado análisis de los relatos de los siete casos presentados, de este modo fue posible determinar que la percepción de calidad de vida que genera la persona con cáncer de tiroides, no solo desde el momento del diagnóstico, sino desde la aparición de los primeros síntomas según sea el caso, es el resultado del tipo de interacción que ocurre entre los elementos provenientes de las cinco áreas de funcionamiento identificadas, por ejemplo cinco de los siete casos presentaron algún tipo de sintomatología (elemento proveniente del área de funcionamiento físico) que les alertó de la presencia de una posible enfermedad (1, 2, 3, 4, 7). En los casos 1 y 4 la identificación de

estos síntomas generó alteraciones a nivel de funcionamiento afectivo emocional, específicamente miedo, tristeza y preocupación. Estas alteraciones tuvieron una repercusión directa en la percepción de calidad de vida, y estuvieron asociadas en el caso 1 a la existencia de antecedentes familiares de la enfermedad con resultados negativos (factor proveniente del área de funcionamiento y rol social), y en el caso 4 a la ideación negativa asociada a sufrir una enfermedad grave (factor proveniente del área de funcionamiento cognitivo).

En los casos 2, 3 y 7 no se identificaron alteraciones significativas asociadas al descubrimiento de la sintomatología inicial que hayan tenido repercusión en la calidad de vida percibida. En los casos 5 y 6 no se identificó sintomatología inicial.

En función al cumplimiento del segundo objetivo específico de la investigación, la sistematización de la información obtenida de las trece entrevistas permitió identificar qué elementos del diagnóstico y del tratamiento generaron mayor necesidad de cambios y adaptación en los participantes.

En este sentido se determinó que en cuatro casos (1, 2, 4 y 5) fue específicamente la comunicación del diagnóstico el factor desencadenante de una serie de afectaciones negativas a nivel de funcionamiento afectivo emocional como por ejemplo, tristeza, miedo, llanto y angustia. En el caso número 6 el manejo oculto de la información relativa al diagnóstico fue identificado como el elemento que generó mayor afectación a nivel afectivo (depresión) durante la fase inicial de la enfermedad. En los casos número 3 y 7 no se identificaron afectaciones o alteraciones significativas asociadas al proceso de diagnóstico.

La comunicación del diagnóstico se asoció a la idea de muerte en 5 casos (casos 1, 2, 4, 5 y 7), en los casos número 1 y 2 la idea de muerte fue un elemento recurrente que fue reportado como un factor que afectó de forma negativa la percepción de calidad de vida durante este periodo.

Durante la fase inicial de la enfermedad en los casos 1, 2, 5 y 6 se reportaron expectativas e ideación negativa relacionadas al proceso de tratamiento y situación de enfermedad general. En los casos 3, 4 y 7, durante esta misma fase, se reportaron expectativas positivas frente al tratamiento e ideación positiva general en relación a la situación de enfermedad.

Durante el periodo de tratamiento y seguimiento médico los elementos que generaron mayor necesidad de cambio y adaptación en los participantes fueron los provenientes de las áreas de funcionamiento físico y de rol social.

En cuatro de los siete casos (1, 3, 4, y 6) se reportó haber experimentado de forma reiterada intenso dolor. En los casos 1, 2, 4, 6 y 7 se experimentaron manifestaciones adicionales como por ejemplo: cansancio, debilidad, decaimiento, aumento de la presión arterial, pérdida de sueño y frío.

En tres casos (1, 4, y 6) se reportaron alteraciones significativas en el peso corporal provocadas por la suspensión de la medicación (levotiroxina).

Se presentaron afecciones permanentes como resultado del proceso de intervención quirúrgica (remoción total de la glándula tiroides), en los casos 1, 3 y 6 las afecciones identificadas a nivel de funcionamiento físico fueron: discapacidad permanente (caso 3), disminución de movilidad y parálisis temporal (caso 1, 2 y 3), pérdida temporal de voz, con secuelas que se mantienen hasta la actualidad, (caso 1 y 3) e hipo calcemia (caso 6). En los tres casos las afecciones mencionadas no fueron consideradas como elementos que afectaron la percepción de calidad de vida a largo plazo.

Las afecciones a nivel de funcionamiento físico (sean estas de carácter temporal o permanente), causadas por la cirugía y la suspensión de la medicación previa a la administración del yodo radio activo, ocasionaron interrupciones o alteraciones en hábitos y rutinas de funcionamiento a nivel personal, laboral o de actividades de involucramiento y familiar en 6 casos (1,

2, 3, 4, 5 y 6), estas interrupciones fueron reportadas como situaciones que causaron una afección significativa en la calidad de vida percibida durante el periodo inicial de tratamiento y seguimiento médico, también demandaron los mayores esfuerzos de adaptación a nivel individual y familiar.

Dentro del área de funcionamiento y rol social, en cinco casos (1, 3, 4, 5 y 6) el factor económico fue identificado como un elemento que generó preocupación en relación a la cobertura de gastos médicos.

Durante el periodo de aislamiento obligatorio posterior a la administración del yodo radio activo, en 6 casos (2, 3, 4, 5, 6 y 7) se reportaron alteraciones a nivel de funcionamiento afectivo emocional como sensación de crisis, estrés, miedo, tristeza; en el caso número 1 no se identificó ninguna reacción significativa relacionada al periodo de aislamiento.

En orden a dar cumplimiento al primer objetivo específico de la investigación se logró identificar que en 5 casos (1, 2, 4, 5 y 6) la transición entre la etapa inicial a la fase crónica de la enfermedad fue considerada una experiencia dolorosa e incluso traumatizante que se caracterizó por la presencia de manifestaciones a nivel afectivo como miedo, tristeza, expectativas negativas sobre el proceso de tratamiento, sensación de pérdida de control y crisis, en estos cinco casos también se reportó haber percibido que la enfermedad generó un sentido de malestar general a nivel de funcionamiento familiar.

En los casos número 3 y 7 la transición entre la etapa inicial a la fase crónica de la enfermedad, se caracterizó por la presencia de expectativas positivas sobre la intervención quirúrgica y tratamiento, estabilidad a nivel emocional, actitud de calma, tranquilidad y una adecuada adhesión al tratamiento y seguimiento médico.

De forma general, transcurridos los primeros seis meses desde la operación en los 7 casos se empezaron a manifestar con fuerza reacciones emocionales

positivas (casos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7), ideación positiva frente a la situación de enfermedad (casos 2, 3, 4, 5, 6 y 7), las rutinas de funcionamiento empezaron a normalizarse (casos 1, 3, 4, 5, 6 y 7), se presentó una actitud de adhesión al tratamiento médico (casos 1, 3, 4, 5, 6 y 7), de forma general se reportó sentido de bienestar a nivel emocional y físico (casos 1, 2, 3, 4, 5 y 6).

Los siete casos identificaron el apoyo social percibido, especialmente el del cónyuge, como un elemento de elevada importancia para el enfrentamiento exitoso de la enfermedad. Los casos número 2, 4, 5 y 7 señalaron las creencias religiosas como un factor de importancia para el manejo de la situación de enfermedad. En la actualidad los siete participantes describen su percepción de calidad de vida de forma positiva.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las afecciones que reportan las siete personas en las entrevistas pueden agruparse en cinco categorías a saber: Funcionamiento afectivo, funcionamiento y rol social, área cognitiva y elementos propios del tratamiento y seguimiento médico.

En seis de los siete casos (1, 2, 3, 4, 5 y 6) el área en la que se presentaron mayor cantidad de alteraciones fue la de funcionamiento afectivo emocional, en estos casos los elementos de las áreas cognitiva y funcionamiento personal durante el tratamiento y seguimiento médico mediaron de forma positiva o negativa, según el caso, en la formación de la percepción de la calidad de vida. En el caso 3 el área en la que se identificaron mayor cantidad de afecciones fue la de funcionamiento y rol social, en el caso 7 la mayor cantidad de cambios se registró en el área de funcionamiento cognitivo.

La comunicación del diagnóstico fue identificada como el momento en el que se produjeron mayores manifestaciones a nivel afectivo en general.

La presencia en mayor o menor medida de reacciones negativas de tipo afectivo estuvo mediada por factores como la información que la persona disponía acerca de la enfermedad, relación y alianza con el equipo médico, complicaciones durante la operación, efectos secundarios de la medicación, antecedentes familiares de la enfermedad, estos elementos generaron en mayor o menor intensidad expectativas positivas o negativas sobre la situación general de enfermedad.

La intensidad de las manifestaciones presentadas en las áreas de funcionamiento señaladas anteriormente, llegó a ocasionar estados profundos de desorganización, confusión y desequilibrio (casos 1 y 3). Estas manifestaciones coinciden con lo expuesto por Slaikeu como las principales características que identifican a un estado de crisis.

El estudio muestra que la relación del paciente con el equipo médico y la disponibilidad de información influyeron en la percepción de calidad de vida de las personas durante el proceso de diagnóstico y posterior tratamiento. En los casos en los que la relación médico paciente fue catalogada como negativa se presentó una tendencia al descuido en el tratamiento y seguimiento médico. Los casos en los que la relación médico paciente fue identificada como positiva se presentó mayor optimismo en relación al tratamiento, la valoración y las expectativas del proceso fueron positivas.

Durante los primeros seis meses de recuperación y tratamiento hubo una mayor afección en la valoración que las personas realizaron sobre su calidad de vida. Esta afección estuvo mediada por las alteraciones que se presentaron a nivel de funcionamiento afectivo, funcionamiento físico, funcionamiento y rol social, así como a la intervención de factores provenientes del área cognitiva. Dentro del funcionamiento y rol social existió un alto nivel de apoyo social percibido específicamente el de la familia, este apoyo social percibido es considerado hasta la actualidad como el elemento de mayor relevancia para la valoración positiva de la calidad de vida.

Dentro de los elementos relevantes para el afrontamiento de la enfermedad las creencias religiosas fueron reconocidas como un factor de importancia.

Al momento de la investigación los siete casos reportan percibir su calidad de vida en términos positivos, esta percepción se da en función de considerar que se ha logrado una reincorporación y adaptación exitosa en las cinco áreas de funcionamiento identificadas en el estudio. La valoración positiva de la percepción de calidad de vida que presentan los siete participantes se establece de la comparación que ellos hacen entre su situación actual y el periodo de diagnóstico, primeros meses luego de la operación y tratamiento.

Los resultados de la percepción de la calidad de vida reportada en el presente estudio coinciden con la definición que Shumaker & Naughton proponen de

calidad de vida entendida como la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud actual, el cuidado de la salud y las actividades promotoras de la salud, en la habilidad para alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento general que permita seguir las metas valoradas de vida y que esto se refleje en su bienestar general.

Los resultados de la percepción positiva de la calidad de vida presentados en este trabajo tienen coincidencias con los de la investigación realizada por Delgado y Tejerina con pacientes oncológicos, en el sentido de que la percepción de bienestar aumentó positivamente en relación a mayor tiempo transcurrido entre la intervención quirúrgica y el tratamiento complementario, ya que en el presente trabajo de titulación los primeros seis meses fueron identificados como los de percepción de mayor malestar, posteriormente se describe una adaptación al tratamiento, recuperación del sentido de normalidad y reincorporación a las actividades cotidianas.

Otro punto de coincidencia con el estudio realizado por Delgado y Tejerina sobre patología oncológica es que a partir del momento del diagnóstico, es prácticamente inevitable que la cotidianidad del paciente y la familia se vea interrumpida parcialmente, es común que como resultado de la interrupción de la cotidianidad en el paciente se manifiesten sentimientos como miedo y ansiedad, también es probable que para algunos pacientes la vivencia del cáncer constituya una experiencia profundamente dolorosa que puede llegar a paralizarlos emocionalmente; en estos casos es necesario que el paciente sea derivado a un especialista en salud mental para lograr controlar las alteraciones a nivel afectivo y evitar que las mismas desborden la capacidad de respuesta del paciente.

En relación a lo mencionado, es necesario considerar lo expuesto por Slakeu en el sentido de que la sobrecarga del evento que precipita la crisis provoca una reducción de las defensas en la cual se da una apertura a la sugestión que

representa una condición favorable para que la persona se identifique con otros patrones y pueda asignar un significado distinto al evento.

En el estudio de Delgado y Tejerina se concluye que la calidad de la comunicación médico paciente y la adecuada información según las características de cada persona, son fundamentales en el manejo que el paciente tendrá de su enfermedad. El procesamiento de las narraciones de los siete casos en el presente estudio muestran resultados similares en este sentido, ya que las personas que manifestaron una mejor relación médico paciente y actitud positiva frente a la enfermedad también reportaron haber percibido menores afecciones en su calidad de vida.

En lo relacionado a la interacción entre factores que influyen en la afección de la calidad de vida percibida, los resultados de los dos estudios concuerdan en que la enfermedad física puede estar estrechamente ligada a problemas de interacción social, de pareja y que también pueden presentarse problemas a nivel económico y laboral.

En lo relacionado a complicaciones físicas tales como pérdida de voz o discapacidad adquiridas como resultado de las intervenciones quirúrgicas, el presente estudio también concuerda con el realizado por Zúñiga y Sanabria en pacientes oncológico en el cual se identificó que de 673 pacientes sometidos a tiroidectomía 342 tuvieron complicaciones, principalmente lesión del nervio laríngeo recurrente, hipocalcemia temporal o definitiva y hematoma post operatorio. La lesión nerviosa produjo alteraciones de la voz que en ocasiones fueron difícilmente compensadas y requirieron rehabilitación por fono terapia a largo plazo.

En la presente investigación las categorías construidas a partir del estudio del relato de los siete participantes guardan semejanza a las categorías identificadas como fuentes de factores estresantes en la investigación cualitativa realizada por Da Silva y Santos en mujeres con cáncer de seno en

el cual se concluye que las afecciones percibidas por las participantes proviene de cuatro fuentes: El cuerpo, factores estresantes provenientes del universo mental, factores estresantes provenientes de las relaciones sociales y factores estresantes provenientes del mundo laboral.

La presente investigación concuerda con las conclusiones del estudio de Da Silva y Santos en el sentido de que la enfermedad tiene una mayor afección en las áreas de funcionamiento relacionado a lo físico, afectivo, y de rol social.

En relación al apoyo social percibido como factor relevante en la percepción de calidad de vida los resultados del presente trabajo difieren de los presentados por Avendaño y Barra en la investigación realizada con 75 adolescentes entre 12 y 18 años que padecen de enfermedades crónicas, las conclusiones del estudio de Avendaño y Barra indican que la auto eficacia tiene una relación positiva más significativa que el apoyo social percibido en la valoración que los adolescentes hacen de su calidad de vida, mientras que los resultados del presente trabajo permiten concluir que el apoyo social percibido es el factor positivo de mayor relevancia durante la enfermedad.

Teniendo en cuenta los resultados y las conclusiones presentadas de la investigación se considera que los objetivos planteados se han cumplido ya que en los siete casos se ha logrado analizar cuáles fueron los factores que intervinieron en el desarrollo de la percepción de calidad de vida de los participantes desde el momento de la aparición de la sintomatología inicial; se logró identificar cuál fue la respuesta de los participantes ante la aparición de los síntomas, se logró identificar cómo experimentaron los participantes el periodo de aislamiento; se logró identificar los elementos representaron mayor necesidad de adaptación en los participantes, y se identificó las áreas de funcionamiento en las que se presentaron la mayor cantidad de afecciones o alteraciones que afectaron la percepción de calidad de vida de los participantes.

Los alcances de la presente investigación se desprenden del cumplimiento de los objetivos planteados, se ha realizado un detallado análisis de tipo cualitativo sobre la percepción de calidad de vida en pacientes oncológicos (cáncer de tiroides). Se considera que el trabajo contribuye en el abordaje psicológico de la enfermedad crónica en nuestro medio.

Las limitaciones del presente estudio se relacionaron principalmente con las dificultades para reunir a los participantes que conformarían la muestra. Dado que era necesario que hayan transcurrido más de cinco años desde la intervención quirúrgica y que en la actualidad los participantes no presenten ningún diagnóstico adicional al de cáncer de tiroides o algún trastorno a nivel de salud que afecte su percepción de calidad de vida, el número de posibles entrevistados resultó reducido, adicional a esto, de la muestra inicial de diez participantes, fue necesario que tres sean descartados puesto que durante las entrevistas se identificaron elementos que los excluían del estudio.

RECOMENDACIONES

Dado que desde la aparición de la sintomatología, proceso de intervención quirúrgica, tratamiento y seguimiento a largo plazo se movilizan una serie de manifestaciones a nivel afectivo, cognitivo, físico y de rol social que generan una afeción en la calidad de vida percibida, e incluso dependiendo de la intensidad de las manifestaciones puede llegar a producirse un desequilibrio y desorganización significativos en el funcionamiento habitual de la persona y su familia, se considera necesario que el paciente tenga la posibilidad de acceder, dentro de los servicios que brindan las instituciones de salud, a un proceso de acompañamiento psicológico-psicoeducativo, dirigido por un profesional especializado en intervención a nivel psicológica con pacientes oncológicos, que proporcione información útil para la persona y brinde un espacio para tratar y comprender las manifestaciones y respuestas generadas por la persona sean estas normales o patológicas.

Se recomienda considerar la posibilidad de que en futuros estudios de calidad de vida en pacientes oncológicos se trabaje con una muestra que incluya personas de diferentes niveles socioeconómicos para poder establecer comparaciones entre los factores de tipo económico que influyen la percepción de calidad de vida.

Se recomienda considerar en futuros estudios la posibilidad de realizar la valoración de calidad de vida en pacientes oncológicos de distintos diagnósticos y con distintos tratamientos, para así lograr una comparación de los efectos que tienen las características propias del tipo de enfermedad y tratamiento en la percepción de calidad de vida.

Se recomienda realizar un estudio de tipo longitudinal desde el inicio del tratamiento hasta la remisión de la enfermedad de forma que sea posible lograr una comprensión más profunda de los cambios y posibles afecciones en la percepción de calidad de vida que se presentan en cada una de los momentos de la enfermedad.

