

**COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES ONCOLÓGICOS.**

Presentado por:

María Alejandra Gómez Portilla

Camilo Gómez Sánchez

Trabajo para optar al título de:

Psicólogo

Director:

Andrea Mojica Mojica

Asesor:

Claudia Johana López Rodríguez.



Trabajo de grado

Universidad Santo Tomás

División de Ciencias de la Salud

Facultad de Psicología

Bogotá D.C

2020

Agradecimientos

Quiero agradecer a quienes fueron durante mi camino un apoyo y guía para poder llegar hasta esta etapa en la que me encuentro. Entre ellos, agradezco a mis padres y a mi hermano, que me acompañaron durante mi proceso en la universidad y que con su amor me permitieron sentirlos cerca a pesar de la distancia. También a mis amigos que hicieron parte de mi crecimiento personal y académico, llegando a convertirse en seres en los que uno encuentra la alegría de entrelazar caminos. A los diferentes escenarios de la vida, los cuales permitieron mi edificación como estudiante y futura psicóloga. Finalmente quiero agradecer a Andrea Mojica por su asesoría y acompañamiento, en el inicio, desarrollo y culminación de este proyecto, que además de ser una excelente tutora es también una gran persona.

Alejandra Gómez

Dentro del proceso de crecimiento personal a lo largo de la carrera y haciendo esta investigación hay personas que me apoyaron y me dieron siempre su compañía. Principalmente mis padres que estuvieron presentes todo el tiempo para escucharme y dar su voz de aliento. Agradezco mucho a mi amigo David Betancourt y a su familia que siempre me han dado su mano incondicional ante cualquier necesidad que se me pudiera presentar, al igual que mi compañera Alejandra Gómez que me supo comprender en los momentos complicados y pudimos ser un muy buen equipo de trabajo. A alguien que le agradezco profundamente por su acompañamiento continuo a pesar de las complicaciones es a la profesora Andrea Mojica que siempre estuvo presente para poder apoyarnos en nuestro proceso y darnos las mejores indicaciones para sacar este trabajo de la mejor manera.

Camilo Gómez

Tabla de contenido

Resumen	5
Abstract.....	5
Introducción	6
Justificación	6
Problematización.....	8
Planteamiento problema y pregunta de investigación	8
Objetivos	10
Objetivo General	10
Objetivos específicos.....	10
Marco Referencial.....	11
Marco paradigmático y epistemológico	11
Marco Disciplinar	12
Calidad de Vida	12
Comunicación Médico – Paciente	15
Psicooncología.....	17
Marco Interdisciplinar	18
Cáncer: causas y tratamiento de la enfermedad	19
El valor de la relación médico paciente: La perspectiva Bioética.	20
Prácticas culturales y sociales de cuidado de la salud: Antropología médica.....	21
Comprensiones de la salud y la enfermedad como objeto desde la salud pública	23
Marco legal	24
Marco Contextual.....	26
Antecedentes investigativos.....	27
Metodología.....	32
Tipo de investigación	32
Participantes	34
Criterios de inclusión	34
Criterios de exclusión	34

	4
Diseño	35
Estrategias de recolección de los datos	35
Procedimiento	39
<i>Resultados</i>	<i>46</i>
 Participante 1.....	48
 Análisis por categorías.....	55
<i>Discusión</i>	<i>60</i>
<i>Conclusiones</i>	<i>64</i>
<i>Aportes</i>.....	<i>65</i>
<i>Alcances y limitaciones</i>.....	<i>66</i>
<i>Sugerencias</i>	<i>67</i>
<i>Referencias</i>	<i>68</i>

Listado de Tablas

Tabla 1.	36
Tabla 2.	41
Tabla 3.	46
Tabla 4.	47

Listado de Anexos

Anexo 1.....	77
Anexo 2.....	84
Anexo 3.....	86
Anexo 4.....	90
Anexo 5.....	152
Anexo 6.....	154
Anexo 7.....	155

COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Resumen

La investigación está inscrita a la Universidad Santo Tomas, la facultad de Psicología y pertenece a la línea investigativa *Psicología, subjetividad e identidades*. Tiene como objetivo caracterizar la relación entre la comunicación médico-paciente y la calidad de vida en tres pacientes oncológicos. Para su realización se usó un método cualitativo de investigación, con un diseño narrativo tópico. El estudio se hizo con la participación de tres personas adultas sobrevivientes de cáncer que estuvieron en tratamiento durante un tiempo no menor a cinco (5) meses. La recolección de los datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. En los resultados se logró encontrar que la calidad de vida se ve afectada en términos generales, sin embargo, no representan cambios similares para todos los casos. Al igual, se reconoce la importancia de la comunicación médico-paciente, especialmente la subcategoría de apoyo emocional, ya que permite sobrellevar la enfermedad.

Palabras clave: Comunicación médico-paciente, calidad de vida, cáncer.

Abstract

The research is registered to the Santo Tomas University, the faculty of psychology and the *Psychology, Subjective and identities* research line. It aims to characterize the medical communication and relationship between doctors and patient, besides the quality of life in three adult cancer patients. For your embodiment a qualitative research method was used. The study was conducted with a population of not less than three (3) participants who are or have been diagnosed with cancer or are cancer survivors in the cycle of adulthood and who carry or have taken a treatment for not less than five (5) months. Data collection was done through semi-structured interviews. In the results it is possible to find that the quality of life is affected in general terms; however, they do not represent similar changes for all cases. Likewise, the importance of communication between the doctor and the patient is recognized, especially the sub category of emotional support, since it allows the disease to be carried away.

Keywords: Medical communication-patient, quality of life, cancer.

Introducción

La presente investigación aborda el papel de la relación médico-paciente en la calidad de vida de pacientes con cáncer, enfermedad que tiene una gran importancia en el escenario sanitario actual por sus niveles de mortalidad y los altos costos que representa para el sistema asistencial. En el año 2018 se registraron 1,3 millones de muertes por cáncer en América y para 2030 se espera que la cifra supere los 5 millones de nuevos casos (Organización Panamericana de la Salud, s.f). En Colombia, en 2015 se diagnosticaron 55.000 nuevos casos de cáncer y para 2035 se estima que este dato alcance los 155.000 (Wiesner, 2017).

El incremento de la incidencia del cáncer en América Latina y los desafíos que presenta su intervención en términos de sostenibilidad y equidad en el acceso justifican la necesidad de generar propuestas investigativas que contribuyan a reducir el impacto global de la enfermedad y sus efectos en la cotidianidad de las personas diagnosticadas. Partiendo de la premisa de que el diagnóstico de cáncer trae consigo una serie de implicaciones emocionales que afectan significativamente su calidad de vida, y de la estrecha relación entre las emociones y los procesos comunicativos en los seres humanos, se pretende explorar la influencia de la comunicación médico-paciente en el mejoramiento de la calidad de vida en proceso de tratamiento.

El interés por la calidad de vida desde una perspectiva psicológica surge a partir del reconocimiento de las consecuencias que representan las enfermedades crónicas para las personas a pesar de los grandes avances de la medicina, la ampliación de las investigaciones en salud y la generación de nuevas tecnologías para la implementación de intervenciones menos invasivas. En la medida en que las enfermedades crónicas en general y el cáncer en particular limitan las capacidades del paciente, todas o casi todas las áreas de su vida resultan afectadas, lo que supone un impacto negativo en su cotidianidad.

Justificación

Con este trabajo se busca contribuir desde la disciplina psicológica a la comprensión de aspectos que potencien el tratamiento del paciente con cáncer, mejorando su calidad de vida y facilitando aspectos referidos a la adherencia al tratamiento y el conocimiento cabal sobre la enfermedad. Desde esa perspectiva, esta investigación se articula al *Plan Territorial de Salud para Bogotá, D.C 2016-2020* (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C, 2016) que al 2020 apunta a hacer de Bogotá una ciudad reconocida por el mejoramiento a la calidad de vida de los ciudadanos. El Pilar I de este plan señala que el objetivo es la igualdad y la inclusión social, desde proyectos como el de *Atención integral y eficiente en salud y*

Modernización de la infraestructura física y tecnológica en salud. Dentro de este mismo documento se menciona el Plan de Desarrollo *Bogotá Mejor para Todos 2016-2020* (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016) el cual “busca desarrollar conceptual, técnica, legal, operativa y financieramente un esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud” (p.134). La relación que existe entre la presente investigación y estos planteamientos territoriales en la salud se basa desde la intención de mejorar de manera integral el servicio de salud, poniendo la perspectiva del paciente como una prioridad a la hora de atender las diferentes necesidades del usuario, hasta, la pretensión de buscar un mejoramiento en las comprensiones teóricas de la enfermedad y la comunicación.

Cabe señalar que esta investigación también se articula al desarrollo de la línea de investigación *Psicología, subjetividad e identidades* correspondiente al grupo de investigación *Psicología, ciclo vital y derechos* de la Facultad de psicología de la Universidad Santo Tomás, ya que reconoce la importancia de los significados que se están generando a partir de la relación médico-paciente para poder hablar de calidad de vida. De esta manera, para hablar acerca de ello es indispensable trabajar con la subjetividad, ya que se tiene en cuenta que cada persona a través de la vivencia que tiene dentro del tratamiento de cáncer va formando su propia experiencia y significados, y es entonces, que al tratar “el tema de subjetividad, implica remitirse a la categoría sujeto” (Mojica, 2018, pág.1), ya que es el propio paciente quien valora su calidad de vida dentro de la terapia.

En esta vía, se busca que partir de este trabajo también se permita reflejar la importancia de aquella persona denominada “paciente”, quien puede ejercer un papel activo dentro de su proceso salud y por supuesto de su propio tratamiento, por lo cual es pertinente tener en cuenta la manera en la cual se está llevando a cabo la relación entre médico-paciente.

A pesar de ser un tema relevante en el campo de la psicología de la salud, la revisión de antecedentes mostró que la mayoría de las investigaciones sobre la comunicación médico-paciente han sido realizadas principalmente desde enfermería y medicina. En este contexto, la realización de este tipo de acercamientos desde la psicología permite destacar la incidencia de la interacción médico paciente en la respuesta emocional frente a la enfermedad y las dificultades que plantea a todo nivel. A través de este trabajo se busca aportar tanto a la teorización de la relación médico-paciente como a la formulación de recomendaciones para prestar un mejor servicio de salud, más integral al paciente oncológico, y tener de esta manera la posibilidad de generar una comprensión más amplia de dicho fenómeno, promoviendo las perspectivas disciplinares relacionadas con la salud. Del mismo modo, se pretende aportar en

la identificación de factores que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas en los servicios de atención médica. Si bien, la perspectiva de la Bioética es un referente fundamental para el abordaje de la interacción, la mirada psicológica permite reconocer desde la perspectiva del paciente los factores y las condiciones determinantes para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente y su bienestar. Lo anterior permite que la investigación se convierta en una herramienta que promueva a los investigadores a tener visiones que rompan con lecturas tradicionales que se encuentran desde el campo médico, incentivando el proceso de percibir las realidades a partir de la construcción subjetiva que tiene cada persona. De esta manera se cuestionan perspectivas y se hace énfasis en procesos relacionales en el marco de la intervención de salud, ampliando escenarios de investigación que favorezcan una comunicación de carácter más solidaria y empática por parte del personal médico hacia sus pacientes.

Problematización

Planteamiento problema y pregunta de investigación

La Organización Mundial de la Salud (OMS; 2018) clasifica al cáncer como la segunda causa de muerte a nivel mundial y reconoce la importancia de “mejorar la calidad de vida del enfermo, lo cual se puede lograr ofreciéndole cuidados paliativos y apoyo psicosocial” (Organización Mundial de la Salud, 2018; párr. 37). De acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (2019) el cáncer:

Se ha considerado como un problema importante de salud pública en Colombia. El número de enfermos y personas muertas por esta causa ha ido aumentando en los últimos años; las cifras dictan que cerca de 96 personas mueren cada día en Colombia por causa del cáncer. (párr. 5).

El Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020 (Ministerio de Salud y Protección social e Instituto Nacional de Cancerología, 2012) señala que desde el 2000 y el 2006 se presentaron alrededor de 70.887 casos nuevos de cáncer a nivel nacional, lo que representa un problema de salud pública creciente. En el año 2009 se registró una mortalidad de 32.815 personas por cáncer, lo cual representa el 17% del total de muertes nacionales. A nivel de Bogotá, el Plan Territorial de Salud para Bogotá, D.C 2016-2020 (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C, 2016) señala que para el 2014, las enfermedades crónicas tuvieron una incidencia del 42.2% y una mortalidad del 32%, con una tasa de 16.3 personas fallecidas por enfermedades crónicas por cada 100.000 habitantes, y específicamente en casos de cáncer de mama, útero y próstata, indicadores de 3.9, 2.8 y 1.1

mueritos por cada 100.000 habitantes respectivamente. Este panorama muestra la importancia de garantizar una intervención integral a esta población, que considere sus necesidades desde un enfoque diferencial, atendiendo especialmente aquellas que son fundamentales para sortear las consecuencias biológicas, familiares, relacionales, sociales, culturales y ambientales tanto de la enfermedad como de su tratamiento, reduciendo en la medida de lo posible el malestar físico y psicológico que puedan estar experimentando.

Para abordar esta cuestión resulta pertinente retomar el concepto de calidad de vida, citado por Schwartzmann (2003) definida por la OMS (1994) como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (p. 15). Desde la perspectiva del paciente oncológico, esta definición hace referencia a la interpretación subjetiva frente a la evolución de la enfermedad e incluye aspectos relacionados con la personalidad del paciente, los cambios que se generan en su vida, el soporte social recibido y percibido, y el momento del ciclo vital donde aparece la enfermedad. Schwartzmann (2003). En este contexto hablar de atención integral del paciente con cáncer supone considerar aspectos relacionados con su calidad de vida, remitiéndose a condiciones emocionales, ambientales, sociales y económicas que afectan la percepción sobre sí mismo y su salud. Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) destacan particularmente el papel de las relaciones sociales en el desarrollo y promoción de la calidad de vida, tanto al nivel del microsistema, como del mesosistema y el macrosistema.

De acuerdo con Hernández 2006, citado por (Hernández, Fernández y Irigoyen) la interacción médico-paciente es una relación social que se constituye en escenario principal de la intervención, donde se establecen reglas, se genera confianza y se construyen las comprensiones sobre la enfermedad y su tratamiento (Herrera, Gutiérrez, Ballesteros, Izzedin, Gómez y Sánchez, 2010). La comunicación, entonces, se vuelve una herramienta que posibilita al paciente conocer a cabalidad su estado de salud, sentirse escuchado y ser partícipe de su recuperación. En este sentido, la comunicación entre el paciente y el médico termina siendo fundamental y determina el nivel relacional en que se enmarca el contacto entre los dos individuos (Martín, González, Gómez, Fernández, Pajares y Moreno 2010).

Esta línea de trabajo responde al núcleo problémico *ciclo vital* de la línea de investigación de la Facultad de psicología de la USTA *Psicología, subjetividad e identidades*. El abordaje que propone la línea se centra en la experiencia del sujeto, los procesos referidos al ciclo vital y los significados a partir de los cuales construye subjetividad. En el caso particular de la relación médico-paciente y la calidad de vida del paciente, se ven

estrechamente relacionados con las interpretaciones del sujeto, que muestran una realidad co-construida desde esta interacción clínica y que posibilitan el conocimiento sobre el estado personal de la calidad de vida.

Ortiz y Ortiz (2007), señalan que esta relación clínica tiene influencia en la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica y que existe evidencia empírica sobre su asociación con la adherencia al tratamiento y la satisfacción frente al equipo médico. Del mismo modo, dicha relación se vincula en la participación del paciente sobre su propio cuidado, por ende, incide en que exista una disminución en las cancelaciones de las citas médicas, de tal manera que generan un cambio de perspectiva en la respuesta asistencial que puede derivar en un mejoramiento del nivel de bienestar subjetivo y por ende se esperaría que también en su calidad de vida. Desde esta lógica, se puede pensar que existe una relación entre distintos factores en el contexto clínico cuya comprensión puede facilitar el manejo de la enfermedad y el mejoramiento del paciente de forma integral, siendo la comunicación uno de estos.

Dicho lo anterior, para la psicología esta problemática es importante ya que favorecen no solo la integridad física del paciente sino que además tiene en cuenta lo emocional, por lo que es un elemento significativo la relación médico-paciente, ya que permite una re-significación en su proceso de tratamiento, desde una posición de carácter afectivo y emocional, con escenarios donde no solo el médico tenga un rol de cumplir con su diagnóstico sino que también hayan procesos de sensibilización que aporten a la calidad de vida de los pacientes.

Bajo estas premisas cabe plantear la siguiente pregunta ¿Cómo se comprenden los procesos de comunicación médico paciente y la calidad de vida en tres pacientes oncológicos adultos de Bogotá?

Objetivos

Objetivo General

Comprender los procesos de comunicación médico-paciente y la calidad de vida en tres pacientes oncológicos adultos.

Objetivos específicos

Reconocer el papel de la comunicación médico-paciente en el mejoramiento de la calidad de vida de los participantes.

Identificar las significaciones de calidad de vida de los pacientes oncológicos participantes en el estudio.

Marco Referencial

Marco paradigmático y epistemológico

Para el desarrollo de esta investigación se tiene en cuenta una comprensión paradigmática y epistemológica que asume el conocimiento como un proceso de construcción que tiene lugar en la interacción con el mundo y con las personas, que parte de la experiencia y que hace énfasis en la generación de significados a partir de preguntas y/o problemas que resultan relevantes para su cotidianidad. Desde esta perspectiva, Von Glasersfeld (2001), citado por Retamozo (2012), subraya dos cuestionamientos fundamentales para la postura constructivista: cómo el ser humano se conoce a sí mismo y cómo conoce la realidad, lo cual solo es posible a través de la propia experiencia, regulando las relaciones que tiene con el mismo, con la naturaleza y la sociedad (p.5). En ese orden de ideas, se entiende que el conocimiento se construye a través de lo que el sujeto ha vivido, considerando al ser humano como aquel que es capaz de construir y ordenar su propia realidad. Es así como Glasersfeld (1996) citado por Amado (2014) sugiere que cada persona “tiene la capacidad de construir su propia interpretación de realidad y a su vez hace parte de lo que observa, a medida que el sujeto cognoscente interactúa con su medio va generando construcciones conceptuales acerca de lo que conoce” (p.21).

De acuerdo con la anterior, se puede pensar que el propio sujeto se convierte en alguien activo el cual entra en interacción con la realidad, de tal manera que su visión y construcción de realidad que va generando se da a partir de ello.

Dentro de esta lógica constructivista y conociendo al individuo como dador de significados dentro de su contexto, la comunicación también termina cargada de estas interpretaciones, tal como lo menciona Glasersfeld, citado Pakman (1996) señalando que no es la comunicación lingüística lo que en realidad genera el significado, sino que es el propio sujeto quien en el lenguaje, incluyendo frases, textos, señales, oraciones, etc., construye de manera individual dicho significado, en otras palabras, el lenguaje es abstraído del propio mundo experiencial del sujeto y es entonces donde se puede hablar de la construcción de un significado. Cabe resaltar, que esta construcción no necesariamente va a comenzar desde un punto cero, sino que puede partir de un vocabulario y reglas anteriormente creadas en interacción con otros posibilitando que se cree nuevas combinaciones y conceptos.

Finalmente, tanto Piaget como Vigotsky (s.f) citado por Garza y Leyva (2012) expresan que ambos autores reconocen la importancia de la experiencia y el lenguaje, los cuales se encuentran ligados en la construcción de significados. De acuerdo con la forma en

que se da la relación con el contexto tanto la experiencia como las formas de narrarla se transforman.

Marco Disciplinar

A partir del trabajo sobre las categorías centrales de la investigación tales como calidad de vida, relación médico-paciente, y cáncer se realizó una revisión privilegiando en su abordaje la perspectiva disciplinar. En este apartado se presenta la conceptualización de cada una de estas categorías.

Calidad de Vida

El concepto de la calidad de vida según Urzúa y Caqueo (2012) surge en el contexto de la finalización de la Segunda Guerra Mundial, específicamente en los Estados Unidos, a partir de la preocupación de algunos investigadores el bienestar y las concepciones de las personas sobre su condición de vida y su economía. En los años sesenta el uso del concepto de calidad de vida se popularizó entre los investigadores sociales, que se enfocaron en establecer fuentes y estrategias para la recolección de información, definiendo indicadores que facilitaran su identificación y medición. De acuerdo con Arostegui (1998, citado en Gómez y Sabeh, 2000) estos esfuerzos “tuvieron su propia evolución haciendo en un primer momento referencia de las condiciones objetivas, de tipo económico y social, para en un segundo momento contemplar elementos subjetivos” (p.1).

La determinación de los niveles de calidad de vida únicamente con base en datos objetivos generó una visión parcializada del fenómeno. Bognar (2005) citado en Urzúa y Caqueo (2012), indica que los indicadores definidos en el marco de estos abordajes fueron insuficientes para dar cuenta de todo lo que abarca esta categoría. En función de lo anterior y a partir del interés de algunos psicólogos en el estudio de indicadores subjetivos para dar cuenta de la calidad de vida, se han venido incluyendo variables no consideradas anteriormente, tales como, la felicidad y la satisfacción de la persona.

De esta manera, entre los años 70 y 80 se empieza a dar un perfeccionamiento de lo que se puede entender al hablar sobre calidad de vida, y desde entonces, se ha dado el intento por consensuar dicho concepto en uno solo, pero los diversos autores y perspectivas hacen que sea algo difícil de conseguir.

Desde la aparición del término de Calidad de Vida, la Psicología ha tenido una fuerte influencia en la comprensión de esta categoría, lo que permite al profesional de esta disciplina tener un mayor manejo del término, pero hace difícil delimitar una única definición.

Borthwick- Duffy (1992), Felce y Perry (1995) citado por (Urzúa y Caqueo, 2012) señalan que las perspectivas que existen pueden ser agrupadas por las siguientes subcategorías:

a) Condiciones de vida.

Desde esta categoría se entiende que la Calidad de Vida equivale al conjunto de condiciones que son objetivas y medibles, como lo son la salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. La funcionalidad que existe bajo esta perspectiva permite comparar los indicadores de una persona con otra (Hollanflsworth, 1998, citado por Urzúa y Caqueo, 2012).

Aunque esta lógica permite la practicidad para la medición de conceptos, existen dificultades que obstaculizan la validez de la información recolectada. Edgerton (1990) citado por Urzúa y Caqueo, 2012) menciona que existen una varianza entre estas condiciones para la calidad de vida y los eventos subjetivos de bienestar, tal como se demuestra en los análisis sobre las condiciones objetivas de vida y las constataciones de los países con mayor nivel de ingreso, los cuales señalan que no existe una relación directamente proporcional cuando se mide con los habitantes.

Esta aproximación, aunque cuente con postura sobre lo objetivo y cuantificable, permite valorar en mayor medida las comprensiones y los significados generados por las personas sobre su propia experiencia de vida.

b) Satisfacción con la vida.

Se entiende a la Calidad de Vida “como un sinónimo de satisfacción personal” (Urzúa y Caqueo, 2012). Se puede decir que esta postura invita a pensar que la vida es la sumatoria de la percepción de distintos dominios de la vida. Levy y Anderson (1980, p.162) citado por Ardila (2003) señalan que la “Calidad de Vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad satisfacción y recompensa”. Al igual, también proponen, asumiendo la propuesta de las Naciones Unidas, que existen componentes para la Calidad de Vida: Salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestidos, ocio, y Derechos Humanos.

Esta comprensión también conlleva complicaciones, ya que simplifica el foco de interés al bienestar subjetivo, y no tener en cuenta las condiciones externas de vida, implicaría que todas las personas son capaces de abstraerse de su contexto económico, cultural, social, político o hasta de su estado de salud, para solo pensar en la satisfacción propia. Michalos (2004), citado por Urzúa y Caqueo (2011) señala que, si se mide la Calidad de Vida en general únicamente usando la satisfacción o felicidad reportada, se estaría asumiendo que las

personas tienen el mejor juicio de lo que es mejor para ellos y que es consciente de poder incrementar o disminuir su Calidad de Vida.

Por otra parte, Lawton (1984) citado por Moreno y Ximénez (1996) la define como “el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual”. Shin y Jhonson (1978) citado por Moreno y Ximénez (1996) señalan que “la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal y la comparación satisfactoria con los demás”. Estas definiciones señalan de manera frecuente aspectos como lo son el conocimiento y la experiencia previa del sujeto.

c) Condiciones de Vida y Satisfacción con la Vida. Ardila (2003) tomando estas dos grandes categorías, define a la Calidad de Vida como:

Un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (p. 4).

Esta definición realza las potencialidades del individuo, lo que también vincula de manera transversal a la realización personal, lo cual intenta mostrar de manera más amplia todo el fenómeno de calidad de vida, y no solo teniendo en cuenta una de las dos partes. De igual manera señala la importancia en las relaciones armónicas entre el contexto y la sociedad.

Surge entonces, a partir del reconocimiento de factores que inciden en la salud de la persona, el interés porque trabajar desde la psicología, una disciplina que pueda comprender este fenómeno más a fondo, por lo tanto, se empieza a hablar de la psicología de la salud, la cual se puede definir como:

La disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Oblitas, 2006, citado en Oblitas, 2008; p.4).

Dicho esto, esta disciplina incorpora un modelo que es distinto al tradicional y ya conocido modelo biomédico, el modelo biopsicosocial, quien según Oblitas (2007, citado en Oblitas, 2008,) tiene en cuenta factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales de la persona, reconociendo además su incidencia dentro de la enfermedad y el tratamiento. Al contrario del modelo biomédico, que solo considera decisivo en la vida de la persona las enfermedades que pueda llegar a tener, quienes se posicionan desde el modelo biopsicosocial, tales como Heman y Oblitas (2005, citado en Oblitas, 2008,) reconocen que “las expectativas de vida se han incrementado notablemente, como consecuencia de las mejoras en la salud pública y en el cuidado médico (p.12).

Comunicación Médico – Paciente

El trabajo del médico no implica solamente eliminar el malestar del paciente, sino también comprender sus percepciones sobre sí mismo y su enfermedad. Esto implica asumir que el paciente es un personaje activo de su propio proceso de recuperación, el cual se encuentra influenciado de manera transversal por la forma en como se establece y se reproduce la comunicación con el médico y todos los demás funcionarios de la salud.

Dicho esto, el concepto que se pretende estudiar en esta investigación hace referencia a la relación médico-paciente, la cual se establece en la comunicación constante entre los dos individuos involucrados en el contexto clínico. El ambiente médico exige a los profesionales envueltos en la atención primaria que la comunicación sea óptima con el paciente, lo cual permita ser asertivo y directo, pero al mismo tiempo ser apoyo al manejo emocional que puede causar la información entregada (García y Aguilar, 2009).