Se recomienda que en futuros estudios se realice una valoración de percepción de calidad de vida que incluya a los familiares cercanos, sobre todos los que se ven involucrados en el cuidado directo del paciente con cáncer, para lograr profundizar la comprensión de las manifestaciones y posibles afecciones que la enfermedad ocasiona a nivel de funcionamiento familiar.

REFERENCIAS

- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Madrid, España: Paidós.
- Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido*. (3ª. ed.). Barcelona, España: Akal.
- Cairns, J. (1981). *Cáncer: ciencia y sociedad*. Barcelona, España: Reverté.
- Camacho, M. (1989). *La enfermería sistémica*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Cibanal, L. (2006). *Introducción a la teoría sistémica y terapia familiar*. Barcelona, España: Club Universitario.
- Cordero, L. (1976). *Tumores*. Cuenca, Ecuador: Publicaciones municipales.
- Dallos, R. (1996). *Sistema de creencias familiares, terapia y cambio*, España: Paidós.
- De la Torre, I., Cobo, M., Rodríguez, T. y Vicente, L. (2008). *Cuidados enfermeros al paciente oncológico*. Málaga, España: Vértice.
- Delgado, S. y Tejerina, A. (2002). *Medicina legal en patología mamaria*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Eguiluz, L. (2003). *Dinámica de familia: Un enfoque psicológico sistémico*. México D.F, México: Pax México.
- Feldman, R. (2005). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. (6ª. ed.). México D.F, México: Mc Graw Hill.
- Gomez, C, et al. (2008). *Psiquiatría clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. (3ª. ed.). Bogotá, Colombia: Médica Internacional.
- Gonzalez, M., Ordoñez, A., Feliu, J. y Espinosa, E. (2007). *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. (2ª. ed.). Madrid, España: Médica Panamericana.
- Ham, A. (1987) *Tratado de Histología*. (8ª. ed.). Madrid, España: Importécnica.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido, teoría y práctica*. Barcelona, España: Paidós.

- Kruse, L., Reese, J. y Hart, L. (1975). *Pathophysiology, etiology and management*. Missouri, E.E.U.U: Mosby Company.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona, España: Paidós.
- Montesinos, M. (2007). *SOS tengo cáncer y una vida por delante*. Madrid, España: Pirámide.
- Morales, E., Huici, C., Jimenez, A. y Gaviria, E. (2008). *Método, teoría e investigación en psicología social*. Barcelona, España: Pearson Educación.
- Navarro, J. (2004). *Enfermedad y familia, manual de intervención psicosocial*. Barcelona, España: Paidós.
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona, España: Paidós.
- Ortega, F. (2001). *Terapia familiar sistémica*. (2ª.ed.). Sevilla, España: Universidad de Sevilla.
- Pineda, B. y Alvarado, E. (2008). *Metodología de la investigación*. Washington, E.E.U.U: Organización Panamericana de la Salud.
- Registro Nacional de Tumores. (2009). *Epidemiología del cáncer en Quito*. Quito, Ecuador: SOLCA.
- Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Ritvo, E. y Glick, I. (2003). *Terapia de pareja y familiar guía práctica*. México D.F, México: Manual Moderno.
- Roche, R. (2006). *Psicología de la pareja y la familia: Análisis y optimización*. Barcelona, España: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Rouviere, H. (1978). *Anatomía humana*. Madrid, España: Bailly Bailliere.
- Selvini, M., Boscolo, G., Cacchi, G. y Prata, G. (1998). *Paradoja y contraparadoja, un nuevo modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. Barcelona, España: Paidós.
- Shaw, R. y De Maso, D. (2009). *Consulta psiquiátrica en pediatría en niños y adolescentes con enfermedad orgánica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.

Slaikeu, K. (1988). *Intervención en crisis*. México D.F, México: Manual Moderno.

Universidad de Oxford. (1998). *Diccionario de Medicina*. Madrid, España: Complutense.

Ville, C. (1998). *Biología de Ville*. (4^a. ed.). México D.F, México: Interamericana

Documentos de internet:

Avedaño, M. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*, vol 26(2). Recuperado el 2 de febrero de 2012 de:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000200002&script=sci_arttext

Contreras, J. (2005). *Definición y áreas de la calidad de vida en Oncología*. *Revista de oncología Barcelona*, vol 28(3). Recuperado el 23 de junio de 2012 de: <http://dx.doi.org/10.4321/S0378-48352005000300002>

Da Silva, G. y Dos Santos, M. (2010). *Factores estresantes del post-tratamiento del cáncer de mama, un enfoque cualitativo*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Vol 4. Recuperado el 23 de junio de 2012 de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_05.pdf

Díaz, J., Taquchel, F., Qeral, R. y Domínguez, J. (2007). Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del cáncer de tiroides en el Centro de Investigaciones Medicoquirúrgicas. *Revista Cubana de Cirugía*, vol 47(1). Recuperado el 26 de junio de 2012: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000100002

Gómez, M., Vargas, M., Obispo, R., Vergara, S. y Rivera, Y. (2010). *Evaluación de calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides*. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. Recuperado el 23 de junio de 2012 de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=51886186&lang=sp&site=eds-live>

- González, C. (2008). *Cáncer primario de tiroides en un quiste tirogloso*. Revista Colombiana de Cirugía. Recuperado el 22 de junio del 2013 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822008000200007&lang=pt
- González, C., Yaniskowski, M., Wyse, E., Giovannini, A., López, M. y Wior, M. (2006). *Cáncer de Tiroides. Estudio descriptivo retrospectivo*. Fundación revista de Medicina Buenos Aires, vol 66(6). Recuperado el 14 de julio de 2012 de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802006000600005&lng=es&nrm=iso.
- Grau, C. y Fernandez, M. (2010). *Familia y enfermedad crónica pediátrica*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, vol 33(2). Recuperado el 22 de julio del 2013 de: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33n2/revision2.pdf>
- Londoño, Y. (2009). *El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama*. Recuperado el 5 de julio de 2012 de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012053072009000100007&script=sci_arttext
- Martinez, C. (2010). *Definiciones y áreas de calidad de vida en oncología*. Oncología Barcelona, vol 28(3). Recuperado el 15 de junio de 2012 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300002&script=sci_arttext
- Navarro, D. (2004). *Uso del Yodo Radiactivo: lo nuevo y lo viejo*. Revista Cubana de Endocrinología, vol 15(3). Recuperado el 8 de julio del 2013 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532004000300001&lang=pt
- World Health Organization. (1997). *WHQOL Measuring the quality of life*. Recuperado el 7 de junio 2012 de: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- Ursua, A. y Qaquea, A. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. Terapia psicológica, vol 30(1). Recuperado el 14 de junio del 2013 de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

Zuñiga, S. y Sanabria, A. (2007). *Complicaciones y recurrencia en el tratamiento del carcinoma papilar de tiroides*. Instituto Nacional de Cancerología. Recuperado el 12 de junio de 2012 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v22n3/v22n3a6.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1
TABLA GENERAL DE CATEGORÍAS Y CONTENIDOS RELEVANTES
CODIFICADOS

CATEGORÍA	CONTENIDO RELEVANTE	
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	FIS	CÓDIGO
	DOLOR	FIS0.1
	PÉRDIDA DE VOZ	FIS0.2
	ALTERACIÓN EN PESO CORPORAL/ESTÉTICO	FIS0.3
	DISMINUCIÓN DE MOVILIDAD/PARÁLISIS	FIS0.4
	AUMENTO DE PRESIÓN ARTERIAL	FIS0.5
	PÉRDIDA DE SUEÑO	FIS0.6
	CANSANCIO/DEBILIDAD/DECAIMIENTO	FIS0.7
	DISCAPACIDAD	FIS0.8
	BIENESTAR FÍSICO/SALUD	FIS0.9
	PÉRDIDA DE CALCIO	FIS1.0
	SUDORACIÓN	FIS1.1
	FRÍO	FIS1.2
	PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD	FIS1.3
	VÓMITO	FIS1.4
	AHOGOS	FIS1.5
	ESTREÑIMIENTO	FIS1.6
	ESCALOFRIOS	FIS1.7
SOMNOLIENCIA	FIS1.8	
FUNCIONAMIENTO Y ROL SOCIAL	FRS	CÓDIGO
	CAMBIOS/INTERRUPCIONES EN	FRS0.1

FUNCIONAMIENTO Y ROL SOCIAL	RUTINAS DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	
	APOYO FAMILIAR/SOCIAL	FRS0.2
	FACTOR ECONÓMICO	FRS0.3
	ANTECEDENTES FAMILIARES	FRS0.4
	AISLAMIENTO	FRS0.5
	SITUACION LABORAL/ACTIVIDADES DE INVOLUCRAMIENTO	FRS0.6
	INTERRUPCIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	FRS0.7
	REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	FRS0.8
	EMPATIA	FRS0.9
	ACTIVIDAD SEXUAL	FRS1.0
	RELACIÓN DE PAREJA	FRS1.1
	COMUNICACIÓN	FRS1.2
	DIFICULTAD EN LA REINCORPORACIÓN DE HÁBITOS/RUTINAS	FRS1.3
	SOBRE PROTECCIÓN	FRS1.4
	APROVECHAR EL TIEMPO	FRS1.5
	CAMBIOS EN HÁBITOS/RUTINAS INDIVIDUALES	FRS1.6
INCORPORACIÓN DE NUEVAS RUTINAS/HÁBITOS	FRS1.7	
CAMBIO DE PRIORIDADES	FRS1.8	
FUNCIONAMIENTO PERSONAL DURANTE EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	TRS	CÓDIGO

MÉDICO		
	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE POSITIVA	TRS0.1
	RELACIÓN MÉDICO PACIENTE NEGATIVA	TRS0.2
	APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO	TRS0.3
	DESCUIDO EN EL TRATAMIENTO MÉDICO	TRS0.4
	TRATAMIENTO PSICOLÓGICO	TRS0.5
	COMPLICACIONES MÉDICAS	TRS0.6
	NUEVA SINTOMATOLOGÍA/DIAGNÓSTICO	TRS0.7
	SINTOMATOLOGÍA INICIAL	TRS0.8
	PROCESO DE REHABILITACIÓN	TRS0.9
	INTERVENCIÓN/RECUPERACIÓN EXITOSA	TRS1.0
	DIFICULTADES DURANTE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN	TRS1.1
	NO RELACIONA SINTOMATOLOGÍA INICIAL	TRS1.2
FUNCIONAMIENTO AFECTIVO/EMOCIONAL	FAEM	CÓDIGO
	DEPRESIÓN	FAEM0.1
	MIEDO	FAEM0.2
	ANGUSTIA	FAEM0.3
	DESESPERACIÓN	FAEM0.4
	TRISTEZA	FAEM0.5
	ESTRÉS	FAEM0.6

FUNCIONAMIENTO AFECTIVO EMOCIONAL	PREOCUPACIÓN	FAEM0.7
	EXPERIENCIA DOLOROSA/TRAUMATIZANTE	FAEM0.8
	IRRITABILIDAD	FAEM0.9
	MALESTAR POR PESO CORPORAL/ESTÉTICO	FAEM1.0
	ESTABILIDAD EMOCIONAL/TRANQUILIDAD	FAEM1.1
	NERVIOSISMO	FAEM1.2
	ESPERANZA	FAEM1.3
	FELICIDAD/ALEGRÍA	FAEM1.4
	LLANTO	FAEM1.5
	APATIA	FAEM1.6
	RESPUESTA EMOCIONAL POSITIVA	FAEM1.7
	FRUSTRACIÓN	FAEM1.8
	ACERCAMIENTO EMOCIONAL	FAEM1.9
	ANHELO DE SALUD	FAEM2.0
	SENSACIÓN DE BIENESTAR	FAEM2.1
	MALESTAR PARA LA FAMILIA	FAEM2.2
	CRISIS/PÉRDIDA DE CONTROL	FAEM2.3
	SENSACIÓN DE MALESTAR	FAEM2.4
	TRANQUILIDAD/BIENESTAR PARA LA FAMILIA	FAEM2.5
	DEBILIDAD	FAEM2.6
	ANSIEDAD	FAEM2.7
	SENSACIÓN DE CLAUSTROFOBIA	FAEM2.8

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO	COG	CÓDIGO
	IDEA DE MUERTE	CG0.1
	ACEPTACIÓN DE LA IDEA DE MUERTE	CG0.2
	CREENCIAS RELIGIOSAS	CG0.3
	AFECCIÓN NEGATIVA POR EDAD	CG0.4
	IDEACIÓN POSITIVA	CG0.5
	IDEACIÓN NEGATIVA	CG0.6
	EXPECTATIVAS NEGATIVAS	CG0.7
	EXPECTATIVAS POSITIVAS	CG0.8
	CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	CG0.9
	DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	CG1.0
	IDEA DE NORMALIDAD	CG1.1
	CONCENTRACIÓN EN EL PROBLEMA	CG1.2

ANEXO 2

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 1 PRIMERA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:01:40	yo toda mi vida fui delgada, no gorda pero si un poco gruesita	FIS0.3
0:02:19	me vi una bolita en mi cuello al lado derecho, más o menos a mitad de cuello	TRS0.8
0:02:23	entonces yo me asusté	FAEM0.2
0:02:25	como mi mamá murió de cáncer,	FRS0.4
0:02:27	entonces yo siempre tenía miedo	FAEM0.2
0:02:30	que eso salga también en nosotros	FRS0.4
0:02:35	la ignorancia	CG1.0
0:02:37	el miedo	FAEM0.2
0:02:42	que tal vez le digan lo mismo que tenía mi mamá	FRS0.4
0:02:51	hizo de que yo prácticamente hiciera caso omiso a ese problema	TRS0.4
0:03:19	hasta que un día salió la bola de golpe, era una bola muy grande y tendría unos 6 centímetros.	TRS0.8
0:03:24	Entonces yo me asusté muchísimo	FAEM0.2
0:05:07	pasé como cinco meses más porque no habían los recursos para operarme en el Metropolitano	FRS0.3
0:05:23	me dio unos dolores de cabeza terribles	FIS0.1
0:06:34	entonces yo le lloraba, imagínese,	FAEM1.5
0:06:54	Yo me imaginaba y me hacía el cuadro de mis hijos, yo tenía hijos pequeños todavía.	CG0.6
0:07:08	como sucedió con nosotros no, porque mi mamá murió así	FRS0.4
0:06:39	porque o sea uno oye cáncer y es como si se le acaba el mundo	CG0.6
0:07:13	Yo le lloraba al Doctor y le pedía que me ayude	FAEM1.5

0:07:22	yo decía Dios mío mis hijos se van a quedar sin la mamá	CG0.1
0:08:46	La operación duró muchísimo tiempo porque se complicó, me había dado un pre infarto en la operación	TRS0.6
0:09:37	y fue un corte total del cuello terrible, terrible, inclusive aquí tras del oído es un corte bien profundo.	FIS0.3
0:09:52	Entonces ahí permanecí como un mes en el hospital porque se complicó la operación.	TRS0.6
0:11:02	Entonces yo no sabía, yo les veía a todos que corrían, iban, venían, pero no me decían a mí nada por el miedo que yo tenía de volverme a operar	FAEM0.2
0:11:52	yo lloraba a gritos	FAEM1.5
0:11:56	me dio un ataque de histeria	FAEM2.3
0:12:01	Yo lo que le decía es que ya me deje morir	CG0.1
0:12:03	porque yo no quiero que me operen otra vez.	FAEM0.8
0:13:03	empecé nuevamente con unos dolores de cabeza que no tiene idea, todos los santos días me dolía la cabeza.	FIS0.1
0:13:06	Yo lloraba, lloraba	FAEM1.5
0:13:12	gritaba del dolor, era terrible, todos los días era el dolor de cabeza	FIS0.1
0:13:41	yo pensaba en mis hijos, me dijo, es un cuadro depresivo el que usted tiene	FAEM0.1
0:14:11	Así que ahí yo le dije que me quite el dolor de cabeza, que me quite el dolor de cabeza.	FIS0.1
0:14:30	Eran unos dolores que usted no tiene idea	FIS0.1
0:14:56	empecé a perder la voz, por eso tengo la voz así ronquita, yo no era así, pero se me iba la voz, no	FIS0.2

	tenía voz	
0:15:21	Entonces en el momento en el que yo hablaba o hablo, las cuerdas se vienen como a virar, entonces por eso es que yo perdí la voz, totalmente, totalmente, me quedaba mudita	FIS0.2
0:15:29	como dos años perdía yo la voz	FIS0.2
0:15:40	tengo que tranquilizarme porque todo el problema era depresivo	FAEM0.1
0:15:57	Vine acá a la casa y tenía mucho dolor del cuello	FIS0.1
0:16:04	me quedé prácticamente paralizado el cuello, no tenía movimiento	FIS0.4
0:16:11	así que de ahí, me hicieron un tratamiento en Clínica del dolor	FIS0.1
0:16:28	para regresar a ver, yo me viraba todo el cuerpo, no podía regresar a ver. Se me quedó todo el cuello paralizado	FIS0.4
0:16:32	yo tenía unos dolores terribles	FIS0.1
0:16:47	porque no podía ni regresar a ver, o sea solamente movía los ojos, y esto no sentía era todo hecho como quemado, pegado todo esto así, no tenía movilidad.	FIS0.4
0:17:01	En Clínica del Dolor me mandaron donde un Psicólogo	TRS0.5
0:17:50	pero por el antecedente de la mami, Ud. tiene que estar en un chequeo continuo, ahí me dieron el pase a Oncología	FRS0.4
0:18:01	En Oncología, Dios mío, es terrible, terrible, le juro, Ud. va a ese sitio y es terrible	FAEM0.8
0:18:08	Ud. sufre porque ve casos que son tan graves	FAEM0.8
0:18:56	Pero yo no tenía paz oiga, cómo me dolían mi cuello y la cabeza, los dolores de cabeza terribles	FIS0.1

0:19:13	Yo tenía unos hormigueos en todito el cuerpo, y eso ha sido por el calcio porque usted ha sabido perder totalmente el calcio, entonces usted pierde eso, y le viene enseguida esos hormigueos	FIS1.0
0:19:15	esos dolores de las piernas	FIS0.1
0:19:43	Hasta que un día perdí el conocimiento verá	FAEM2.3
0:19:51	tuve mucha gente que me ayudó, muchísima gente	FRS0.2
0:19:54	para que no caiga en el cuadro ese depresivo que uno se pone.	FAEM0.1
0:20:25	Entonces ellos siempre estaban pendientes de mí, me tocaba turnos y me mandaban a dejar.	FRS0.2
0:20:38	Entonces yo tuve mucha gente que me ayudó muchísima gente que me ayudo	FRS0.2
0:21:16	yo quería ya verme hasta dónde podía manejar sola	FRS0.8
0:21:22	por ejemplo yo subirme al bus no podía, porque usted sabe, tenía que agarrarme del tubo	FRS0.7
0:21:28	entonces no me permitía las fuerzas primero no tenía fuerzas	FIS0.7
0:21:29	no podía moverme, no podía moverme	FIS0.4
0:21:46	Pero ese día dije no, ya tengo que empezar a valerme por mí mismo, yo soy una persona todavía dura que puedo	FRS0.8
0:22:07	Entonces empecé a tomar conciencia de eso y dije, no, haber ahora me voy a ir sola y voy a regresar sola.	FRS0.8
0:22:45	Me explotaba la cabeza, Dios mío tenía ganas de lanzarme a donde del dolor de cabeza. Entonces yo decía Dios mío ya me va a doler la cabeza, ya me va a doler la cabeza	FIS0.1

0:23:11	el rato que tomé el bus me subí y perdí la razón , perdí la conciencia	FAEM2.3
0:23:19	Dios mío, le juro, fue el cuadro más horroroso que pasé	FAEM0.8
0:23:33	era una desesperación que usted siente de gritar de decir Dios mío y ahora en dónde estoy yo	FAEM0.4
0:25:14	Entonces dije Diosito ayúdame y empecé a llorar, lloraba, lloraba	FAEM1.5
0:25:14	Yo a la gente le veía bien extraña verá, no era la gente normal.	FAEM2.3
0:25:14	como que me seguían, como que me veían, pero yo les veía como que era otro mundo	FAEM2.3
0:25:33	debe ser eso que me veían lo que yo lloraba	FAEM1.5
0:25:34	y estaba desesperada	FAEM0.4
0:26:22	Pero, no sé qué tiempo caminé yo, ni por dónde caminé, o no caminé, no..., es un lapso que yo no me acuerdo.	FAEM2.3
0:26:33	O sea me parece que apenas cogí el bus me asusté tanto que me bajé	FAEM0.2
0:27:17	llegué en un taxi, en un mar de llanto	FAEM1.5
0:07:22	toda descompuesta, hecha pedazos.	FAEM0.8
0:27:24	Esa fue la experiencia más triste que tuve	FAEM0.5
0:28:08	yo tenía mucho mucho mucho dolor del cuello	FIS0.1
0:28:33	entonces me suspendieron la medicación y ahí me descompuse totalmente.	FAEM2.3
0:28:40	O sea eso es lo bien triste, cada que le suspenden la medicación, es bien triste	FAEM0.5
0:28:44	porque usted pierde todo, es bien terrible.	FAEM0.8
0:28:50	Primero se hincha de tal manera que parece que hasta los ojos le salen	FIS0.3
0:28:54	es horrible usted siente una angustia	FAEM0.3

0:28:55	una desesperación	FAEM0.4
0:29:06	Es bien triste	FAEM0.5
0:29:12	se siente decaído, no le da ganas de hacer nada	FIS0.7
0:29:31	solo tiene ganas de llorar. Se hace muy sensible, muy sensible; si le ven bien, llora si le ven mal, llora	FAEM1.5
0:29:33	es algo bien feo	FAEM0.8
0:30:30	ahí fue otra experiencia terrible porque ésta señora era operada igual de un cáncer de tiroides	FAEM0.8
0:31:27	cuando me detectaron el cáncer de tiroides, ahí el Dr. Terán me dijo señora Ud. fuma?, le dije sí, dijo señora de hoy a mañana, no hay plazos, Ud. tiene que dejar de fumar.	FRS0.7
0:32:45	Entonces yo digo, ella era una fumadora pasiva y si ella está así imagínese cómo yo estaré.	CG0.7
0:32:48	Entonces ahí yo me asusté muchísimo	FAEM0.2
0:32:49	otro trauma	FAEM0.8
0:32:48	porque yo decía voy a tener lo mismo que la señora.	CG0.7
0:33:00	Uno piensa y relaciona, ah no pues, ella es operada de lo mismo, entonces lo mismo me va a dar a mí	CG0.7
0:33:06	yo salí llorando,	FAEM1.5
0:33:12	le decía al Marcelo, ya mismo me da el cáncer al pulmón	CG0.7
0:33:24	Yo le decía no es que ella ha sido operada de la tiroides y me van a operar igual del pulmón	CG0.7
0:34:06	Yo sufría es por los muchachos, por los niños	FAEM0.8
0:36:32	pero salí nuevamente y con más fuerza se me iba la voz	FIS0.2

0:36:47	pero los dolores de cabeza continuaban, era terrible los dolores de cabeza	FIS0.1
0:36:51	Empecé a engordar como no tiene idea....	FIS0.3
0:37:02	era un chanchito, y hasta ahora soy así gordita, eso es lo más feo porque usted se siente mal.	FAEM1.0
0:39:21	en esa Oncología a pesar de lo que uno va con el estado de ánimo hecho pedazos, porque por más que nos digan no es igual el cáncer el uno con el otro, es un sitio tan deprimente	FAEM0.8
0:39:28	encima ve la mala cara de los médicos, de las enfermeras	TRS0.2
0:41:00	uno viene acá, a un sitio tan deprimente como es éste	FAEM0.8
0:41:04	a ver su malgenio, su mala cara, allá vaya Ud. yo no tengo que ir allá, desde ahí no he vuelto a Oncología	TRS0.2
0:41:07	y me da miedo	FAEM0.2
0:41:13	porque si debo estar en tratamiento...., en chequeo, no en tratamiento	TRS0.4
0:42:06	sabe que se necesita muchísimo, muchísimo amor, yo creo que Dios me bendijo con un esposo demasiado bueno, y creo que él fue el pilar fundamental para que yo salga adelante, creo que él fue el pilar fundamental. Él está siempre pendiente de que tome la medicación, no te has ido al Seguro, y más que todo con los muchachos él se entregó prácticamente a los hijos.	FRS0.2
0:42:16	porque yo no....o sea, le viene a usted como un lapsus de que me importismo ....si hay porque hay... así...	FAEM1.6

0:42:31	entonces yo creo que el apoyo moral de la familia es un pilar fundamental a que usted salga adelante.	FRS0.2
0:42:41	Por ejemplo, en lo estético, igual usted se siente....yo me siento basura	FAEM1.0
0:31:29	Así fue, o sea, él me dijo hoy y dejé de fumar ese día hasta el día de hoy	FRS1.6
0:42:48	era enseñada a ponerme blusitas descotadas.	FRS0.7
0:42:51	imagínese, con tremendo hueco aquí, era terrible	FAEM1.0
0:42:55	desde ahí ya me ponía todo cerrado	FRS0.7
0:43:11	yo me sentía mal, yo les veía en soles y yo andaba con buzos hasta acá tapada cubierta, o sea, si le afecta a uno y dice ¿por qué? tengo que estar así, y el peso	FAEM1.0
0:43:20	imagínese, yo no era figurín, le voy a decir, pero tampoco era así de gorda	FAEM1.0
0:43:32	gordisisísima, llegué a pesar.....ahorita peso doscientas veinte libras, imagínese...cuando yo tenía un peso de ciento cuarenta libras.	FIS0.3
0:43:52	O sea, el peso es terrible, cada que me suspendían la levotiroxina que era para darme el rastreo, me suspendían un mes la medicación, yo me hacía un monstruito.	FAEM1.0
0:45:29	No tiene usted idea cómo uno se desespera	FAEM0.4
0:45:31	es una angustia terrible	FAEM0.3
0:45:33	empieza usted primero, se hincha	FIS0.3
0:45:57	Es como iras, es como angustia, es como....algo pero que no entiende, no se puede describir lo que sentimos, debe ser por la medicación.	FAEM2.3
0:46:21	Entonces íbamos donde el doctor, no hay todavía, no hay yodo, no hay, y esa	FAEM0.4

	desesperación a usted le mata	
0:46:28	y usted ve como cada día se sigue inflando como un sapito, horrible, es horrible, le juro.	FAEM1.0
0:46:40	De todo el trauma de la operación, era más eso, cuando decía Dios mío ya va un año ya me tienen que dar el yodo, ya me tienen que hacer el rastreo	FAEM0.8
0:47:30	Pero oiga no, lo terrible es la medicación, usted se hace como un sapo, no puede ni caminar porque se hincha tanto y se engorda tanto que ya ni su ropa le queda. Yo cada año subía diez, doce libras, y no puede bajar nunca	FIS0.3
0:47:50	pero nunca bajé ni un gramo de lo que ganaba y ahora me ve así hecho bolita.	FIS0.3
0:33:27	entonces yo decía no, no, me voy a morir igual del pulmón	CG0.1
0:33:08	otra vez con la depresión	FAEM0.1
0:29:08	porque se siente uno mal	FAEM2.4

ANEXO 3

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 1 SEGUNDA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:01:04	fue muy duro nuevamente acoplarme al sistema laboral	FRS1.3
0:01:11	porque como le indiqué en la primera entrevista porque yo perdí la voz	FIS0.2
0:01:24	entonces para mí era bien duro como en el área que me desenvuelvo es la contable y tenía muchas relación con el público	FRS1.3
0:01:36	yo perdía la voz y en una reunión póngase conferencia con cualquier persona yo me tenía que salir porque yo perdía la voz.	FIS0.2
0:01:45	Y en la casa igual, yo me sentía mal porque creía que era el final de mi vida.	CG0.1
0:02:08	yo creía que mi vida estaba ya por terminarse	CG0.1
0:02:17	Entonces siempre yo tenía ese temor de que cualquier momento va a salir eh.... otra situación	FAEM0.2
0:02:32	entonces ahí yo me asusté más	FAEM0.2
0:02:56	como no sé si le mencioné en la primera entrevista yo era una fumadora media viciosa, crónica, entonces yo dije, si la señora que en su vida ha fumado tiene cáncer al pulmón (ruido de fondo – puerta cerrándose)... imagínese yo que hasta vísperas de operarme fumé.	CG0.7
0:02:56	eran los temores principalmente	FAEM0.2
0:03:03	que podía reproducirse el cáncer en cualquier sitio	CG0.7
0:03:55	entonces yo veía en mi esposo que tenía no sé...pena, tenía ese miedo de quedarse igual solo....	FAEM2.2

0:04:07	y siempre estuvo pendiente de que la medicina esté a tiempo, de que los controles sean periódicos, de que la terapia sea inmediata	FRS0.2
0:04:14	porque me hicieron una terapia del dolor, porque, yo quedé paralizada el cuello	FIS0.4
0:04:29	ellos siempre estaban pendientes de que tome la medicina, en la alimentación igual, y los controles que eran los más...los más frecuentes	FRS0.2
0:04:50	en la oficina igual dando gracias a Dios el jefe era demasiado bueno, el Ing. Puga era mi gerente y el inclusive me llevaba a los, al hospital	FRS0.2
0:04:59	si le comente que perdí yo un día..... el sentido, o sea no sabía dónde me hallaba y el rato que volví en sí llegué hecho pedazos a la oficina.	FAEM2.3
0:05:35	Pero yo en ese caso yo me sentía como muy protegida porque yo decía, por qué si puedo caminar, puedo ver, puedo valerme por mí mismo	FRS1.4
0:06:12	lo más crítico de todo esto era cuando yo iba al hospital, a los controles (ruido de fondo –perro llorando)... y me atendían en el centro de oncología, entonces ahí yo sentí, tuve valor para, o sea, yo mismo me daba fuerzas para.....porque, imagínese yo iba con mis propios pies con mi propia voluntad.	FAEM1.7
0:06:33	....ese.....puntito tan crítico que es estar dentro de oncología es lo que a usted le sacude y le da fuerzas para que piense que no es el final	FAEM1.7
0:07:40	Entonces ahí el doctor dijo que no es nada grave, que.... O sea, así sea grave, creo que para eso está un psicólogo no?,..... ....para ayudarlo y darle fortaleza.	TRS0.5

0:08:38	era terrible, era terrible cuando yo me operaron, yo me quedé paralizada	FIS0.4
0:09:06	Entonces el psicólogo siempre estuvo ahí, siempre, siempre	TRS0.5
0:10:12	cuando recién me operaron yo tuve una o sea, antes de irme al Seguro Social yo me fui al Metropolitano entonces ahí fue terrible, gasté como cinco millones de sucres en una noche, un día y una noche	FRS0.3
0:10:27	tuve un dolor de cabeza terrible parecía que me moría	FIS0.1
0:12:05	Claro que en la primera operación el Ing., en sí la empresa asumió todos los gastos	FRS0.2
0:12:34	yo hasta ahora tengo ese como trauma no....porque yo no era así de gorda	FAEM1.0
0:13:20	entonces, eso era lo más terrible... lo más feo de toda la enfermedad es el....la deformidad del cuerpo	FAEM1.0
0:13:48	Yo eso tengo miedo	FAEM0.2
0:16:08	era una fatalidad, yo me hinchaba, ya no podía ni caminar, imagínese ya no podía ni caminar de la hinchazón que tenía	FAEM1.0
0:17:49	me mandó a hacer un eco del cuello porque estoy con unos dolores terribles de cabeza	FIS0.1
0:18:02	me han salido unas bolitas en la cabeza, o sea, no es en el cráneo, es en el cuero cabelludo, estoy con las bolitas y es toda la cabeza, antes era solamente aquí adelante pero ahora es toda la cabeza	TRS0.7
0:18:03	no tiene idea los dolores que tengo	FIS0.1
0:18:35	imagínese cómo puede, me mandó a hacer el eco de cuello, exámenes de sangre, y todo y	TRS0.2

	usted tiene que estar así	
0:19:25	cree usted que un paciente crónico, un paciente que tiene un cáncer, porque yo tengo un cáncer de tiroides y cualquier rato puede pasar esa a algún otro sitio, entonces imagínese que no haya atención.	TRS0.2
0:19:33	es desesperante	FAEM0.4
0:19:41	porque usted imagínese para el médico del cardiólogo igual me dieron para el 20 de Junio. El cardiólogo me vio en diciembre	TRS0.2
0:19:52	son unos dolores de cabezas terribles, terribles, la semana que pasó desde el miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo pasé así	FIS0.1
0:19:48	esta semana igual he pasado como 4 días ya con el dolor de cabeza	FIS0.1
0:20:06	Y vienen unas sudoraciones terribles y eso es de la tiroides las sudoraciones, las sudoraciones son de la tiroides.	FIS1.1
0:21:14	sabe que no tiene ni punto de comparación porque o sea, usted al principio cree como que dije que se le va la vida	CG0.1
0:21:29	son ya 17 años que han pasado y dando gracias a Diosito estoy bien y aparte de todos los achaques que creo que hasta por la edad que ya son normales	FAEM2.1
0:21:41	entonces no tiene punto de comparación lo que usted inicio con lo que ahora vive	FAEM2.1
0:21:45	más que todo yo salgo, yo trabajo	FRS0.6
0:21:52	yo me incorporo, no me aislo o sea, eso creo que es lo que a mí me ha ayudado	FRS0.8
0:21:57	cierto es que ando así con dolores de cabeza	FIS0.1

0:22:00	con lo que tengo yo me voy a trabajar	FRS0.6
0:22:06	yo no, no me quedo en la casa, o sea, el hecho de que me quede en la casa es para mí mortal...o sea, yo me integro y me encanta trabajar, mi vida es eso	FRS0.6
0:22:21	Creo que el momento que deje de trabajar ahí sí sería una depresión terrible	FRS0.6
0:22:43	pero sí todos los santos días tomo mi medicación, o sea, estoy siempre pendiente yo mismo de lo que debo hacer	TRS0.3
0:23:06	recién me hicieron una tomografía contrastada del cerebro.... porque no es normal lo que me está pasando pero ya retiraron la tomografía pero dicen que no ven nada en el cerebro, que a lo mejor son bolas de agua....	TRS0.7
0:23:26	ya le digo, yo o sea, no hay punto de comparación de lo que fue al inicio y lo que es ahora Y sobre todo la familia que ya está grande, mis hijos ya están grandes	FAEM2.1
0:13:15	yo me empezaba a hinchar, me empezaba a hinchar, y ya lo que perdía de....lo que ganaba de peso ya nunca perdía	FIS0.3

ANEXO 4

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 2 PRIMERA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:00:40	cuando tuve 29 años, tuve un problema de salud, me detecté yo mismo una bolita.	TRS0.8
0:00:46	yo tenía algunos mareos así que fui al médico.	TRS0.8
0:01:19	Entonces empezó mi viacrucis	FAEM0.8
0:02:29	Entonces cuando me detectaron el problema ya me mandaron a que la bebé dejara de tomar el seno,	FRS0.1
0:02:33	y obviamente yo también...	CG0.6
0:02:34	eso ya empezó a dar un malestar familiar.	FAEM2.2
0:02:40	porque ya se generó un problema una crisis si se quiere	FAEM2.3
0:02:42	Pero de todas maneras tenía la... lo del diagnóstico positivo, por lo tanto había... aunque había una preocupación	FAEM0.7
0:03:00	así que estaba un tanto tranquila. Nosotros somos creyentes, yo soy cristiana	CG0.3
0:03:21	ya empecé a ponerme un poco obviamente preocupada	FAEM0.7
0:03:23	con tres niñas pequeñas, era bastante fuerte para mí	CG0.6
0:03:54	éramos jóvenes	CG0.4
0:03:55	Así que regresó con ese diagnóstico para él difícil	FAEM2.2
0:05:04	es increíble una mujer tan joven...cuando yo oí eso estaba como... qué pasa no, entonces dijo, no puedo creer tan jovencita	CG0.4
0:05:13	entonces para mí fue un impacto	FAEM0.8
0:05:27	el proceso del post operatorio y la entrevista con el médico... eso fue terrible	FAEM0.8