Travalline, Ruchinskas y D’alanzo (2005), citado por Blázquez, Feu, Ruíz y Gutiérrez (2012) señalan la importancia que juegan las prácticas comunicativas verbales y no verbales las cuales al ser contrarias (se dice una cosa, pero las formas de emitirlas son contrarias) interfieren en los significados del mensaje y, en consecuencia, en las acciones de los pacientes. Al mejorar la comunicación médico-paciente se ve mejorado la participación a la hora de tomar decisiones (Starfield, et al. 1981, citado por Blázquez, et al., 2012), mayor cumplimiento de las expectativas de los pacientes (Robbins, et al., 1993 citado por Blázquez, et al., 2012) y generar una mayor adherencia al tratamiento (Prados, 1992, citado por Blázquez, et al., 2012).

Desde esta lógica se puede señalar la comunicación asertiva como una de las herramientas necesarias para las prácticas médicas que influyen significativamente en el

trabajo con los pacientes. Se vuelve necesario comprender que este fenómeno, implica no solo conocer a la enfermedad que se padece y el tratamiento que se va a seguir, sino también la forma en cómo se comunica esto, ya que, si el diagnóstico se menciona en términos que produzca temor o miedo, el organismo no podrá encontrar recursos para defenderse. Por el contrario, si la comunicación se produce con afecto y calor humano, puede generar aceptación y confianza por el tratamiento (Saa, 2008).

Por otro lado, se comprende también que existe desde el paciente un gran interés sobre la importancia que le da el médico, que le proporcione información pertinente, que le transmita tranquilidad, que pueda aconsejar y al mismo tiempo que le permita decidir sobre cómo quiere proceder (Torres, Ortega, Coria, Hernández, 2006).

Siendo así, “Es sólo a través de la comunicación como los seres significativos para nosotros nos afectan y nosotros les afectamos a ellos” (García, 1995, p.8), reconociendo entonces, que el médico tratante se convierte en alguien importante para el paciente y se vuelve fundamental conocer, cómo él a través de la comunicación que tiene, influye en las emociones y calidad de vida de la persona durante su tratamiento. Por tal razón, si la comunicación que se da entre estos dos personajes no es la más adecuada, puede incidir negativamente en las emociones y en la salud del paciente. Agregando a lo anterior, Bloom (1982) asegura que un diagnóstico de cáncer genera una serie de emociones como es el miedo, ansiedad, rabia y depresión, lo cual afecta al paciente en sus diversas relaciones, principalmente de empatía con sus médicos tratantes, puesto que no los ven como alguien de confianza sino solamente como alguien que está cumpliendo su trabajo, por esto se propone el apoyo emocional dentro de esta categoría, el cual ha sido descrito como un “comportamiento que asegura al individuo que es amado y valorado independientemente de su deber profesional” (Bloom, 1982); por otro lado, Dakof y Taylor (1990) expresan que el apoyo emocional se trata de amor, preocupación, y brindar coraje a los pacientes con cáncer.

También se evidencia la importancia de tener en cuenta los factores ambientales en donde se da la comunicación, siendo estos influyentes a la hora de relacionarse con la información dada y con su médico (Rodríguez, Karts y Álvarez. 2011). Dentro de estos mismos se señalan la estructura del consultorio, la temperatura, la luz, el ruido ambiental que pueda existir. Todos estos escenarios donde se desarrolla la comunicación entre médico y paciente crean pautas relacionales de confianza, respeto y facilita la toma de decisiones sobre su propia enfermedad y tratamiento.

Psicooncología

El otro gran concepto que se trabaja en este estudio es el cáncer, el cual ha sido trabajado desde diversas disciplinas, una de ellas la psicología.

Siendo así, desde la psicología se comprende al cáncer como aquella enfermedad que incide en varios aspectos de la vida de una persona, especialmente tiene repercusiones en el área psicológica.

De acuerdo a ello, Rivero, Piqueras, Ramos, García, Martínez y Oblitas (2008) mencionan que a partir de los años 70 aproximadamente, hay un mayor interés desde la psicología por comprender más a fondo esta enfermedad; esto se da por diversos factores, entre ellos, es que surge una concientización y cambio de perspectiva sobre la forma en la cual se percibe al cáncer, es decir que se deja de pensar que quien padece de ella necesariamente va a morir; así como también a procurar que los cuidados sean más humanos y por último, el reconocimiento que hay variables psicológicas que son factores de riesgo para padecer esta enfermedad, y no necesariamente variables biológicas como anteriormente se entendía.

De esta manera, según Rivero et al. (2008) es que surge el término psicooncología, el cual aparece aproximadamente desde el año 1992, y tiene un rol fundamental en el área de la oncología, especialmente en tareas de soporte psicológico.

Teniendo entonces, la psicooncología una gran labor dentro del estudio de esta enfermedad, ya que “el dolor es uno de los temas más relevantes para el enfermo de cáncer...en la génesis y mantenimiento de todo tipo de dolor, los factores psicológicos juegan un papel muy destacado” (Rivero et al. 2008, p.188). Es así, como la psicología permite que la perspectiva y la experiencia de la persona que padece de cáncer durante su tratamiento sea diferente.

Es importante recalcar que desde el momento del diagnóstico y por supuesto, durante el tratamiento del paciente, una de las tareas más difíciles para él, es la toma de decisiones, ya que se encuentra dentro de un momento crítico y de confusión, por lo cual, es importante la información que se maneja durante todo esto, generando que la comunicación médico-paciente tome un gran valor dentro de su proceso de recuperación.

El ser diagnosticado con cáncer para una persona que se encuentra en la edad adulta se percibe como una crisis, convirtiéndose según Holmes y Rahe (1967) en la cuarta crisis que puede vivir un adulto, después de la muerte del cónyuge, la separación marital y la muerte de algún familiar (citado en Velasco 2001).

Dentro de los factores que influyen dentro de áreas de la vida del adulto que padece la enfermedad, es el de su vida profesional y su estatus socioeconómico, puesto que el propio tratamiento implica un gasto y demanda a la cual debe atender; de igual manera, el aspecto laboral, se verá afectado, ya que posiblemente sus planes referentes a esto se van a afectar.

Según señala Velasco (2001) en un alto porcentaje, el adulto se sentirá poco útil en el trabajo, de tal manera que esto llegará a influir en la dinámica familiar, intentando entre todos los miembros del sistema, encontrar un balance y una forma en la cual, él se pueda a volver a sentir valorado, y no sólo en esta área, sino que en los diferentes aspectos de su vida en general.

Lo anterior, se presenta en mayor medida con adultos que tienen una vida marital conformada, mientras que en el adulto que se encuentra soltero, le afectará la escasa red de apoyo con la que cuenta durante todo lo que tiene que vivir por causa de la enfermedad. Teniendo entonces, que buscar generalmente su familia de origen, abandonando de esta manera la independencia en la que anteriormente se encontraba viviendo.

Por otra parte, Velasco (2001) menciona que puede suceder en el caso del adulto que tiene cónyuge, el comenzar a ser infantilizado, tomando su pareja el rol de cuidado, llegando a modificar la relación, pasando de tener una simétrica a ser una complementaria, de tal manera que pueda disminuir su vida de pareja, ya que puede crear resistencia de perder su independencia reflejando ira y cierta agresividad con esta. Finalmente, cabe resaltar que las dificultades que supone este proceso para una persona en particular están asociadas a variables como el sexo, edad, estado civil, la vinculación a redes de apoyo y sus condiciones afectivas.

Marco Interdisciplinar

La salud y la enfermedad han sido temas de gran interés desde perspectivas como la medicina, la bioética, la antropología médica y la salud pública. Teniendo en cuenta su carácter interdisciplinar y la confluencia en ellas de las categorías de esta investigación, a continuación, se presenta una revisión de los planteamientos sobre estos temas con esta perspectiva, que además de aportar una comprensión más holística de las categorías a estudiar facilita la interlocución de la psicología con otros saberes y disciplinas.

Cáncer: causas y tratamiento de la enfermedad

El cáncer es un agrupamiento de enfermedades caracterizado como una proliferación continua de células anormales que pueden invadir o lesionar los tejidos de cualquier parte del cuerpo. Según Gandur, citado por el Instituto Nacional del Cáncer Argentina (s.f.), debido a que ocasionarse en cualquier parte del tejido corporal no existe un único tipo de cáncer, sino que dependerá su clasificación de acuerdo con el tejido y a la célula de origen.

El Instituto Nacional del Cáncer Argentina (s.f) reconoce la existencia de más de cien tipos de cáncer, sin embargo, dentro de los tres subtipos más conocidos se encuentran:

Los sarcomas, que proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo. Los carcinomas, que proceden de tejidos epiteliales como la piel o los epitelios que tapizan las cavidades y órganos corporales, y de los tejidos glandulares de la mama y de la próstata. Y en el tercer subtipo se encuentran las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas (p. 15).

Reconocer qué es el cáncer permite una mayor comprensión de las posibles causas y factores de riesgo que se pueden presentar para que una persona padezca de esta enfermedad. AL respecto, la American Cancer Society (2018) señala como factores más fuertemente asociados con el desarrollo de la enfermedad a los factores genéticos, factores del estilo de vida tales como tabaquismo, alimentación, infecciones, virus, traumas, e incluso exposición a ciertas sustancias químicas o radiaciones.

El diagnóstico del cáncer implica conocer la historia clínica del paciente, el examen físico, los signos y los síntomas actuales (Instituto Nacional del Cáncer Argentina, s.f). De esta manera, dependiendo de su causa-origen, el tipo de cáncer y su duración, se decide el tipo de tratamiento específico, dentro de los cuales según American Cancer society (2019) se destacan: la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, hormonoterapia y el trasplante de células madre.

El valor de la relación médico paciente: La perspectiva Bioética.

Es importante retomar desde la perspectiva Bioética porque es la manera por la cual se aborda la relación médico paciente desde la medicina.

Con lo anterior, tanto el diagnóstico como el tratamiento ponen en primer plano la relación entre ética y medicina, que atraviesa la interacción entre médico y paciente. La Bioética surge como un ámbito específico de la ética y de acuerdo con la Enciclopedia de Bioética es entendida como el “estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, en cuando que dicha conducta examinada a la luz de valores y principios morales” (Citado por Rojas y Lara, 2014; p, 92). Esta definición da cuenta de un ejercicio interdisciplinar del cual participan la medicina, ciencias biosanitarias, derecho, política, economía, filosofía, biología, psicología, antropología, sociología, bioquímica, estadística, ingeniería, y sobre todo la ética.

La palabra de “Bioética” fue acuñada por Rensselaer en 1970, citado en Rojas y Lara (2014) desde la bioquímica en el marco de sus investigaciones oncológicas. En artículos como *“Bioethics: The Science of survival”* y *“Bioethics: Bridge to the Future”* ya se señalaba la importancia de crear una disciplina que unifica varias con la intención de beneficiar al futuro de la especie humana. Si bien ya en 1927 Jahr había usado la palabra *“Bio-Ethik”*, este uso pasó desapercibido y solo fue reconocido posteriormente, al ser retomado por Potter. La propuesta de Potter tenía objetivos muy amplios los cuales señalaban el diálogo entre científicos y humanistas con la intención de preservar la humanidad de la autodestrucción y fomentar la calidad de vida. Hellegers en 1971, siendo un médico obstetra, usó este término para crear el primer instituto universitario en el *“Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics”* apelando a los sistemas éticos como orientadores de los descubrimientos científicos y técnicos al servicio del progreso humano (Ministerio de Salud Pública, 2014).

La Bioética comprende a la comunicación como una herramienta necesaria que posibilita la toma de decisiones, da sentido a las palabras del discurso, respetando la individualidad de la persona, al igual que el proceso de humanización (Garrafa, Albuquerque, 2001. citado en el libro de Lolas, 2001). Esto implica, dentro de la relación clínica una gran habilidad del médico para tomar decisiones que involucren la técnica, el conocimiento, la ética y la sensibilidad para el trato con el otro. Es necesario, entonces, que el médico sea capaz de imaginar el impacto que potencial que pueda tener sus acciones sobre los demás y ser empático con los procesos que vive el paciente.

Gajardo y Lavados (2010) mencionan que la relación médico-paciente, desde la Bioética, es una forma espacial de relación humana que cumple con ciertas características como lo son el respeto al ser humano enfermo, basándose en que antes que paciente es persona, por lo cual merece ser tratado con dignidad y que merece igual consideración que cualquier otro. El respeto y la confianza mutua, lo cual se vuelve imprescindible en la relación entre el paciente y el profesional siendo este el pilar más fuerte para que se pueda otorgar información del médico al usuario y viceversa. Por último, el respeto por la autonomía del paciente, que invita a pensar en él como un actor importante para el conducto que espera seguir en el tratamiento y que sea completamente libre si seguir o no con los procedimientos médicos.

Justamente el caracterizar la perspectiva bioética le da cierto marco a la relación médico-paciente, permitiendo resaltar que hay planteamientos en los que no interrogan las relaciones de poder que subyacen al ejercicio de medicina, por lo cual rescata la importancia de desarrollar una investigación como la que se realiza, ya que hay limitaciones existentes, por lo cual es importante reconocerlas, pues si bien la comunicación la entienden de manera unidireccional es necesario que se desarrollen marcos interpretativos más amplios que tengan en cuenta la perspectiva psicológica.

Prácticas culturales y sociales de cuidado de la salud: Antropología médica

La antropología ha buscado comprender, desde sus inicios, como el humano construye cultura desde el lugar que habita, las conductas que adopta en un momento histórico en particular y como está transformando las comprensiones y necesidades de cada sociedad. Fue esta la primera en otorgarle una posición epistemológica a la vida humana desde la experiencia, lo cual permitió entender cómo funcionan los pueblos y como se pueden relacionar entre sí, siendo estos de otros lugares y de otros tiempos.

Esta disciplina se contempla como un saber abierto de evolución constante que conlleva a confusiones y contradicciones con pensamientos que ya no encajan a la perfección como lo hacían años atrás, es por esto que, para entender actualmente a la antropología, se piensan en cuatro grandes campos de estudio, siendo estos la arqueología, la antropología biológica, la lingüística antropológica y la antropología cultural (Díaz, Aguilar, Linares. 2015).

Se entiende entonces que el abordaje antropológico de la salud pública reúne a los campos de antropología cultural y la biológica, creando a la antropología médica, el cual comprende tres componentes importantes que son la salud, enfermedad y atención. Esta

subdisciplina estudia dimensiones biológicas, psicológicas, culturales y sociales, desde el modo en cómo la persona y la sociedad entiende y experimentan la salud y sus problemas. También remite a los distintos sistemas, creencias y prácticas que envuelven este fenómeno (Díaz, Aguilar, Linares. 2015).

Esta postura comprende elementos personales, grupales y sociales donde lo que termina siendo el objeto de estudio es la realidad vivida y sentida por los actores del proceso referente a la enfermedad, salud y atención con la intención de llegar al significado de los códigos culturales involucrados, donde no existe una respuesta correcta sino preguntas pertinentes (Díaz, Aguilar, Linares. 2015).

En términos generales, la antropología médica comprende que el fenómeno de la salud va más allá de la recuperación de una enfermedad, sino también las interpretaciones sociales y grupales y las costumbres culturales, poniendo la atención prestada al mismo nivel que la enfermedad o la salud en general. Esto invita a pensar la necesidad de abordar la salud pública de manera integral y no solo desde la prevención del malestar físico, que se comprenda que no solo es la parte física la que se pone en riesgo, si no que existen otras áreas vitales que también están comprometidas cuando la salud de una persona se debilita.

Es importante considerar los aportes desde esta disciplina porque permite reconocer desde una perspectiva más amplia el sentido de las prácticas de cuidado y en ese contexto situar la relación médico-paciente para de esa manera entender el contexto amplio donde se inserta dicha relación que está atravesada por lo grupal y lo cultural de la sociedad.

Lo anterior rescata y está relacionado con la investigación debido a su interés en mirar la problemática de manera que pueda ser comprendida a partir de lo preventivo en contextos dirigidos no solo a individuos sino que también a grupos, en este caso a los pacientes con cáncer, para poder entonces tener una concepción más clara sobre la realidad de cada paciente respecto a lo referente a su enfermedad y todo lo que influye en la misma.

Resulta por ende importante analizar y comprender la enfermedad desde esta perspectiva en razón de que permite recopilar una información más amena a lo que consiste no solo con la sintomatología propia del paciente que padece cáncer, si no también con su sentir emocional, relacionado tanto con su entorno familiar, como clínico, en cuanto a lo que se evidencia en primer medida con el relacionar entre el médico tratante y el paciente.

Comprensiones de la salud y la enfermedad como objeto desde la salud pública

El cáncer al igual que otras patologías, se convierte en una enfermedad de interés en salud pública y como afirma Frenk (1988) deriva en una problemática de salud pública debido a que dicha enfermedad no sólo afecta a una población en concreto, sino que se extiende a diversas personas sin excepción alguna de raza, sexo, condición de discapacidad o edad lo cual conlleva a que el Estado preste una mayor atención a esta situación. A la diferencia de la medicina tradicional, centrada en el bienestar individual, la salud pública se involucra en un trabajo a nivel poblacional y por ello no se restringe al campo de acción clínica, sino que también opera en el campo administrativo, que al incidir en un nivel macroestructural de manera indirecta también promueve el bienestar de la persona.

Frenk (1988) señala el papel clave que juega el Estado desde esta perspectiva, ya que tiene una participación directa frente al financiamiento y la prestación de los servicios de salud. En esa vía, cualquier tipo de limitación que se presente frente a ello se debe en gran medida a que es el propio Estado quien asume el dominio de estos recursos y quien los destina en su mayor parte a servicios curativos personales.

Esta situación es de vital importancia puesto que si no fuera puesta en consideración como un asunto de salud pública, los recursos que el Estado garantiza de manera preponderante y específica para este tipo de enfermedades no serían puestos a disposición del sistema de salud y por supuesto de los individuos que se desenvuelven en este contexto, tales como los médicos, enfermeros e incluso psicólogos de la salud.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y protección social (2014), en el país 104 personas fallecen al día por esta enfermedad. Este resultado es una combinación de factores que incluyen: malos hábitos de la población como el consumo de tabaco, sobrepeso, la poca ingesta de frutas y verduras y el exceso de comidas rápidas, bebidas azucaradas y alcohol.

Otro de los factores determinantes está relacionado con los problemas de los servicios de salud en los ámbitos de la prevención, la detección temprana, el tratamiento y los cuidados paliativos. Es por esta razón que el cáncer ha sido observado como un asunto tan complejo e importante por parte del Estado colombiano, tal como se explicita en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que posiciona el cáncer como un problema de salud pública y orienta sus objetivos en función del control de riesgo, detección temprana y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de esta enfermedad.

Al ser el cáncer como una problemática de salud pública, el Estado colombiano a través de su Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología. (2012) ha buscado con la organización e implementación de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos

disminuir las barreras de acceso y los trámites administrativos para los pacientes con cáncer y sus familias; puesto que esto permite que las IPS se organicen para garantizar el acceso a los servicios que necesita el paciente de manera oportuna y brinden al usuario la mayor parte de los servicios requeridos para su tratamiento en una misma IPS, evitando los traslados y desplazamientos para recibir la mejor atención. Adicionalmente, según el Plan Decenal en Salud del Ministerio de Salud (2013) las EPS tendrán la obligación de expedir las autorizaciones de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) una única vez para los pacientes con cáncer. Esta autorización cubre la totalidad del tratamiento de quimioterapia y radioterapia cuando se trate de un cáncer que tiene una guía o protocolo de manejo unificado. Con estas disposiciones se busca promover un servicio de salud integrado e idóneo para generar una detección temprana, ejecutar una prestación debida en pro de los intereses de salud pública y de ese modo también contener la proliferación de la enfermedad.

Tener en cuenta esta perspectiva aporta a que se pueda entender y valorar la comunicación como elemento central de prevención e idónea atención, ya que el cáncer al ser un problema de salud pública permite asumir que todo lo que se realice en pro de mitigar sus efectos, secuelas o consecuencias, (incluyendo los procesos de intervención y prevención) hacen parte importante de aquellas situaciones propias de una política efectiva en salud pública.

Marco legal

Este trabajo de investigación reconoce la importancia de tener en cuenta los lineamientos normativos que rigen tanto los procesos de cuidado, tratamientos en salud, las disposiciones sobre salud mental, calidad de vida y bienestar de las personas. Por tal razón resulta pertinente remitirse a la Constitución política (Asamblea Nacional Constituyente, 1991) como referente fundamental, específicamente al artículo 48 que manifiesta la garantía de brindar seguridad social a toda la población colombiana y al artículo 49 el cual garantiza la atención en salud tanto fisiológica como mental, su promoción, protección y recuperación a cargo del Estado. La Constitución, en el artículo 366, también destaca como prioridad mantener el gasto público para el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida en los colombianos.

De igual manera, se incluye aquí la ley 100 de 1993 (Congreso de Colombia, 1993), que establece un conjunto de normas y procedimientos para poder brindar calidad de vida, especialmente cuando se presentan incidentes o contingencias que reducen la salud y la economía de las personas, de tal manera que pueda generar bienestar de manera individual

como colectiva. También se hace mención del Acuerdo 117 de 1998 (Ministerio de Hacienda, 1998) que regula todo el tema enfocado a enfermedades de interés en salud pública, incluyendo el cáncer.

De otro lado, cabe resaltar aquí la ley del psicólogo 1090 del 2006 (Congreso de Colombia, 2006) que en el título V formaliza los derechos, deberes, obligaciones y prohibiciones de los investigadores en psicología para poder entonces llevar un manejo ético en las diversas actividades que realicen. Al ser este trabajo una investigación con riesgo mínimo se toma en cuenta las consideraciones expresadas en el artículo 10 del mismo, el manejo adecuado para las personas que son partícipes del estudio y la información que se recoge para su realización.

En lo que respecta al sistema de atención en salud se retoma La ley 1122 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007) en la cual se reajustan ciertas modificaciones al sistema general de seguridad social en salud para una mejora en la prestación de sus servicios. En la misma línea, la ley 1384 de 2010 (Congreso de la República de Colombia, 2010) busca un mejor servicio integral en el control de cáncer para reducir la mortalidad y morbilidad en la población adulta, así como también calidad en el servicio a los pacientes oncológicos. Para dar mayor control a la enfermedad por interés de salud pública y prioridad nacional y definir el origen de los recursos financieros para su aplicación y sostenibilidad, se adoptó el plan decenal para el control de cáncer en Colombia que fue sancionado con la resolución 1303 de 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). La Resolución 1419 del 6 de mayo de 2013 (Ministerio de Salud y protección social, 2013) establece los parámetros para dar orden y gestión al servicio brindado a pacientes oncológicos, de tal manera que puedan obtener un servicio integral en sus monitoreos y evaluación. Cabe mencionar aquí la ley 1616 de 2013 de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) que propende por un enfoque promocional de la calidad de vida y de atención primaria en salud.

Finalmente, se reseñan la Circular 04 de 2014 (Superintendencia Nacional de Salud, 2014), que tiene el objetivo de vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud en pacientes oncológicos durante las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación sean las más adecuadas, accesibles y de calidad; la resolución 247 de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) que establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer, ante la Cuenta de Alto Costo, por parte de las IPS públicas, privadas y mixta; y la ley 1751 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) que reconoce a la salud como derecho fundamental en los colombianos.

Marco Contextual

En Colombia existe una incidencia de cáncer de 151.5 por cada 100.000 hombres y 145.6 por cada 100.000 mujeres, lo cual ha hecho que aparezca una gran cantidad de ofertas de servicio oncológico desde el sector privado. Desde el Plan decenal para el control del Cáncer 2012- 2021 se han propuesto metas como: Actualizar los estándares de habitación, así como la organización de la red de servicios para la atención integral del Cáncer en Colombia (Murcia, Aguilera, Wiesner, Pardo. 2018).

El Ministerio de Salud y Protección Social llevan el control sobre el cumplimiento de los estándares de calidad en el servicio, condiciones técnico-científicas, y regula la apertura y el funcionamiento de nuevos servicios de oncología habilitándolos desde El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (RESP). Este registro señala todas las ofertas registradas y autorizadas que son prestadores del servicio de salud desde cada departamento. Se identifican 1.780 servicios de salud habilitados en el territorio colombiano para la atención de pacientes oncológicos, siendo estos 63.000 nuevos anuales (Murcia et. al. 2018).

Los participantes convocados para esta investigación no se encuentran vinculados a una única institución, pero responden al esquema de atención planteado por el Plan decenal para el Control del Cáncer 2012-202 que tiene los siguientes lineamientos estratégicos:

1. Detección Temprana
2. Atención, Rehabilitación y superación de los daños causados
3. Cuidados paliativos
4. Gestión del conocimiento y tecnologías
5. Formación del talento humano.

Estos lineamientos están diseñados con la intención reducir la incidencia, mortalidad y discapacidad, así como mejorar la calidad de vida de niños y adultos que tienen la enfermedad (Defensoría del Pueblo, 2018). Este plan tiene que ser cumplido desde la nación, las entidades Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Al igual que las Empresas Administradoras de Riesgos Laborales, y las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPS).

En la ciudad de Bogotá han sido registrados 423 servicios para la atención oncológica, sin embargo, siendo en su mayoría instituciones privadas con un 91.1%, el 7.9% de empresas públicas y un 1.0% de entidades mixtas.

Antecedentes investigativos

La relación entre comunicación médico-paciente y la calidad de vida del paciente oncológico ha sido tratado desde otras disciplinas de la salud, como lo es la enfermería y medicina, sin embargo, no es un tema que se haya abordado directamente, por lo cual la revisión teórica que se hizo da muestras de que estos dos fenómenos se encuentran relacionados de forma transversal.

Se encuentra, principalmente a García y Alvarado (2009) en su artículo sobre *la comunicación en la relación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico* señalan que la comunicación es de vital importancia entre el médico oncólogo y su paciente, sin embargo se vuelve compleja al momento de lidiar con la demanda del paciente, ya que en el paciente oncológico, no sólo tiene la necesidad de conocer los procedimientos y las habilidades técnicas del médico, sino también que las conductas del equipo de atención médica lo hagan sentirse apoyado y comprendido.

Del mismo modo y relacionado con la comunicación, en el trabajo investigativo de Navarro, Limonero, Mate y Gómez (2010) llamado *Necesidades de Comunicación e Información en el paciente Oncológico superviviente* tienen como objetivo conocer las necesidades de comunicación que existe en los pacientes oncológicos en fase de supervivencia y si existe alguna diferencia en otras fases de la enfermedad. Para cumplir con esta intención crearon un cuestionario que señala la frecuencia y la importancia de la comunicación médico-paciente y fueron repartidos a 85 pacientes con cáncer. Encontraron que existe una necesidad clara sobre ofrecer a este tipo de pacientes una atención continua donde se muestre la comunicación desde las necesidades referidos por ellos que permita que cada consiga recursos personales y que les posibilite afrontar posibles problemas tanto psicológicos como sociales asociados a la enfermedad.

Esta información encontrada en la anterior investigación concuerda con el estudio de Kerr, Engel, Schlesinger, Sauer y Holzel (2003) nombrado *Communication, Quality of life and age: Results of a 5-year prospective study in breast Cancer Patien* en el cual se hizo una observación en pacientes con cáncer de mama donde se llevaban cuestionarios como el QLQ-C30 durante 5 años con la intención de conocer a largo plazo el efecto de la comunicación en la calidad de vida de estos pacientes y la relación que pudiera tener la edad en esta misma. Dentro de los resultados vieron una mayor necesidad en las prioridades sociales y psicológica a los pacientes por debajo de los 50 años, señalando una necesidad por la comunicación. A las personas por encima de los 50 años la calidad de vida se veía un poco inferior al anterior

grupo, siendo también la comunicación insatisfactoria. Como conclusión se estableció que la comunicación es vital en las habilidades clínicas y que cumple un rol en la calidad de vida de los pacientes.

Sánchez, Sirgo, Francisca, Leon, Lacorte y Salamero (2005) con su trabajo titulado *Preferencias de Comunicación y apoyo de Pacientes Oncológicos Españoles* el cual tiene como objetivo encontrar mejoras en los instrumentos de medición de la comunicación entre médico-paciente oncológico y una relación entre este tipo de comunicación y variables sociodemográficas, clínicas y de calidad de vida, para el cual se tomaron 180 pacientes oncológicos tratados de diferentes centros de Cataluña, mayores de 18 años. Se encontró que los pacientes valoran en mayor medida que la información que les brinden sea completa, sin embargo, también encontraron una importancia en que existiera un apoyo emocional y que el lugar en donde son atendidos fuera el adecuado.

Al igual se encuentra que dentro de la investigación de Rodriguez, Gambino, Butow, Hagerty y Arnold (2006) titulada *Pushing up Daisies: Implicit and Explicit Language in Oncologist-patient Communication about Death* en el cual se tuvo como intención encontrar en el lenguaje de los médicos y pacientes los significados cuando se habla de muerte. Se investigó con 29 adultos con cáncer incurable y médicos oncólogos, en el cual se realizaron entrevistas y técnicas de análisis del discurso. Dentro de las conclusiones se encontró que los participantes usaban sinónimos a muerte o incluían lenguaje implícito para referirse al tema. Los médicos usan un lenguaje explícito más frecuente que los pacientes con cáncer al momento de referirse a la muerte, sin embargo, la información entregada relacionada a la muerte si usan un lenguaje implícito con la intención de mitigar el mensaje y que no sea tan contundente para el paciente.

Lo anterior, también es señalado en la investigación sobre *Cuidados Continuos. Una Necesidad del paciente oncológico*, desarrollada por Valentín, Murillo, Valentín y Royo (2004) explicando que los pacientes oncológicos presentan ciertas demandas en sus cuidados que van más allá de la atención física de la enfermedad teniendo en cuenta necesidades psicosociales, como por ejemplo un soporte emocional, el cual sea sistemático y constante. De igual forma, señalan la importancia que los cuidados tienen que ir evolucionando según el estado actual de salud del paciente.

En la investigación de *Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia* hecha por Cruz, Moreno y Angarita (2013) toma como categorías a evaluar las características relacionales entre el médico y el paciente y el estilo comunicativo que se tiene a la hora de la

intervención la cual tiene como objetivo realizar la medición de calidad de vida en pacientes con distintos diagnósticos de cáncer y que se creó el cuestionario de EORTC QLQ-C30 a 40 personas diagnosticadas con cáncer, se encontró que en el proceso evolutivo de los pacientes oncológicos, la calidad de vida se ve deteriorada, lo cual, contar con esta información a tiempo, permite a los funcionarios de la salud a planear estrategias interventivas que permitan mejorar esta misma. De igual forma se ve necesario que se chequee también la calidad de vida de los pacientes rutinariamente, para determinar cómo el tratamiento está afectado en las percepciones subjetivas sobre su vida.

Esto también se pudo evidenciar en la investigación de Velikova, Booth, Smith, Brown, Lynch, Brown y Selby (2004) titulada *Measuring Quality of Life in Routine Oncology Practice Improves Communication and Patient Well-Being: A Randomized Controlled Trial* En la cual participaron 28 médicos oncólogos, 286 pacientes con cáncer, que fueron asignados aleatoriamente. Dentro de las conclusiones se señala un impacto positivo en la comunicación entre el médico y el paciente, siendo estos, de mayor beneficio a unos pacientes que a otros; de igual forma, también se evidenció una mejora en la calidad de vida relacionada con la salud y el funcionamiento emocional.

En esta misma línea, dentro de la investigación de Williams, Weinman y Dale (1998) denominada *Doctor-Patient communication and patient satisfaction: a review* realizaron una revisión literaria en la cual su objetivo era investigar qué comunicación y así mismo qué comportamientos el médico tiene con su paciente que afecten de manera significativa la satisfacción de dicho paciente. En sus hallazgos se evidencia que suelen haber contradicciones, puesto que para unos pacientes es positivo que su médico realice más preguntas, para otros esto es negativo; lo mismo sucede con la provisión de información que se les brinda, no todos los pacientes muestran mayor satisfacción por obtener conocimiento más amplio sobre su situación. Por otra parte, la expresión de afecto y la empatía durante las consultas por parte del médico son factores importantes los cuales se relacionan a mayor satisfacción del paciente.

Por otro lado, Bermejo, Villaceros, Carabias, Sánchez y Díaz (2012) en su investigación titulada *Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: Nivel de información y actitudes observadas* pretende determinar el grado de conocimiento que tiene cada paciente y familiar sobre el diagnóstico y la posible consecuencia de la enfermedad tanto al ingreso como al ser dado de alta, al igual que conocer las actitudes de los familiares y profesionales frente a la conspiración del silencio. Para esto se creó un estudio observacional descriptivo y

longitudinal de la población de pacientes ingresados en un centro oncológico, sus parientes y el equipo de atención a la salud. Se encontró que solo el 14% de los pacientes que llegan a centro de atención médica conocen su situación de salud, y los que avanzan en el proceso de recuperación, solo el 18.4% conocen a profundidad su estado completo de salud, esto quiere decir que la mayoría de los pacientes que ingresan no son informados por completo de cómo se encuentran en su proceso de enfermedad, sino que intuyen o creen que se encuentran, esto en términos general dificulta que el paciente se vuelva un actor participante de su recuperación y que no se tomen las decisiones de acuerdo a las necesidades del mismo.

Sin embargo, en la revisión teórica de Echegoyen y Camacho (2011) llamada *Calidad de Vida y Cáncer Pulmonar* en el cual se indaga sobre el concepto de calidad de vida y la aplicación de esta en enfermos de cáncer pulmonar. Se encontró que la interpretación entre el estado de salud y calidad de vida comprende dilemas tanto técnicos, como conceptuales y éticos, ya que desde varias disciplinas se han pensado esta relación, pero en ninguna de estas se ha profundizado la percepción del paciente. De igual forma se señala que existen tres grandes problemas a la hora de valorar la calidad de vida, siendo la dificultad de conocer la percepción subjetiva del paciente frente a su enfermedad, la conducta del médico la cual influyen en esta misma percepción y las complicaciones que conlleva cuantificar la calidad de vida de forma válida.

Al igual que los autores anteriores, Zaider, Triviño y Sanhueza (2005) en su trabajo de *Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería* se tiene como objetivo plantear una relación entre los modelos y las distintas teorías que convergen en las conductas y acciones de personas que sufren de cáncer que pueden influir en su estado de salud mostrando las herramientas que posibilitan la supervivencia del paciente. Se señalan teorías relacionadas con el autocuidado, incertidumbre, estrés, afrontamiento de crisis y el modelo de creencias en salud. La intencionalidad de este estudio, de forma práctica, es visibilizar la relación existente entre las prácticas terapéuticas del cáncer y la presencia de la enfermería en estos casos, buscando mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado, la investigación de Fernández, Padierna, Amigo, Pérez, Gracia, Fernández y Peláez (2006) titulada *Calidad de vida informada por pacientes oncológicos paliativos. Relaciones con el informe médico y estado emocional* analizó los datos clínicos acerca de la calidad de vida que se informaba sobre los pacientes oncológicos remitidos a cuidados paliativos, para esto se pidió a 107 pacientes oncológicos contestar los cuestionarios de QL-CA-AFex, HAD y Duke-UNC y un protocolo clínico. Se encontró que el cuestionario QL-Ca-Afex es una herramienta valiosa para tomar en cuenta desde el equipo médico el cual

posibilita la toma de decisiones de manera más eficaz y estableciendo prioridades. De igual forma se encontró que en áreas específicas de la calidad de vida del paciente oncológico, no se ven afectadas, sin embargo, en términos generales si se ve deteriorada.

Se puede decir que ha sido de interés conocer estos datos referente a la a la calidad de vida del paciente oncológico, por lo cual también lo señala en el estudio realizado por Castañeda, Shea, Narváez, Lozano, Castañeda, y Castañeda (2015) titulado *Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico* el cual propone que es necesario evaluar constantemente la calidad de vida de los paciente para conocer el estado general de los internos en cuidados paliativos y saber qué camino podría tomarse teniendo en cuenta su postura. Reconocen que el trabajo de atención del paciente paliativo representa un trabajo multidimensional y multidisciplinar para generar un abordaje integral. Como conclusiones presentan que no es necesario que los tratamientos o las evaluaciones sean complicadas o costosas, ya que con esto evitan también que se complejiza el trabajo y traiga otras posibles consecuencias negativas para el paciente.

Por otra parte, señalando a la relación médico-paciente, Mucci (2007) se enfocó en identificar las características interaccionales de este tipo de relación y en rol de cada uno en el proceso de enfermería en su trabajo llamado *La Relación médico-paciente ¿Un vínculo distinto o distante?* Se basó en los procesos comunicacionales, la toma de decisiones y las percepciones que son habituales en los pacientes. Señala que siendo la enfermedad un momento donde las posibilidades físicas y mentales del que lo padece se ven afectada poniendo en riesgo muchas de las esferas del humano y en algunos casos llegando a la muerte. Es necesario que el rol del médico sea propositivo y que le permita al paciente recibir una atención de calidad y creando una interacción empática para que el proceso se pueda manejar con mayores facilidades.

Se encontró que, en la investigación de Epstein, Duberstein, Fenton, et. Al (2017) titulada *Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Utilization in Advanced Cancer* se basó en combinar los tratamientos de quimioterapia con la intervención centrada en el paciente con la intención de encontrar nuevas formas de mejorar la calidad de vida del paciente oncológico, por lo cual se unió también a todo el equipo de salud y en mayor medida al médico oncológico tratante dándole entrenamiento sobre la forma en cómo podría comunicarse con los pacientes. Los resultados fueron estadísticamente significativos en los procesos comunicacionales entre el médico y el paciente. Las conclusiones de esta investigación están ligadas a que incluir la intervención centrada en el paciente en los procesos de terapia

oncológica permiten mejorar la comunicación entre médicos y pacientes, sin embargo es necesario afinar el enfoque y en el tiempo dedicado para promover la comprensión compartida de los participante y notar un cambio en su calidad de vida.

Bascuñán (2004), conociendo el interés que existe en la relación del médico y el paciente propone en su investigación sobre *Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos* conocer si el cambio en estilo de la relación médico-paciente influye en la satisfacción de los médicos tratantes, colocando entonces, al médico como un ente emocional y sensible a situaciones de su área de trabajo. Tiene como objetivo explorar y describir las comprensiones que tienen un grupo de médicos chilenos de la Región Metropolitana sobre el cambio en las relaciones clínicas y el impacto que tienen en la satisfacción en su profesión. Se encontró en este que tanto el médico como el paciente necesitan tener un espacio de atención donde el médico no siempre tenga la razón en cómo se debe tratar, poniendo en peso la postura del paciente, pero que este también pueda cambiar sus expectativas a lecturas más realistas de los alcances de la medicina.

Por último, se encontró la revisión teórica realizada por Arzate, Ochoa, Alvarado (2013) titulada *La Relación Médico-paciente-familia en Oncología* en la cual se encontró que dentro de la literatura existe una importancia grande en apoyarse en el médico tanto para la familia como para el paciente a la hora tomar decisiones y que es responsabilidad del equipo de salud en generar un vínculo con la familia y paciente donde se cree el respeto y una comunicación asertiva.

Metodología

Tipo de investigación

La metodología en congruencia con el paradigma constructivista elegido para el estudio, señala que el conocimiento es un proceso construido en la interacción con su ambiente, haciendo hincapié en la experiencia de cada participante para la creación de pautas comunicativas con su médico tratante durante la enfermedad y el efecto en su calidad de vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede entender al constructivismo, a partir de los planteamientos de Ceberio y Watzlawick (1998) que definen la realidad como aquella construcción que se hace de manera individual y que además se co-construye con la interacción con el medio. Es así, que durante la interacción entre sujeto-medio, dicho sujeto va intercambiando la información permitiendo que de tal manera se construya la realidad.

De igual forma, los investigadores también entran dentro de esta construcción de realidad, ya que son quienes observan el fenómeno, pero también se vuelven parte del mismo.

Maturana (1998) menciona que “el acto de observar consiste en una distinción de una distinción, observar el acto de observar es un proceso reflexivo” (P.156), esto quiere decir que el investigador hace parte de lo investigado, lo cual se encuentra en las distinciones que hace dentro del trabajo investigativo, por lo cual habla de sí mismo tanto como investigador y como persona.

El investigador a partir de sus creencias, sus técnicas investigativas, los análisis de la información que crea, la forma en como conoce y se relaciona con el mundo, le permite hacer interpretaciones de la realidad que investiga de forma particular y al mismo modo crea nuevos significados o conocimientos en el contacto de diferentes actores presentes en la investigación.

Siguiendo esta línea, el presente estudio se basó en el modelo cualitativo de investigación, que según Hernández, Fernández y Baptista (2014) se caracteriza por la forma en la que se recolecta datos teniendo en cuenta las perspectivas y significados que los participantes han creado. De lo anterior se tiene en cuenta cómo la persona ha vivenciado o experimentado el fenómeno para poder entonces obtener un panorama más completo de dicha experiencia. Se eligió este tipo de investigación con el propósito de abordar de manera más amplia y aprovechar los aportes de cada participante. En esta vía según Gergen, Josselson y Freeman (2015) la importancia de la investigación cualitativa es que ofrece múltiples maneras de recolectar y exponer esas particularidades que hay en la humanidad, generando una cantidad de información, que nutre y enriquece de valioso conocimiento. Así mismo las ventajas de hacer investigación cualitativa incluyen:

- Flexibilidad para seguir ideas inesperadas durante la investigación y explorar procesos efectivamente.
- Sensibilidad a los factores contextuales.
- Capacidad para estudiar dimensiones simbólicas y significado social. (Conger, 1998; Bryman y col., 1988; Alvesson, 1996, citado por Ospina, 2004, p.2)

De este modo, se posibilita el análisis de la subjetividad del paciente oncológico que ha vivenciado en su tratamiento, dando un lugar central a la reflexión del equipo investigador con respecto a los resultados y el proceso de investigación en sí.

Participantes

Las participantes que hicieron parte del estudio fueron tres mujeres, dos de ellas sobrevivientes de cáncer, es decir ya no tienen signos de cáncer (34 años y 60 años) y la tercera participante (25 años) aún continúa en tratamiento de quimioterapia, fase III que se denomina mantenimiento. Para esto se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

En esta investigación se incluyeron como participantes personas (hombres y mujeres) con diagnóstico de cáncer o sobreviviente de cáncer en el ciclo de la adultez (entre 25 y 60 años) sin discapacidad cognitiva y con un período de tratamiento no inferior a cinco (5) meses realizado por el mismo equipo médico. Teniendo en cuenta lo anterior, se procedió a elegir, de manera intencional, un número de pacientes no menor a tres (3) los cuales contaron con las características ya mencionadas posibilitando reconocer así sus particularidades. Mertens (2010) citado en Hernández et al. (2014) señala que, por sus características, la investigación cualitativa requiere condiciones más flexibles, por lo cual depende de los investigadores el tamaño de la muestra, evitando la repetición de información que no aportan novedad a la investigación.

Criterios de exclusión

Respecto a los criterios de exclusión se toma en cuenta que los participantes no se encuentren en el ciclo vital de infancia, adolescencia y adultez mayor; otro criterio de exclusión que se tuvo en cuenta es que los participantes no tengan algún tipo de condición de discapacidad cognitiva, con la intención de responder a la pregunta problema planteada para la investigación.

Por último, se garantizó que la entrevista fuera aplicada en un espacio seguro para cada participante, de tal suerte que tanto entrevistado como entrevistador tuvieran las comodidades necesarias para responder sin inconvenientes y se pudiera manejar cualquier eventualidad sin problema alguno. Esto se logró efectuar ubicando rutas de atención desde un principio en caso de desborde emocional; además los investigadores realizaron un curso online de buenas prácticas clínicas con una intensidad de 8 horas de tal manera que se genere precauciones y elementos para evitar cualquier eventualidad. (Ver anexo 5)

Diseño

En esta investigación se utilizó un diseño narrativo, el cual facilita el abordaje de las vivencias, sentimientos y emociones contadas y centradas a partir de narrativas de quien lo experimentó para poder entonces darle a través del lenguaje una aproximación de su realidad y la significación que le ha dado a la misma. (Czarniawska, 2004, citado por Hernández et al., 2014).

En este caso, se trabajó a partir del diseño narrativo tópico que como destaca Mertens (2010) citado por Hernández et al. (2014), apunta al trabajo focalizado sobre una temática o suceso en específico, permitiendo profundizar en la percepción del papel de la comunicación médico-paciente y en el desarrollo del proceso de tratamiento y la calidad de vida del paciente oncológico. De esta manera, es posible entretejer una lectura general a partir de las narrativas individuales.

Estrategias de construcción de la información

Dado el tipo y el diseño de investigación elegida para el desarrollo de los objetivos del proyecto, se escogió como estrategia de construcción de la información la entrevista semiestructurada, ya que:

Presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. (Díaz, Torruco. Martínez. Valera, 2013; p. 163).

En dicha entrevista se pretendió conocer las narrativas del paciente frente a su vivencia en el contacto frecuente con el médico, el tipo de significados atribuidos a la enfermedad y en general la significación del nivel de calidad de vida en el marco del tratamiento. Para la organización de la entrevista y los focos a tratar con la población, se formularon 16 preguntas referidas a la categoría *Comunicación médico-paciente* y 12 preguntas correspondientes a la categoría *Calidad de vida*. Estas preguntas fueron sometidas al procedimiento de validación por jueces expertos, con la participación de un docente psicólogo de la Universidad Santo Tomás con amplia trayectoria en el campo de la psicología de la salud (Anexo 1) los cuales desarrollaron una serie de sugerencias para la aplicación de las mismas (Anexo 7). Lo anterior favoreció una selección cuidadosa de las preguntas para poder obtener la mayor información sin desviar o afectar en alguna medida a los participantes. En promedio la duración de la entrevista fue de 30 minutos. En la tabla 1 se resumen las

preguntas eje que guiaron la realización de la entrevista semiestructurada (Anexo 2). Cabe aclarar que las preguntas fueron sometidas a retroalimentación para dar cuenta su pertinencia, relevancia y articulación con el desarrollo de sus objetivos específicos y problema de investigación; esto aportó que a partir de las categorías, emergieran unas subcategorías coherentes con la conceptualización de las mismas.

El desarrollo de la entrevista se articula con el proceso de conceptualización realizado en el marco teórico frente a cada una de las categorías. Las preguntas se usaron como guía, teniendo en cuenta que una entrevista semiestructurada puede variar de acuerdo al contexto en el que se hace, de tal manera que se rescatan las narrativas que traen consigo cada participante en su vivencia acerca de su enfermedad, esto también permite generar una conversación que da paso a las emergencias de las participantes.

Tabla 1.

Preguntas orientadoras de la entrevista semiestructurada

Contextualización acerca de la experiencia de enfermedad y tratamiento	Este apartado tiene preguntas orientadas a dar cuenta del proceso de su enfermedad, la construcción que ha hecho acerca de la misma y el reconocimiento que hace acerca de a quien reconoce como parte de su equipo médico y cómo construye la historia de su situación. - ¿Cómo y cuándo comenzó la enfermedad? - ¿Cómo ha sido el tratamiento? - ¿En qué momento del proceso está o considera que está? -Describa a su equipo médico
Apoyo emocional Bloom (1982); Dakof y Taylor (1990)	- Cuando el médico se acerca a usted ¿cómo espera que lo trate? - ¿Cómo se siente usted cuando su médico

	demuestra preocupación por su estado de salud? - ¿Cómo se siente cuando su médico se ofrece a informarle a su familia de su estado de salud? - ¿ha sucedido algunas veces que el médico le proponga hablar sobre cómo se siente frente a la atención prestada durante el tratamiento? - ¿El médico indaga sobre su vida o se enfoca únicamente en lo relacionado a su salud?
Comunicación asertiva (Saa, 2008).	- ¿Alguna vez ha tenido la necesidad de reclamar por alguna información que no se le fue suministrada? ¿Cómo fue? ¿Ha sido más de una vez? - ¿Siente la comodidad de preguntarle al médico alguna preocupación o duda que tenga? - ¿Se siente satisfecho con el tiempo que le dedica su médico a responder todas las dudas que le surjan? - ¿El médico se ofrece a contestar sus preguntas?

Factores ambientales (Rodríguez, Karts y Álvarez. 2011).	- ¿Considera que su relación es más cercana con su médico al avanzar el tratamiento o ha pasado lo contrario? ¿Por qué? - ¿Confía en los tratamientos a seguir y en el médico que lo atiende? - ¿Se siente cómodo y tranquilo en el lugar donde le suministra la información de su estado de salud su médico? - ¿Se siente satisfecho con la atención que le presta su médico?
Condiciones de vida (Hollanflsworth, 1998, citado por Urzúa y Caqueo, 2012)	-¿Qué cambios ha sentido en su cuerpo desde que inició el tratamiento? -¿Qué actividades dejó de hacer o realiza a partir del tratamiento? -¿Existe alguna diferencia en la forma en cómo se relaciona con las personas? -¿El tratamiento ha afectado su economía?
Satisfacción con la vida Levy y Anderson (1980, p.162) citado por Ardila (2003)	-¿Siente que puede ayudar a las demás personas en diferentes aspectos? -¿Su salud ha generado que cambie sus actividades que disfrutaba realizar?

	-¿Qué proyectos tiene a futuro? -¿Qué momentos tiene para descansar?
Recurción entre la: Condiciones de vida y Satisfacción con la vida Ardila (2003)	-¿Las personas cercanas le comunican de forma positiva sus sentimientos? -¿Considera que su vida es tranquila? -¿Siente que puede comunicar sus sentimientos y emociones a las personas cercanas a usted?

Fuente del cuadro: Elaboración propia.

Procedimiento

Para el desarrollo de los objetivos de la investigación se planteó un procedimiento organizado en seis fases.

Fase 1: Revisión teórica y creación del proyecto

Para la primera fase del proyecto de investigación se logró hacer un bagaje teórico y conceptual de los fenómenos de calidad de vida y comunicación médico paciente, al igual que la relación que puede existir entre ellos. De igual forma, señalar la pertinencia que existe en estudiar a los mismos y su relación para la disciplina.

Fase 2: Acercamiento y consentimiento informado

Para este primer acercamiento, se logró que las participantes conozcan a los investigadores y generen confianza, al igual que se presente el consentimiento informado (Anexo 3), y se acepte el tratamiento de la información que se brinde. Esto con la intención de crear un ambiente propicio para que los participantes al momento de realizar la entrevista

hayan conseguido familiarizarse con los entrevistadores y con el tema de preguntas que posteriormente se iban a realizar.

Fase 3: Construcción de la información

Para esta fase, se dio la realización de la entrevista a todas las participantes, a partir de eso, se recogieron todos los datos suministrados con el instrumento usado (entrevista semiestructurada) y por último se les informó acerca un próximo encuentro para realizar la devolución de resultados al finalizar la investigación y analizar los datos.

En el momento de la entrevista y actuando bajo los principios de confidencialidad, se informó al participante y se hizo firmar el consentimiento informado donde cada participante aceptaba ser grabada en registro de audio para poder recopilar mayor información. Esta grabación se usó para facilitar la transcripción y poder seguir con la siguiente fase de la investigación.

Fase 4: Análisis de datos

La información cualitativa se organizó por las categorías relación médico-paciente, percepción de la comunicación por parte del paciente, percepción del estado de salud del paciente, percepción de bienestar. Para esto, se crearon dos matrices donde se muestra la información recolectada de manera concreta y se codifican los datos para su respectivo análisis.

En la primera matriz se consignó el análisis de datos por cada participante, y posteriormente se realizó una segunda matriz que profundizó en el análisis de las categorías a partir del análisis de las narrativas de los participantes.

Fase 5: Devolución de resultados

En esta parte, se realizó la devolución de los resultados con su respectivo análisis, la cual se entregó cada una de las participantes de manera presencial e individual dando una explicación sobre los hallazgos de la investigación. Para esto se entregó como parte de la devolución de resultados un folleto para cada participante en el cual se recopilaron dichos hallazgos y conclusiones. (Anexo 6) Durante la entrega se resolvieron dudas y se realizó una reflexión que hizo parte del acta que firmaron las participantes al finalizar el encuentro.

Finalmente se agradeció a cada participante por haber sido parte de manera voluntaria en el estudio ya que a partir de ello se obtuvo información valiosa que permitió nutrir la investigación.

En esta última fase, se terminó de organizar el trabajo a cabalidad, dando muestra de las correcciones hechas por los docentes presentes en los distintos escenarios de socialización de la investigación.

Tabla 2.[illegible]

Fase 5: Conclusiones , limitaciones, aportes a la disciplina, y devolución de resultados											
Fase 6: Entrega final a los jurados											

Fuente: Elaboración propia.

Metodología de análisis de datos

En este punto, los datos obtenidos a través de la entrevista se realizó un análisis de datos cualitativos, ya que, como menciona Miles y Huberman (1994) citado por Hernández et al. (2014) es necesario revisar transcripciones y demás métodos usados para la recolección de información, dividirlo por temas significativos, manteniendo la relación de estos, llegando a comprender cómo se combinan y qué reflexión se puede conseguir. Todo lo anterior se da a partir de un análisis matricial de contenido (Anexo 4), que según Krippendorff (1990, p 28) citado por Jaime Andréu Abela (2018) es “una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”, en el cual se establecen unidades de análisis del discurso para codificar los datos y de esta manera recuperar significados dentro de un texto.

Consideraciones éticas

Es de gran importancia tener en cuenta algunas consideraciones que promuevan la integridad de los participantes de manera holística, respetando en todo momento sus derechos y la información que se recolecta, por este motivo se promueve un manejo responsable durante todo el desarrollo de la investigación para generar el menor impacto en la sociedad, así como también el cuidado que debe tener el estudio desde lo socioafectivo.