0:05:54	cuando a uno le dicen algo así es como darle un choque, una cosa una sentencia de muerte, es lo que se le viene a la mente.	CG0.1
0:07:00	le digo era sentencia de muerte	CG0.1
0:07:27	entonces necesitábamos hacer absolutamente todos los exámenes, eso fue un viacrucis, realmente fue terrible	FAEM0.8
0:07:41	cada vez que yo llegaba a un consultorio eran las mismas palabras, tan jovencita, tenaz	CG0.4
0:07:51	Y era el choque emocional que uno va sintiendo es como: pobrecita no, se va a morir	CG0.1
0:07:52	tan jovencita	CG0.4
0:07:57	ese choque emocional uno va sintiendo de médico en médico, de consultorio en consultorio...	FAEM0.8
0:08:21	entonces fue terrible yo tuve un shock emocional muy fuerte	FAEM0.8
0:08:28	Emocionalmente hacía, como puedo decir, tenía mis crisis, mis crisis	FAEM2.3
0:08:38	me paralizaba, todo estaba...llegué al hospital me acuerdo una vez paralizada totalmente	FIS0.4
0:08:56	entonces yo decía a lo mejor llegó al cerebro, tengo algo en el cerebro y ellos no me quieren decir y era así	CG0.7
0:09:08	Entonces sólo pensaba que me iba a morir, que me iba a morir, ya voy a morir, cuándo me voy a morir?	CG0.1
0:09:22	quiero que me salven la vida no que me dejen morir	CG0.1
0:09:37	yo le decía haga algo, métame en una máquina chequéeme el cerebro estoy paralizada	FIS0.4

0:09:59	porque yo entraba en crisis	FAEM2.3
0:10:13	Entonces esos tipos de crisis tenía	FAEM2.3
0:10:15	no podía dormir	FIS0.6
0:10:16	Pensaba me voy a morir	CG0.1
0:10:23	qué va a pasar mi esposo, mis hijas, tan chiquitas, todo ese proceso metido en mi cabeza	CG0.6
0:10:27	fue un viacrucis realmente no sé qué tiempo duró	FAEM0.8
0:11:47	aparte de que en tu cabeza tienes la idea de que te vas a morir, es un cáncer	CG0.1
0:12:26	Pero para mí fue más de un siglo no, fue terrible	FAEM0.8
0:12:35	literalmente había días que yo creo que todo está en la mente realmente no, que por ejemplo yo no podía caminar	FIS0.4
0:12:38	o sea, me levantaba tan débil	FIS0.7
0:12:51	mi esposo siempre estaba ahí, me decía alégrate tranquila, todo va a estar bien. Vámonos al mercado, suponte, vámonos al centro comercial, él trataba de que yo me entretenga, de que yo salga, de que yo olvide el asunto	FRS0.2
0:13:02	Pero por ejemplo yo iba y empezaba a sentir el cansancio, y me sentía cansada, literalmente cansada, entonces, quiero sentarme, quiero sentarme	FIS0.7
0:13:06	si estaba con mucha gente, sentía ahogos, sentía ahogos	FIS1.5
0:13:10	entonces me estoy muriendo, me va a dar un paro, o sea, cosas de este tipo	CG0.1
0:13:16	y tenía que salir del lugar, tenía que salir, me estorbaba la gente, no podía estar en público	FRS0.5
0:13:18	empecé a deprimirme	FAEM0.1

0:13:28	porque me iba a morir, entonces donde estaba, pensaba, todo mundo está vivo, y tienen opción y para mí ya no hay opción, si me explico	CG0.1
0:13:47	entonces empezaba a sentir me voy a morir y nadie se entera, me voy a morir y nadie sabe, y a nadie le importa	CG0.1
0:13:52	y empezaba a angustiarme, angustiarme, angustiarme	FAEM0.3
0:14:05	No soportaba los lugares donde haya mucha gente, no quería las visitas	FRS0.5
0:14:17	entonces empecé a deprimirme	FAEM0.1
0:14:52	incluso mi esposo, yo llegué a pensar él no me ama, porque se veía tan, como puedo decirte, se veía tan ecuánime, tan equilibrado, tan así como, nunca demostró, nunca se quebró delante de mí, nunca..., entonces yo decía él no me ama, porque no le importa	CG0.6
0:15:00	Entonces no podía dormir, eso era lo más terrible	FIS0.6
0:15:49	la falta de sueño no poder dormir, también me iba desgastando	FIS0.6
0:16:00	a lo mejor hay un bajón y yo me muero entonces esa lucha entre la vida y la muerte	CG0.1
0:16:08	creo que es la cosa más terrible que uno puede sufrir, por lo menos yo la sufrí	FAEM0.8
0:16:14	los lapsos de depresión	FAEM0.1
0:16:21	porque tu estas acostado y estás pensando, y si me muero y mis hijas, Dios mío y mi marido, o sea el cuadro patético está ahí las 24 horas del día	CG0.1
0:16:26	entonces eso es una crisis horrible	FAEM2.3
0:16:42	entonces era una monstruosidad de plata	FRS0.3

0:17:11	era una lucha entre mi fe, entre Dios	CG0.3
0:17:15	y entre la crisis real que yo estaba viviendo	FAEM2.3
0:18:13	injusta la vida, injusto lo que me estaba pasando, analizaba todo, tal vez fui mala, pecadora, horrores no, pero bueno era un tiempo muy crítico	FAEM2.3
0:18:30	la fe, porque estaba Dios pero parecía tan distante en ese tiempo	CG0.3
0:18:33	el no saber si él quiere que viva o no viva	CG0.1
0:18:37	o sea él tiene el control de todo para mí entiendes.	CG0.3
0:18:39	Bueno fue un momento de crisis	FAEM2.3
0:18:41	sin embargo, nunca, nunca dejé la fe	CG0.3
0:18:43	Lo que sí me aislé mucho	FRS0.5
0:19:08	el doctor ya chequeo todo, me dijo no hay, no hay comprometido ningún otro órgano ventajosamente, pero yo no le creía a lo mejor hablaron, a lo mejor dijeron o sea, no le creía tanto	CG0.7
0:19:59	Bueno la cuestión es que dijo vengan y yo le dije no, yo no voy a salir	FRS0.5
0:20:07	pero fui, y eso cambio literalmente, mi posición, mi vida y todo	FAEM1.7
0:20:27	toda era mi vida una tristeza profunda	FAEM0.5
0:20:35	o sea, yo no viví ese tiempo, le veía a mí a mi hija que cruzaba, caminaba y decía me voy a morir, se va a quedar sin mamá, horrible	CG0.1
0:20:45	empecé a llorar	FAEM1.5
0:20:53	entonces le conté que tenía el cáncer, que me habían detectado, que era joven	CG0.4
0:24:08	es rendirse, es rendirse, porque si me muero, me muero	CG0.2

0:24:17	o sea, cada día luchaba con la muerte por la vida	CG0.1
0:24:22	y eso me tenía tan...horrible	FAEM0.8
0:25:35	Entonces él me dio una palabra de Dios, me dijo el justo por la fe vivirá, y yo vivo por la fe	CG0.3
0:26:06	Desde ese día tomé la decisión de abandonar esa lucha, y esa desesperación, esa angustia, y decidí empezar a dormir, empezar a vivir pues	FAEM1.7
0:26:59	ella estaba sana, no tenía una sentencia de muerte	CG0.1
0:27:14	Y yo, yo no estoy sentencia viviendo, porque pienso que me voy a morir, y no me muero, tampoco me muero	CG0.1
0:27:16	es una lucha interna	FAEM2.3
0:27:29	si Dios me quería llevar...ya	CG0.3
0:27:30	tenía que pasar todo este viacrucis	FAEM0.8
0:27:38	entonces, empecé a reaccionar	FAEM1.7
0:27:45	llegó un momento, bueno fue una experiencia, no sé cómo lo llames tú, para mí sobrenatural	CG0.3
0:27:49	tenía esas crisis a veces en mi cuerpo	FIS0.4
0:28:09	yo sentí que yo me iba, y le dije Señor si me quiere llevar ahora me muero, hoy, ya no quiero luchar más, hoy llévame este día te entrego mi alma, mi vida, estoy a cuentas, hoy, no quiero mañana, hoy, por favor hoy, no más, no más, entonces literalmente sentía que me iba	CG0.2
0:29:06	para mí, entendí que Dios me quería dar la vida	CG0.3
0:29:13	entonces yo dije ok, no más, no más lucha, no más nada, si hoy no morí, hoy empiezo a vivir.	FAEM1.7
0:29:23	Entonces tenía un amigo que vendía pastillas naturales, al día siguiente me levanté y le dije ayúdame necesito algo para dormir	FIS0.6

0:29:29	ya me mandaron para este tiempo pastillas para dormir	FIS0.6
0:30:12	podía un poquito empezar a dormir más, siempre en esa lucha pero ya mejor	FAEM1.7
0:30:24	si....yo decidí.... ese día no me morí, ok, voy a vivir, porque me di cuenta de que no estaba viviendo,	FAEM1.7
0:30:32	Empecé en la lucha de la dormida, poco, poco	FIS0.6
0:30:43	llegó ya el tiempo en el que tenía que darme la dosis, eso requería aislamiento, entonces esa fue otra crisis	FAEM2.3
0:30:49	porque mi hija era chiquita, tuvo que irse donde mi hermana al norte.	FRS0.1
0:30:51	fue terrible para ella, ahora entiendo, y para mis hijas, fue terrible	FAEM2.2
0:31:11	pero mi esposo, siempre estuvo a mi lado, siempre, entonces él dijo, no importa si te ponen radiación y yo quedo contagiado no me importa	FRS0.2
0:31:16	entonces esa crisis como que fue juntos	FAEM2.3
0:31:34	Los exámenes son otra cosa terrible	FAEM0.8
0:32:04	..... está detectando algo, ay no es un horror, eso es un horror. No sé si haya ahora un mecanismo más rápido realmente porque eso es para uno, no sé el infierno yo creo	FAEM0.8
0:32:10	Dios mediante yo solo le decía Señor en ti está mi vida, oraba, oraba, oraba, todo ese tiempo	CG0.3
0:32:29	el proceso de esa maquinita horrible	FAEM0.8
0:32:37	Pero ya mejoré, realmente mejoré	FAEM2.1
0:32:42	pero yo creo que mucho, mucho, marcó esta fe en Dios, en que, en realidad él tiene el control	CG0.3

0:33:15	Sin embargo yo creo que algo que a mí sí me marcó mi vida y que me ayudó mucho fue mi fe, la fe en Dios	CG0.3
0:33:36	ya no era la muerte la que estaba grabada, sino era la vida la que el justo por la fe vivirá y yo dije sí, yo debo vivir por fe, decido vivir por fe	CG0.3
0:33:59	entonces empecé a recuperarme, obviamente ya la pastillita y ya se empezó a regular mi organismo, y sí se puede decir gracias a Dios que he vivido una vida normal	CG1.1
0:34:14	Qué secuela quedó, es que no quería que hablen, a veces mi esposo hablaba, él es un pastor no cierto, entonces a veces predicaba, entonces no me gusta, no me gustaba que a nadie le cuente mi problema	FRS1.2
0:35:00	Cuando él te quiere llevar, no hay una hora antes, una hora después, es la hora punto, te llegó la hora, de eso estoy convencida....	CG0.2
0:35:24	gorda, cómo fue esto, entonces me decía mamita a mí me impactó mucho esto porque fue...ella era muy pegada a mí	FAEM2.2
0:35:47	me dijo claro a mí me lesionó terriblemente, me afectó en esta y esta otra manera, igual Andrea decía si yo también y te acuerdas de esto y lo otro, o sea, esto es como hace algún tiempito atrás no más, entonces realmente, yo sé que esas cosas afectan	FAEM2.2
0:36:07	claro mi esposo me contaba que para él no fue nada fácil, él tenía que poner de parte, actuar bien delante mío y seguir la vida como si fuera normal, él tuvo su propia lucha, su propia entrega,	FAEM2.2
0:36:19	todos sufrimos de alguna manera	FAEM0.8

0:36:24	todos lo logramos superar de diferente manera obviamente	FAEM1.7
0:36:43	somos una familia cristiana entonces, estoy convencida que cuando uno tiene una, cuando se logra aferrar a algo, a alguien, para mí hay un Dios, definitivamente eso te ayuda, te ayuda enormemente	CG0.3
0:36:58	tú mente ayuda mucho en superar no cierto, la enfermedad, la crisis, si, muchas cosas están en la mente	CG0.5
0:37:38	y era mi mente, que llegaba como a un colapso	FAEM2.3
0:37:47	no sé si era un mecanismo de destrucción o protección, no logro entender. Realmente para mí era destrucción, me paralizaba	FIS0.4
0:37:55	empezaba el viacrucis al ir corriendo al ir a la clínica	FAEM0.8
0:38:03	creo que hay muchas cosas que están en la mente, definitivamente; me parece interesante cómo nuestra mente nos juega	CG0.5
0:38:41	un cambio aquí, como un paso a la frecuencia, definitivamente puede marcar tú futuro, tu vida.	FAEM1.7
0:39:15	yo me negué a que nadie me ayude la verdad	FRS0.5
0:39:20	en mi propia crisis me negué	FAEM2.3
0:39:22	no quería ver a nadie	FRS0.5
0:39:46	Esa era mi posición, muy fea, muy mal, pero así fue. Entonces, no quería, no me interesaba mucho estar, entonces casi me iba aislando	FRS0.5
0:39:49	fue gracias a mi esposo que no me aislé completamente	FRS0.2

0:40:09	muchas gente ha venido y me ha contado sus miedos, yo les entiendo, yo sé lo que dicen cuando tengo depresión y yo les entiendo lo que es eso	FRS0.9
0:40:16	tengo miedo, es algo físico, se vuelve físico, yo sentía como el miedo me entraba...así literal, por los pies	FAEM0.2
0:40:21	ya estaba en angustia y quería salir corriendo	FAEM0.3
0:40:31	cuando alguien viene y me dice mira yo siento esto, entonces no le creo loca me entiendes, porque yo lo viví entonces yo te entiendo	FRS0.9
0:40:55	Entonces puedo ayudar, puedo hablar, puedo decirles, es más he ayudado a mucha gente a través de ésta experiencia	FRS0.9
0:41:22	creo que los seres humanos enfrentamos las crisis de forma diferente... pero en mí medio que es el medio cristiano, donde está Dios, eh....yo creo que las personas que nos aferramos a Dios, podemos superar las crisis, podría decirte que en victoria	CG0.3
0:41:50	esto me cambió, me cambió completamente, experimentar la muerte tan de cerca, te cambia....y te enseña a vivir mejor, entonces mi anhelo es vivir bien, vivir para servir, vivir para ayudar...	FAEM2.1

ANEXO 5

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 2 SEGUNDA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:02:51	mi percepción, era que el no, no le, no le importaba en un sentido O sea que duro, que, que fuerte, que parece que no le importara mi situación. Esa era mi percepción	CG0.6
0:03:14	aparte de eso, él siempre estuvo, todo el tiempo e incluso cuando ya me pusieron el yodo, tenía que estar aislada	FRS0.2
0:03:27	Por un periodo, en ese lapso como no tenía la, la tiroides, eh yo tenía mucho frío, era un frío impresionante y nada me calmaba ni el agüita ni..... era terrible	FIS1.2
0:03:50	en ese lapso el, mi esposo subió y teníamos un departamentito, entonces el subió a estar conmigo y me dijo: no me importa, yo me contagio, me contamina, a mi no me importa; entonces el todo el tiempo estuvo en ese lapso. Eh el doctor le había prohibido todo contacto conmigo pero no hubo tal, o sea el, él se quedó conmigo a mi lado durante ese tiempo	FRS0.2
0:04:58	él comentaba toda su experiencia o sea el punto de vista de él. Que jamás yo percibí durante algún tiempo	CG1.2
0:05:07	yo me sumía en mi propio dolor, en mi propia circunstancia, y ni siquiera vi mucho la de mi esposo	CG1.2
0:05:15	Él, no, bueno me contó y realmente fue terrible la experiencia de él	FAEM2.2
0:05:28	no fue fácil su experiencia	FAEM2.2
0:05:36	cuando escuche la perspectiva de mi esposo pero fue un tiempito después	FRS1.2

0:05:40	durante todo ese proceso yo estaba bastante sumida en mi problema	CG1.2
0:06:19	mis hijas eran pequeñitas entonces se fue.. tuvieron que irse donde mi hermana durante todo ese proceso	FRS0.1
0:06:31	Entonces cada una vivió su propia experiencia, hace poco hablaba con mi hija que es psicóloga también entonces me decía tu no entiendes lo que nosotros vivimos desde ese punto de vista	FAEM2.2
0:06:36	eran chicas entonces el temor a morirme era el problema, qué va a pasar, mis hijas	CG0.1
0:06:51	mi primera hija que estaba como en segundo grado ehh, Andreita ella mmmm ehh bajo en notas, era una excelente alumna bajo en notas,	FAEM2.2
0:06:54	el irse donde mi hermana aunque se llevaban muy bien si pues	FRS0.1
0:06:56	les costó mucho, Naty era muy pegada a mi	FAEM2.2
0:07:03	Tenía como 2 añitos, ³ entonces también fue difícil pues las niñas separadas	FAEM2.2
0:07:19	pero mi esposo cubrió todas esas áreas, las llevó de paseo, fueron de campamento y cosas así	FRS0.2
0:07:22	para suplir un poco también la ausencia mía	FRS0.1
0:07:51	Excelente, excelente, cuando uno enfrenta la muerte uno no, no ve la vida igual. Entonces para mi cada día es un regalo, yo percibo así, o sea gracias Señor, es un regalo vivir, es un regalo respirar;;	FAEM2.1
0:08:12	los nervios que tengo	FAEM1.2
0:07:57	y creo que todo vuelve a la normalidad no, no es que uno vive en el pasado aunque sea mucho tiempo, uno vive la normalidad	CG1.1
0:08:06	pienso que físicamente he recuperado no me siento con secuelas.	FIS0.9