Calificación del riesgo

La presente investigación se rige a partir de la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, en el artículo 11 del mismo; dicho esto, se reconoce que se trata de una investigación con riesgo mínimo ya que únicamente se trabajará con los participantes a través de la observación, entrevistas y cuestionarios, sin afectar, diagnosticar, ni tratar de manera rutinaria a los pacientes, por lo tanto no habrá modificación dentro de su conducta o algo que requiera un procedimiento mayor que ponga en riesgo o afecte la salud de los mismos, puesto que finalmente se pretende con la información obtenida generar aportes a partir de una caracterización sobre la relación entre la comunicación médico-paciente y la calidad de vida de pacientes oncológicos adultos dirigida al campo de la salud de manera que puedan tener una mayor perspectiva sobre lo que sucede en este fenómeno para poder entonces lograr estrategias que aumenten el bienestar de la persona.

Dilemas éticos

La presente investigación no presenta ningún tipo de dilema ético ya que no vulnera ni genera acciones que vayan en contra del bienestar de la población participante.

Privacidad

Teniendo en cuenta el código Deontológico y Bioético del ejercicio de la psicología en Colombia, en la sección primera, del parágrafo 1,7 denominado derecho a la intimidad, dentro de la presente investigación se respeta que en la totalidad del estudio y especialmente en los resultados obtenidos se garantiza velar por dicho derecho, de tal manera que durante todo el proceso será asumida la información obtenida con gran responsabilidad y cuidando, evitando de esta forma que el tema sea usado para intenciones ajenas y de curiosidad ante la sociedad.

Consentimiento informado

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, tanto del artículo 14, como del artículo 15, se tiene en cuenta los parámetros del consentimiento informado para aquellos pacientes que hacen parte de la presente investigación tengan conocimiento previo a través de un acuerdo escrito sobre el objetivo que se tiene planteado, así como también de su participación de manera voluntaria al estudio, y los aportes que podrían generar al área de la salud. Cabe resaltar, que a los participantes se les permite hacer cualquier tipo de pregunta frente a dudas que les genere el procedimiento de recolección de

información, que en el presente caso se realiza a partir de una entrevista semiestructurada; y también se garantiza la posibilidad de retirarse de manera libre del estudio en caso de que un participante decida hacerlo en algún momento. Finalmente, al tratarse de un estudio académico, se maneja en anonimato los datos de identificación del participante, y la diferente información que pueda poner en riesgo la identidad de la persona. (Anexo 3)

Bioseguridad

La presente investigación toma como referencia la resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud y la resolución 2378 del Ministerio de la Protección Social, se garantiza el buen manejo de la información, No obstante, cabe destacar que el estudio no involucra manipulación de sustancias o recursos como desechos, químicos, o similares, que generen impacto en las condiciones de bioseguridad o afectación con el medio ambiente.

Conflicto de intereses

Dentro de la investigación, se reconoce que no existe ningún tipo de conflicto de interés por parte de los investigadores ya que no sostienen vínculos afectivos, emocionales, familiares, económicos, ni de otro tipo de conexión durante el periodo de realización de la investigación.

Riesgos y beneficios de la investigación

Con la regulación de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se reconoce que es una investigación con riesgo mínimo, ya que es un estudio que no expone a los participantes a condiciones que alteren su conducta o bienestar, sin embargo, teniendo en cuenta que el tema de indagación pueda generar en la persona vulnerabilidad se tiene el acompañamiento del docente tutor para cualquier tipo de riesgo, en caso de atención psicológica es posible remitir a los servicios de atención que ofrece la Universidad Santo Tomás o en la red ISUAP. Por otra parte, se pretende con este estudio generar como beneficios, el aporte de los resultados y recomendaciones dirigidas hacia el área de la salud.

Impacto de la investigación

Durante todo el proceso de investigación se tiene en cuenta el impacto que tiene en la sociedad, por ello, se procede a hacer manejo responsable durante toda la realización de la recolección de información, así como también del análisis y devolución de resultados.

Protocolo de manejo de sustancias peligrosas (químicas, restos animales, muestras)

No aplica, ya que en la presente investigación no se hace uso de ningún tipo de sustancias peligrosas.

Declaración de la existencia de conflictos de interés derivados de la investigación y procedimiento propuesto para resolverlos.

No aplica, ya que la presente investigación no tiene ningún conflicto de interés.

En caso de investigaciones con riesgo mayor del mínimo y ensayos clínicos, el Protocolo debe aclarar que cumple con el artículo 13 de la Resolución 008430 de 1993, del Ministerio de Salud.

La investigación de acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se caracteriza por ser riesgo mínimo, por lo tanto, este apartado no aplica.

Consideraciones especiales si se investiga con población vulnerable o de especial protección.

Es importante reconocer que en la investigación al trabajar con una población que tiene diagnóstico de cáncer o es sobreviviente de cáncer, se tiene en cuenta la susceptibilidad de la persona al abordar ciertos temas, sin embargo, no se enfatizará en su enfermedad sino en la relación entre la comunicación con su médico tratante, así como también al tratarse de una población adulta y sin condición de discapacidad cognitiva, se abordan temas que el paciente puede responder en vigilia.

Pertinencia, valor social e impacto de la investigación.

Se encuentra la pertinencia y valor social en la presente investigación ya que el cumplimiento de su objetivo permite contribuir al área de la salud y generar más estudios de manera integral, puesto que se tiene en cuenta desde una perspectiva interdisciplinar. Agregando a lo anterior, cabe resaltar que la metodología utilizada permite activar las voces de aquellos sujetos que se encuentran recibiendo o han vivenciando de manera directa el tratamiento con su médico, para poder entonces tener coherencia con la categoría calidad de vida que se ha utilizado dentro de la investigación al ser un componente subjetivo.

Incluir la devolución de la información.

Se realizó como devolución de información a los participantes exponiendo aspectos importantes encontrados dentro de la investigación. Para este punto se anexan únicamente los folletos como evidencia, (Anexo 6) ya que las actas de devolución cuentan con sus datos personales que por motivos de confidencialidad no se anexar a la investigación.

Almacenamiento de muestras

No aplica en la presente investigación ya que al finalizar el estudio no quedará la información personal de los participantes.

Incluir los beneficios para los participantes.

La investigación pretende realizar una caracterización de la relación entre la comunicación médico-paciente y la calidad de vida en tres pacientes oncológicos para poder entonces dar aportes y recomendaciones al área de la salud, lo cual beneficia a la población oncológica en el intento por obtener un mejoramiento de dicha relación durante su tratamiento.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados de la investigación, primero por participante y luego por categorías. A través del análisis por las matrices (ver anexo 3) se identificaron significados y pautas en la comunicación médico-paciente con miras a comprender su relación con la calidad de vida de las entrevistadas.

Con respecto a las categorías de análisis, cabe destacar que en el proceso de revisión de las transcripciones se establecieron dos subcategorías inductivas que permitieron precisar: a) la definición de calidad de vida y b) el papel del contexto en el desarrollo de la comunicación entre el equipo médico y el paciente, a saber: Relación entre condiciones de vida y satisfacción y factores ambientales.

Teniendo en cuenta lo anterior, se presenta en las siguientes tablas (3 y 4) las subcategorías y la definición de cada una, las cuales se tuvieron presentes en la matriz para poder analizar las entrevistas con mayor profundidad.

Tabla 3.

Definiciones de las subcategorías de Calidad de vida

Calidad de vida	
Subcategoría	Definición
Condiciones de vida	“...Equivale al conjunto de condiciones que son objetivas y medibles, como lo son la salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. La funcionalidad que existe bajo esta perspectiva permite comparar los indicadores de una persona con otra...” (Hollanflsworth, 1998, citado por Urzúa y Caqueo, 2012)
Satisfacción con la vida	“Calidad de Vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad satisfacción y recompensa” Levy y Anderson (1980, p.162) citado por Ardila (2003)
Condiciones de vida y Satisfacción con la vida Esto permite ver como comprenden esta relación (articulación de las dos subcategorías) los participantes para la comprensión de calidad de vida	“Un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.” Ardila (2003)

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 4.

Definiciones de las subcategorías médico-paciente

Comunicación médico-paciente	
Apoyo Emocional	“Comportamiento que asegura al individuo que es amado y valorado independientemente de su deber profesional” (Bloom, 1982); por otro lado, Dakof y Taylor (1990) expresan que el apoyo emocional se trata de amor, preocupación, y brindar coraje a los pacientes con cáncer.

Comunicación Asertiva	Implica no solo conocer a la enfermedad que se padece y el tratamiento que se va a seguir, sino también la forma en cómo se comunica esto, ya que, si el diagnóstico se menciona en términos que produzca temor o miedo, el organismo no podrá encontrar recursos para defenderse. Por el contrario, si la comunicación se produce con afecto y calor humano, puede generar aceptación y confianza por el tratamiento (Saa, 2008).
Factores ambientales	Escenarios donde se desarrolla la comunicación entre médico y paciente crean pautas relacionales de confianza, respeto y facilita la toma de decisiones sobre su propia enfermedad y tratamiento. (Rodríguez, Karts y Álvarez. 2011).

Fuente: Elaboración propia.

Análisis por participante

Participante 1

La participante 1 es una mujer de 25 años, enfermera de profesión, que en la actualidad aún ejerce, casada y con una hija de 3 años. Su enfermedad inició con sangrado gingival, hematomas en diferentes partes de su cuerpo y debilidad progresiva, por lo que fue llevada a urgencias al hospital. Los médicos descartaron lupus, pero en los exámenes de sangre detectaron disminución en sus glóbulos blancos. Le realizaron una biopsia confirmando el diagnóstico de Leucemia, es decir, Cáncer en la sangre.

Debido a su estado de salud se modificó su situación con respecto a las tareas propias de su ciclo vital, su rol en su hogar y su trabajo, lo que afectó su calidad de vida. Como parte del tratamiento tuvo que realizar cambios importantes en su dieta y en su estilo de vida; adicionalmente su condición económica se deterioró porque su esposo dejó de trabajar para cuidarla y las deudas se empezaron a acumular. En palabras de la participante, su vida dio “un giro de 180°” (Transcripción participante 1, línea 8).

El hecho de que fuera enfermera determinó las significaciones construidas sobre el cáncer, lo que afectó particularmente la sensación de satisfacción con la vida. A pesar de recibir conceptos favorables frente a su recuperación, la participante 1 persistió en una actitud catastrófica, sostenida por el conocimiento previo de casos difíciles debido a su profesión. “Sé de más, entonces eso angustia más. Cada cosa que se decían o cada cosa que pasaba, yo

decía ya sé que va a pasar esto, ya sé que va a suceder esto y aparte soy enfermera de hematología, entonces fue más duro. La verdad no trae ventajas, era mi pensar siempre yo me voy a morir porque yo sé que va a pasar y yo sé que esto es así” (Transcripción participante 1, línea 16).

Con respecto a sus condiciones de vida, y la satisfacción con la vida a lo largo de su tratamiento, la participante 1 reconoció una disminución de su productividad a raíz de la sensación de cansancio permanente, lo que la obligó a abandonar una serie de actividades y planes importantes para ella a nivel familiar y personal. La participante 1 fue diagnosticada con depresión por el área de psiquiatría, lo que, en el contexto de la enfermedad y los procesos de hospitalización, derivó en un profundo sentimiento de desesperanza y afectó su disposición para continuar luchando por su vida.

El incremento de los malestares físicos, definidos por ella como difíciles de sobrellevar, se relacionaba con los sentimientos de impotencia acompañados por los deseos de querer abandonar el tratamiento y estar aislada sin contacto social. El imperativo de mantenerse fuerte frente a los cambios drásticos derivados del tratamiento representó una exigencia que puso a prueba su autoeficacia; por otro, la pérdida del cabello la afectó fuertemente por las narrativas sociales sobre el tema y la subjetivación de su feminidad (ella refiere que siempre mantuvo largo su pelo) y supuso una resignificación de su imagen en relación con su identidad y hacia los otros.

Referente a su prospectiva vital, tiene un único proyecto claramente relacionado con su enfermedad: recuperarse. Esto da cuenta del impacto de la enfermedad en su vida, cambiando sus prioridades, el sentido de vida, su forma de vivir y el significado mismo de la enfermedad. Para adaptarse mejor a sus nuevas circunstancias asumió su enfermedad *de una manera similar a la de otras personas con diagnósticos de diabetes o hipertensión*, lo que facilitó una mayor aceptación de lo que ha estado viviendo.

En general se identifica una clara afectación de la calidad de vida de la paciente a partir del diagnóstico de cáncer. En lo que respecta al papel de la comunicación entre el equipo médico y la paciente, a lo largo de la entrevista se identificaron pautas y estilos de comunicación que en algunos momentos afectaron el sentido de sí y su satisfacción con la vida. En palabras de la paciente, esto se evidenció especialmente en dos situaciones específicas: la consulta con neurología y con algunos estudiantes de medicina que realizaron rotaciones:

Ellos no son tan... buenos días, ¿cómo estás?” no. Son: “Venimos a hacerte el examen” todo así, y yo pienso que nosotras las personas que estamos en ese proceso, pues somos

como más sensibles, que de pronto una persona que la operan de cualquier otra cosa, es una persona que está de pasada en el hospital y se va, pero nosotras las personas que estamos de larga estancia, de pronto necesitamos un “buenos días, ¿cómo estás? (o con los estudiantes ...) fueron a hacerme una punción y me lastimaron bastante y además no se pudo hacer el examen (Transcripción participante 1, línea 10).

En este caso se puede señalar que la comunicación médico-paciente fue muy directa y poco asertiva, muy centrada en el procedimiento médico, sin considerar las necesidades emocionales relacionadas con la condición de la participante. Esto contrasta con el caso de su médica tratante del Área de Hematología, que según ella logró establecer una comunicación sensible y apoyo emocional, permitiendo que su estadía fuera más fácil de llevar y contribuyendo a una percepción más positiva de su situación vital.

El apoyo emocional que percibió por parte de la Hematóloga y de la propia institución da cuenta un trato que va más allá de la preocupación por la condición física de los pacientes. La participante identifica al Área de Hematología como un espacio más exclusivo, aparte del Área Oncológica, lo que explica para ella que allí haya mejor atención y cuidados a nivel emocional. Con respecto a la relación con su médico tratante, la participante señala que se afianzó a medida que avanzó el tiempo de tratamiento. Durante el tiempo de hospitalización, que correspondió con fechas muy especiales a nivel familiar, el ser escuchada y sentir que se entendía la importancia que para ella como madre tenía el compartir tiempo con su hija fue muy significativo; se sintió comprendida por parte de su Hematóloga, sintió que no estaba sola.

Siendo así, dicho apoyo emocional que recibió de parte de su equipo médico también marcó el desarrollo de su rol como enfermera, la comprensión de sus pacientes y la forma de cuidarlos. Si bien el apoyo de su familia fue muy importante, la participante 1 subrayó el papel de la escucha del equipo médico, y especialmente del médico tratante en su proceso, ya que con ellos pudo *descargarse emocionalmente* sin preocupar a sus familiares, con la confianza en el manejo prudente y confidencial que hacían de su información. Esto tuvo un impacto positivo en la relación con su familia y mejoró su percepción de bienestar.

Lo anterior permite afirmar que la comunicación asertiva tiene relevancia en la percepción de calidad de vida del paciente durante el tratamiento, generando relaciones de confianza y apoyo que permean los significados contruidos por el paciente con respecto a sus posibilidades y condiciones vitales. El hecho de que la paciente y su familia tomaran el diagnóstico de forma negativa al inicio del proceso también da cuenta de la importancia de estos aspectos. De acuerdo con la entrevista, inicialmente los médicos se concentraron en el

diagnóstico y no en la situación emocional de la paciente, por lo que no se tuvo en cuenta el efecto de la noticia. En el transcurso de su tratamiento esto se modificó y la disposición de su médico movilizó una comprensión distinta de las circunstancias en la participante, enfatizando en sus posibilidades de mejoría a nivel físico y mental.

Puede pensarse que por ser la paciente una persona empleada en el sector salud los médicos consideraron que tendría un mejor afrontamiento de la enfermedad en contraste con otros pacientes que no suelen enfrentar estas situaciones. La paciente es ante todo un ser humano complejo, que requiere comprensión y empatía al momento de comunicarse; en ese sentido ni su profesión (enfermería) ni su experiencia de trabajo en el sector salud representaron por sí mismas una condición que facilitara el manejo de la enfermedad y su tratamiento.

En lo que refiere a los factores ambientales la narrativa de la participante mostró que en general las condiciones institucionales facilitaron que su estadía, haciendo que la atención médica fuera mucho más efectiva y agradable durante su tratamiento. La atención integral e incluso más personalizada (su médico tratante facilitó el ingreso de las visitas al observar el beneficio que la paciente obtenía al estar rodeada de su familia y principalmente de su hija) fue identificada como un factor muy importante en su proceso de recuperación y fue valorada más positivamente con respecto otros sitios con estrictos protocolos de seguridad y de visitas. De acuerdo con el relato de la paciente, esto también se asoció al hecho de que la población de la Unidad de Hemato oncología fuera más reducida.

Cabe mencionar que, al ser atendida en un hospital universitario, la participante 1 recibía diariamente la visita de turnos de rotación de estudiantes, que hacían control constante de los pacientes. Desde el punto de vista de la participante esta práctica no garantizó la eficiencia, idoneidad e integralidad de la prestación del servicio. Finalmente, como ella sufrió de depresión, para ese momento la administración de los medicamentos prescritos por psiquiatría permitió una mejoría de su estado de ánimo y por ende de su salud física.

De acuerdo con lo anterior, puede decirse que, en términos generales, la calidad de vida de la participante 1 se vio afectada por la enfermedad, los cambios económicos y físicos que se fueron generando en consecuencia y las dificultades que tanto la enfermedad como el tratamiento supuso para sus actividades diarias. Dichos cambios se vieron influenciados por la relación médico-paciente durante el tratamiento, específicamente por la disposición de la Hematóloga, su comprensión de la situación, capacidad de escucha y comunicación asertiva. Esto no se dio permanentemente con todos los médicos como la participante visibilizó al referirse al trato de su Neurólogo y algunos estudiantes de medicina. Puede concluirse a partir

de la entrevista que en el caso de la participante se evidenció que la comunicación asertiva y la empatía que le brinda su médico tratante se relacionan con su calidad de vida.

Participante 2

La participante 2 tiene 34 años y vive con su pareja; fue diagnosticada con Cáncer de cuello uterino en el 2018 en una consulta de ginecología, a la cual fue remitida a un especialista que le detectó el cáncer en “nivel 3”. En la entrevista se identifica que hubo cambios físicos, psicológicos, relacionales y conductuales que generaron múltiples limitaciones para el mantenimiento de la rutina cotidiana. El Plan complementario de atención médica terminó siendo una herramienta que facilitó la recuperación de la participante, ya que gracias a ese servicio contó con todas las ayudas médicas requeridas para llevar el tratamiento acorde con sus necesidades y requerimientos particulares.

En la entrevista la participante narró experiencias ligadas a las condiciones de vida afectadas con la enfermedad y síntomas somáticos referidos a mayores niveles de estrés, como la irritación en los ojos y la aparición de bultos en los senos. El tipo de atención con la que contó permitió solucionar estas situaciones sin que lo económico fuera una dificultad más.

Con respecto a la sensación de *Satisfacción con la vida*, cabe destacar que el hecho de que no entendiera la enfermedad de forma negativa le permitió avanzar en su tratamiento teniendo confianza en su recuperación. Esto se asocia con la identificación “temprana” de la enfermedad que facilitó que se reaccionara muy rápidamente. Frente a esto la participante señaló: “Esta es una, una enfermedad que es muy silenciosa, entonces por eso es que mata a tantas mujeres, entonces sí, desde eso me hizo como estar más pendiente de mí misma” (Transcripción participante 2, línea 36). La significación de la enfermedad, entonces, generó cambios importantes en la forma en cómo se relaciona con ella misma. La enfermedad también influyó la forma de comunicarse con su pareja: “trataba decírselo de una manera en que él no notará mi preocupación” (Transcripción participante 2, línea 32).

Aunque su calidad de vida se vio comprometida de forma negativa, el apoyo emocional prestado por los médicos permitió crear confianza en los procedimientos a seguir para su recuperación. No obstante, la participante señala que en general la comunicación estuvo más centrada en los pormenores del tratamiento y que el hecho de conocer pacientes con historias de vida similares le generó mayor tranquilidad.

La comunicación entre el médico y la participante se dio de forma explícita y honesta, logrando que se entendiera a cabalidad todo lo que sucedía con su enfermedad y los

procedimientos a seguir. Sin embargo, la participante también señala que en esos intercambios los médicos no tuvieron “los cuidados necesarios” para informar oportunamente del desarrollo del tratamiento sin generar preocupación o angustia; en palabras de la participante “...no hubo contacto...” (Transcripción participante 2, línea 20). Sobre este punto, la participante hace referencia a la sesión en que a su pareja le contaron sobre la relación entre papiloma humano y el Cáncer de cuello uterino; se habló del tema sin aclarar el contexto, lo que generó mayor angustia y una preocupación innecesaria en este hombre.

Con respecto a los factores ambientales, y teniendo en cuenta la definición que se utiliza en la presente investigación, la participante señala que desde las herramientas con las que contaban los médicos hasta el lugar de atención las cuales eran las necesarias fueron adecuadas, suficientes y oportunas, lo cual facilitó su recuperación. En lo que refiere a la relación médico-paciente la participante consideró que, aunque hubo una relación de cooperación y buena comunicación entre médico-paciente, faltó fortalecer el apoyo emocional y los lazos de confianza, lo que eventualmente afectó su actitud frente al tratamiento.

Participante 3

La participante 3 tiene 60 años, es casada, ciudadana venezolana, nació en Bogotá, Colombia, fue diagnosticada con cáncer de mama de dos grados en el seno izquierdo en una visita que hizo en Colombia, por lo cual su estadía en el país duro mucho más de lo previsto.

Dentro de la entrevista se pudo observar que al momento de recibir el diagnóstico y tener que tomar la decisión de quedarse en Colombia, sus condiciones de vida tuvieron cambios significativos, lo que generó nuevas relaciones sociales y con instituciones de salud.

Las actividades diarias se modificaron en función del tratamiento y la enfermedad; hasta el momento ha tenido 16 sesiones de quimioterapia y 19 sesiones de radioterapia. La salud física se vio deteriorada, ya que por las condiciones del tratamiento aparecieron nuevos problemas físicos y estéticos como la caída de cabello, (cabe aclarar que la caída de cabello hace parte de uno de los efectos secundarios de los tratamientos de quimioterapia, de manera que responde al cuerpo como una reacción física, entendiéndose entonces como un problema que no se cataloga únicamente estético) el debilitamiento en los huesos y la falta de apetito: “Es que con la quimio nada sabe a nada y tampoco te dan ganas de comer, sin embargo, tú necesitas comer para que no se bajen las defensas, eso fue lo más difícil” (Transcripción participante 3, línea 20). La participante señaló como un aspecto fundamental en el proceso el establecimiento de nuevas relaciones y redes de apoyo, conocer personas que estaban pasando por un proceso similar y contar/escuchar experiencias a nivel emocional y médicas sobre la

enfermedad le ayudaron a mantener la tranquilidad durante los procedimientos médicos.

La comunicación médico paciente está presente en la narración de la participante, ya si bien médicos se enfocaron su enfermedad, se sintió acompañada por ellos y valoró positivamente esta interacción. La enfermedad generó cambios en ella referidos a su manera de relacionarse consigo misma y con los demás. Esto le permitió construir significados positivos sobre su experiencia personal con la enfermedad que formaliza de la siguiente manera: “esto ha sido algo enriquecedor, he crecido como persona, espiritualmente porque vivir esto es duro, está experiencia del cáncer da miedo, por eso yo nunca lo llamó cáncer para referirme a esto” (Transcripción participante 3, línea 14).

La participante señala que la información proporcionada por el equipo médico fue fundamental para su recuperación, ya que permitió mantener la tranquilidad y conocer que el tratamiento se estaba enfocando en su mejora. Si bien la relación con su médico no es cercana y personal la cual, siente que es de apoyo. El apoyo emocional, también se encontró en otros personajes fuera de la institución que estuvieron presentes en el proceso, como lo son sus hijos y la fundación a la cual está inscrita, que le ayudó para que avanzara en los tratamientos y le permitió conectarse con más personas; la escuchaban, ayudaban a permanecer tranquila y a sentir seguridad en los procedimientos médicos. Esas iniciativas dan cuenta de la forma particular de como la participante significa esa intervención del médico y de otros personajes, permitiéndole una vivencia menos difícil en su tratamiento. Esto se comprende desde el apoyo emocional teniendo en cuenta que la manera en que se comunicaron y relacionaron con la participante influyó positivamente en sus emociones y por ende en su calidad de vida, tomando como referencia la definición que se expone a lo largo de la presente investigación.

La fundación mencionada anteriormente, pertenece al sector privado, la cual atiende población oncológica a partir de un ejercicio interdisciplinar que complementa el servicio que ofrecen los diversos institutos prestadores de salud y también desarrolla actividades grupales, para favorecer el intercambio de experiencias de vida.

Aunque la interacción médico-paciente estaba basada en el respeto y sintiera un apoyo en ella, la participante señala que el flujo de la comunicación se veía afectado, ya que no era explícita y en algunas ocasiones era contradictoria, lo cual hizo que aparecieran dudas sobre su proceso, los alimentos que podía consumir o los medicamentos que eran permitidos tomar. De igual forma, se identificó que en las consultas con su médico tratante, la mayor parte del tiempo este miraba la pantalla, por lo cual muchas veces se volvía un monólogo sobre lo que él decía.

Al ser de ciudadanía venezolana, los procesos para obtener el servicio de salud en Colombia entorpecieron la recuperación y se convirtieron en una problemática central. Sin embargo, se reconoce que la atención prestada fue de calidad y con prioridad, por lo cual permitió seguir con el proceso de recuperación sin problema. La participante señaló a la Fundación de atención a personas con cáncer de la cual es beneficiaria como una herramienta administrativa que le permitió adelantar todos los procesos necesarios para el tratamiento, y al mismo modo una herramienta relacional ya que le abrió el espacio para poder desarrollar otras actividades que no estaban ligadas a la enfermedad, siendo una de estas el deporte, el cual termina siendo de gran utilidad para su recuperación.

La participante señala que su calidad de vida empeoró en gran medida con la aparición del Cáncer, sin embargo, reconoce que el gran apoyo que sintió por los diferentes personajes que aparecieron en el proceso de recuperación le permitió no sentirse aturrida por la enfermedad y más bien sentir que se iba a recuperar. Del mismo modo, reconoce que la comunicación con su médico no se dio con plenitud y algunas veces confusa, señala que la relación de respeto y apoyo le permitió tener tranquilidad siempre del proceso terapéutico.

Análisis por categorías

Para avanzar en el análisis de las entrevistas de las tres participantes, a continuación, se presenta una caracterización transversal tanto de las significaciones de la calidad de vida como de la comunicación médico-paciente para identificar, desde las experiencias con la enfermedad, cómo se relacionan ambas categorías en sus narrativas. Tanto para calidad de vida como para comunicación médico paciente, se establecieron varias subcategorías con la intención de especificar los sentidos de las afirmaciones realizadas por las participantes en la entrevista. La calidad de vida se dividió en *Condiciones de vida*, *Satisfacción con la vida* y la *unión de estas dos categorías*, estas divisiones se hicieron de acuerdo al marco teórico. La comunicación médico - paciente, se señalaron las subcategorías de *apoyo emocional*, *comunicación asertiva* y *factores ambientales*.

Calidad de vida

Con respecto a la subcategoría de *Condiciones de vida* se encontró que en las tres participantes generaron cambios significativos en su rutina diaria. La alimentación para la participante 1 y 3 se volvió un problema, ya que era una necesidad para sobrevivir a la enfermedad, no un gusto como lo pudo ser en otros momentos. También en los tres casos, el estrés y el debilitamiento físico debido a la enfermedad y los tratamientos apareció, haciendo que las preocupaciones aumentaran y limitando su conducta. En el caso de la participante 1 la

información adicional sobre su enfermedad generó un incremento de ansiedad que manifestó de la siguiente manera “...Yo soy enfermera, entonces sé todo lo que venía, y es bueno y no tan bueno saber. Sé de más, entonces eso angustia más” (Transcripción 1, línea 16). A nivel económico, la participante 1 se vio afectada en mayor medida, ya que la atención prestada se basaba desde el régimen subsidiado, por lo cual contar con la afiliación era necesaria. Para la participante 2 y 3, al ser de régimen privado, la atención prestada se encontraba pagada con anterioridad, por lo cual no representaba un gasto mayor.

En lo que refiere a la subcategoría de *satisfacción con la vida*, en los tres casos se identificaron significados sobre la enfermedad que reflejaron valoraciones negativas para la participante 1 (relacionados con la aparición de episodios depresivos), pero también valoraciones positivas en las participantes 2 y 3, quienes mantuvieron la confianza en que los tratamientos eran completamente seguros para su recuperación. La cantidad de información que anteriormente se conocía sobre la enfermedad fue un estresor, siendo más estresante para las participantes 1 y 2 que para la participante 3. Por otra parte, la experiencia con el cáncer, para la participante 3 permitió que se crearan nuevas redes de apoyo. Para las participantes 1 y 2 no representó un cambio significativo en esta dimensión.

Si bien, se entiende que las categorías anteriores señalaban aspectos objetivos y subjetivos por separado, en la subcategoría de *Condiciones de vida y Satisfacción con la vida*, se pudo ver en las tres ocasiones se presentó un cansancio mental, lo cual desencadenó más problemas, como los físicos, no querer seguir con el tratamiento y cambiar la forma en cómo se entendía a sí misma. De igual forma, la comunicación con sus familiares y amigos cercanos sufrió cambios en los tres casos, ocultando información para no generar preocupación en ellos. En los tres casos también se modificó la forma de relacionarse con su contexto, ya que la enfermedad se volvió presente en todos los espacios, impidiendo actividades rutinarias. En lo que refiere a la afectación económica, las narrativas de las participantes muestran que esta es variable y depende de las condiciones de acceso a los recursos para pagar el tratamiento. Por último, con relación a la apariencia física, si bien en la participante 1 representó una complicación ya que la caída del cabello y el vello corporal problematizaron los significados contruidos sobre lo que es ser mujer, para las participantes 2 y 3 este tema no tuvo el mismo sentido.

Con respecto a la subcategoría de *apoyo emocional*, se encontró una valoración muy positiva del servicio médico y el reconocimiento por parte de las participantes sobre la importancia que tiene el apoyo emocional en el desarrollo de su tratamiento, entendiéndolo como un potencializador de este último, conllevándolos a pensar que no solamente su familia es quien aboga y se preocupan por su bienestar puesto que observan al médico en muchas ocasiones como un personal que no solo está realizando un procedimiento más.

Teniendo en cuenta lo descrito por Bloom (1982) es aquí donde el apoyo emocional que percibieron las participantes por parte del servicio médico y comprendido en términos de presencia física y empatía, genera una aceptación en los pacientes oncológicos de un entendimiento y preocupación especial sobre ellos, sintiendo cercanía con una persona diferente a su entorno familiar; convirtiéndolo a este en un recipiente de confianza e información.

Cabe resaltar que mientras dos de las participantes mostraron satisfacción frente a la atención integral que recibieron por parte del médico tratante y su respectivo equipo de apoyo, la otra participante manifestó que existe un nivel de distanciamiento en la comunicación médico-paciente concentrándose en la atención de las demandas médicas y dejando de lado el aspecto personal. Esta apreciación fue apoyada por otra de las participantes, que resaltó la necesidad de mayor sensibilización por parte del personal de salud cuando se trata de atender a pacientes oncológicos.

Dentro de la subcategoría de *comunicación asertiva* es destacable que el grupo de participantes reconocen la importancia de una información clara y concisa sobre la enfermedad y su tratamiento, sin embargo, dos de ellas perciben mucha frialdad o poco tacto en el momento de comunicarles acerca de ello; mientras que la tercera considera que faltó certeza y seguridad al transmitirle la información requerida. Se destaca además que la comunicación médico-paciente se ve a veces afectada por las labores normales de diligenciamiento de historias clínicas.

En la subcategoría de *Factores ambientales* se reconoce que las tres participantes coinciden en las condiciones físicas de las instituciones a las que recurrieron para su tratamiento son de calidad, lo cual facilitó mucho todo el proceso de atención y servicio médico. Del mismo modo, los tiempos oportunos fueron vitales para evolución del diagnóstico y la preparación de los procedimientos pertinentes en cada uno de los casos.

A nivel particular cada una destaca situaciones específicas que beneficiaron el tratamiento como la disposición de redes de apoyo, ya sea a nivel personal o institucionales, por ejemplo la participante 3 pudo a través de conferencias relatar su testimonio de vida en

diferentes universidades, fundaciones, actividades deportivas y de ocio, como practicar el remo, además de reuniones en parques de la ciudad con otras personas que viven o han vivido ese tipo de diagnóstico, que favorecen la movilizaciones subjetivas y resignificación del concepto de enfermedad.

En términos generales se puede señalar que, desde las subcategorías planteadas, la calidad de vida empeoró, ya que aparecieron estresores nuevos con la enfermedad, las relaciones con pareja y sus familiares crearon dinámicas diferentes, las cuales no se podía expresar con normalidad las distintas situaciones. Vemos como la comunicación médico-paciente influye en la significación de las participantes, siendo importante para generar tranquilidad y seguridad en los tratamientos e incidiendo en el componente de satisfacción con la vida. A partir de las narrativas pudo identificarse que, si bien la calidad de la información es un aspecto importante, lo que garantiza una comunicación más efectiva y orientada al bienestar apunta al reconocimiento del paciente como persona, ya sea a través de la escucha de sus inquietudes, preocupaciones y condiciones particulares o a través de enunciados sensibles a las circunstancias del paciente. Estas actitudes son significadas por las participantes como “respeto” y “apoyo emocional” y son asociadas a sensaciones de tranquilidad, confianza y apoyo, movilizan un mayor compromiso de los pacientes con las condiciones que contribuyen a su restablecimiento, regulan el estrés, la ansiedad y la tristeza, facilitan el mejoramiento de los niveles de satisfacción con la vida e incluso pueden aportar a la resignificación de la enfermedad desde una mirada positiva.

Cabe destacar en el análisis la importancia de la corporalidad en la comunicación, que pasa tanto por el contacto visual como el acercamiento en las rondas de los médicos residentes, y el papel que la comunicación médico-paciente puede jugar en la regulación de la tensión emocional en las dinámicas familiares y sociales de los pacientes. Finalmente, se subraya que una comunicación médico-paciente no pasa por la construcción de un vínculo personal del paciente con el médico y viceversa y que justamente el mantenimiento de los límites del rol en un ambiente de respeto y consideración constituye una condición de gran importancia para garantizar una comunicación médico-paciente orientada al bienestar y la calidad de vida.

Finalmente con el desarrollo de la investigación se identificó que dentro de la comunicación médico-paciente es completamente necesario que esta sea asertiva, clara, concisa y cercana, ya que posibilita tener mayor conocimiento sobre su estado actual de salud, teniendo presente las limitaciones que tiene, los alcances que puede tener su recuperación y al mismo tiempo percepción de control de su vida, de tal manera que influye sobre los

significados que se pueden crear acerca de la enfermedad y por ende de su recuperación, tal y como se observa en la descripción de lo acontecido en cada categoría de análisis de las conductas y percepciones psico sociales de las participantes. Sin embargo, cabe resaltar que el hecho de que el médico no conozca acerca de su historia de vida o no ahonde en su vida personal no incide en la confianza que las participantes tienen acerca de los conocimientos al momento de realizar los procedimientos ya que lo perciben de manera aislada; esto se puede observar en las narraciones de las tres participantes, resaltando en este apartado uno de ellos “No se duda en lo científico, es la parte humana que se debe trabajar porque uno se sensibiliza, y tal vez ellos no tienen desarrollada esta parte...” (Transcripción participante 3, línea 30).

Ahora bien, la calidad de vida se ve afectada negativamente en términos generales, pues al analizar lo narrado por las participantes a raíz de su enfermedad, sin embargo, vale la pena mencionar que al tratarse de una investigación de índole cualitativa y no cuantitativa, esto no representa un cambio igual en todos los casos, puesto que aunque en algunas participantes representa problemática, en otros esto no resulta como algo problemático.

Se puede señalar la importancia de una relación en la comunicación médico-paciente dentro del proceso de la enfermedad como una de las necesidades primordiales que le posibilita a los pacientes oncológicos poder sobrellevar su enfermedad, dándole un sentido de por qué luchar contra la enfermedad y de mitigar sus preocupaciones o dudas; las cuales pueden surgir durante su proceso de tratamiento, resaltando que durante su enfermedad cuando se presentan decaídas, ya sean físicas o emocionales prefieren no comentar su situación a sus familias evitando malestar para estas, por lo que la comunicación médico-paciente asume un papel fundamental en que haya apoyo emocional y que de tal manera esto pueda incidir en que su significación de calidad de vida tenga un mejoramiento al sentir que hay comprensión, preocupación y sensibilidad por parte de su médico tratante para que así su proceso pueda ser más llevadero. Tal como se puede ver reflejado en una narración de una de las participantes durante la entrevista:

“Uno depende de la relación con el médico para la curación, eso es importante, una vez me invitaron a una conferencia para contar un testimonio con la finalidad de sensibilizar a los médicos de Latinoamérica” y “He escuchado testimonios con compañeras que unos médicos son muy bruscos con ellas”. (Transcripción participante 3, línea 32 y 34).

Con todo esto, lo que resulta significativo es que hay unas características de la comunicación que puede influir en la calidad de vida del paciente, permitiendo entonces recuperar a partir de estos hallazgos, herramientas que faciliten el tratamiento y de esta

manera no solo se queden como beneficios para las participantes, sino para los que se ven inmersos en esta situación oncológica (médicos y pacientes) en general.

Discusión

Este ejercicio permite resaltar cuales son los aspectos más específicos de la relación médico- paciente, permitiendo observar en detalle la perspectiva del paciente. En los artículos revisados a nivel investigativo no es tan evidente o tan claro el lugar del paciente, quien narra y significa sus procesos; el poder dar cuenta de eso en la presente investigación es resultado de una perspectiva epistemológica que entiende la realidad que es dada por la interacción con el medio; lo cual en este caso es la relación con el médico tratante.

Con lo anterior, los resultados del análisis de las entrevistas dan cuenta de la relación entre comunicación médico-paciente y calidad de vida que se establece en términos de la utilización de un lenguaje por parte del médico menos técnico para entonces ofrecer un lenguaje más claro, conciso, que le permita una mayor y mejor comprensión al paciente y con ello se evidencie una buena comunicación médico paciente.

Además de esto, rescatar la importancia no solo de un lenguaje que transmita información verbal sino también a través de un apoyo emocional, entendiéndolo no como teoría o cuidado emocional, ya que no se espera una intervención terapéutica, pero si como aquella capacidad afectiva y empática de conexión con el otro, para el respectivo mejoramiento que tienen los pacientes, acerca de sus significados sobre calidad de vida, entendiendo a estos últimos, como aquello que las personas construyen a partir de las experiencias que transitan en su vida, o en un momento específico, como sucede en el presente caso respecto de su enfermedad.

Con respecto a la comunicación asertiva, los hallazgos de este trabajo permiten discutir el papel de la comunicación en relación con la influencia del apoyo emocional que brinda el equipo médico tratante al paciente en su satisfacción con la vida, sus dinámicas familiares y sociales. La comunicación asertiva remite tanto a la claridad en los significados, las condiciones y las consecuencias que tiene la enfermedad y el tratamiento como también a la disposición con la que se transmite esa información, valga decir la sensibilidad y la empatía que exhibe el equipo médico al dialogar e intervenir al paciente. Las entrevistadas percibieron a la comunicación como poco asertiva tanto en el tono y la cercanía del equipo a la paciente (corporalidad), como en la claridad de la información proporcionada.

Dentro de los hallazgos encontrados relacionados a la categoría *Comunicación médico-paciente* se evidencia coincidencias con lo encontrado en la investigación de Navarro, Limonero, Mate y Gómez (2010) llamado *Necesidades de Comunicación e Información en el*

paciente Oncológico superviviente en el cual encontraron una necesidad clara sobre ofrecer a este tipo de pacientes una atención continua donde se muestre la comunicación desde las necesidades que ellos refieren posibilitando que consigan recursos personales y que de esta manera puedan afrontar posibles problemas tanto psicológicos como sociales que conlleva la enfermedad. Con lo anterior se puede identificar la relación con dos componentes que se identificaron en las entrevistas referentes a la comunicación asertiva y al apoyo emocional, resaltando que no es lo mismo brindar una cita de control a un paciente que no padece un tipo de enfermedad crónica como lo es el cáncer, ya que estos tipos de paciente requieren de una atención y/o control mayormente integral, oportuno y personalizado que cualquier otro, mejorando las condiciones de vida en su estado actual y de manera general su calidad de vida. Sin embargo, es necesario comprender que las necesidades varían dependiendo a la persona, por lo cual es necesario enfocar en mayor medida este tipo de comunicación entre médico y paciente con la intención de conocer cómo se debe actuar desde el análisis de las particularidades de cada caso.

Continuando con la anterior categoría mencionada, en la investigación de Sánchez, Sirgo, Francisca, Leon, Lacorte y Salamero (2005) con su trabajo titulado *Preferencias de Comunicación y apoyo de Pacientes Oncológicos Españoles* se logró encontrar que los pacientes valoran en mayor medida que la información que les brinden sea completa, así como también consideran importante en que exista un apoyo emocional y que la atención sea brindada en un espacio adecuado utilizando de manera oportuna los diversos elementos de apoyo diagnóstico y tratamiento, idóneos. Encontrando similitudes a lo que se encuentra en el presente estudio desde las subcategorías de comunicación asertiva y apoyo emocional con los relatos de las participantes, resaltando que para ellas es de gran importancia la comunicación clara y honesta sin dejar de lado la sensibilización por parte del médico al momento de tratarlas, con la información y el apoyo que dentro del tratamiento necesitan. Esta relación permite reconocer la importancia que tiene esta información dentro de la formación de los actores dentro del área de salud, ya que representa un mejoramiento en tanto en la atención en pacientes crónicos.

Desde los factores ambientales que menciona Rodríguez, et al. (2011) los cuales los señalan como valiosos a la hora de entregar la información al paciente, y del mismo modo, intervienen en la forma en cómo se establecen las pautas relacionales y comunicativas, siendo desde el respeto y confianza. Dentro de los resultados de esta investigación se evidencia si fue favorable para la comunicación los lugares en los cuales recibieron su atención médica siendo estos organizados, permitiendo que posibilite por una parte un servicio más integral como

también una percepción de condiciones que favorezcan su calidad de vida en ese momento. Se puede identificar como influyente para la práctica médica con pacientes oncológicos que la información brindada no sea en cualquier lugar de las instalaciones asignadas, sino que se presente en un lugar que represente la configuración de la relación de confianza y respeto.

Con respecto a la categoría de *Calidad de vida*, se puede identificar en la investigación de Castañeda, Shea, Narváez, Lozano, Castañeda, y Castañeda (2015) que en su estudio titulado *Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico* identificaron que más allá del costo y la complejidad de los cuidados brindados a las personas que padecen cáncer, la clave es que tengan un enfoque integral. Esto se puede ver en las narrativas de las tres participantes, particularmente en las observaciones que hacían sobre la atención prestada. Las participantes señalaron que era necesario mejorar la forma en cómo se presentaba la información, ya que este era un punto importante para sentir más tranquilidad sobre su proceso. Se puede comprender desde esta postura que hay una falencia desde la salud en donde se evidencia la falta de sensibilización a los pacientes oncológicos reconociendo que la información que se va a brindar sobre su estado de salud puede afectar otras áreas de su vida. Por lo cual se encuentra necesario prever los alcances que puede tener el entregar cierta información a los pacientes oncológicos o a las familias de los mismos.

Dentro de las perspectivas usadas para comprender el cáncer usado en este trabajo, Holmes y Rahe (1967, citado por Velasco, 2001) señalan que al momento de diagnosticar el cáncer en el ciclo vital adulto genera una crisis donde se ven afectados varias áreas, como los son su vida profesional, y su nivel socioeconómico. De igual forma se encuentra la aparición del sentimiento de inutilidad, lo cual afecta a las dinámicas familiares y otros aspectos de su vida.

Esto entra en concordancia con la información encontrada en los resultados, ya que todas las participantes al conocer el diagnóstico de cáncer, pasaron por varios cambios en su vida los cuales produjeron nuevas formas de comunicarse con sus familiares. De igual forma, se pudo evidenciar como los significados que se tenían y se crearon hacia el cáncer afectaron a la forma de afrontar la enfermedad. Desde esta lógica, es indispensable reconocer los cambios que surgen en la vida de las personas que sufren de cáncer, con la intención que los médicos y todo el personal sanitario se empatee y sea fuente de apoyo emocional para sobrellevar estas situaciones y así mismo pueda mejorar la significación que tienen sobre su calidad de vida.

Hasta aquí puede reconocerse la coincidencia entre los hallazgos de esta investigación y las conclusiones reseñadas en la revisión de antecedentes investigativos que

hacen parte del problema de investigación y del marco teórico, insistiendo en la necesidad de una buena información y comunicación para conocer su estado de salud teniendo en cuenta el componente afectivo y emocional, de tal manera que no influye negativamente en las diferentes áreas de la persona. En general se evidencia la profunda afectación del cáncer en la desmejora de la calidad de vida de los pacientes oncológicos y la necesidad de que la atención sea integral para poder generar mayor alcance en el tratamiento.

En cuanto a las diferencias de los resultados de esta investigación en contraste con la literatura sobre el tema mencionada en desde las categorías, se destaca la caracterización del apoyo emocional esperado en la comunicación médico-paciente, a partir de las narrativas de las participantes. Como se plantea en los resultados, el apoyo emocional es percibido en términos del reconocimiento de las condiciones particulares de los pacientes, la empatía y el reconocimiento del paciente como persona, la disposición corporal del médico, (contacto visual, disposición en el espacio en situaciones de diagnóstico) ronda de residentes y en especial su escucha. Esta última es fundamental en tanto que se diferencia de las relaciones familiares y personales de los pacientes, permitiendo una expresión más honesta y real de sus inquietudes y preocupaciones. En este punto, se reconoce que esta dinámica de escucha por parte del médico genera confianza en el tratamiento e impacta positivamente en su condición afectiva.

Ahora bien, es importante resaltar otras diferencias puntuales que se encontraron entre los hallazgos y el marco disciplinar. Retomando el marco disciplinar según Holmes y Rahe (1967) es la cuarta crisis que puede vivir un adulto, sin embargo, a pesar de ser un proceso difícil de llevar, hubo por parte de las participantes una resignificación de lo que para ellas es el cáncer.

Dicha resignificación permitió que las participantes encontraran diversas herramientas las cuales posibilitaron el poder sobrellevar su tratamiento y de esta manera, tener diferencias considerables en la manera de entender su enfermedad, sin que esto implique un estancamiento en sus vidas, sino que, por el contrario, actúen de manera rápida y con estilos de vida más saludables logrando entonces una recuperación más pronta en su estado de salud.

Otra de las diferencias a destacar, es que se puede apreciar en el marco disciplinar lo que postula Velasco (2001) en caso del adulto que tiene cónyuge, puede llegar a modificarse su relación debido al trato por parte de su pareja, de tal manera que puede comenzar a ser infantilizada por la misma enfermedad, lo cual conlleva a desatar ira por la pérdida de independencia que este le ha hecho percibir.

Es así, que se esperaría ese cambio en la relación con las parejas de cada participante, sin embargo, si se compara con los hallazgos encontrados en la presente investigación, esto no sucede, ya que las tres participantes a pesar de haber llevado con ellos su proceso de tratamiento en ningún momento dentro de sus narraciones expresan dicha infantilización, si no que por el contrario los perciben como apoyo, viéndose también reflejado en que durante algunas situaciones las participantes decidieron abstenerse de contar a sus parejas las decaídas emocionales e incluso algunas físicas que han experimentado con el propósito de no generar mayor preocupación pero no por llegar a sentirse menos autónomas o infantilizadas. Es un hallazgo que se encontró dentro de las entrevistas a las participantes que, a pesar de no entrar a una categoría planteada en la investigación, se encuentra pertinente señalar ya que permite generar más cuestionamientos a partir de esta.

Dicho todo esto y para dar cierre a este apartado, se puede señalar que la relación entre la comunicación médico-paciente y la calidad de vida en pacientes oncológicos, tomando en cuenta los resultados de la investigación y los antecedentes usados, los cuales se pusieron en discusión, son dos fenómenos que suceden en las instituciones prestadoras de salud que deben trabajar y tener en cuenta para poder crear estrategias que posibiliten mejorar la atención a los usuarios. Es necesario reconocer las pautas comunicativas de los médicos y el equipo de salud en general con los pacientes ya que tienen una influencia importante en las herramientas para afrontar la enfermedad y generar menor preocupación para avanzar en los tratamientos.

Conclusiones

Con base a los objetivos planteados para la investigación se puede destacar las siguientes conclusiones:

La relación entre comunicación médico paciente y la calidad de vida del último, se caracteriza frente a los efectos que la información proporcionada por el médico y el apoyo emocional percibido por el paciente, tienen sobre la satisfacción del paciente con la vida, el compromiso con el mejoramiento de las condiciones de vida orientadas al tratamiento de la enfermedad.

Se identifica que el uso de un lenguaje asertivo, claro, conciso y cercano posibilita una mejor comunicación médico-paciente y con ello un mayor conocimiento sobre su estado actual de salud, generando una mayor tranquilidad y seguridad al paciente, por cuanto permite comprender su enfermedad y su tratamiento, en un ámbito más amplio.

Con respecto a las pautas de comunicación en la relación médico paciente se identificó que la información médica es calificada de forma positiva, sin embargo, es necesario que esta misma se encuentre acompañada de una actitud medica de disposición y comprensión.

Finalmente, en lo que respecta a la influencia de la comunicación médico-paciente en la calidad de vida de los pacientes oncológicos, puede decirse que se observó una influencia valorada como importante tanto en la actitud y el compromiso con el tratamiento desde los médicos hacia los pacientes, creando significados relacionados con la satisfacción con la vida y la generación de acciones concretas que redundaron en mayor cercanía y/o dinámicas más tranquilas con el entorno familiar y social.

Aportes

El aporte que presenta este trabajo para la Universidad Santo Tomás propone una perspectiva de la psicología de la salud, permitiendo que se demuestre que la comunicación ente el médico y paciente oncológico se vea fortalecida, en razón de que se utiliza un lenguaje menos técnico y más humanizado que genere una mayor comprensión por parte del paciente y una atención más integral por parte del médico.

Por otra parte, la línea de investigación *Psicología, subjetividad e identidades*, propone una mirada desde la perspectiva de la persona que padece cáncer desde la comunicación con su médico con la intención de crear conjuntamente significados que posibiliten el mejoramiento de su calidad de vida y permitan crear redefiniciones de su propia experiencia de enfermedad.

El aporte que generó la investigación en los participantes, se relaciona con la activación de sus voces, además de expresar por medio de sus narraciones, los significados que han ido creando a raíz de su tratamiento y de esta manera ser escuchados, logrando hacer conexiones visibles entre la importancia de establecer pautas comunicativas consistentes y empáticas entre médico tratante y paciente oncológico. Esto incluye tanto a la participante que sigue en su tratamiento y a aquellas que ya lo cesaron, ya que continúan realizando controles con sus médicos tratantes así que sigue existiendo dicho relación (el contacto sigue vigente), además expresaron lo significativo que fue haber sido parte de la investigación en especial para promover sus vivencias y de tal forma poder visibilizarlo ante el personal médico.

En cuanto al aporte a los investigadores, se crearon reflexiones con una perspectiva más amplia pero minuciosa de las construcciones que el paciente oncológico hace respecto hacia lo que experimenta durante su tratamiento, la importancia de generar un escenario que permita acompañar y generar apoyo emocional sobre la experiencia de enfermedad desde una

perspectiva generativa que da cuenta de los aprendizajes de todos los actores involucrados durante el desarrollo de la investigación.

De igual forma, se evidencia en el desarrollo de la investigación, que es necesario en mayor medida, un trabajo interdisciplinar entre psicología y medicina dentro del sistema de salud colombiano, ya que esto podría representar un aporte más eficiente en la comunicación con el médico tratante y en el respectivo tratamiento que tiene el paciente oncológico.

Alcances y limitaciones

La investigación realizada permitió situar a la comunicación como una dimensión fundamental a la hora de abordar el bienestar y la calidad de vida de los pacientes oncológicos en general. A través del sesgo de la comunicación médico-paciente fue posible situar de parte de los pacientes la importancia de narrar su historia de vida, organizar las experiencias vividas y las emociones que aparecieron en el proceso, disponer de información precisa sobre la enfermedad, sus efectos y el tratamiento y generar actitudes de confianza, respeto y apoyo. La comunicación, entonces, no es sólo un escenario de intercambio de información sino un espacio de reconocimiento, comprensión y reelaboración del sentido de sí y la satisfacción con la vida que resulta fundamental para el paciente y que puede impactar positivamente en sus dinámicas familiares y relacionales. Aunque el alcance de la investigación se centró en la perspectiva del paciente, resulta pertinente avanzar en el reconocimiento de la perspectiva del médico y del equipo médico, apuntando a alternativas de intervención y reflexión sobre el valor y las pautas de comunicación construidas en procesos de recuperación de la salud.

En lo que respecta a las limitaciones se destacan las dificultades para acceder a las instituciones de salud que permitirían y/o facilitarían el encuentro con la población. Además del tiempo de espera y las demoras para el estudio y aprobación de la iniciativa de investigación, a lo largo de la identificación de los participantes y la implementación del procedimiento el tiempo de desplazamiento y entrevista también se constituyó en un factor que afectó la definición del grupo final de participantes. Estos aspectos, sumados a una actitud de desconfianza frente a la investigación en el sector muestra la necesidad de seguir insistiendo en los aportes de este tipo de ejercicios para el abordaje de las problemáticas en el campo de la salud y el planteamiento de iniciativas que procuren el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes. Es pertinente visibilizar la importancia de la investigación como manera de incidir en la calidad de vida de los pacientes oncológicos tanto de Bogotá como de otros territorios.