0:08:18	Muy sensible a esa situación que la he ido superando, ahora estoy mucho mejor	FAEM1.7
0:08:20	pienso también con la ayuda de Dios	CG0.3
0:08:26	considero que fue superado el problema.	CG0.5

ANEXO 6

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 3 PRIMERA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:00:43	me salió una bola en el cuello, bastante grande, más o menos....eh.... para que te hagas una idea la mitad de una pelota de tenis. es así como fue que me di cuenta	TRS0.8
0:00:56	me dieron la noticia sabes tienes cáncer, sabes es malo, pero dentro de lo que cabe el cáncer, el cáncer de tiroides es bueno, es de los más suaves	CG0.9
0:01:20	me inmovilizaron una cuerda vocal, porque tenía pegados ahí... entonces una cuerda vocal mía marchó	TRS0.6
0:01:25	Después de la operación claro tuve rehabilitación con logopeda	TRS0.9
0:01:29	para lo que es volver a hablar, porque me quedé sin voz	FIS0.2
0:01:32	entonces bueno, como vez ya hablo normal	CG1.1
0:02:05	a partir de ese tiempo fui recuperando poco a poco la voz y fui volviendo a normalizar mi vida	CG1.1
0:02:11	al año me dijeron otra vez que tenían que operarme.	TRS0.7
0:02:30	me hicieron una cicatriz que tengo en el cuello hasta atrás de la oreja, y hasta bueno..... parte del hombro.... hasta esta parte del hombro	FIS0.3
0:02:37	me tocaron un nervio, hicieron mucho más cosas	TRS0.6
0:02:52	a raíz de eso tengo una discapacidad en el brazo izquierdo.	FIS0.8
0:02:54	no lo puedo mover mucho	FIS0.4
0:03:06	volví a hacer rehabilitación para mover el brazo y tener una mayor movilidad	TRS0.9
0:03:09	Sufro de dolor crónico ya que me tocaron un nervio	FIS0.1

0:03:18	entonces, el nervio aún está activo pero no está conectado, le sigue mandando señales por eso me produce dolor	FIS0.1
0:03:23	por lo que tomo una pastilla todos los días para mantenerlo muy bajo.	TRS0.3
0:03:38	a nivel laboral, la empresa me despidió, por motivos ya legales, no podía esperarme más, me quedé sin trabajo	FRS0.6
0:03:48	el gobierno me reconoció una pensión por discapacidad, una cosita compensó a la otra	FRS0.3
0:03:54	estuve dos años sin trabajar	FRS0.6
0:03:57	a raíz de la discapacidad	FIS0.8
0:04:04	más que nada busqué muchos trabajos pero no.... nadie me contrataba.	FRS0.6
0:04:11	Hace dos años conseguí trabajo como repartidor, ya comencé mi vida, comenzó a normalizarse mucho más ya laboralmente	FRS0.8
0:04:19	En lo sentimental pues, estaba fuera, tenía unos cuántos familiares.	FRS0.2
0:04:32	estuve en Barcelona cuando pasó todo esto, todo esto me pasó en Barcelona fue el tratamiento y todo lo que me hicieron, por suerte viven allá unos cuántos familiares que estuvieron conmigo	FRS0.2
0:04:41	bueno en esos momentos, después mi esposa que en ese tiempo era mi novia fue a acompañarme en la segunda operación estuvo conmigo	FRS0.2
0:04:47	en ese aspecto familiar, sentimental, estuvo bastante bien	FAEM2.1
0:04:49	estuve bastante acompañado	FRS0.2
0:04:56	la verdad me ayudó mucho anímicamente en ese sentido para estar alegre	FAEM1.4

0:05:12	entonces, en eso sí, lo único malo en la enfermedad fue la temporada de paro laboral	FRS0.6
0:05:26	oh qué... qué hago? Je, je je...Es que me da todo el día en la casa	FRS0.7
0:05:40	de ahí nació la niña... tenía, claro fue una... un pequeño, una manera de distraerme, no pensar en el trabajo	FRS0.6
0:05:50	entonces bueno, me olvidé bastante del tema laboral	FRS0.6
0:05:58	claro habían momentos en los que decías... bueno necesito esto... claro y no tengo tanto dinero para cubrir ciertos gastos....entonces vino un momento también en que me endeudé mucho en las tarjetas.	FRS0.3
0:06:05	ajá o sea, no hay trabajo.	FRS0.6
0:06:17	después ya conseguí trabajo, a nivel laboral, ya la cosa fue cambiando.	FRS0.8
0:06:18	el ánimo subió	FAEM1.7
0:06:21	aunque sea hay trabajito	FRS0.6
0:06:27	entonces bueno, ya ya complementa, ya hay un ingreso	FRS0.3
0:06:31	entonces bueno, ya conseguí trabajo como de un comercial de seguros...	FRS0.8
0:06:40	ya, ya mejoró, mejoró la situación económica, económicamente,	FRS0.3
0:06:46	anímicamente, sentimentalmente a nivel, familiar, a nivel personal, mejoró mucho	FAEM1.7
0:06:52	a partir de ahí ya comencé a tener una vida normal en todos los ámbitos por decirlo así	CG1.1
0:00:59	Del brazo, ya prácticamente con la pastilla ni me entero.	TRS0.3
0:07:04	pero o sea, como no tengo sensibilidad, tengo la sensación de que como que no fuera mío.....	FIS1.3

0:07:14	ya prácticamente ya no tengo ningún problema mientras tome la pastilla	TRS0.3
0:07:17	entonces tengo una vida normal en ese sentido del brazo	CG1.1
0:07:42	igual ten en cuenta el brazo y la voz, por la cuerda bocal, porque cuando hablo mucho tengo que estar tomando mucha agua para reforzar.	FIS0.8
0:07:55	chistoso....eje.....claro.... porque como tenía una voz muy muy muy débil	FIS0.2
0:08:28	tenía muy bajita muy bajita, casi no hablaba	FIS0.2
0:09:36	no...no te fuerces porque no puedes ya no....ya no.....eres el mismo	FRS0.7
0:09:41	a nivel de voz y de brazo hay movimientos que no puedo hacer	FIS0.4
0:09:47	hablar muy fuerte o pegar un grito porque sino no siento.....	FIS0.2
0:10:04	se te ve muy bien a nivel físico	FIS0.9
0:10:11	a nivel del brazo se te ve normal, hago movimientos básicos para la vida diaria	CG1.1
0:10:34	llevo mis pautas para tener una vida bastante normal	CG1.1
0:10:38	la medicación que es de por vida, ya que no tengo tiroides	TRS0.3
0:10:46	para las revisiones del brazo me dijeron del 1 al 10 como lo sientes, un 2, en los días malos un 3 puede ser pero bueno es ya....un dolor tolerable, que soportas, que no te impide.	FRS0.8
0:10:52	de por vida al momento que deje de tomar, por ejemplo lo del brazo, me duele....	TRS0.3
0:11:44	Y cuando no tomaba pues si tenía un dolor bastante de un 9 un 8.... que tenía que estar....me estaba dando contra la pared del dolor, bastante fuerte	FIS0.1

0:12:11	yo cuando me quede sin trabajo que me quedé sin trabajo	FRS0.6
0:12:16	mi profesión era socorrista acuático, claro, al quedarme con la incapacidad del brazo	FIS0.8
0:12:31	fue uno de los motivos por los que la empresa me dio de baja, me dijo no podemos seguirte manteniendo porque no puedes nadar. Ya no puedes, entonces ese fue uno de los principales motivos por los que dejé ese trabajo	FRS0.7
0:12:54	en los trabajos normales pues claro, había mucha oferta de.... para ayudante de almacenes, claro me explicaban que tenía que subir cajas, bajar cajas, hacer esto lo otro, para el brazo te va a ir muy mal	FRS1.3
0:14:48	mi estabilidad de salud siguió	FIS0.9
0:15:01	un seguimiento con médico, exámenes, también se dio el seguimiento con Barcelona, todo lo que me hago aquí lo mando allá...para que me sigan viendo....el que sigue siendo mi médico	TRS0.3
0:16:25	O sea allá solo tenía dos tíos por parte de padre, con su familias respectivamente, entonces claro ellos fueron cuando recién me detectaron el cáncer, ellos fueron mi primer apoyo.... son quienes estuvieron ahí conmigo, era solamente, era soltero ahí, entonces estuvieron conmigo, me acompañaron en la operación...cuando salí de la primera operación, una vez estuve en la casa de uno de ellos, porque me mandaron mucho reposo	FRS0.2
0:17:14	me provocaba vómito, a veces, bueno fue... fue pasando poco a poco aprendí a controlarlo si era bastante molesto porque apenas se quedaba algo ahí... vomitaba era un auto reflejo.	FIS1.4

0:17:45	... entonces en la segunda operación ya mi esposa viajó para Barcelona y ya se quedó conmigo...ya la segunda operación ya estuvieron mis familias más ella o sea a nivel familiar fue ganando fuerza el apoyo	FRS0.2
0:18:13	mi padre, antes de mí, mi padre tuvo un cáncer de al conducto biliar, y le dieron un mes de vida, entonces te estoy hablando más o menos casi de hace seis años	FRS0.4
0:18:34	bueno mi padre le estaba sigue un tratamiento experimental y claro le salvaron fue eso un tratamiento milagro realmente, porque de un mes a ya seis meses...	CG0.8
0:18:45	por mi padre claro ese yo lo viví como familiar afectado	FRS0.4
0:18:52	conociendo un familiar que podía fallecer, sentimientos de angustias, no saber qué hacer	FAEM0.3
0:19:18	aunque solamente fueron pocos familiares pero fue, fue muy fuerte el apoyo....fue muy fuerte, estuvieron siempre conmigo llevándome a los chequeos, yo me iba a alguna a los primeros chequeos antes que me diagnostiquen siempre estaban pendientes... qué te dijeron? qué te dijeron?... estuvieron bastantes encima mío,eso, entonces sientes, sientes.....acogida	FRS0.2
0:19:45	entonces, ya cuando me operaron la primera vez...la comunicación fue muy difícil porque como no podía hablar, porque por teléfono, ellos hablaban todo	FRS1.2
0:20:18	porque si hablaba era "hola"...(voz muy baja) me salía una voz muy baja muy baja, muy débil, que no podía	FIS0.2
0:20:21	entonces eso fue yo creo que fue el proceso más difícil de adaptación en la comunicación	FRS1.2
0:20:00	entonces de toda la familia solamente mi padre y yo	FRS0.4

	tenemos antecedente de cáncer	
0:21:09	aunque el cáncer que me dio a mí, la doctora me dijo que no tenía nada que ver con mi padre. que esto no era... hereditario, ni una secuencia bueno... por ser hijos, es que si...tu padre tuvo cáncer, tú también y tus hermanos también	CG0.9
0:21:35	hay cáncer que son: buenos, malos, fatales y lo que me dijo dentro de lo malo, dentro de lo malo tuyo, es que de los más light... a escoger varias tiroides, qué tal y entre comillas se acabó...	CG0.9
0:24:47	me dice siéntate....la noticia no es buena, tienes cáncer y me explicó esto de que dentro de lo malo era bueno	CG0.9
0:26:14	la segunda vez me operó él mismo, pero él era un doctor bastante peculiar, es muy gracioso, como te explicaba todo le causaba gracia.	TRS0.1
0:26:43	tuve un problema y volví a ingresar porque tuve, se me hizo un hematoma	TRS0.6
0:26:57	Tuve tres semanas ahí, tuve unos tubos ahí, tuve unas fotos en el Facebook...sí, sí, ....unas fotos con las grapas, los puntos, los tubos esos que tengo por aquí saliéndome...	
0:27:40	la primera vez que me lo dijeron, si me sentí en plan, así uuauuuuu.... Osea, jejejeje, tú dices, claro imagínate con 27 años, un estilo de vida, aún no los cumplía, tenía 26 pero me faltaba una partecita del mes para cumplir 27. Pero un estilo de vida sano, porque como era socorrista	
0:28:25	en ese momento de recibir la noticia claro fue....todo eso fue...y encima te dicen que tienes cáncer, o sea qué hago? me sigo cuidando, no me sigo cuidando, o	

	sea en ese momento se te abren un montón de preguntas de tu estilo de vida	
0:29:09	pero siempre he sido una persona así con este...tú ves, con ésta personalidad, que va con toda la broma, soy bastante des complicado, entonces, ya asimilé lo que era la enfermedad, entonces tengo mi bola jejejeje... hasta que me la quiten, entonces ya le cogía cariño, jejejeje....así salían las bromas típicas cuando me veían	FAEM1.7
0:29:14	los amigos que me iban a visitar, claro, muchos amigos me fueron a visitar	FRS0.2
0:29:23	la primera vez, hablaban sólo ellos, yo solamente asentía o negaba, no podía hacer más	FIS0.2
0:29:42	fueron muchas cosas realmente, desde el inicio hasta el final, bueno aún no ha terminado hasta que el doctor no me dé el alta, en teoría soy un paciente con cáncer...	TRS0.3
0:30:00	desde la primera operación a la segunda operación todo iba saliendo bien, hasta que se cumple el año que me dijeron por algún motivo....puc... otra vez,	TRS0.7
0:30:21	desde el 2008 hasta acá ya han pasado unos cuantos añitos que por suerte si se ha mantenido un control y una estabilidad que ha sido algo que no voy a volver a pasar por quirófano ya le he cogido cariño también al hospital	TRS0.1
0:30:49	ya generas, por ejemplo en ese ámbito generas se ha generado un vínculo, de amistad, de cierto grado, generalmente siempre me pegaba con los mismos, mismos doctores para sacarme sangre verdad, unos por aquí, otros...	TRS0.1

0:31:13	por ejemplo con la chica de la rehabilitación hubo bastante, un vínculo bastante bien fuerte, ya al ser yo tan joven me puso bastante ganas en trabajar conmigo, y cada vez que yo iba al hospital siempre bajaba yo a visitarla, apoyando aunque ya no estaba en la rehabilitación	TRS0.1
0:31:25	siempre bajaba yo a visitarla, me preguntaba cómo estaba la esposa, como estaba mi niña? Porque ya había nacido, en ese entonces...hubo hubo también una fuerte conexión también con los doctores	TRS0.1
0:33:10	eso si siempre hay un punto que los médicos me han dicho que gracioso como eres, la llevas bien, nunca te has deprimido	FAEM1.7
0:36:10	cuando fui a casa fue cuando se convirtió más estresante	FAEM0.6
0:38:39	entonces si fue muy estresante la primera vez, si me acuerdo eso de estar aislado, claro no podía salir ni a la calle	FAEM0.6
0:39:55	eso fue, eso fue estresante, ya que pasen los quince días, que pasen los quince días, encima lo piensas	FAEM0.6
0:40:43	pasó el año, justo, bueno y antes de la segunda operación ya mi esposa se quedó embarazada, fue el tema así más a raíz de lo de tanto medicamento y tanta radiación que me metieron que fue un punto, tal vez un punto importante para la...en mi enfermedad y en mi vida...bueno pues mi esposa se quedó embarazada y de ahí tuvimos a la niña, luego por suerte, como seguimos todo al pie de la letra, la niña pues, pues está perfecta...no tuvo ningún problema en ningún momento	
0:07:01	Del brazo, ya prácticamente con la pastilla ni me entero.	FIS0.9

ANEXO 7

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 3 SEGUNDA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:00:49	el tribunal médico al tener una movilidad reducida del brazo	FIS0.4
0:00:52	Bueno una vez, que se detecto mi enfermedad, se hizo los tratamientos, las operaciones; claro pase por el tribunal médico. El tribunal médico al tener una movilidad reducida del brazo determinó que no podía seguir ejerciendo la profesión	FRS0.7
0:01:17	pues vas intentando buscar las ramas a fines a ti para trabajar y ya tienes alguna experiencia, pero bueno, eee, hechos y situaciones complicadas el país en ese momento fue bastante difícil. Fue bastante difícil	FRS1.3
0:01:25	ayuda de la familia siempre hubo y eso entonces, se llevó un poco mejor	FRS0.2
0:01:54	si llegaba a ser un poquito frustrante, el cambio de que tu ya tenias un trabajo, ya tenias una, una carrera profesional ya encaminada. Y verte de repente cortado, entonces si, si es un poquito frustrante	FAEM1.8
0:02:04	bueno esta el apoyo que tienes externamente, pareja, la familia, siempre te ayuda a salir.	FRS0.2
0:02:33	difícil lo vi pero no lo vi tan duro tan pesado al hora de decir aaaaaa no tengo trabajo, ya ya no puedo hacer lo mío, que que voy a hacer que será de mi vida	FAEM1.7
0:02	creo que mi manera de ser en principio fue la, un camino bastante claro a seguir, cómo debía tomarme las cosas	CG0.5
0:03:12	el apoyo de mi esposa, siempre decía no pues ya ya tranquilo ya nos saldrá algo.	FRS0.2