Sugerencias

Se puede afirmar que la realización de la presente investigación plantea algunas preguntas que permiten orientar y relanzar trabajos en esta misma línea permitiendo aportar a que se promuevan este tipo de investigaciones. Por ejemplo, el cuestionamiento del papel del género en la transformación de narrativas con las que se cuenta para abordar la realidad la realidad teniendo en cuenta que todas las participantes son mujeres. ¿Cómo se van creando los significados sobre la enfermedad desde las nociones de género y sus distinciones al respecto?

Por otro lado, con respecto a las dinámicas relacionales, ¿Cómo la comunicación asertiva por parte de la familia podría posibilitar un cambio en los significados de la enfermedad y el tratamiento a pacientes oncológicos? Y, por último, retomando otras perspectivas ¿Cómo la construcción de subjetividades influye en la manera en que cada persona gestiona los procesos de comunicación en los que participa?

De esta manera se pretende que futuras investigaciones puedan ahondar y activar voces (médicos y familiares de los pacientes) que no se lograron escuchar de manera directa pero que son significativos para este tipo de estudios.

Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2016-2020). *Plan de desarrollo Bogotá mejor para todos. Proyecto plan de desarrollo*. Recuperado de <http://www.bogotacomovamos.org/documentos/proyecto-plan-de-desarrollo/>
- Ardila, R. (2003). *Calidad de vida: Una definición integradora*. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Amado, A. (2015). *Construcción de la experiencia de cáncer: Narrativas que favorecen la reconstrucción de la experiencia y las relaciones*. Recuperado de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/3588/Amadoangie2014%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Cancer Society. (2018). ¿What Causes Cáncer?. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes.html>
- American Cancer Society. (2019). *Tipos de tratamiento*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento.html>
- Andréu, J.; (2018) *Las Técnicas de Análisis de Contenido: Una Revisión Actualizada*. Fundación Centro de Estudios Andaluces. Recuperado de: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Baltar, F.; Gorjup M. (2014). *Muestreo Mixto Online: Una aplicación en poblaciones ocultas*. Revista Capital intangible. Recuperado de: <https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/12244/baltar.pdf>
- Bautista, N. (2011). *Proceso de la investigación cualitativa*. Recuperado de https://doc-14-cc-apps-viewer.googleusercontent.com/viewer/secure/pdf/kfm7mt0fg8va0dj3pvfu51ilndalsdsh/nh5pnj22tn6f0qe3djtqgrgnu1mp5bvuu/1551842550000/gmail/10527653229691903143/ACFrOgB33sOvnjoAohPYclDNZTkF1rQWZQAqfCclhynbswQ8_CCrDyOpgZE4Gyi1JZ4ffKlPpA1ZppqkhoZsqMkPzdWc-JJ5IK1zyPmSIGY3MJ8h45PvGbMvCcjpZrQ=?print=true&nonce=4s85h94ga1e84&user=10527653229691903143&hash=0jdlff6bqmlterpjdnpruh02ia7oh2m
- Bermejo, J; Villaceros, M; Carabias, R; Sánchez, E; Díaz, B. (2012). *Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: Nivel de información y actitudes observadas*. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-pdf-S1134248X1200078X>

- Bobes, J; González, P; Suárez, E. (1993). *Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida*. Recuperado de https://www.uniovi.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Bobes_Desarrollo.pdf
- Bloom, J. (1982). Social support systems and cancer: a conceptual view. In Psychosocial Aspects of cancer. Cohen J. Cullen JW, and Martin LR. (eds) Raven Press: New York
- Castañeda, C; Shea, G; Narváez, M; Lozano, J; Castañeda, G; Castañeda, J. (2015). *Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico*. Recuperado de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1665920115000449?token=724FC7C2FF18BFE671BCBD882B5F78A259F3B0BEEED2D1AEB7000E9F5277427F6D04CE42D3D9A6F819607EB6280AA0CF>
- Cebero, M. & Watzlawick, P. (1998). La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico. Barcelona: Herder. Pp. 63 - 149
- Colombia, Presidencia de la República. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2009). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*. Recuperado de: https://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2006). *Ley 1090 de 2006: Código Deontológico y Bioético y otras Disposiciones*. Recuperado de <http://www.psicologiapropectiva.com/introley1090.html>
- Colombia, Presidencia de la República. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>
- Congreso de la República. (1993). *Ley 100 de 1993*. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- .

- Congreso de la República. (2007). *Ley 1122 de 2007*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de la República. (2010). *Ley 1384 de 2010*. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1384_2010.html
- Cruz, H; Moreno, J; Angarita, A. (2013) *Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/administracion5.pdf>
- Dakof, G; Taylor, S. (1990). Victim's perception of social support: what is helpful from whom?. *Personality Soc. Psychol*, 58,80-89.
- Defensoría del pueblo (2018). *Derechos en Salud de los pacientes con Cáncer. Serie Derechos de los Usuarios en Salud y Seguridad Social*. Recuperado de: https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Cartilla_pacientes_Cancer.pdf
- Díaz, L. Torruco, U. Martínez, M. Varela, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 2. Núm. 7. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Díaz, Z.; Aguilar, T. Linares, X. (2015). *La Antropología Médica aplicada a la Salud Pública*. Revista Cubana de Salud Pública. Vol. 41, No. 4. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/214/21443545009/6>
- Echegoyen, R; Camacho, C. (2011) *Calidad de Vida y Cáncer Pulmonar*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2011/nt113f.pdf>
- Epstein, R. M., Duberstein, P. R., Fenton, J. J., Fiscella, K., Hoerger, M., Tancredi, D. J., & Kaesberg, P. (2017). *Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and health care utilization in advanced cancer: the VOICE randomized clinical trial*. *JAMA oncology*, Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2551984>
- Fernández, C; Padierna, C; Amigo, I; Pérez, M; Gracia, J; Fernández, R; Peláez, I. (2006). *Calidad de vida informada por pacientes oncológicos paliativos. Relaciones con el informe médico y estado emocional*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100007
- Frenk, J. (1988). *Ensayo. La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción*. Recuperado de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/viewFile/197/189>
- Foucault, M. (1999). *La arqueología del saber*. Decimonovena edición. Editores S.A. Mexico.

- Gajardo, A.; Lavados, C. (2010) "El Proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal". Revista Persona y Bioética. Vol. 13, No. 1. Universidad de la Sabana. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/832/83215670005/1>
- García-Cerón, M. Á. E., & Alvarado-Aguilar, S. (2009). *La comunicación en la relación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico*. Gaceta Mexicana de Oncología, 8(3), 119-127. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2009/vol8/no3/6.pdf>
- García, M. (1995). *Comunicación y Relaciones Interpersonales* Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2790951.pdf>
- García, C; Alvarado, A. (2009) *Comunicación en la relación médico-paciente: perspectiva del paciente oncológico*. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920109501338>
- Garrafa, V.; Albuquerque, M.; (2001) *Enfoque Bioético de la comunicación en la Relación Médico-Paciente en las Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas*. Año VII. Nº 2. Acta Bioethica. Recuperado de: <https://revistas.uchile.cl/index.php/AB/article/download/16901/17608/0>.
- Garza, E.; Leyva, G.; (2012). *Tratado de Metodología de las Ciencias Sociales: Perspectivas Actuales*. Revista Filosofía. Recuperado de: http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/TeoSocContII/Retamozo_Met.pdf
- Gergen, K; Josselson, R; Freeman, M. (2015). *The promises of Qualitative Inquiry*. Recuperado de http://lantern.humanities.manchester.ac.uk/wp-content/uploads/2015/02/Gergen_2015_Promises-of-Qualitative-Research.pdf
- Gómez, M; Sabeh, E. (2000). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Recuperado de <http://inico.usal.es/publicaciones/pdf/calidad.pdf>
- Hernández, I.; Fernández, M.; Irigoyen, A.; Hernández, M. (2006). *Importancia de la Comunicación médico-paciente en medicina familiar*. Revista Archivos en Medicina Familiar. Vol 8. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Edición Punta Santa Fe. No 736. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

- Herrera Medina, N.; Gutierrez Malaver, M.; Ballesteros Cabrera, M.; Izzedin Bouquet, R.; Gómez Sotelo, A.; Sanchez Martinez, L. (2010). *Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia*. Revista Salud Pública. 12. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12n3/343-355/es>
- Hombrados, M. (2019). *Calidad de vida y sentido de comunidad en la ciudad*. Recuperado de <http://www.uciencia.uma.es/Revista-Uciencia/Ellas-investigan/Investigacion/Calidad-de-vida-y-sentido-de-comunidad-en-la-ciudad>
- Instituto Nacional del Cáncer Argentina. (s.f). Manual de enfermería oncológica. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf
- Instituto Nacional de Cancerología. (2018). *Misión, visión, valores, principios*. Recuperado de <https://www.cancer.gov.co/mision-vision-valores-principios>
- Instituto Nacional de Cancerología. (s.f). Servicios Instituto Nacional de Cancerología. Instituto Nacional de Cancerología. Recuperado de: <https://www.cancer.gov.co/Servicios-Oncologicos-Servicios>
- Iranz, M. (2018). *La historia del cáncer*. Recuperado de <http://www.mariairanzobiotec.com/historia-cancer/>
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., & Hölzel, D. (2003). Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology*. Recuperado de: <https://academic.oup.com/annonc/article/14/3/421/210595>
- Leon, F. (2009). *Fundamentos y Principios de la Bioética Clínica, Institucional y Social*. *Acta Bioethica*. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v15n1/art09.pdf>
- Maturana, H. (1998). *Observar la observación*. En Elkaim. La terapia familiar en transformación. (p. 155-161). Barcelona: Paidós.
- Ministerio de Salud. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud pública. (2014). *Curso Introductorio de Bioética para profesionales de salud* Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/3.-Qu%C3%A9-es-la-bio%C3%A9tica.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan>

[-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf](#)

Ministerio de Protección Social. (2008). *Resolución 2378 de 2008*. Recuperado de http://legal.legis.com.co/document/Index?obra=legcol&document=legcol_7599204249baf034e0430a010151f034

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Cáncer*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Prevenciondel-cancer.aspx>

Ministerio de Salud. (1993). *Resolución Número 8430*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud. (1998). Acuerdo número 117 de 1998. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 1419 del 6 de mayo de 2013*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1419-de-2013.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Resolución 247 de 2014*. Recuperado de <https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Resolucion%20247%20de%202014.PDF>

Mojica, A. (2018). *Implicaciones de la subjetividad como problema de investigación*.

Moreno, B; Jiménez, C. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/evaluacion-de-calidaddevida.pdf>

Murcia, E.; Aguilera, J.; Wiesner, C., Prado, C.; (2018). Servicios Oncológicos en Colombia. *Revista Colombia Médica*. Vol. 49. N°1. Recuperado: http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v49n1/es_1657-9534-cm-49-01-00089.pdf

Navarro, E; Limonero, J; Mate, J. (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120127A/15103>

Niñez, A.; Tobón, S.; Arias, D.; Serna, J.; Rodríguez M.; Muñoz, A. (2010). *Calidad de Vida, Salud y Factores Psicológicos en Poblaciones no Clínicas de dos municipios Colombianos*. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. Vol 14. No 2. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n2/v15n2a08.pdf>

Oblitas, L. (2008). *Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*.

- Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). *Programa de cáncer*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer-program&Itemid=3904&lang=es
- Ortiz, M. Ortiz, E. (2007). *Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. Revista Méd Chile. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>
- Ospina, S. (2004). *Qualitative Research*. Recuperado de https://ualr.edu/interdisciplinary/files/2010/03/Qualitative_Research.pdf
- Pakman, M. (1996). *Construcciones de la experiencia humana*. Volumen I. Barcelona, España. Gedisa S.A.
- Pineda, C.; Castro, J.; Chaparro, R. (2017). *Estudio Psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en Adultos Jóvenes Colombianos*. Pensamiento Psicológico. Revista Javeriana Cali. Recuperado de: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1609>
- Retamozo, M. (2012). *Constructivismo: Epistemología y Metodología en las ciencias sociales*. Recuperado de <https://www.aacademica.org/martin.retamozo/20.pdf>
- Rivero, R.; Piqueras, J.; Ramos, V.; García, L.; Martínez, A.; Oblitas, L. (2008). *Psicología y Cáncer*. Vol 15. No 1. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604007>
- Rojas, A. Lara, L. (2014). *¿Ética, bioética o ética médica*. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v30n2/art05.pdf>
- Rodriguez, K. L., Gambino, F. J., Butow, P., Hagerty, R., & Arnold, R. M. (2006). *Pushing up daisies: implicit and explicit language in oncologist–patient communication about death*. *Supportive Care in Cancer*, Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-006-0108-8>
- Sanchez, N; Sirgo, A; Francisca, M; León, C; Lacorte, T; Salamero, M. (2005). *Preferencias de comunicación y apoyo de pacientes oncológicos Españoles*. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120081A/16104>
- Saa, D. (2008). *Relación médico paciente*. Colombia Médica. Vol 39. No 3. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v39n3/v39n3a10.pdf>

- Sanz, J. R., Luna, C. K., Cotera, F. Á. U., & Comunicación, G. (2011). Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 18(7), 401-409. Recuperado de: https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:UiX_6B9WdCMJ:scholar.google.com/+comunicaci%C3%B3n+médico+paciente+%2Bcomunicacion+asertiva&hl=es&as_sdt=0,5
- Salaverry, O. (2013). *La etimología del cáncer y su curioso curso histórico*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n1/a26v30n1.pdf>
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. Revista Ciencia y Enfermería. 2. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es%2321
- Secretaría Distrital de la Salud de Bogotá D.C., (2016). *Plan Territorial Salud 2016-2020*. Recuperado de: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf
- Superintendencia Nacional de Salud. (2014). Circular Externa 4 de 2014. Recuperado de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/C_SNS_0004_2014.pdf
- Torres, I; Ortega, M; Coria, A; Hernández, M. (2006). *Importancia médico-paciente en medicina familiar*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062k.pdf>
- Urzúa, A; Caqueo, A. (2012). *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto*. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Valentín, V; Murillo, T; Valentín, M; Royo, D. (2004). *Cuidados Continuos. Una Necesidad del paciente oncológico*. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404110155A/16355>
- Velikova, G., Booth, L., Smith, A. B., Brown, P. M., Lynch, P., Brown, J. M., & Selby, P. J. (2004). *Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial*. Journal of Clinical Oncology. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.979.2759&rep=rep1&type=pdf>
- Velasco, M. (2001). *La enfermedad a través de las diferentes etapas del desarrollo humano*. Recuperado de

[http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II EMF 283-299.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_283-299.pdf)

Wiesner Ceballos, C. (2017). Análisis de situación del cáncer en Colombia 2015. Bogotá D.C. Instituto Nacional de Cancerología-ESE. Recuperado de la fuente: [https://www.cancer.gov.co/Situacion del Cancer en Colombia 2015.pdf](https://www.cancer.gov.co/Situacion%20del%20Cancer%20en%20Colombia%202015.pdf)

Williams, S, Weinman, J; Dale, J. (1998). *Doctor-Patient communication and patient satisfaction: a review*. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Jeremy_Dale/publication/13440195 Doctor-patient communication and patient satisfaction A review/links/0046351c8b85ebf07c000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jeremy_Dale/publication/13440195_Doctor-patient_communication_and_patient_satisfaction_A_review/links/0046351c8b85ebf07c000000.pdf)

Zaider, G; Triviño, V; Sanhueza, A. (2005) *Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería*. Recuperado de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56/117>

Anexos

Anexo 1. Formato de evaluación por jueces.

Bogotá D.C., 26 de septiembre de 2019.

Profesor(a):

FREDY ALEXANDER RODRÍGUEZ CASTELLANOS

La Ciudad

Ref. Invitación a proceso de validación por jueces cuestionario sobre comunicación médico-paciente dirigido a pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Bogotá.

Estimado profesor:

Por medio de esta comunicación solicitamos su colaboración como juez experto para evaluar un cuestionario sobre comunicación médico-paciente en el marco del trabajo de grado titulado *Caracterización de la relación entre la comunicación médico-paciente y la calidad de vida de pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Bogotá*.

Bajo la apuesta por un ejercicio investigativo ético y riguroso consideramos que la revisión de estas preguntas propuestas es fundamental para garantizar su validez y el uso eficiente de los datos obtenidos a obtener con su aplicación. Su participación es una contribución invaluable al logro de este propósito y en general a los objetivos de este trabajo, particularmente la caracterización de la relación entre la comunicación médico-paciente y la calidad de vida de pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Bogotá. Para la elaboración de los ítems se tomó como referencia el cuestionario de preferencias de comunicación de pacientes oncológicos (Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. J Clin Oncol 2001; 19: 2049–56).

En documento adjunto a la presente encontrará la definición de cada una de las categorías de evaluación del instrumento con la calificación y los indicadores correspondientes, así como el formulario de calificación, con las dimensiones y los ítems respectivos.

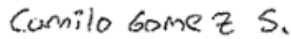
De antemano agradecemos su amable colaboración en este ejercicio y quedamos atentos al envío del formulario, lo más pronto posible, a los correos maria.gomezp@usantotomas.edu.co

y camilogomez@usantotomas.edu.co. En caso de preguntas y observaciones adicionales puede comunicarse a las mismas direcciones.

Cordialmente:



María Alejandra Gómez
Estudiante de Psicología
Universidad Santo Tomás
CC. 1015469733
Cel. 3057997149
maria.gomez@usantotomas.edu.co



Camilo Gómez Sánchez
Estudiante de Psicología
Universidad Santo Tomás
CC. 1117535010
Cel. 3214775351
camilogomez@usantotomas.edu.co

CATEGORÍAS CALIFICACIÓN ITEMS INSTRUMENTO

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	1 No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión
	2 Bajo nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total
	3 Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	4 Alto nivel	Los ítems son suficientes
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1 No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2 Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3 Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.

	4 Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	1 No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	2 Bajo nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión
	3 Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que esta midiendo.
	4 Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1 No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión
	2 Bajo nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3 Moderado nivel	El ítem es relativamente importante
	4 Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

FORMULARIO CALIFICACIÓN INSTRUMENTO

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

	atiende?																
	12. ¿Se siente cómodo y tranquilo en el lugar donde le suministra la información de su estado de salud su médico?																
	13. ¿Se siente satisfecho con la atención que le presta su médico?																

Observaciones sobre el instrumento:

Anexo 2. Entrevista semiestructurada.

Introducción

- Presentación
- Cómo y cuándo comenzó la enfermedad
- Cómo ha sido el tratamiento
- En qué momento del proceso está o considera que está
- Describa a su equipo médico

Comunicación médico-paciente

Apoyo emocional

- Cuando el médico se acerca a usted ¿cómo espera que lo trate?
- ¿Cómo se siente usted cuando su médico demuestra preocupación por su estado de salud?
- ¿Cómo se siente cuando su médico se ofrece a informarle a su familia de su estado de salud?
- ¿ha sucedido algunas veces que el médico le proponga hablar sobre cómo se siente frente a la atención prestada durante el tratamiento?
- ¿El médico indaga sobre su vida o se enfoca únicamente en lo relacionado a su salud?

Comunicación asertiva

- ¿Alguna vez ha tenido la necesidad de reclamar por alguna información que no se le fue suministrada? ¿Cómo fue? ¿Ha sido más de una vez?
- ¿Siente la comodidad de preguntarle al médico alguna preocupación o duda que tenga?
- ¿Se siente satisfecho con el tiempo que le dedica su médico a responder todas las dudas que le surjan?
- ¿El médico se ofrece a contestar sus preguntas?

Factores ambientales del Contexto

- ¿Considera que su relación es más cercana con su médico al avanzar el tratamiento o ha pasado lo contrario? ¿Por qué?
- ¿Confía en los tratamientos a seguir y en el médico que lo atiende?
- ¿Se siente cómodo y tranquilo en el lugar donde le suministra la información de su estado de salud su médico?

- ¿Se siente satisfecho con la atención que le presta su médico?

Calidad de vida

Condiciones de vida

-¿Qué cambios ha sentido en su cuerpo desde que inició el tratamiento?

-¿Qué actividades dejó de hacer o realiza a partir del tratamiento?

-¿existe alguna diferencia en la forma en cómo se relaciona con las personas?

-¿El tratamiento ha afectado su economía?

Satisfacción con la vida

-¿Siente que puede ayudar a las demás personas en diferentes aspectos?

-¿Su salud ha generado que cambie sus actividades que disfrutaba realizar?

-¿Qué proyectos tiene a futuro?

-¿Qué momentos tiene para descansar?

Condiciones de Vida y Satisfacción con la Vida

-¿las personas cercanas le comunican de forma positiva sus sentimientos?

-¿Considera que su vida es tranquila?

-¿Siente que puede comunicar sus sentimientos y emociones a las personas cercanas a usted?

Cierre

Anexo 3. Formato consentimiento.

Universidad Santo Tomás
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Psicología

Consentimiento Informado para la Participación en la Investigación / Intervención

Fecha : Día Mes Año

Título de la Investigación:

Caracterización de la relación entre la comunicación médico-paciente y la calidad de vida de pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Bogotá.

Duración Estimada y Procedimiento:

Para la realización de las entrevistas, a cada participante se le harán una serie de preguntas que tendrán una duración máxima de 60 minutos por entrevista.

Institución donde se Realizará el Estudio:

Investigador(es)/interventor(es): Camilo Gómez Sánchez

María Alejandra Gómez Portilla

Nombre del (los) Director(es): Andrea Mojica Mojica

Nombre del Participante:

No. de Identificación:

Objetivo de la Investigación:

Caracterizar la relación entre la comunicación médico-paciente y la calidad de vida de pacientes oncológicos adultos de la ciudad de Bogotá.

Beneficios de la Investigación:

La investigación pretende realizar una caracterización de la relación entre la comunicación médico-paciente y la calidad de vida de pacientes oncológicos adultos para poder entonces dar aportes y recomendaciones al área de la salud, lo cual beneficia a la población oncológica en el intento por obtener un mejoramiento de dicha relación durante su tratamiento y contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

Riesgos Asociados con la investigación:

Esta investigación se encuentra ubicada en la categoría de investigación sin riesgos con base en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, sin embargo, se privilegiará la dignidad, salud física o mental del paciente, antes de la información necesaria para la investigación, ante cualquier circunstancia que surja dentro de la aplicación del proyecto.

Aclaraciones:

1. Su decisión de participar en el estudio es voluntaria.
2. En caso de decidir no participar en esta investigación, no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, su familia o su institución.
3. Si decide participar en la investigación usted puede retirarse en el momento que así lo disponga, únicamente se le solicitará que informe las razones de su decisión, las cuales serán respetadas totalmente.
4. En el transcurso de la investigación podrá solicitar información actualizada de la misma al (los) investigador (es), quienes está en el deber de proporcionársela oportunamente. Esto solo con fines informativos que sólo se brindará a los participantes de la investigación,

en ningún caso se entregarán informes técnicos (valoraciones, peritazgos, evaluaciones, conceptos, etc.) a terceros, que impliquen una responsabilidad más allá de los acuerdos de investigación aquí estipulados.

5. Las sesiones serán video-grabadas o en su defecto audio-grabadas en su totalidad. Estas sesiones serán registradas en instrumentos para la recolección y archivo de la información (Historias Clínicas, formatos de observación y registros de campo). Las grabaciones e instrumentos de registro serán utilizados únicamente con fines académicos e investigativos; una vez finalice la investigación, serán archivados para dar soporte a los resultados.

6. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de caso, mantendrá estricta confidencialidad acerca de los participantes, sus familias o las instituciones involucradas. Esta será compartida con los Directores, Asesores y equipos de investigación en los espacios académicos y tutorías desarrollados con el fin de avanzar en la obra de conocimiento y el proceso de formación de investigadores.

7. Los resultados de este estudio serán utilizados con fines académicos y podrán ser publicados a través de medios de divulgación de interés científico, guardando la confidencialidad de sus participantes.

8. Por la participación en esta investigación usted no recibirá ninguna remuneración de tipo económico.

Una vez considere que sus dudas han sido aclaradas y que no tiene ninguna pregunta sobre su participación en la investigación, usted puede, si así lo decide, firmar la siguiente carta de Consentimiento Informado.

Carta de Consentimiento Informado

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Me he enterado de los procedimientos de esta investigación y entiendo que la información obtenida puede ser publicada o difundida con fines investigativos, respetando mi anonimato. Estoy de acuerdo en participar en esta investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de este consentimiento informado.

Firma del participante

No. de Identificación

.....
.....

[Espacio para diligenciamiento por parte del (los) investigador (es)]

Hemos explicado al (la) señor(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le hemos explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. Hemos contestado a las preguntas en la medida de lo posible y hemos preguntado si tiene alguna duda. Aceptamos que hemos leído y conocemos la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y nos apegamos a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del Investigador _____

Nombre del Investigador Camilo

Firma del Investigador _____

Gó Nombre del Investigador Maria Alejandra Gó

	Sánchez		Portilla
Documento	1117535010	Documento	1015469733
Identificación		Identificación	
Profesión	Psicólogo formación	Profesión	Psicóloga en formación

Anexo 4. *Análisis matricial de contenido.*

Participante 1

Categoría/subcategoría	Cita	Interpretación
<u>Condiciones de vida:</u> Desde esta categoría se entiende que la Calidad de Vida equivale al conjunto de condiciones que son objetivas y medibles, como lo son la salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. La funcionalidad que existe bajo esta perspectiva permite comparar los indicadores de una persona con otra (Hollanflsworth, 1998, citado por Urzúa y Caqueo, 2012)	“Tengo 25 años. tengo una hija de 3 años” . “Yo tengo leucemia, cáncer en la sangre”. “entonces nos preguntaban “¿qué quieren comer?”, yo pedía yogures, paletas, si queríamos pizza, nos llevaban pizza, que uno en el momento, por la quimioterapia no lo tolera pero si uno podía pedir lo que quisiera. La doctora me decía... Porque yo estaba vomitando todo, entonces ella me decía “tranquila, si tú quieres, pide otra cosa, algo que aguantes, ¿quieres hielo?, las paletas son muy	La participante al narrar sobre su edad, el tener una hija y un diagnóstico de cáncer, influye, cambiando de cierto modo la manera en cómo se ha desempeñado a lo largo de su vida, el rol de madre se modifica, las horas de cuidado y juego con su hija cambian, además su trabajo se convierte en indispensable ya que significa tener un seguro para sostener a su familia y a los costos que ha ido acarreando durante su tratamiento. Hay una lectura que ella hace al decir su diagnóstico, y esto está relacionado con su profesión como enfermera,

	buenas””. “uno ya no tiene la misma vitalidad para hacer el oficio. Digamos, yo tengo una bebé de 3 años que ellos quitan energía todo el tiempo”. “ y no, yo ya no, para jugar con ella, siempre es un poquito difícil, pero pues ahí hemos ido llevando. mi esposo me colabora mucho con todo, digamos “yo te hago el desayuno hoy” mi abuela vive aquí cerca, entonces “no, yo le hago el almuerzo” y así”. “pero no es tanto el quedarme sin trabajo. Es digamos, uno lo económico, y dos la eps, yo no me puedo quedar sin seguro. porque pues una quimioterapia para que la autorice es un complique, entonces es ese el problema con la eps. Yo tengo que seguir trabajando quiera o no	condicionando a hacer sus propias deducciones e implicaciones que esto trae ya que tiene conocimientos en el área de salud acerca de ese tipo de cáncer, por lo cual ella ya ha creado sus significados a raíz de ello. Además, el narrar que hay unas consecuencias con el tratamiento de quimioterapia en su alimentación, percibe que hay cierta confrontación entre sus gustos alimenticios y los alimentos que su organismo rechaza lo cual debe manejar, pero no deja de ser un conflicto y una condición en su estilo de vida.
--	--	---

	quiera”.	
b) Satisfacción con la vida: Se entiende a la Calidad de Vida “como un sinónimo de satisfacción personal” (Urzúa y Caqueo, 2012). Se puede decir que esta postura invita a pensar que la vida es la sumatoria de la percepción de distintos dominios de la vida. Levy y Anderson (1980, p.162) citado por Ardila (2003).	“Porque llegó un punto donde yo decía “no quiero ver a nadie, solo quiero morirme, vayanse todos, ya no me hagan nada”. “yo decía “pero para que si me voy a morir de igual manera” . “pero pues uno nunca les cree, uno siente como que es mentira, todo el momento pensé que me iba a morir y que no me iba a curar, o tambien decia “para que voy a vivir, si no voy a ver””. “yo ya quiero es acostarme en el pasto, entonces siempre cambia un poquito esa relación, porque uno pierde como esa fuerza esa habilidad para hacer otras cosas, entonces deja uno de hacer cosas”. “entonces a mi me toca someterme, como digamos	Hay una relación entre cómo entiende su vida y el tener conocimiento de su enfermedad ya que a pesar de recibir conceptos favorables frente a su recuperación ella no lo acepta fácilmente porque seguramente conoce casos difíciles, debido a su profesión. Además había una concepción con respecto a su existencia de que ella presumía que a pesar de lo que hagan ya su diagnóstico no tenía solución y por ello prefería que la dejen sola y no continúen su tratamiento puesto que eso le causaba un mayor sufrimiento que el que padece de su enfermedad. Ella es consciente de los cambios y el comportamiento frente a la vida que conlleva la enfermedad, valorando las cosas simples que ya no puede hacer pero que ahora

	“no, este es su horario y le tocó porque pues toca””.	extraña obteniendo la satisfacción necesaria en el disfrute de dichas cosas.
c) Condiciones de Vida y Satisfacción con la Vida: Ardila (2003) tomando estas dos grandes categorías, define a la Calidad de Vida como: Un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. (p. 4).	“Más que todo el compartir con mi familia y con mi hija. Digamos que ir al parque, salir. Nos gustaba ir mucho a conciertos, o viajar... Ya casi no lo hacemos. Es más que todo ese compartir... Yo ya ingrese a trabajar y en el trabajo, siento uno siempre ese cambio, como que uno no rinde igual a pesar de que mis compañeras me colaboran mucho, pero pues uno no rinde igual que antes”. “La debilidad. Emmm... Aumente de peso un poquito... Emmm... ¿que más?. El dolor de cabeza que ese si no me deja. Más que todo la debilidad, hay días que uno no quiere ni moverse, y como yo digo “¿pero por qué?” yo quisiera como pararme, salir corriendo. Pero no	La participante deja ver claramente que un aspecto fundamental en su percepción de cambio de vida es el relacionado con la disminución de su energía manifestado como cansancio permanente, lo cual conlleva a un abandono de actividades y planes importantes para ella a nivel familiar. Igualmente es notorio el cambio drástico en la parte económica ya que hubo un descenso fuerte en los ingresos familiares debido a la enfermedad que llevó a su esposo a tener que abandonar su trabajo para dedicarse a ella, situación que, unida a la acumulación de deudas, la llevan a manifestar que su vida sufrió un giro de 180°, con todo lo que esto implica. Dentro de su tratamiento narra que tuvo diagnóstico de depresión, esto agregado

	puedo, no puedo, me siento debil y me siento débil. Yo le digo a mi esposo “me quiero acostar” y de pronto, uno piensa que es pereza, pero el cuerpo no le da, como un peso. Entonces yo le preguntaba a la doctora y me decía que es normal, por lo medicamentos, obviamente la quimioterapia y porque la hemoglobina de nosotros es más bajita que la de una persona sana. Entonces generalmente tengo la hemoglobina bajita, uno siente la debilidad, como si estuviera anémico todo el tiempo”. “pues ahorita, cambia bastante, porque pues fue un año muy muy difícil, pero ahora estoy más tranquila, porque estoy en la casa, con mi hija, con mi esposo, pero pues si es una situacion muy dificil, digamos en todo sentido, tanto para mi, como para mi familia,	a la enfermedad y hospitalización en la que se encontraba genera desesperanza y menor disposición para continuar luchando por su vida, por lo que refuerza aún más el mantenerse dentro del malestar no solo físico sino que también psicológico por ende una percepción de desrealización como persona. El tener que realizarse un tratamiento que va a traer físicamente cambios fuertes, como la pérdida de su cabello para alguien que es mujer, relacionado con los discursos que la misma sociedad tiene frente a ello y especialmente para una persona que lo mantenía con un largo considerable implica resignificar su autoimagen hacia sí misma y hacia los otros. Dentro de su prospectiva vital tiene un único proyecto y claramente es relacionado con su enfermedad, es decir
--	---	--

	económicamente, incluso porque mi esposo tuvo que retirar de trabajar, a mi pues me pagaban la incapacidad, pero eso no lo pagan al 100%, eso empiezan en el 70% y luego la mitad, entonces pues de todas maneras, uno viene de una vida donde tiene gastos, yo estaba endeudada, pero uno no espera estas cosas, entonces como que la vida le da un giro 180, pero pues ya estamos volviendo a retomar como nuevamente todo". “El proceso, pues muy difícil, más que todo porque tengo a mi hija, entonces era muy complicado estar allá, y entre en depresión, me tuvo que ver psiquiatría, psicología y medicamentos para la depresión y para todo ese proceso porque a raíz de que tuve que dejar mucho tiempo a mi hija, me deprimí bastante, pero ya	recuperarse. Esto concuerda con las anteriores narraciones en las cuales refleja todo lo que ha generado en su vida, el impacto que esto ha tenido, cambiando sus prioridades y manera en la cual comprende su forma de vivir. Hay un proceso de reconstruir los significados antiguos y reemplazarlos por nuevos, en los cuales antes, para ella eran sinónimo de muerte, sin embargo, para poder hacer que su vida sea más adaptable ahora hay nuevas percepciones acerca de que su enfermedad es hoy en día similar a lo que otras personas viven con otros diagnósticos, generando entonces mayor grado de aceptación a lo que está vivenciando.
--	--	--

	después de que volví a la casa, ya todo mejoro y ya como que la vida va volviendo, obviamente sigo con medicamentos, llevo un año y mes exacto de tratamiento y tengo que durar dos años más con quimioterapia. Si todo sale bien en esos dos años, ya dejó la quimioterapia y me hacen un último examen y ya. Si pasa algo, alguna recaída o algo, necesitaría un trasplante de médula. La doctora me explicaba que el único donante que hay que es 100% compatible es el hermano varón, yo solo tengo un hermano varón, solo somos los dos, entonces tendría, por decirlo así, mi donante ahí, pero pues toca hacer estudios en caso de que lo necesitara, y si no, pues igual tengo que esperar en una lista de donantes”. “No, igual. en el trabajo igual. Si a ti te quitaron la incapacidad, ellos dicen	
--	--	--

	“si a ti ya te quitaron la incapacidad, es porque ya puedes hacer todo” pero ellos no entienden el que no es así. Entonces igual toca rendir y toca rendir. Porque digamos que tenga la opción de decir “me quedo sin trabajo””. “Pues no, mi plan ahorita es mejorarme. la verdad ya no pienso en nada más, ni me interesa nada mas, solo pienso en recuperarme. y ya cuando este bien de salud, mirar otras cosas. De pronto viajes o algo asi que es como el plan que teníamos para este año, pero tocó cancelarlo. Ahorita todo eso quedó cancelado, solamente pues disfrutar aquí con ellos y si Dios lo permite, después”. “Si claro, ahorita hoy, el cambio es bastante. Digamos ya tengo hartos de mi cabello que también el cabello fue algo super difícil, porque mi cabello	
--	---	--

	era largo, liso. Entonces cuando se me empezó a caer, fue otro proceso. Pero pues ya tengo hartoo cabello, que ya uno se siente mejor, ya no me siento tan débil como antes, pero si ahí días, pero ya no. La cabeza también... Cada 3 meses que tengo la quimioterapia que es fuerte es ese día que me pongo más malita. pero de resto ha cambiado, uff claro. De Pronto que aprende uno a vivir con la enfermedad, pero a veces se dificulta un poco”. “Ya ahorita si, ya es más positivo, es como “yo voy a vivir, voy a sanar”, ya ahorita es más llevadero, yo pienso “esto es vivir con una enfermedad normal como cualquier otra persona. Como un diabético, como un hipertenso, normal”, pero pues si es.... asimilarlo fue un poco difícil, el proceso de asimilación de la enfermedad , como de	
--	---	--

	acoplarse a la enfermedad fue muy complicado”.	
Apoyo Emocional “El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente.” Braga, Christello, Portella, Roggia, Stein, Miritiz (2012).	“Yo estoy muy agradecida. En San Ignacio me fue excelente, todos los médicos fueron muy muy queridos, obviamente, no falta el choque con el médico de alguna especialidad. Con psiquiatría me fue muy bien, con hematología excelente, la hematología es una... yo pienso que es de las personas que es como más humana, ella lo entiende a uno más, me decía “te entiendo, vamos a hacer esto”. “Con psiquiatría muy bien, pues tuve unos inconvenientes con unos medicamentos que me dieron, que me dieron mucha dosis, entonces permanecía dopada, dormía, no podía parar. Pero ellos muy bien, me escuchaban, iban a hacerme terapia, se quedaban conmigo una	El apoyo que percibió por parte del personal médico y de la propia institución se hace notorio por parte de ella dentro de las narraciones, reflejando que hay un trato más allá de la preocupación física, especialmente en el área de hematología, en donde lo comprende como un espacio más exclusivo, priorizado, ya que queda aparte del área oncológica, por ende hay mejor atención y cuidados respecto a lo emocional; así como también considera que si hay cambios en la relación, afianzándose esto aún más con su médico tratante a medida que va avanzando el tiempo de tratamiento. La época en la cual estuvo hospitalizada también incidió en su bienestar psicológico, ya que eran fechas de estar en familia - navidad, cumpleaños-, compartiendo, celebrando,

	hora, dos horas hablando, como que sentía, porque estas triste, porque quieres morirme, y así. Porque llegó un punto donde yo decía “no quiero ver a nadie, solo quiero morirme, vayanse todos, ya no me hagan nada”. Pero pues ellos entraron a intervenir y con psiquiatría me fue muy bien y con hematología”. “Entonces como que eso fue el único inconveniente y que ellos no son tan “buenos días, ¿como estas?” no. Son “Venimos a hacerte el examen” todo así y yo pienso que nosotras las personas que estamos en ese proceso, pues somos como más sensibles, que de pronto una persona que la operan de cualquier otra cosa, es una persona que está una pasadia en el hospital y se va, pero nosotras las personas que estamos de larga estancia, de pronto necesitamos un “buenos	por lo que el ser escuchada y entender que como madre quería pasar ese momento con su hija fue para ella algo de gran impacto, tuvo entonces un valor muy especial, se sentía de algún modo comprendida y que no estaba sola. La participante pudo diferenciar el trato y apoyo que recibió por parte de hematología y neurología, percibiendo que estos últimos se enfocaban netamente en el bienestar físico, algo que incluso pudo ser significativamente distinto al realizar cosas simples como saludar o preguntar cómo se encontraba, pequeñas acciones que para alguien que ha permanecido una larga estancia en el hospital puede hacer la diferencia en su día y su vida. Estas situaciones generaron un impacto en ella. El papel que tuvo el lugar y las personas que hacen parte de dicho espacio se convierten
--	---	---

	días, ¿como estas?”. Incluso la niña de calidad, la niña que hacía auditoría era más amable que ellos y yo decía “pues así son los médicos”. pero si de pronto en esa parte de más contacto con el paciente”. “Los de hematología... Si, eran más comprensivos.” “Como a mi me dio hace un año, para noviembre, para esta fecha yo ya estaba hospitalizada. Yo cumpla años para el 10 de diciembre, entonces fue mi cumpleaños, fue que navidad, fue que las velitas, entonces la doctora me decía “yo te entiendo, se que vas a estar muy triste por la fecha, por la temporada, por todo, más encima la enfermedad, pero tienes que pensar que no sera la ultima navidad y no será el último diciembre que vas a pasar en tu casa, tienes que ser positiva en que te vas a	en su segundo hogar por lo que es indispensable no solo enfocarse en lo médico sino que también en lo emocional. Tanto parece ser que este hecho la marcó que ella al estar en su rol de enfermera cambió su comprensión de atender a los pacientes, y lo que ella desde esa posición puede hacer para que el otro se sienta mejor. En las narraciones hay una comprensión del apoyo que tiene por parte de su familia, sin embargo, contarles cómo se siente en días malos para ella significa generar más peso en ellos, por lo cual prefiere callar o contarlo a personas externas, tales como el personal médico pues sabe que puede descargarse emocionalmente, pero no los involucra y es consciente que esa información quedará guardada, a diferencia de la familia que lo transmiten a los diferentes miembros creando mayor incomodidad y malestar en ella volviendo
--	--	--

	mejorar y vas a pasar más diciembres en tu casa y de que de aquí en adelante va a ser diferente”. “entonces ella me decía “bueno yo se que estas muy triste por la niña, entonces voy a dejar que ingrese la niña”, a pesar que sea prohibido””. “Si, ellos allí estuvieron muy pendientes, o sea, me fue muy bien”. “Y hematología siempre estaban como “si tu quieres hablar, me llamas”, también psiquiatria me decía “vamos a estar 24 horas al día 7 dias a la semana, en momento que quieras, le dices a la enfermera y ella nos llama””. “entonces nos preguntaban “¿qué quieren comer?”, yo pedía yogures, paletas, si queríamos pizza, nos llevaban pizza, que uno en el momento, por la	nuevamente a la importancia del rol que tiene personal de salud y especialmente médico tratante en su percepción de bienestar.
--	--	---

	quimioterapia no lo tolera pero si uno podía pedir lo que quisiera. La doctora me decía... Porque yo estaba vomitando todo, entonces ella me decía “tranquila, si tú quieres, pide otra cosa, algo que aguantes, ¿quieres hielo?, las paletas son muy buenas””. “y no, me decía la doctora “no es tampoco sólo porque te quieras morir”” “ uno queda en ese encierro, porque además no te puedes ir a ningun lado, solo de la silla a la cama, no hay más que hacer. Uno se desacondiciona físicamente terrible y pues aparte esas noticias que a uno le dan, uno como...Ellos salen y uno a llorar”. “la relación...No, si se iba afianzando un poco más”. “pues todo todos los	
--	---	--

	enfermeros, todos muy queridos. Siempre como “hola volviste.... Bueno, ¿preparada?.... Esto será otro ciclo” digamos cuando era una quimioterapia más fuerte, la doctora era como “bueno está quimioterapia será más fuerte, pero tu puedes, vamos a salir de esto, tranquila, solo queda un ciclo”, entonces le daban la moral a uno de que ya casi iba a terminar”. ““hola Jesi, ¿como estas?” y no, ella es muy querida”. “la doctora me dice que tranquila, que eso es lo de menos, que por eso no me preocupe, que trate de llevar la vida así como voy, que más adelante va a cambiar todo”. “De pronto que les genere a ellos angustia. Ahi veces que me siento mal mal mal, pero yo “no mejor no	
--	--	--

	les digo” porque ellos se preocupan mucho, entonces mejor no les digo. Mi esposo... La otra vez estaba muy muy mal y yo no le dije nada, pero ya llegó un punto donde el se dio cuenta porque yo no me pare de la cama, me tuvieron que sacar de aquí ya alsada. hasta que yo me sienta que de verdad no me puedo mover, no voy al hospital. Porque ir al hospital me generar quedarme hospitalizada 10, 20 días y ese encierro es terrible. Entonces yo prefiero quedarme calladita hasta que me sienta muy malita”. “Hasta que una psiquiatra muy muy buena, que yo digo como que ella fue, porque me atino con el medicamento que era, yo no dormía, perdí mucho el patrón de sueño. Ella me ayudó a descansar, me escuchaba y como que ayudó a ver la vida de otra manera. Digamos ella me	
--	--	--

	decía “¿tú que quieres? ¿morirte?” y yo le decía “sí, yo quiero morirme”, entonces ella me decía “piensa en tu hija” y yo decía “no, ya no me importa, ella tiene al papá”, entonces ella me decía “y a ti ¿quien te asegura que tu te mueras y alla vas a estar mejor? , eso nadie lo sabe ni nadie lo ha asegurado”. “ella me decía “Tienes que por ahora estar acá, poner los pies sobre la tierra y decir, tengo esta enfermedad y voy a luchar y voy a salir adelante con esto. Está es la enfermedad que te ahora por siempre, entonces tiene que saber llevarla de una manera que te permita convivir y todo, y pues ella me ha ayudado mucho con eso”. ““cuando yo vuelva a trabajar, tengo que cambiar muchas cosas”, yo ahorita voy a allá, y le	
--	---	--

	doy mi experiencia de vida a los pacientes. Me quedo, 30 40 minutos, yo se que me atraso, pero me quedo un poquito mas con ellos, porque uno a veces necesita eso, cómo hablar...” “uno frente a la familia tiene más miedo de hablar y contar cosas, que a veces con una persona desconocida, porque yo te lo cuento a ti y ya, tu te vas y va a quedar solo entre las dos y ya, en cambio si le digo a mi esposo, mi esposo le va a decir a mi mamá, y mi mamá a mi papá, y mis papás con mis abuelos, entonces ellos se van a preocupar, en cambio si yo cuento algo contigo que quiero desahogarme, va a quedar solo contigo, entonces quien es el mas cerca a uno, el personal de la salud, ellos se vuelven como la familia, porque imaginate, uno 3, 4, 5 meses hospitalizado,	
--	---	--

	prácticamente que su casa es el hospital y uno ve todos los días a esas personas”. “Todas esas cosas a veces ayuda a que uno no entre en depresión. Allá casi todos entran en depresión y pierden el patrón del sueño. Entonces esas cosas ayudan mucho. Yo le decía a mi mamá “cuando yo entré a trabajar, tengo que cambiar todas esas cosas””.	
Comunicación Asertiva: Se caracteriza por brindar un mensaje eficiente, claro y congruente de tal manera que la comunicación sea abierta y honesta, permitiendo el respeto mutuo entre las dos partes (Rengifo, 2014).	“Yo tengo leucemia, cáncer en la sangre, y entonces el médico dijo que lo más probable es que fuera leucemia, pero que tenían que hacer la prueba confirmatoria, que era una punción en la espalda para tomar una biopsia de médula. Ahí me tomaron la biopsia de médula y efectivamente me dijeron que tenía una leucemia promielocítica aguda”.	Durante el tratamiento se van generando significados y estos tienen relación a la manera en la cual su médico tratante se comunica con la persona, por esto, la participante en un inicio tomó aún peor la noticia, así como su familia, ya que los médicos al informar su diagnóstico no tuvieron en cuenta el impacto que esto puede generar en ellos, o en sus familias.

	“La doctora me explicaba que el único donante que hay que es 100% compatible es el hermano varón”. “se quedaban conmigo una hora, dos horas hablando, como que sentía, porque estas triste, por que quieres morirte, y así”. “ la doctora me decía “yo te entiendo, se que vas a estar muy triste por la fecha, por la temporada, por todo, más encima la enfermedad, pero tienes que pensar que no sera la ultima navidad y no será el último diciembre que vas a pasar en tu casa, tienes que ser positiva en que te vas a mejorar y vas a pasar más diciembres en tu casa y de que de aquí en adelante va a ser diferente”. “ Pues en ese sentido se me hace que fueron un poco rudos, porque pues	Sin embargo en el transcurso de su tratamiento, esto fue cambiando de una forma más drástica, puesto que el médico tratante buscaba generar una mayor comprensión por parte del paciente, al explicarle sobre posibilidades de mejoría en su salud fisiológica y mental. Por otro lado podría considerarse que los médicos al conocer la profesión de la paciente -enfermera- creían en su ingenuidad, que al tratarse de una persona que laboraba en el sector salud iba a recibir la información que se le brindaba de una manera más sencilla y con mayor fortaleza que otros pacientes que no tienen un continuo acceso o conocimiento de este tipo de situaciones; dejando de lado el hecho, de que a pesar de la profesión que tenga la paciente, sigue siendo una persona, que requiere comprensión y una mayor sensibilidad al momento de
--	---	---

	me dijeron “usted tiene leucemia” así, de una vez. Yo soy enfermera, entonces se todo lo que venía, y es bueno y no tan bueno saber. Se de mas, entonces eso angustia más”. “ me dijeron a mi, el doctor llegó y me dijo “usted tiene leucemia” y a mi mamá le dijeron “ella tiene leucemia, ahorita está en una fase crítica” porque yo estaba en reanimación, me tuvieron que transfundir muchas cosas, ese día fue terrible y a mi mamá le dijeron “ella está en un punto donde se muere o se salva” así tal cual, entonces para mi mamá fue muy traumático, mi mamá se iba a botar del carro”. ““tiene un cáncer y está mal”, pero fue así, directo, no le dijeron como más desmenuzado, más desglosado, igual a mi	comunicarse.
--	--	---------------------

	esposo también, entonces fue un poco más difícil para ellos”. “Si, como más directos, en ese sentido tienen que cambiar algo, porque si eran muy directos. Y de pronto porque sabían que yo había trabajado con la hematóloga de allá en el San José, entonces era “tu ya sabes que tienes esto o lo otro, entonces toca esperar”, entonces pues no es la manera y pues no era solo conmigo, con los otros pacientes también, porque yo tuve muchos compañeros de habitación y pues igual. Yo veía y entraban, y entonces ellos se van y uno a llorar, ellos llegan, dicen “tienes esto, está mal” y se van”. “No, yo siempre pregunte todo, siempre preguntaba. Cuando lo de los ojos “sera que no voy a volver a ver”, y pues ellos me explicaban “no, eso hay tratamientos””.	
--	---	--

	“Pero si, yo les preguntaba todo, y uno todo lo que uno les pregunte, ellos lo responden”. “Igual yo siempre voy a llevar una pregunta demás, porque es como “no, le voy a preguntar si puedo hacer esto, si puedo hacer lo otro””.	
Factores ambientales del contexto: Herramientas físicas y relacionales que se encuentran presentes en un espacio determinado, beneficiando a una población o un sujeto en específico. (Elaboración propia).	“Yo estoy muy agradecida. En San Ignacio me fue excelente, todos los médicos fueron muy muy queridos, obviamente, no falta el choque con el médico de alguna especialidad. Con psiquiatría me fue muy bien, con hematología excelente, la hematología es una... yo pienso que es de las personas que es como más humana, ella lo entiende a uno más, me decía “te entiendo, vamos a hacer esto”. “Con Neurología que fueron los que me trataron todo el problema lo de la	Las condiciones institucionales facilitaron que su estadía y atención sea mucho más efectiva y agradable para la participante durante su tratamiento; esto se pudo ver reflejado con una atención integral que podría llegar a sentirse muy personalizada y constante en razón del apoyo que ella pudo diferenciar respecto de donde trabaja, ya que a pesar de tener protocolos de seguridad y de visitas, el médico tratante observaba el beneficio que la paciente obtenía al estar rodeada de su familia y principalmente de su hija.

	visión y mi cabeza, que siempre me da mucho dolor de cabeza por lo de la hipertensión, con ellos si tuve uno o dos inconvenientes porque pues no sabían bien el diagnóstico. iban y me hacían cosas y como que no, incluso una vez, no se si era estudiante o no se quien era, fueron a hacerme una punción y me lastimaron bastante y además no me pudo hacer el examen”. “pues no es que sea prohibido pero no es el ideal, porque los niños tienen muchos virus, pero ella me la dejó ingresar como por 20 minutos, obviamente con su tapabocas y todo, porque me tenían aislada y eso, entonces me dejó ingresar la niña”. “Allá lo consienten a uno mucho, hematología es como el servicio más consentido me decían	Al tratarse de una población más pequeña según relata la participante respecto de los demás grupos pertenecientes a oncología se convertía en servicio más personalizado y especializado. Por otro lado se encuentra que al ser un hospital universitario existirá la continua participación de estudiantes que facilitarán un control constante de los pacientes; sin embargo, según la narración de la participante esto no garantiza la idoneidad e integralidad de la prestación del servicio. Finalmente, como ella sufrió de depresión, para ese momento fue indispensable sus medicamentos que le prescribieron en psiquiatría permitiendo que haya un avance en su estado de ánimo y por ende en su salud física.
--	---	--

	todos, porque a parte de que somos hematología un grupo diferente a oncología como tal, somos un grupo más pequeño que siempre está, entonces somos más consentidos”. “Si, allá en San Ignacio son muy organizados, con ese servicio... con nosotros son muy organizados y muy puntuales con todo. Digamos, “su biopsia está programada para tal, su quimio para tal día” así, incluso uno se viene a la casa y no tiene que hacer trámites, pues allá en San Ignacio, no se como sea en los otros, ellos mismos le autorizaban, le tramitaban y lo llamaban a uno “mañana tiene quimioterapia, por favor con su ropa, con toda porque queda hospitalizada” entonces uno iba preparado”. “los medicamentos que me dio, me permanecía más	
--	---	--

	tranquila, me dejaba dormir, incluso ya los deje. Pero para ese tiempo fue como lo que me ayudó”.	
--	---	--

Participante 2

Categoría/subcategoría	Cita	Interpretación
Condiciones de vida	“ Mi nombre es María Camila Parra tengo 34 años y fui diagnosticada con cáncer de cuello uterino en julio del 2018” “Claro que tengo que estar constantemente en control cada 3 a 6 meses máximo tengo que tener un control, obviamente tengo que tener ciertos cuidados y en cuanto alimentación, en cuanto actividad física y ...pero en ese momento me siento súper bien, no tengo absolutamente nada.” “para él fue un poco traumático, porque nosotros no estábamos empapados de cómo se adquiere el cáncer de cuello uterino”	Se puede evidenciar un cambio en las actividades cotidianas del participante, por lo cual las condiciones de vida han cambiado y han aparecido nuevos estresores en su vida. Esto se representa mediante el estrés que termina apareciendo nuevas necesidades de atención física. Por la parte económica, se identifica que gracias al plan Complementario no es fue tan complicado y se pudo desenvolver todo sin la necesidad de generar nuevos costos.