0:03:36	la familia pues, siempre tienes en momentos puntuales que a lo mejor ya te veías un poquito más ahorcado, siempre estaban ahí y te hacaban un cable para que tu no caigas. entonces creo que esos fueron los factores los factores principales uno primero y después si tienes pareja en ese momento, tu pareja y tu familia, no directamente la familia	FRS0.2
0:03:42	Creo que todos esos factores unidos hacia una energía positiva, dan mucho para que la persona quiera salir de esto.	CG0.5
0:04:26	Totalmente diferente al inicio al estar ahí buscando, buscando, buscando, buscando y no encontrar nada, al al, como quien dice ya coges el hilo, ya conseguiste un trabajo	FRS0.6
0:04:56	Entonces las cosas ya se fueron encaminando y bueno por la cosa evoluciona y dices oye pues quiero un trabajo mejor, quiero una mejor estabilidad	FRS0.6
0:05:09	pero ya fue encaminado, ya no fue tan duro de de... verte cortado de algo, a la nada y buscarlo, buscarlo, buscarlo, ya lo tengo y fue un poquito más mucho mucho más fácil	FRS0.8
0:05:18	una vez teniendo un trabajo pues, y viendo esa escalerita que va subiendo poco a poco y conseguir un empleo que.... Yo aspiro a algo más	FRS0.6
0:05:34	Claro, ahí mucho mi pareja fue mucho muy muy muy valiosa	FRS0.2
0:05:59	ella siempre estuvo en contacto con migo vía telefónica, mails, chat de estos, la camarita web. Entonces siempre hubo un contacto	FRS0.2
0:06:14	claro que cuando se me diagnostico, no había esta prohibición que me iban a decir ya no vas atrabajar. Sino que había el pronóstico de bueno te hacemos el	FRS0.6

	tratamiento, te curas y vuelves a trabajar.	
0:06:31	Entonces claro justamente cuando la segunda etapa digamos, me vuelven a operar y me vuelven a hacer todo, claro mi novia en ese entonces ya paso a ser mi esposa..... entonces claro ya fue un apoyo mucho más fuerte entre nosotros.	FRS0.2
0:06:36	Nos casamos, me operaron y después ya me dijeron: Oye ya no puedes trabajar.	FRS0.6
0:06:40	Entonces ya fue evolucionando nuestra relación en el apoyo.	FRS0.2
0:07:10	nos enteramos, bueno que estaba embarazada mi esposa justamente mmmm... a los pocos días de que me habían operado... segundo día. Yo aún estaba en el hospital y me dijo a pues estoy embarazada.. entonces poc... como te sale esa alegría	FAEM1.4
0:07:28	bueno ahí claro en el transcurso de la operación ya el dictamen del tribunal medico pues ya estaba la niña y dices bueno tengo un plus porque superarme, porque buscar algo mejor.	CG0.5
0:07:32	Entonces bueno pues te digo mi esposa estuvo siempre ahí.	FRS0.2
0:07:38	Un poquito me ayudo el hecho de no estar trabajando un poco porque pude estar con ella bastante.	FAEM1.9
0:08:11	intente aprovechar y siempre aprovechamos para ir a dar una vuelta por algún parque, un aplaza, entonces siempre no, no era encerrarnos en la casa y decir bueno voy a ver qué pasa, sino que siempre entrabamos, siempre salíamos a hacer algo, a despejarnos, bueno a ver las cosas optimistamente, a no deprimirnos, que no le veo mucho, mucho futuro a eso.	CG0.5

ANEXO 8

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 4 PRIMERA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:01:00	básicamente comencé esta odisea,	FAEM0.8
0:01:06	por un pequeño dolor que comenzó a nivel del cuello, al lado derecho	TRS0.8
0:01:48	Bueno, me mandaron una medicina, me...un poco me calmó pero, de pronto me comenzó a inflamarse un poco	TRS0.8
0:01:51	ya me preocupé más	FAEM0.7
0:03:52	asistí nuevamente a la cita pero ya en compañía de mi esposo	FRS0.2
0:04:24	en la consulta nos explicó que era necesario una cirugía y rápido porque era como diagnóstico me daba que era cáncer maligno. Entonces bueno para mí, para mí fue un golpe emocionalmente	FAEM0.8
0:04:51	bueno vinimos a casa, nos reunimos con mi familia, habíamos comentado sobre el tema, ellos me recomendaron asistir al Hospital de SOLCA	FRS1.2
0:05:03	o sea, aquí conversamos con mis hijos, mi esposo, mi yerno	FRS1.2
0:06:15	Todo ese tiempo o sea, uno... yo tenía mucho, mucho nerviosismo	FAEM1.2
0:06:22	tenía una leve esperanza de que no fuese un cáncer	FAEM1.3
0:06:35	porque o sea, uno piensa que el oír cáncer, o sea, uno va a morir	CG0.1
0:06:42	pero tenía una leve esperanza que no fuera ese diagnóstico	FAEM1.3
0:07:24	Bueno asistí nuevamente a otra cita con mi hija, porque tenía que tener una persona que me acompañara	FRS0.2

	siempre	
0:07:58	la verdad es que yo lo que más anhelaba es tener la salud	FAEM2.0
0:08:14	toda operación es un riesgo, yo tenía mucho temor	FAEM0.2
0:08:17	porque además de eso tengo presión arterial alta	FIS0.5
0:09:20	comentaron que estaba con la presión muy alta	FIS0.5
0:10:18	pero yo no me explicaba por qué yo tenía la presión normal estando aquí en casa, pero cada vez que iba al hospital se me disparaba la presión, yo no sabía por qué. Entonces ahí me dijeron que era algún síndrome....o sea, iba al hospital y se me subía la presión muchísimo	FIS0.5
0:11:24	yo desperté a la tarde y ahí me comentaron mis familiares que había sido muy larga la operación que había tenido complicaciones con mi presión	TRS0.6
0:11:29	pero bueno gracias a Dios estuve bien.	FAEM2.1
0:11:29	mi recuperación fue rápida	TRS1.0
0:12:34	todo mi recuperación en realidad fue...fue muy buena	TRS1.0
0:17:10	sea no puede estar al lado de personas, de niños menores de cinco años, mujeres jóvenes que estén en edad fértil, y si habla con un adulto pasado los cincuenta años debería ser a una distancia de unos dos a tres metros. O sea, es una experiencia un poco traumatizante	FAEM0.8
0:17:18	no puede tener, o sea, no puede hacer sus actividades normales de rutina	FRS0.7
0:18:49	pero o sea, no podía tener ni mis mascotas, entonces para mí si fue un poco duro también esta experiencia	FAEM0.8
0:20:00	entonces uno ya se acostumbra ya a esa rutina, siempre	TRS0.3

	tiene que estar en sus chequeos, en los exámenes que le mandan a controlar especialmente el calcio y el magnesio....	
0:20:44	Hay que dejar un mes antes, eso le provoca muchas, hay consecuencias negativas, porque uno engorda	FIS0.3
0:20:49	se siente un poco débil	FIS0.7
0:20:49	veces le duele la cabeza	FIS0.1
0:20:53	se pone poco irritable	FAEM0.9
0:20:54	o triste	FAEM0.5
0:21:03	pero bueno, por la salud , o sea, no es mucho tiempo digamos que se está en esta situación.	FAEM2.0
0:30:26	entonces es, bueno yo le doy gracias a Dios, a la vida	CG0.3
0:21:30	a mi familia, que me han apoyado mucho	FRS0.2
0:22:01	he tenido una nueva oportunidad y espero, porque yo siempre he pensado en ver a mis hijos formados, tener un hogar, y también he pensado que Dios me regale la oportunidad de ver a mis nietos....	CG0.5
0:23:05	es una experiencia de vida y o sea, yo esperarí que así por ejemplo personas que tengan este problema de salud o cualquier otro problema de salud, lo más importante es que tengan el apoyo de sus seres más cercanos, su familia, sus hijos, y la gente que en realidad le aprecie al paciente o sea, así se siente con mayor energía para superar su problema de salud.	FRS0.2
0:23:20	bueno ahora me siento muy bien	FAEM2.1
0:23:29	tomo mi medicación al pie de la letra como le indica el médico, se cuida en su dieta, no, o sea, tiene que hacer una actividad física, y o sea y la alimentación es básica también para que tenga una buena salud	TRS0.3
0:23:54	ahorita me siento bien	FAEM2.1
0:23:56	emocionalmente me siento tranquila	FAEM1.1

0:24:23	en esos días que está aislada, le da una desesperación	FAEM0.4
0:24:39	el no poder hacer normalmente desde que se despierta su rutina diaria no, hacer sus alimentos para toda la familia, porque usted no puede hacer los alimentos para toda la familia, sino solamente para usted	FRS0.7
0:24:44	entonces es un tantito frustrante	FAEM1.8
0:24:55	pero ahora no, ya no, ya la actividad vuelve a lo normal, a lo cotidiano...	FRS0.8
0:25:28	pasé por una temporada un poquito problemática también porque ahí en SOLCA, como yo no tenía seguro, entonces en SOLCA es una institución en que usted va y tiene que pagar el dinero	FRS0.3
0:26:29	económicamente es oneros ....hay que...por la salud en realidad tiene usted que buscarse el dinero de dónde sea....	FRS0.3
0:26:40	en eso es básica la ayuda que le da su familia, le ayudan económicamente también, emocionalmente	FRS0.2
0:28:26	cuesta así un poquito para los...es en cuestión de alimentación porque antes de hacerse sus tratamientos le restringen de la mayor parte de cosas no, o sea, no puede comer verduras, no puede comer pescado, todas esas cosas, entonces uno que se tiene una dieta bastante variada...en esos días es un poquito triste la alimentación.	FRS0.7
0:29:02	ya no me coge nada de nuevo digamos ya, uno se sigue esta rutina y es más fácil, bueno ya en estas últimas...en estos últimos tratamientos ya es más fácil porque ya sabe la rutina y todo....	FRS1.7

ANEXO 9

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 4 SEGUNDA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:01:47	si...., o sea es....no...no.... es como si se moviera el piso, como que no termina de....de.....como le explico es como que se le viene el mundo encima	FAEM0.8
0:02:00	yo toda la vida he escuchado o sea, decir, el cáncer, o sea, era como que se determinaba ya o sea la muerte digamos	CG0.1
0:02:10	entonces para mí fue duro porque toda vía yo pienso que todavía tengo algún tiempo más por vivir	FAEM0.8
0:02:25	por preocuparme por mi hogar, mi esposo, mis hijos, en sí la vida tengo madre todavía que vive aún, ya es de avanzada edad	FAEM0.7
0:02:42	entonces le viene a la mente un sinfín de pensamientos, y yo he tratado de sobreponerme, si he logrado sobreponerme a la situación	FAEM1.7
0:02:52	o sea, he tenido yo digo una segunda oportunidad para, valorar un poco más la vida	CG0.5
0:03:08	he tratado de... he revisado mi vida anterior, he dicho bueno voy a...voy a....recuperar el tiempo perdido	FRS1.5
0:03:39	voy a mejorar las relaciones con mis hijos, con mis familiares, en fin todo ese tipo de cosas que uno...uno tal vez por un poco de descuido eh... no...no.... practicó bien digamos en el tiempo pasado.	CG0.5
0:03:51	Eso sería y yo trato eh.... todo el tiempo o sea, aprovecharle al máximo	FRS1.5
0:04:07	sea lo que si noto en mi vida es que me volví un poco más callada digamos no.... o sea, antes era un poco más expresiva todo pero ahora soy un poco más callada	FRS1.2

0:04:22	tal vez sea ese golpe, o sea sentimental que me dio la vida no	FAEM0.8
0:04:32	o sea más...trato de aprovechar el tiempo	FRS1.5
0:05:37	pienso en mis hijos especialmente, en mis hijos porque todavía tienen todo el tiempo toda su vida por delante. Eh...mi hija la mujer es ya casada, está embarazada, yo le pido a Dios que le dé...que el bebito, que la bebita nazca con muy buena salud y que desarrolle su nueva vida de matrimonio o sea a lo máximo. Con mi hijo el varón es soltero todavía, y que se realice plenamente su vida, que acabe sus estudios, que formalice un hogar, que tenga su vida plena. O sea ese es el deseo que, yo creo que toda madre en todo hogar piensa para sus hijos	CG0.5
0:05:47	Y disfrutar o sea, el tiempo no, al máximo mientras tenga salud y vida.	FRS1.5
0:06:34	bueno, yo creo que cuando me dieron la noticia de la enfermedad, creo que fue un duro golpe para todos mismo, o sea, para mi marido, mis hijos, o sea no nos esperábamos tal situación	FAEM2.2
0:06:43	pero ahora estamos ya tranquilos, o sea ya ha pasado lo peor, la crisis más dura	FAEM1.1
0:07:05	ahora en la recuperación y todo estamos bien, estamos estabilizados creo yo emocionalmente y ya dedicados a nuestra vida, a desarrollarla todos los días de una buena manera	FAEM2.1
0:07:11	tratando de aprovechar todo el tiempo al máximo	FRS1.5
0:07:32	o sea, es una tranquilidad, yo creo que con esta tranquilidad	FAEM1.1
0:07:37	yo siento que me he re establecido más rápido	FRS0.8
0:07:46	no tengo mayor problema, físicamente me siento bien	FIS0.9

0:08:05	emocionalmente aún mejor todavía, o sea, trato de que la vida fluya. Trato de no pensar en forma negativa, estoy bien emocionalmente	FAEM2.1
0:09:02	Bueno o sea, uno no valora digamos lo que tiene el bienestar todo, hasta cuando siente un dolor digamos lo así, físicamente ...pero ahorita, es todo, es todo para mí, o sea, puedo respirar, puedo alimentarme	FAEM2.1
0:09:10	por ejemplo si hace un bonito día, me siento feliz	FAEM1.4
0:09:20	igualmente cuando llueve también, o sea, para mí es algo relajante y me siento muy tranquila	FAEM1.1
0:09:35	le doy gracias a Dios el tener salud	CG0.3
0:09:54	no estoy dependiendo por ejemplo de la ayuda de otras personas, yo me valgo por mí misma, me siento bien, me siento tranquila, emocionalmente me siento muy bien.	FAEM2.1
0:11:26	una situación así, de éste tipo de enfermedad, o sea, es bastante oneroso el gasto, y más aún porque en el hospital de SOLCA, uno va y tiene que tener su dinero y es bastante costoso, entonces siempre, económicamente en realidad fue un poco fuerte el gasto	FRS0.3
0:11:50	pero ya, le hemos ido solucionando poco a poco. Hemos tratado de solventarlo hasta ahora tenemos todavía un tanto de deuda pero me siento tranquila porque estoy con salud	FAEM1.1
0:12:05	mi esposo también ha aportado muchísimo con su trabajo, también he recibido la ayuda de mis hijos, entonces estamos solventándole de buena manera.	FRS0.2
0:12:35	Bueno, o sea, sentimentalmente toda la vida nos hemos comprendido, tanto en las buenas como en las malas y afectivamente o sea, nos sentimos bien, nos sentimos bien	FRS1.1

0:13:01	es un tantito no sé cómo en la actividad sexual yo que sé, debido al mismo tratamiento, eh...es un poco.... baja un tanto el nivel digamos de en lo que se refiere a la sexualidad	FRS1.0
0:13:13	afectivamente o sea, nos comprendemos muy bien y tenemos una buena relación de pareja	FRS1.1

ANEXO 10

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 5 PRIMERA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:01:17	Bueno, hace uy...unos....siete, ocho años, me hice examen de sangre. y, tenemos un doctor de familia él me dijo, usted tiene tiroides	TRS1.2
0:01:29	me dijo usted tiene que tomar la Levo, para toda la vida, y yo en ese tiempo le dije no, cómo va a creer que voy a tomar toda la vida si a mí no me gusta eso	TRS0.4
0:01:38	y no puse importancia, digamos....no hice caso y pasaron que sería unos, años pasaron	TRS0.4
0:02:14	Ya, después dejé de tomar porque el producto es caro y tanta cosa	FRS0.3
0:02:31	una cuñada mía me dice, yo tengo un médico especialista en tiroides, me dice, por qué no te vas, pero le digo cuánto cuesta? me dice cuarenta, chuza le digo, está un poco caro	FRS0.3
0:02:40	no poníamos igual tanto empeño tanto afán	TRS0.4
0:03:47	como típico de un médico no tan cortés ni nada no	TRS0.2
0:04:10	bueno oyendo eso nos pusimos muy tristes mi marido y yo	FAEM0.5
0:04:09	pero siempre es triste	FAEM0.5
0:04:12	porque ya pensamos en algo malo	CG0.6
0:05:18	entonces ahí vine a conversar con el médico de aquí, y como él también tiene tiroides...él también siempre me ha dado ánimos, me dijo no, doña Tere, no pasa nada	TRS0.1
0:05:46	La operación ha sido fea, a lo que se va a operar uno, como digo los médicos no tienen corazón	TRS0.2
0:06:53	me hizo una reacción fea, eh...me dio escalofríos, todito, todito, todito	FIS1.7

0:06:56	sentía una cosa desesperante	FAEM0.4
0:06:58	parecía que me iba a morir nomás, vi la muerte, horrible	CG0.1
0:07:26	pero fue feísimo.	FAEM0.8
0:08:13	huy....yo que soy miedosa no a la oscuridad, si no a la soledad digamos, sino a la oscuridad tenía mucho miedo digamos	FAEM0.2
0:08:18	de ahí pasaba tranquila	FAEM1.1
0:09:15	Para mis hijos...lo tomaron con calma, para ellos como que no se pusieron conscientes de lo que es cáncer.	FAEM2.5
0:09:25	hasta ahora mismo, no están ahí huy.....tranquilos. Mi marido también	FAEM2.5
0:09:46	solo que cuando ya me toca ir a hacer otra vez cada seis meses los exámenes...como que le da un poquito de miedo	FAEM2.2
0:11:16	en la casa, aquí tenían que hacer mis hijos	FRS0.1
0:11:22	....como mi mamá vive aquí, entonces si me dio la mano	FRS0.2
0:11:33	y ellos vuelta en cambio, arreglaban la casa, lavaban	FRS0.1
0:11:38	aunque no son tan ordenados pero bueno....me ayudaban	FRS0.2
0:12:01	saber que usted tiene cáncer, le cambia la vida, le hace valorar la vida	CG0.5
0:12:10	y si es que usted ha actuado mal, a usted todos esos malos pensamientos se le van...y trata de cambiar y aferrarse más a Dios.	CG0.3
0:12:25	antes también estaba acercándome a Dios, pero con esto quiero más	CG0.3
0:12:50	fue duro, duro porque mi marido nadie le dio la mano. Él tuvo que hacer todo por buscarse el dinero.	FRS0.3

0:13:03	no le tienen pena allá tampoco en el hospital, usted tiene que pagar sino le retienen y día que le retienen cuesta.	FRS0.3
0:14:03	de donde quiera se tuvo que sacar el dinero, para poder salir del hospital mismo. Y como yo soy asegurada, pero lo que pasa es que estamos atrasados en el pago....entonces no pueden ayudarme de esa manera. Y entonces, ahí nos costó como dos y medio el...la operación y todo eso.	FRS0.3
0:15:24	porque yo como digo, yo nunca sentí nada, yo no sabía que he tenido cáncer, no sentí nada y no, no, lo que si tenía es una carraspera, todo un siempre carraspera aquí en la garganta, pero nada más, nunca hubo dificultad de tragar ni nada de eso	TRS1.2
0:15:29	Y bueno nunca sentí ninguna molestia	TRS1.2
0:15:34	ahora tampoco siento nada..... me siento bien....	FIS0.9
0:15:53	si me puse un poco triste	FAEM0.5
0:15:57	también me da miedo cada vez que voy a la consulta	FAEM0.2
0:16:08	bueno yo también me di valor y dije: Tengo cáncer, soy una persona escogida por Dios, quiere que yo cambie en todo lo malo que tengo entonces...quiere que yo cambie	CG0.3
0:16:22	Quiero darme fuerza	FAEM1.7
0:16:26	también tengo debilidad, soy muy débil, me pongo a llorar	FAEM1.5
0:17:14	aquí en la casa sí, trato de ser mejor mamá, más comprensiva, ser diferente porque tal vez cometí muchos errores en la forma de criar a mis hijos en el sentido de ser grosera....en ser gritona, y esas cosas, todo eso quiero cambiar, quiero ser diferente	CG0.5

0:17:31	he cambiado mucho, y sé que Dios está aquí...él nos está aquí iluminando, cuidando y todo.... por què, por algo quiere, nos manda esto, es para cambiar	CG0.3
---------	---	-------

ANEXO 11

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 5 SEGUNDA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:00:53	el doctor me dijo que tenía que tomar la levo..... y de por vida, o sea por siempre y yo no acepte eso, mmm, le dije no, le dije yo no quiero tomar toda la vida...A mí no me gusta.	TRS0.4
0:00:59	Tengo miedo	FAEM0.2
0:01:13	se oye que uno se cura de una cosa, cuando se toma medicación, esta medicación, entonces se cura de una cosa, se enferma de otra. Entonces tengo esa idea.	CG0.7
0:01:39	no acepto así con tanta gana si no que ya porque quiero vivir	TRS0.3
0:01:47	Y se oyen tantas cosas de que hay, o sea se mueren y eso me da miedo,	FAEM0.2
0:01:51	es por eso que estoy siguiendo el tratamiento.	TRS0.3
0:02:44	Igual, igual al menos en SOLCA e..sigo viendo eso, que hay mucha, no hay un poco de.... amor.....para el paciente al menos yo he sentido eso, aja, por la forma de... como le tratan ni le explican ni nada	TRS0.2
0:03:15	o sea no son nada amables hasta ahora, al menos con la Doctora que me ha tocado, con la Doctora Navarrete y..... les he preguntado a muchas personas más y... tienen la misma idea de la doctora muy fría.	TRS0.2
0:03:34	con el tratamiento me siento bien	FIS0.9
0:03:54	y también estoy haciendo ejercicio....bastante ejercicio y....eso me, me ha ayudado, porque un tiempo me descuide, y no, no, no hice ejercicio estaba así.... viviendo y.... me sentí muy pesada, entonces dije no	FRS0.8
0:06:22	si me siento bien, no, me siento bien	FIS0.9
0:06:26	pero, también como sé no tengo que descuidarme en el	TRS0.3

	tratamiento.	
0:06:48	Parece que se olvidaron, risas, parece que se olvidaron, al principio cambiaron y ahora es lo mismo	FRS0.8
0:07:23	bueno, siempre creo que he sido así un a persona llorona, bueno sigo siendo	FAEM1.5
0:07:32	pero cuando me toca ir al hospital, ahí me pongo bastante nerviosa	FAEM1.2
0:07:34	me sabe dar mucho miedo.	FAEM0.2
0:07:43	Entrevistador: El temor ¿a qué es? Entrevistada: a que me digan que tengo otra vez algo, algún..... nódulo	CG0.7
0:07:57	soy bastante débil con respecto a eso, soy bastante débil	FAEM2.6
0:08:14	.. bueno, cuando me voy al hospital lo primero que hago es ir a donde el Santísimo, porque soy una persona muy creyente, y me da mucha fuerza también	CG0.3
0:08:36	Mi marido, que esta siempre ahí o sea pendiente con los gastos, con los costos.	FRS0.2
0:09:20	Chusa....mmmmm, y es que antes como le dije, yo no me había dado cuenta, yo no sentía nada sino era por el médico que me dijo usted tiene tiroides después, no, no sentía nada, nunca sentí nada	TRS1.2
0:09:29	uno e... psicológicamente ya se queda con alguna molestia	FAEM2.4
0:09:43	y ya esta pendiente de esto, y siempre estoy así que me toco, que a.... por aquí siento un dolorcito, así a... psicológicamente como que se queda uno con eso.	FAEM0.7
0:10:05	Si es con normalidad como siempre.	CG1.1

ANEXO 12

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 6 PRIMERA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:01:21	Bueno, yo nunca, nunca me había imaginado que tenía esta.....o sea algo que yo no sabía	TRS1.2
0:01:32	Nunca me había imaginado, pero pasa que me hicieron unos exámenes bien profundos, me detectaron que yo tenía cáncer a la tiroides	TRS1.2
0:01:44	entonces en base a eso me hicieron unos exámene profundos, bastante rígidos, y me descubrieron que tenía el cáncer de tiroides.	TRS1.2
0:01:51	Entonces mi médico nunca me dijo que era lo que yo tenía	FRS1.2
0:04:51	ahí mejor me deprimí un poco	FAEM0.1
0:03:21	Regresé nuevamente donde mi médico, y él me dijo que si no tenía yo las posibilidades de poder pagar la clínica Pichincha	FRS0.3
0:03:50	yo me fui a SOLCA y en SOLCA pues me facilitaron esto, esta cosa del yodo. Para mí fue mucho más cómodo porque me costaba mucho menos....de lo que me costaba afuera	FRS0.3
0:04:12	todos los exámenes que me han hecho y todo eso yo le llevé el reporte al médico y a mi médico particular y él me dijo sabes que estás bien, estás curada.	TRS1.0
0:04:17	te morirás de cualquier enfermedad menos de la tiroides.	CG0.8
0:08:25	en ese entonces sí tenía un poco de depresión	FAEM0.1
0:11:35	como me dio bastante depresión	FAEM0.1
0:12:16	me sentía bastante deprimida,	FAEM0.1
0:04:55	por qué era la última alternativa de que me iban a	FRS1.2

	decir que qué mismo era lo que pasó con mi garganta.	
0:05:08	me operaron y cuando me mandaron a tomar el yodo, ahí si me dijeron que era cáncer	FRS1.2
0:12:39	el médico mismo me dijo, eso es depresión usted tiene que tratar de salir, tratar de recuperarse, no se quede en la casa, eso sí me dijo....	FAEM0.1
0:09:45	En verdad sí para la operación ahí yo sí tenía miedo	FAEM0.2
0:05:26	pero sí después, porque ya nos explicaron en SOLCA que era lo que pasaba no, ahí yo ya le entendí mejor	CG0.9
0:09:48	bastante miedo que me operen	FAEM0.2
0:10:04	de eso si tenía miedo	FAEM0.2
0:06:16	decía si a ellas ya están bastante tiempo y yo primera vez seguramente a mí también me va a pasar lo mismo.	CG0.7
0:11:13	.... A bueno eso si fue triste	FAEM0.5
0:06:29	Pero ya cuando me dijeron que no, que sí estaba bien, que lo mío había sido un éxito	TRS1.0
0:11:16	eso si era muy triste	FAEM0.5
0:07:36	o sea nos dijeron que era para todo, en general, un chequeo general ahí es cuando o sea Yo por eso fui al médico. De ahí yo más antes no me iba al médico porque como no me dolía nada....	TRS1.2
0:07:52	no....nunca, pero así nunca ni siquiera me había topado, o me había sentido una bola, nunca.....	TRS1.2
0:08:10	anterior a eso, yo sí sentía un problema de que, era así unos cuatro o cinco años atrás estando bien, pa....subía de peso y así mismo bajaba.	FIS0.3

0:08:20	Y ya al último ahí sí cuando ya nos empezaron a hacer los exámenes ahí si sentí, o sea yo senti que me empezaban a doler mucho las piernas	FIS0.1
0:25:13	cómo le digo a mí lo que me entristecía bastante	FAEM0.5
0:08:26	pero yo no sabía.	TRS1.2
0:05:44	entonces ya después de que nos dieron el yodo, nos hicieron el rastreo, ahí mejor yo me sentí bastante preocupada por qué....o sea porque yo decía cómo voy a quedar no.	FAEM0.7
0:05:08	Por qué yo me entré ahí y me encontraba con unas chicas y decía sabe que a mí me encontraron una manchita en el pulmón, otra decía sabes que a mí me encontraron una manchita en el riñón y así no, se ve, decían así en el hígado. Entonces yo sí me sentía bastante preocupada	FAEM0.7
0:06:00	ahí si me sentía bastante preocupada.	FAEM0.7
0:09:29	Entonces cuando a mí ya me descubrieron que tenía tiroides ahí ya me dijeron, usted tenía esto..., le dolía el otro...., yo decía sí, un día amanecía con dolor de acá, sí le decía yo....un día me dolía el oído otro día me dolía la mano, la pierna, y así yo, yo pasaba a diario.	TRS1.2
0:11:59	Esa parte sí, mi preocupación, fue... la recuperación	FAEM0.7
0:16:54	esa preocupación tengo ahorita, no sé qué voy a hacer decía.	FAEM0.7
0:14:58	eso era lo que más me impactaba.	FAEM0.8
0:10:01	porque me decían que a veces le topan los ganglios, las cuerdas vocales y se queda uno sin voz	CG0.7

0:04:34	o sea yo no le tomé al cáncer cuando me dijeron que a mí,..... o sea el apuro de operarme era por qué tenía cáncer. Yo no tomé... yo no le tome muy mal	FAEM1.1
0:05:15	pero yo no le tomé muy o sea muy así, yo más bien le tomé a la ligera...	FAEM1.1
0:10:14	cuando ya a mí me dijeron que ya estaba bien	TRS1.0
0:10:29	por ejemplo ahorita mismo con el último chequeo que me hice el día de ayer que me vi con la doctora, con la doctora Navarrete de allá, porque me han encontrado que tengo un poco inflamados los ganglios de éste lado	TRS0.7
0:10:59	porque me dijo definitivamente que así siempre tenemos que estar o sea cada año chequeándoles. Yo me hago chequear allá en SOLCA igual con mi médico particular.	TRS0.3
0:05:17	..no...no le paré mucho asunto....	FAEM1.1
0:09:32	pero no le paraba mucho asunto yo	FAEM1.1
0:10:10	pero de ahí o sea del cáncer...cáncer yo no le llegué a tener mucho....no	FAEM1.1
0:11:23	porque no podía hacer nada	FRS0.7
0:11:27	o sea me dolía todo, todo , todo....no podía alzar ni siquiera una taza.	FIS0.1
0:11:32	y eran muchos dolores de estas partes del pecho	FIS0.1
0:08:34	no decía nada, pero yo estaba que lloraba aquí en la casa	FAEM1.5
0:11:38	eso sí también tenía mucho frío	FIS1.2
0:11:40	muchísimo frío,	FIS1.2
0:11:41	el frío era terrible.	FIS1.2
0:11:42	Podía estar haciendo un sol tremendo y yo vivía	FIS1.2

	muerta de frío	
0:11:50	La recuperación si fue bien dura,	TRS1.1
0:11:52	para mí fue dura	TRS1.1
0:08:39	dedicada al llanto, me decían la sufridora	FAEM1.5
0:12:09	fue dura porque yo no tenía nadie quién me ayude porque mis hijos todos salían a estudiar, mi marido a trabajar y yo me quedaba sola,	TRS1.1
0:12:13	entonces esa parte si era bien dura	TRS1.1
0:08:45	y a mí para que a mi no me digan más sufridora, no me sabía dejar ver que estaba llorando	FAEM1.5
0:14:19	yo creo que traté de ser fuerte, traté de ser fuerte, yo por ellos...	FAEM1.7
0:12:55	Entonces yo siempre he tratado de salir... yo, yo casi muy poco paso en la casa, como le digo como soy voluntaria yo me voy a veces... me paso más en la fundación...	FRS0.6
0:13:02	me dedico allá, ayudo, hago lo que tengo que hacer, ya regreso tarde a la casa	FRS0.6
0:13:06	a la casa le mantengo medio alejadita	FRS0.6
0:03:12	ya me dieron el alta y todo.... quedé bien.	FAEM2.1
00:013:40	porque ellos decían es que si usted tiene cancer..... es que a veces la, yo digo no, a veces la información no la dan bien.	CG1.0
0:13:58	Otras personas sacan de otra manera, no le dicen tal como son las cosas, entonces siempre había el comentario de que decían que cuando a uno le operan de tiroides no pasa mucho tiempo de que.... O sea que el cáncer como que se.... Se..... abre no, se esparce.	CG1.0
0:14:02	y a veces no dan mucho tiempo ni de vida.	CG1.0

0:06:43	sabe que yo no le he tomado así tan.... como decir tan mal, como decir así que me sienta agobiada yo me siento bien	FAEM2.1
0:13:30	ellos si pues se preocuparon bastante	FAEM2.2
0:14:39	para mí si fue bastante, bastante difícil después de la operación.	TRS1.1
0:14:49	seis meses fueron de eso que yo no podía, o sea yo no podía coger una escoba	FRS0.7
0:14:55	cogía la escoba medio barría y eran estos dolores tremendos de los brazos	FIS0.1
0:14:07	Ellos sufrían bastante, mis hijos si sufrían	FAEM2.2
0:15:16	Luego, de ahí con la medicación que me recetaron, a raíz de eso me descubrieron que tenía osteoporosis, la columna del lado derecho y en la pierna en el lado izquierdo osteopenia.	TRS0.7
0:15:46	pero ahorita si no sé qué me pasa pero he subido de peso otra vez ....desde éste último, desde que tomamos el yodo en diciembre, no sé pero he subido de peso	FIS0.3
0:16:14	a mí me ha vuelto a subir el peso casi al año porque no estaba yo así, o sea yo me mantenía en los 73, 74 kilos ahorita estoy con 77, le digo y la ropa me queda bastante apretada, sí y no puedo bajar	FIS0.3
0:26:28	hasta ahora ellos escuchan, más que todo mi hijo.... el dice ay mami ya le toca el yodo Dios mío que sufrimiento	FAEM2.2
0:16:49	Ahora no, pero en cambio ya no bajo de peso	FIS0.3
0:26:54	ella dice ay mami que triste	FAEM2.2
0:04:47	yo me sentí mal era después, cuando me hicieron los exámenes para después de operada, de que	FAEM2.4

	tomé el yodo....	
0:18:34	bueno a ver durante ese tiempo sabe que yo me hinchaba	FIS0.3
0:18:34	hinchaba como usted no tiene idea	FIS0.3
0:18:50	no podía estar ni acostada, ni sentada, ni parada porque por todo lado me dolía	FIS0.1
0:18:57	se me quitaba hasta el sueño	FIS0.6
0:19:26	llegaba así la tarde y ya empezaba yo con la pesadez del cuerpo que era porque me hinchaba porque yo misma me daba cuenta de eso	FIS0.3
0:20:01	ahora que tomé el yodo en diciembre del 2012 ahí si me afectó, porque se me subió la presión	FIS0.5
0:20:11	eran unos dolores así de cabeza terribles, sentía que se me salía así....sentía que estas venas de aquí como que me iban a explotar	FIS0.1
0:20:13	unos dolores así terribles	FIS0.1
0:20:16	me estreñí muchísimo, no podía hacer el baño	FIS1.6
0:20:21	tenía un dolor terrible esto así, porque a mí lo que me ha afectado de todo esto es el colon	FIS1.6
0:21:35	no he tenido otro cambio, solo que me he engordado, sólo que he subido de peso	FIS0.3
0:21:57	dentro del voluntariado....yo...como se trabaja con niños y jóvenes, no podía estar cerca de ellos	FRS0.7
0:22:04	entonces yo no iba, no asistía a la fundación.	FRS0.7
0:22:17	Entonces ya cuando me ponía bien, ahí si ya volvía, reanudaba mi actividad	FRS0.8
0:23:40	....después sí he tomado poco a poco las actividades, ahora sí lavo, cocino, plancho, corro, subo y bajo gradas	FRS0.8
0:23:42	el voluntariado igual, yo continuó	FRS0.8
0:23:48	yo continuó igual, en el voluntariado	FRS0.8

0:24:00	no...no....no he dejado yo mi actividad...	FRS0.8
0:24:12	a nivel de pareja....todo estuvo bien	FRS1.1
0:24:46	el médico me decía no pueden tener relaciones sexuales porque es malo, le va a afectar a su pareja. Igual no....mi esposo es bastante comprensible, nunca me exigió o me obligó a nada	FRS1.0
0:11:21	O sea después de que me operaron, me sentía bastante mal	FAEM2.4
0:25:28	el no poderles atender, que ellos estaban acostumbrados a que yo me levantaba de mañana...al desayuno, yo les ponía el desayuno en la mesa y cuando yo no podía pues a veces mis hijos se iban sin desayuna	FRS0.1
0:17:59	Después cuando ya regresé aquí a la casa, me quedé aquí abajo sola porque no podía estar nadie conmigo, y ahí si me sentía medio mal porque me dejaban la comida ahí afuerita	FAEM2.4
0:25:38	Y así mismo en la merienda me daba mucha pena	FAEM2.4
0:25:43	porque igual no había quien les haga una merienda	FRS0.1
0:26:08	eso porque ellos estaban muy acostumbrados a que yo les sirva a que yo les atienda	FRS0.1
0:26:03	eso sí me afectaba bastante a mí, no poderles atender, bastante, bastante	FAEM2.4
0:16:45	antes me daba ansiedad de comer, estaba sí solita sentada y me metía la comida, yo que me daba cuenta ¡hay Dios mío decía no, para qué comí!... ya... no, no.....ya no quiero comer	FAEM2.7
0:27:28	mi esposo si me ha colaborado mucho, mucho, mucho en todo, en todo lo que ha podido	FRS0.2

0:28:05	pero los fines de semana él sobre todo durante esos meses de recuperación de la operación y después de tomar el yodo, él si se ocupó de todo de todo lo que pudo	FRS0.2
0:28:14	pero se ocupó de todo lo que le fue posible para que nada, nada falte	FRS0.2
0:28:27	se quedó con un poco de eso verá sobre todo por ejemplo los fines de semana él se ocupa más de todo aquí en la casa con mi hijo el menor sobre todo deberes y esas cosas.	FRS0.2

ANEXO 13

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 6 SEGUNDA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:01:02	nadie tenía mayor idea de lo que era un cáncer	CG1.0
0:01:21	mi esposo habló con mi médico, y creo que por el miedo que tenía a como yo voy a tomar la noticia le pidió que no me dé el diagnóstico.	FRS1.2
0:01:38	Cuando me entere me sentí mal, porque se me vino la idea de que en alguna forma claro por protegerme, como me que me subestimaron	FAEM2.4
0:02:07	me sentía mal	FAEM2.4
0:02:10	me puse bastante triste	FAEM0.5
0:02:11	como deprimida	FAEM0.1
0:02:13	porque no se siente bien	FAEM2.4
0:02:15	que a uno le oculten esas cosas.	FRS1.2
0:02:29	En sí por el cáncer como tal, no me preocupé demasiado	FAEM1.1
0:02:42	el malestar mío	FAEM2.4
0:02:46	fue porque no me contaron.	FRS1.2
0:03:07	entonces yo me resentí un tiempo con él	FRS1.1
0:03:09	por ocultarme el diagnóstico	FRS1.2
0:03:18	cómo le digo me resentí, estaba bastante dolida	FRS1.1
0:03:36	yo le explicaba también que me sentía mal por eso	FAEM2.4
0:03:40	que nunca debió ocultarme algo tan importante,	FRS1.2
0:03:42	que me sentí subestimada	FAEM2.4
0:03:51	en verdad entendí sus intenciones y no, nuestra vida en pareja siempre ha sido buena	FRS1.1
0:04:01	al fin de cuentas yo salí bien de toda la operación	TRS1.0
0:04:13	bueno el lo hizo o sea, hizo mal en no contarme definitivamente, pero como se dice era con las	FRS1.2

	mejores intenciones.	
0:04:17	Y actualmente no tenemos así problemas por eso	FRS1.1
0:04:23	como toda pareja tenemos nuestros disgustos, desacuerdos, pero como pareja nos entendemos y tenemos una buena relación, una bonita relación.	FRS1.1
0:05:21	yo pensaba, sí él es el médico él es el que sabe y si me dice que este tranquila entonces no tengo porque hacerme mucho drama en la cabeza.	TRS0.1
0:05:35	Si, si, le, confié mucho en él, en el diagnóstico y en todo lo que el me decía	TRS0.1
0:06:04	pero hasta ese momento o sea nunca me dijeron nada que era un tumor o que era un cáncer	FRS1.2
0:06:32	ahí si o sea no les quedó de otra más que contarme porque en la primera toma de yodo me iba a enterar sí o sí porque el tratamiento iba a seguir de largo,.....	FRS1.2
0:06:40	entonces el que me contó fue mi médico cuando me llamó para darme o sea ahí la orden del yodo.	FRS1.2
0:06:51	Bueno lo, lo primero fue que tenía el cáncer pero o sea estaba bien	FAEM2.1
0:06:56	estoy bien y eso es lo que importa con o sin diagnóstico	FAEM2.1
0:06:59	yo decía estoy bien, no, después de la operación	FAEM2.1
0:07:06	luego, ¿por qué yo pensaba, por qué no me avisaron?,	FRS1.2
0:07:11	¿qué pasó?, no soy una niña para que se me oculten esas cosas importantes	FRS1.2
0:07:26	pero como le conté la otra vez en sí la noticia del cáncer, le tomé más como a la ligera, o sea no con que mi importismo sino con tranquilidad se podría	FAEM1.1

	decir	
0:07:42	después ya uno va reuniendo más información de la enfermedad y supe que o sea este tipo de cáncer es curable es tratable	CG0.9
0:07:45	que la gran mayoría de los casos se curan	CG0.8
0:07:47	y uno puede tener una vida normal	CG1.1
0:07:58	: entonces yo lo que si he hecho siempre es seguir las indicaciones del médico para los controles, los tratamientos o sea todo	TRS0.3
0:08:08	Claro que saber que uno pasó por un cáncer y una operación siempre le deja a uno con un poco de preocupación	FAEM0.7
0:08:38	yo me sentía bien,	FAEM2.1
0:08:40	porque salí bien de la operación	TRS1.0
0:08:47	yo salí bien, dando gracias a Dios salí bien de la operación	TRS1.0
0:09:16	los seis meses después de la operación si fueron bien tristes	FAEM0.5
0:09:20	muy muy difíciles en todo sentido	TRS1.1
0:09:24	porque por los dolores y el malestar en general	FIS0.1
0:09:29	no podía hacer normalmente las cosas de mi casa	FRS0.7
0:09:45	Ya poco a poco las cosas se fueron normalizando	FRS0.8
0:09:53	con el tiempo considero que todo volvió a la normalidad	CG1.1
0:09:56	por qué ahorita estoy bien	FAEM2.1
0:10:11	en el sentido de que hago o sea mi vida normal	CG1.1
0:10:17	no tengo dolores asi que me limiten, , ahorita estoy muy bien	FIS0.9

0:10:26	en el voluntariado y mi casa e.... yo hago todas mis actividades no tengo así mayor impedimento, no, no tengo ningún problema	FRS0.8
0:10:30	no tengo ningún problema me siento bien	FAEM2.1
0:10:32	yo considero que me he recuperado	TRS1.0
0:10:43	yo no me considero una persona enferma	FIS0.9
0:10:52	me detect, me detectaron también osteopenia y la osteoporosis.	TRS0.7
0:11:26	creo que depende mucho mucho de uno dejarse vencer por las enfermedades o no. Y en ese sentido yo siempre me he considerado y sé que soy una persona fuerte se puede decir, para mí la salud empieza por las ideas, la actitud y uno tiene que ser responsable con su cuidado diario, y así empieza la salud de uno	CG0.5
0:12:14	ya no tengo esa tendencia a pasar triste verá, en realidad me siento tranquila	FAEM1.1
0:12:31	en todo eso en lo afectivo y en lo físico me siento bien la verdad	FAEM2.1
0:13:01	Como yo le conté fue duro no en realidad, para, para ellos, yo creo que fue más duro para ellos que para mí el tema de recibir la noticia de la enfermedad del cáncer.	FAEM2.2
0:13:22	a mis hijos mas que nada les costó y les cuesta todavía mucho el tiempo que tengo que aislarme por el yodo, porque ellos tienen que hacer las cosas, o sea sus cosas aquí en la casa y nunca estuvieron así acostumbrados a eso	FRS0.1
0:13:57	tenemos una vida normal en todo sentido	CG1.1
0:14:04	mis hijos, especialmente el varón, bueno, ellos son los que más se inquietan por el aislamiento	FRS0.1

0:14:27	sobre todo está el apoyo de ellos, la comprensión que tienen hacia mí en esos días y... definitivamente yo creo que tener así mi familia unida que me de el apoyo que me respalde siempre a uno en una enfermedad sobre todo es lo más importante y ha sido para mí lo más importante por qué para estar bien.....es eso lo que, lo que a uno le pone bien como le cuento.	FRS0.2
---------	--	--------

ANEXO 14

TABLA DE CONTENIDOS RELEVANTES CASO 7 UNICA ENTREVISTA

TIEMPO	CONTENIDO RELEVANTE	CÓDIGO
0:00:57	Cuando me diagnosticaron el cáncer, yo estaba cursando el segundo año de post grado, de cirugía, entonces yo ya tenía antecedentes de lo que era el cáncer, que patología tenía y qué tipo de cáncer había.	CG0.9
0:01:08	El que yo tuve fue cáncer papilar, que si bien no es un cáncer agresivo, es un cáncer. Realmente éste cáncer, con o sin tratamiento, la perspectiva de vida son de unos treinta años	CG0.8
0:01:23	me sometí a cirugía, me sometí a yodo terapia, y controles periódicos. Dando gracias a Dios, hasta ahora, no ha habido ninguna, ningún tipo de complicación.	TRS1.0
0:01:34	realmente el cáncer, por el antecedente que tenía del tipo de cáncer que era y cómo se va a desarrollar, no...no tuve mayor preocupación.	CG0.9
0:01:43	por eso es que a veces, cuando yo mismo diagnostico éste tipo de patología a los pacientes, les comento, o sea, que no es nada agresivo, que con o sin tratamiento van a tener una buena calidad de vida	CG0.8
0:01:52	entonces, para mí no fue mayor.....mayor, no fue un golpe tan fuerte	FAEM1.1
0:02:15	a la información previa, claro como profesional, caso contrario me dices sabe que usted tiene cáncer y yo no veo, ni sé de qué se trata, ese ratito me da....estate quieto....me muero por un infarto y no por el cáncer....	CG0.9
0:03:09	indicarles, que el cáncer, dependiendo de dónde es, dependiendo del tipo de cáncer, se lo puede hacer llevadero	CG0.8

0:03:26	no pues, es que mi esposa ya sabía, igual es profesional de la salud entonces no....	CG0.9
0:04:06	sin embargo, la curiosidad era grande, pucha seguir leyendo libros, internet, para mayor información	CG0.9
0:04:15	pero dentro del cáncer eh...al momento de diagnosticar el cáncer papilar, es un cáncer que realmente no tiene mayores complicaciones,	CG0.8
0:04:52	entonces ya sabía que era papilar, y que no era mayor problema	CG0.9
0:05:07	Controles periódicos eso sí, no hay que descuidarse... (ruido de fondo – teléfono sonando). Nunca hay que sobremandarse tampoco en qué es lo que está pasando, qué está sucediendo	TRS0.3
0:05:38	con el cáncer, el control debe ser de por vida	TRS0.3
0:05:51	o sea, en cualquier tipo de cáncer, el control debe ser de por vida, porque siempre hay que estar alerta, de pronto puede activarse, de pronto puede tener otro tipo de patología anexa, de por vida y con los controles periódicos.	TRS0.3
0:06:17	realmente antes del cáncer, yo era dedicado así, siempre a hacer dinero, hay que hacer cosas, hay que tener bienes, (ruido de fondo – teléfono sonando) después del cáncer ya, uno mira la vida de otra forma	FRS1.8
0:06:22	porque uno se ve frente a la muerte	CG0.1
0:06:25	sea lo que sea, uno ya se ve frente a la muerte	CG0.1
0:07:14	en mis propios términos es un cambio que me ha ayudado muchísimo, realmente aprendí a valorar lo que es la vida, muchas nosotros veces pasamos sin valorar, a un día más un día menos, esto no hice	CG0.5

0:07:22	cuando uno ya tiene este tipo de patología valora minuto a minuto, segundo a segundo lo que es la vida, y empieza a dar gracias a Dios que uno está aquí otra vez.	CG0.3
0:07:40	estar más tiempo con mi esposa, o sea, el poquito tiempo que uno pasa o el mucho tiempo que uno pasa pero estar al lado de mi familia, mis hijos, mi esposa, hasta mis perros.(risas) hasta eso los valoro,	FAEM1.9
0:08:04	uno cuando sale de médico dice, no.... aquí si uno a sentarse y a hacer plata, y no soy el único son casi todos los profesionales. A ver vamos a empezar ta...ta.... quiero esto, quiero un carro, quiero una casa, mi casa tiene que ser de lujo, mi carro tiene que ser... pero uno se enfrenta a una patología de este tipo, se cambia notablemente	FRS1.8
0:08:23	es un cambio... por ejemplo a mí en este momento, si me dicen sabes que hay una cirugía, te vamos a pagar tanto....y yo tengo planificado un paseo, que pena, llamen a otro yo me voy al paseo	FRS1.8
0:08:29	y muchas veces he hecho así, sabes que que ahorita no tengo otras cosas que hacer.	FRS1.8
0:08:44	por ejemplo a mis pacientes se les explica, se les da... eh.... la razón de cómo se sienten cuando recién tienen este tipo de patología	FRS0.9
0:09:17	es que ahora uno se pone también en los zapatos del paciente pues...uno empieza a decir no pues, yo cuando estaba en estas condiciones chuza...	FRS0.9
0:09:36	no únicamente empatía sino ya más cariño, más cariño a los pacientes, comprensión a los pacientes, ya no es solo siéntese, le reviso, le chequeo...muchas veces nosotros nos ponemos a conversar con los pacientes de que le pasó en la casa, que le pasó en la oficina y	FAEM1.9

	después bueno a ver, qué paso?, qué es lo que tiene?	
0:10:00	fue un golpe que me dio el de arriba y me dijo ehhi no lo económico ehhi tu profesión es ayudar a la gente	CG0.3
0:10:15	tanto es así que por ejemplo yo me he dedicado más a lo que es los pacientes de aquí...donde casi no se cobra, imagínese cobrar aquí 4 dólares una consulta... dejar votando la clínica donde se cobra 60 dólares una consulta.	FRS1.8
0:10:50	Únicamente creyendo en Dios y diciéndoles a mis pacientes que crean que tengan fe, que muchas veces la patología que nos agobia, con la medicación y con la fe en el de arriba va a pasar todo adelante....va a hacer que la enfermedad segundo plano y que siga adelante.	CG0.3
0:11:20	el cáncer modificó completamente toda mi vida, absolutamente toda mi vida	FRS1.8
0:12:04	realmente cuando uno se enfrenta a una patología así no sea cáncer, muchas veces a más de la medicación lo que necesitan los pacientes y los familiares del enfermo es comprensión, darles ánimo y ayudarles a comprender la patología, qué puede pasar, qué no puede pasar	FRS0.9
0:12:14	realmente es darles amor a nuestros pacientes, o como dijo Dios, hay que amar a nuestro prójimo, y eso es lo que me enseñó la enfermedad.	FAEM1.9
0:12:20	a amar al prójimo, a valorar al prójimo y dejar lo material a un lado	FRS1.8
0:12:51	juego, molesto, ando en moto, paseo a mis perros	FRS0.8
0:13:23	realmente si, como te digo fue un golpe que dijeron ehhi despierta, estás soñando, si fuiste médico no es para lucrar ni para explotar, fuiste médico para ayudar...	FRS1.8

0:14:03	cuando yo me detecté fue que un compañero me dice y esa bola que tienes en el cuello? Chuta... yo dije este es un c.a. de tiroides..puede ser un papilar, puede ser un folicular, puede ser un anaplásico pero es un c.a. de tiroides.	TRS0.8
0:14:08	El diagnóstico de la punción fue c.a.papilar, y ahí ya empezó a cambiar todo el mundo.	FRS1.8
0:14:49	Bueno fue tenas porque esta....el rato que me operaron, la recuperación fue super rápida	TRS1.0
0:14:56	48 horas y yo ya estuve, estaba fuera del hospital.....	TRS1.0
0:15:03	estaba caminando, o sea, dije no... no....aquí ya me operaron mañana me dan de alta y fresco	TRS1.0
0:15:09	fue rápido nunca estuve pensando no...no...me voy a levantar, fue rápido	TRS1.0
0:15:30	que quería respirar aire puro..... (risas) no quería estar en el hospital, quería empezar nuevamente a hacer las cosas.	FRS0.8
0:15:44	yo me re incorporé rápido. Yo ya las 72 horas ya estuve haciendo mi actividad normal.	FRS0.8
0:17:09	solo sueño, porque el yodo te da sueño	FIS1.8
0:17:16	te decae, te deja una sustancia radioactiva en tu cuerpo entonces las células empiezan a trabajar con mayor fuerza	FIS0.7
0:16:37	o sea, al principio era tedioso, después no pues, porque uno se pone a analizar esto es por mi bien, realmente uno tiene que seguir adelante	TRS0.3
0:16:45	tengo claustrofobia, no puedo estar ni en el cine	FAEM2.8
0:17:40	es por mi bien y hay que cumplir ahora no soy médico, soy paciente	TRS0.3
0:17:45	entonces hay que estar a las órdenes de los médicos	TRS0.3

0:18:06	...porque no me he dejado derrotar hasta ahora y ya son diez años de la enfermedad y en ninguna etapa me he deprimido, me he decaído	FAEM1.7
0:18:22	al conocimiento de la enfermedad, ya conoces, o sea, sabe que con o sin tratamiento uno va a seguir adelante, que la agresividad no es mayor, esa es la ventaja que tuve realmente.	CG0.9
0:18:33	mi familia, mi esposa, mis hijos	FRS0.2
0:18:52	es la principal fortaleza, o sea,es la fe en Dios	CG0.3
0:18:54	puede ser mi familia en ese orden	FRS0.2
0:18:56	y luego el conocimiento.	CG0.9
0:19:29	es que esto es así pues.... definitivamente no hay que dejarse vencer hasta lo último	CG0.5

ANEXO 15**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN**

Quito, -----de-----de 2013

Yo ----- he aceptado participar en el estudio denominado “Análisis de la percepción de calidad de vida en pacientes post quirúrgicos con cáncer de tiroides”. Este es un proyecto de investigación que se realiza con la finalidad de obtener el título de psicólogo clínico en la Universidad de las Américas. Comprendo que mi participación en el estudio es totalmente voluntaria, y estoy en conocimiento que la información que entregue será confidencial.

Se me ha informado que los resultados que se generen no incluirán ningún tipo de información que me identifiquen y que estos serán de dominio público según lo establece la Ley Orgánica de Educación Superior.

Conozco que es un deber ético del investigador reportar a los profesionales competentes, situaciones en donde estén en riesgo grave la salud e integridad física o psicológica del participante o su entorno cercano.

He leído y entiendo esta hoja de consentimiento y estoy de acuerdo en participar en este estudio.

FIRMA