	“totalmente, de hecho en ese momento cuando yo tomo una cita o algo así, tengo prioridad.” “Bueno con respecto a los cuidados, dejé de ir al gimnasio porque obviamente tenía que tener una recuperación, como esfuerzo físico durante 2 meses aproximadamente no podía hacer y en cuanto a la alimentación si me recomendaron muchos cambios, no consumir carne roja, no fumar, no tomar bebidas oscuras” “pero yo internamente si sentía como bajonazos emocionales, o sea, como que mentalmente yo misma empecé a decir cómo me duele esto más y empecé a tener como cómo que me iban apareciendo cosas, sabes?... como del mismo estrés creo empecé a sentir que se me caía muchísimo el pelo, un día amanecí con el ojo muy irritado, demasiado irritado, del mismo estrés también tuve una bolita en un seno entonces como que todo lo conectaba yo... todo lo conectaba y todo lo	
--	---	--

	atribuía con todo lo que me estaba pasando.” “porque precisamente como se hizo desde el servicio de salud pues obviamente al tener un Plan Complementario, una prepagada, pues obviamente es diferente, no ? ... como que tienes otro tipo de servicio y te cubre ciertas cosas más, entonces si hubo cambios como económicos en cuanto a darme otro tipo de alimentación, en cuanto a que yo no estaba cocinando si no que nos tocaba pedir y pues si toco comprar las medicinas pero no fue mucho realmente.”	
Satisfacción con la vida	“Me siento bien porque realmente se reaccionó rápido al momento de actuar una vez se detectó el cáncer” “bueno porque inicialmente tanto quién me hizo a mí la citología y dónde salió la patología ma,...y el la persona que me hizo la biopsia, los estaba pagando particular y ellos tomaron la cosa... pues de	En términos generales se puede ver que la satisfacción con su vida no se tomó de forma negativa, por lo cual pudo avanzar sabiendo que se iba a recuperar. Aunque aparecen significados sobre la enfermedad, tenían confianza en que los procedimientos y a la atención inmediata prestada por el Plan Complementario de Salud le iban a ayudar a

	manera muy tranquila porque fueron muy explícitos en decirme que estamos a tiempo de... osea que se había encontrado en el momento adecuado para hacer un tratamiento y todo eso” “Pues... no, a nadie, o bueno como que a mi pareja pero porque vivo con él y porque era evidente pero... pero trataba de hacerlo como aunque yo estaba muy preocupada, trataba decírselo de una manera en que él no notará mi preocupación” “esta es una una enfermedad que es muy silenciosa, entonces por eso es que mata a tantas mujeres, entonces sí desde eso me hizo como estar más pendiente de mí misma.”	recuperarse. Los significados relacionados a la enfermedad creó nuevas dinámicas de comunicarse con su pareja, haciendo que no le contara todo lo que sucedía con tal que no se preocupara más de la cuenta.
Condiciones de vida y Satisfacción con la vida	“yo internamente si sentía como bajonazos emocionales, o sea, como que mentalmente yo misma empecé a decir cómo me duele esto más y empecé a tener como cómo que me iban apareciendo cosas, sabes?... como del mismo estrés creo empecé a sentir que se me caía	Se puede evidenciar que la participante desde dimensiones subjetivas se veía afectado, como es su tranquilidad mental, la cual se encontraba emocionalmente cansada, lo cual, al mismo tiempo, se transforma en malestares físicos.

	muchísimo el pelo, un día amanecí con el ojo muy irritado, demasiado irritado, del mismo estrés también tuve una bolita en un seno entonces como que todo lo conectaba yo... todo lo conectaba y todo lo atribuía con todo lo que me estaba pasando”.	Se puede ver como tambien se veia afectado la forma en como se relacionaba tanto con su cercanos cambia y con su contexto, ya que no podía tener otros espacios donde la enfermedad no estuviera presente.
Apoyo emocional	“No realmente como que la información que quería tener la investiga más yo, en lugar de preguntárselo a ellos” “Porque ya cuando acudí al Plan Complementario como que no tienes muchos contactos como de confianza con los médicos, o sea, generalmente debes mirar a varios médicos aparte del que te está realizando los controles, es decir, te atiende uno como para esto, otro con el que vas a tener la operación, otro con el que estás en los controles” “ Si total todo era médico más que emocional” “por ejemplo cuando el médico que me hizo la biopsia y que	En términos generales se puede encontrar que el apoyo emocional dado en el contexto médico fue muy poco, siendo esta relación un sentido médico. Sin embargo existieron momentos puntuales donde la relación médico-paciente fue más allá de la enfermedad del participante. Se encuentra también que a pesar de no contar con el apoyo emocional desde la parte de enfermería y medicina, se pudo recolectar historias de otras personas que sufrieron de cáncer, pero que fueron historias positivas y que hicieron que el paciente no se cargará solo de malos momentos. Aunque el plan complementario de salud

	también me dio el diagnóstico, el si fue muy enfático en decirme cómo que no me preocupara, como que se preocupó más por la parte emocional” “Entonces así como hay la persona que te dice cómo: no, eso es terrible, también hay personas que te dicen como no tranquila: Yo pasé por esto, a mí me pasó y lo supere, entonces básicamente como que más bien me aferré a eso.”	ayudó a atender su enfermedad de manera oportuna, no se tuvo en cuenta las diferentes emociones que se presentaron en el participante.
Comunicación asertiva	“acudí a el Plan Complementario que tengo y allí si las médicas que me atendieron si le dieron como una importancia exagerada digo yo, obviamente el trato fue muy bueno me dieron prioridad, pero si lo hacían ver como algo muy grave, como que siempre me decían que si era consciente de lo que estaba pasando en mi cuerpo y que por qué no me lo habían dicho inicialmente los otros médicos”. “Bueno a mí hubo algo que me llamó mucho la atención fue	En términos general se puede señalar que toda la información brindada tanto por médicos como por enfermería fue muy explícita y honesta, sin embargo en repetidas ocasiones, esta información era sumamente delicada para el participante, por lo cual terminaba siendo un arma de doble filo, generando preocupaciones o malentendidos con lo que se dice. El participante señala en repetidas ocasiones la necesidad que existe en que la comunicación con los

	que.. bueno porque inicialmente tanto quién me hizo a mí la citología y dónde salió la patología ma,...y el la persona que me hizo la biopsia, los estaba pagando particular y ellos tomaron la cosa... pues de manera muy tranquila porque fueron muy explícitos en decirme que estamos a tiempo de... osea que se había encontrado en el momento adecuado para hacer un tratamiento y todo eso” “entonces él (esposo) me acompañó y le dijeron que era por el virus del papiloma humano que se adquiere por relaciones sexuales, entonces el realmente no reaccionó bien, osea el como que se preocupó mucho porque dijo que él también tenía lo mismo.” “Entonces básicamente es algo que no es curable para un hombre y siempre lo va a tener, entonces eso lo alertó a él demasiado, pero como que no hubo contacto... no para nada.”	pacientes tenga un componente de empatía.
--	---	--

Factores ambientales	“Bueno porque inicialmente tanto quién me hizo a mí la citología y dónde salió la patología ma,...y el la persona que me hizo la biopsia, los estaba pagando particular y ellos tomaron la cosa... pues de manera muy tranquila porque fueron muy explícitos en decirme que estamos a tiempo de... osea que se había encontrado en el momento adecuado para hacer un tratamiento y todo eso” “allí si las médicas que me atendieron si le dieron como una importancia exagerada digo yo, obviamente el trato fue muy bueno me dieron prioridad, pero si lo hacían ver como algo muy grave, como que siempre me decían que si era consciente de lo que estaba pasando en mi cuerpo y que por qué no me lo habían dicho inicialmente los otros médicos, pero el trato siempre fue bueno” “ Porque ya cuando acudí al Plan Complementario como que no tienes muchos contactos como de confianza con los	En términos generales se puede señalar que el lugar donde fue atendido estaba en las capacidades de atender la enfermedad en su totalidad, en tiempos oportunos y con la capacidad de responder a nuevos acontecimientos que sucedieron, por lo cual desde la atención médica, el contexto médico se presentó de gran utilidad para su recuperación. Sin embargo, al no presentar la información de manera completa sobre el papiloma humano, género que creará desconfianza sobre la información que se presentará luego. Esto implica que aunque se pueda ver que las instalaciones están dotadas de los materiales necesarios para recuperar su salud, no es del todo confiable los procedimientos que se lleven desde los médicos.
----------------------	---	---

	médicos, o sea, generalmente debes mirar a varios médicos aparte del que te está realizando los controles, es decir, te atiende uno como para esto, otro con el que vas a tener la operación, otro con el que estás en los controles” “ No, realmente a nosotros quién nos explicó la situación fue como el auxiliar del médico que me hizo la biopsia, entonces cuando fuimos a recoger los resultados pedimos información, preguntamos por qué es qué está pasando esto, y ahí la auxiliar simplemente dijo como, es algo, que tienen más o menos el 80% de los hombres y le afecta al 1% de ellos solamente, mientras que a todas las mujeres les afecta.”	
--	---	--

Participante 3

Categoría/subcategoría	Cita	Interpretación
Condiciones de vida	“Me vine a las vacaciones, la pasamos muy bien, me vine 15 días, estando acá me llamó	Se generaron grandes cambios tanto a nivel de vivienda, ya que se hizo un cambio de residencia,

	mi hija y me dió el dictamen de la biopsia que era negativo, tenía un cáncer en la mama izquierda de dos grados” “Me hicieron 4 sesiones de la quimio roja y luego 12 sesiones de la quimio blanca, después de la quimio vino la cirugía y después de eso vino la radio, de las cuales me hicieron 19 sesiones. Y ahora estoy en tratamiento, son 5 años con medicamentos y tengo revisión cada 3 meses con mi médico, chequeo trimestral también con el endocrino, para que me chequee los huesos porque se desgastan mucho la parte ósea con el tratamiento.” “En este momento estoy en un tratamiento de gastro, me encontraron unos pólipos, me sacaron uno con la colonoscopia y estoy pendiente de una cirugía. En la cardio me están atendiendo ese proceso pero esa parte de autorización de la cirugía ha estado lenta pero no los culpo así ha de ser	pasando de Venezuela a Colombia. También ha hecho que se creen nuevas relaciones sociales con diferentes personas e instituciones. Esto hace que cambie también sus actividades diarias, siendo el Cáncer el principal de sus preocupaciones. Sin embargo señala la participante que ha encontrado redes de apoyo que le han ayudado mucho a que sus condiciones de vida no sean malas, y el ejercicio ha sido una herramienta muy útil para mejorar su calidad de vida. Su salud física se ha deteriorado, ya que el tratamiento al ser tan fuerte, ha hecho que aparezcan nuevos problemas físicos, como lo son la caída del cabello y debilitamiento en los huesos. Al igual la alimentación se ha vuelto un problema más, ya que el comer no es un proceso placentero sino una necesidad para la recuperación.
--	--	---

	eso.” “Veníamos para estar 15 días y terminamos quedándonos.” “Esto ha sido algo enriquecedor, he crecido como persona, espiritualmente porque vivir esto es duro, está experiencia del cáncer da miedo, por eso yo nunca lo llamo cáncer para referirme a esto.” “Es que con la quimio nada sabe a nada y tampoco te dan ganas de comer, sin embargo tú necesitas comer para que no se bajen las defensas, eso fue lo más difícil” “Se te cae el cabello completamente, las cejas, pestañas, esa parte es dura, yo vivía muy delgada, pero ahí uno tiene que tomar dos decisiones o me hecho a la pena o salgo adelante.” “Sí, muchísimo, es como un común denominador en todas las historias de las sobrevivientes, pero no los	
--	---	--

	culpo, puede ser por falta de tiempo, es un tiempo corto para una consulta tan delicada, una cosa es ir a revisión por dolor de estómago o cabeza y otra muy diferente es que vaya como paciente oncológico, por tantas dudas que tenemos.” “Ellos por lo general es escribiendo, claro, uno le lleve todos los exámenes de todo, entonces revisan todo eso y hay unos que son amables y otros que no tanto, por eso es importante trabajar esa parte de sensibilización” “Aunque hay compañeras que se demoran bastante en que les permitan iniciar el proceso, es complicado el tema de la salud, es que antes de iniciarlo te envían a hacerte una serie de exámenes que son necesarios, entonces para las citas, resultados, todo se prolonga y las células pueden ir aumentando.” “Mi vida cambió bastante desde que inició el	
--	---	--

	tratamiento, porque tuve incluso que cambiar de país, antes hacia otras actividades allá, pero he tratado de estar muy activa, he estado ahora involucrada en el testimonio en conferencias porque me siento en la obligación de ayudar a todo el que necesite, hay una sed de servicio. En el deporte también me cambió porque el tratamiento agota pero ahora estoy retomando para prevenir que vuelvan las células, todo eso en diferentes instituciones, Fundación Santa Fé, Fundación Simmon.” “Bueno en este momento estoy pendiente de la cirugía, no es fácil, eso es lo inmediato, confío en Dios estar sanada no curada” “estar sanada no curada. Ahora entiendo la diferencia, que un día le dije al médico acerca de curarme y él me dijo curada no estas, estas sanada, me costó pero lo entendí, porque quede susceptible a que me vuelva a	
--	--	--

	pasar. Y es algo que debo comunicarle a mis hijos, pero me toca personalmente porque por teléfono es difícil”	
Satisfacción con la vida	“me ha ido muy bien, han sido atentos, tienen un servicio que se llaman los ángeles, están pendientes, preguntan cómo uno se siente, en qué pueden ayudar... y ha sido extraordinario, en la parte oncológica. Mi mastólogo excelente, es muy receptivo, pendiente y la verdad no he tenido ninguna queja con él en cuanto a la parte oncológica.” “En la parte de la eps con el mismo médico... gracias a Dios, que he tenido una suerte muy grande que he estado en otras sesiones de la universidad Nacional en varias reuniones y he oído unos testimonios de las compañeras que son muy tristes, porque les ha tocado a cada ratito cambiar de oncólogo y claro no siempre se identifican con el paciente.”	La experiencia de la enfermedad y también del tratamiento fue complicada y dolorosa para la participante, sin embargo señala que se sintió acompañada tanto por los médicos como por otros servicios que prestaba el servicio médico, las cuales le permitieron tener bienestar mental, generando tranquilidad. De igual forma, la experiencia del Cáncer le permitió encontrar nuevas redes de apoyo, lo cual le permite no sentirse sola en su proceso, en cambio le abrió espacio para compartir su experiencia y escuchar también experiencias ajenas. Señala, también, que la experiencia del Cáncer le permitió generar cambios de como se entiende a sí misma y cómo se relaciona con los demás, teniendo significados positivos sobre la enfermedad.

	"Esto ha sido algo enriquecedor, he crecido como persona, espiritualmente porque vivir esto es duro, está experiencia del cáncer da miedo, por eso yo nunca lo llamé cáncer para referirme a esto."	
Condiciones de vida y Satisfacción con la vida	"Que la vida es muy corta, y que hay que vivir cada momento porque uno no sabe hasta qué momento se va a quedar, ser más consciente de lo que se hace, tratar de que las relaciones se hayan mejorado y creo que lo logré, porque mi familia se llevaban bien pero no se reunían tanto y siempre quise eso, ahora con todo esto se reúnen demasiado, nos hemos unido como nunca antes. Yo como persona siento que he crecido, espiritualmente también, me permiten dejar a un lado preocupaciones innecesarias que no dan a lugar y se da cuenta que esa enfermedad puede dar en cualquier edad. Todos crecemos en todo este proceso, y no se si es	La participante señala que hubo un cambio significativo en la forma de comprender su vida, por lo cual ve necesario que su actuar esté ligado a sentirse bien consigo misma y servir a los demás. Ha mejorado considerablemente sus relaciones sociales tras la experiencia del cáncer. Le ha traído tranquilidad mental, lo cual señala un cambio positivo para su vida. Si bien se entiende que la salud física ha desmejorado, siendo un tratamiento complicado y doloroso, se han generado estrategias para que estas limitaciones no sean un obstáculos para su calidad de vida. Se han creado uniones con comunidades que han sobrevivido al cáncer, por lo

	casualidad pero veo a todas unidas a Dios demasiado. La actitud es importante en esta enfermedad, “o uno se achanta o sale adelante, muchas caen en depresión pero hay que levantar la cabeza y seguir, además de hacerle caso a los médicos”	cual su contacto con nuevas redes de apoyo han aumentado.
Apoyo emocional	“mis hijos se movieron para ayudarme” “me ha ido muy bien, han sido atentos, tienen un servicio que se llaman los ángeles, están pendientes, preguntan cómo uno se siente, en qué pueden ayudar... y ha sido extraordinario, en la parte oncológica. Mi mastólogo excelente, es muy receptivo, pendiente y la verdad no he tenido ninguna queja con él en cuanto a la parte oncológica.” “con los doctores en realidad es hasta cuando es la consulta, que la realidad es un poco como duro porque uno tiene su médico y uno quisiera poderlo llamar... pero esa	La participante señala que el apoyo emocional fue fundamental para su recuperación, ya que permitió que el tratamiento fuera enfocado a su mejora, pero sabiendo que situaciones se presentaban. Se mostró que la relación no avanzó mucho más de lo médico, sin embargo, siempre se trató desde el respeto y la intención de apoyar en todo momento en el proceso de recuperación. El apoyo emocional se encontró en otros personajes fuera de la institución que estuvieron presentes en el proceso, como lo son sus hijos, la Institución Simmon, que le permitieron estar tranquila y sentir seguridad permitiendo complementar el apoyo que se prestaba desde el médico y los

	relación creo que no existe.” “No porque ellos no tienen ese servicio... yo me imagino que tienen mucho trabajo, hasta poco tiempo para atender a los pacientes entonces no pueden poner el teléfono para que lo estén llamando” “También una sobrina tuvo cáncer, ella es joven y lo superó, ella me ayudó mucho para eso, me decía te va a salir el pelo, las pestañas” “Mi sobrina lidera hoy en día un programa muy bueno que se llama el bote, de remar, es una disciplina que han descubierto que los sobrevivientes de cáncer de mama les ayuda eso. Yo voy todos los domingos al parque a remar. He tenido mucho apoyo en ese sentido” “una cosa es ir a revisión por dolor de estómago o cabeza y otra muy diferente es que vaya como paciente oncológico, por tantas dudas	enfermeros. Sin embargo, la participante señala que aunque el trabajo médico es muy bueno, debe trabajarse mejor desde la parte de sensibilidad a la hora de relacionarse con los pacientes.
--	---	--

	que tenemos.” “Ellos por lo general es escribiendo, claro, uno le lleve todos los exámenes de todo, entonces revisan todo eso y hay unos que son amables y otros que no tanto, por eso es importante trabajar esa parte de sensibilización” “No se duda en lo científico, es la parte humana que se debe trabajar porque uno se sensibiliza, y tal vez ellos no tienen desarrollada esta parte... seguramente pueden pensar que si detallan en eso se les pasa el tiempo en eso y se corren los horarios de atención” “Claro, es que sabes que uno depende de la relación con el médico para la curación, eso es importante” “Si, es que incluso saberse el nombre del paciente genera un cambio increíble, que pregunten como uno se siente, es bonito. Pero bueno hay de todo, he escuchado	
--	--	--

	testimonios con compañeras que unos médicos son muy bruscos con ellas” “Yo me acuerdo que estuve en varias reuniones de la universidad Nacional de la facultad de enfermería y relatan testimonios, y contaban que les decían a las pacientes “quien la manda a hacer tal cosa”... comentarios de ese estilo, son casos muy duros.” “Yo creo que si cambio un poco, no somos los grandes amigos, pero si creo que ya hay cierta familiaridad” “Bueno mi esposo ha sido un apoyo significativo para mí en este proceso, el más bien se queja que yo no le comento, que yo no le comento como me siento. Pero como no me sentí tan mal y para no tener más peso en mi esposo preferí no comentarle tanto, manejarlo más por mi parte, uno no es tan comunicativo.”	
Comunicación asertiva	“El médico le dice tu puedes comer de todo y en charlas le	Dentro de la comunicación que se dio entre el médico y el

	dicen que no coma varias cosas.” “Ellos no son muy explícitos en eso la verdad. Ellos siempre están escribiendo y es algo que los mencionamos cuando nos reunimos con las sobrevivientes y conversamos de estos temas.” “Si, es que incluso saberse el nombre del paciente genera un cambio increíble, que pregunten como uno se siente, es bonito. Pero bueno hay de todo, he escuchado testimonios con compañeras que unos médicos son muy bruscos con ellas” “estar sanada no curada. Ahora entiendo la diferencia, que un día le dije al médico acerca de curarme y él me dijo curada no estas, estas sanada, me costó pero lo entendí, porque quede susceptible a que me vuelva a pasar. Y es algo que debo comunicarle a mis hijos, pero me toca personalmente porque por teléfono es difícil”	paciente, la participante reconoce que no fueron explícitos, haciendo que se generan dudas sobre qué cosas podía hacer y no hacer. Al igual que tipo de medicamentos podría tomar. En algunas ocasiones la comunicación era contradictorio. De igual forma se señala que no se presta la atención necesaria a la hora de las consultas, por lo que siempre están escribiendo en el computador, limitando, en algunos casos, a volverse un monólogo del médico hacia el paciente. La participante señala que existe una necesidad marcada sobre explicar con mayor claridad cada información que se presenta, para que no genere dudas.
--	--	---

Factores ambientales	“entonces la recomendación de los médicos fue que me quedara aquí en Colombia recibiendo el tratamiento, dada la situación tan crítica de salud que se vive en Venezuela.” “Empezamos a hacer los trámites, yo no tenía ningún servicio de salud... como nos habíamos ido hace tantos años, no fue fácil” “la fundación Simmon intervino, porque el primer mes me tocó todo el primer mes hacer propios y completos gastos del tratamiento, mis hijos se movieron para ayudarme.” “tienen un servicio que se llaman los ángeles, están pendientes, preguntan cómo uno se siente, en qué pueden ayudar” “En el deporte también me cambió porque el tratamiento agota pero ahora estoy retomando para prevenir que vuelvan las células, todo eso	La participante, al ser de ciudadanía Venezolana, se le complicó el proceso para obtener el servicio de salud en Colombia, sin embargo reconoce que la atención prestada fue de calidad, la atendieron con prioridad y pudo seguir su proceso de recuperación sin problema alguno. La Fundación Simmon sirvió como una herramienta física para adelantar los procesos necesarios para seguir con su tratamiento. También como una herramienta relacional la cual le abrió el espacio para poder desarrollar otras actividades y que no quedara solo en el papel de enferma. Reconoce, también que el deporte es una herramienta importante, ya que representa crear redes de apoyo en la misma ciudad que han servido como movilidad en la recuperación.
----------------------	---	---

	en diferentes instituciones, Fundación Santa Fé, Fundación Simmon.”	
--	---	--

Condiciones de vida			
Participante 1	Participante 2	Participante 3	Interpretación
La participante al narrar sobre su edad, el tener una hija y un diagnóstico de cáncer, influye, cambiando de cierto modo la manera en cómo se ha desempeñado a lo largo de su vida, el rol de madre se modifica, las horas de cuidado y juego con su hija cambian, además su trabajo se convierte en indispensable ya que significa tener un seguro para sostener a su familia y a los costos que ha ido acarreado durante	Se puede evidenciar un cambio en las actividades cotidianas del participante, por lo cual las condiciones de vida han cambiado y han aparecido nuevos estresores en su vida. Esto se representa mediante el estrés que termina apareciendo nuevas necesidades de atención física. Por la parte económica, se identifica que gracias al plan Complementario no es tan complicado y se pudo desenvolver todo sin la necesidad de generar nuevos costos.	Se generaron grandes cambios tanto a nivel de vivienda, ya que se hizo un cambio de residencia, pasando de Venezuela a Colombia. También ha hecho que se creen nuevas relaciones sociales con diferentes personas e instituciones. Esto hace que cambie también sus actividades diarias, siendo el Cáncer el principal de sus preocupaciones. Sin embargo señala la participante que ha encontrado redes de apoyo que le han ayudado mucho a	En las tres participantes se ven grandes cambios a nivel de sus actividades diarias, siendo necesaria modificar la rutina diaria. Tanto para la participante 1 y la participante 3 la alimentación se volvió un tema complejo, ya que se volvió una necesidad para su supervivencia a la enfermedad, pero no un gusto como lo pudo ser en otros momentos. Se puede evidenciar en las tres participantes que el estrés frente a los diferentes procedimientos y su experiencia con la

su tratamiento. Hay una lectura que ella hace al decir su diagnóstico, y esto está relacionado con su profesión como enfermera, condicionando a hacer sus propias deducciones e implicaciones que esto trae ya que tiene conocimientos en el área de salud acerca de ese tipo de cáncer, por lo cual ella ya ha creado sus significados a raíz de ello. Además, el narrar que hay unas consecuencias con el tratamiento de quimioterapia en su alimentación, percibe que hay cierta confrontación entre		que sus condiciones de vida no sean malas, y el ejercicio ha sido una herramienta muy útil para mejorar su calidad de vida. Su salud física se ha deteriorado, ya que el tratamiento al ser tan fuerte, ha hecho que aparezcan nuevos problemas físicos, como lo son la caída del cabello y debilitamiento en los huesos. Al igual la alimentación se ha vuelto un problema más, ya que el comer no es un proceso placentero sino una necesidad para la recuperación.	enfermedad es un factor en común. El debilitamiento físico se muestra como un cambio importante que limita su conducta. Por parte de la primera participante, el tener información extra sobre la enfermedad, generaba crear significados sobre su estado que no siempre eran útiles para su propia tranquilidad. Se puede señalar que la participante 2 señala sobre su economía, sin un cambio significativo gracias al Plan Complementario de Atención Médica.
--	--	---	---

sus gustos alimenticios y los alimentos que su organismo rechaza lo cual debe manejar, pero no deja de ser un conflicto y una condición en su estilo de vida.			
---	--	--	--

Satisfacción con la vida			
Participante 1	Participante 2	Participante 3	Interpretación
Hay una relación entre cómo entiende su vida y el tener conocimiento de su enfermedad ya que a pesar de recibir conceptos favorables frente a su recuperación ella no lo acepta fácilmente porque seguramente conoce casos difíciles, debido a su profesión. Además había una concepción con respecto a su	En términos generales se puede ver que la satisfacción con su vida no se tomó de forma negativa, por lo cual pudo avanzar sabiendo que se iba a recuperar. Aunque aparecen significados sobre la enfermedad, tenían confianza en que los procedimientos y a la atención inmediata prestada por el Plan Complementario de Salud le iban a ayudar a recuperarse. Los	La experiencia de la enfermedad y también del tratamiento fue complicada y dolorosa para la participante, sin embargo señala que se sintió acompañada tanto por los médicos como por otros servicios que prestaba el servicio médico, las cuales le permitieron tener bienestar mental, generando	En las tres participantes se ve como se crearon significados sobre la enfermedad, sin embargo se ve como para la participante 1 fueron más negativos, que para la participante 2 y 3. Se puede pensar que estos cambios en los significados se dio gracias al tipo de atención que se presta desde la medicina de régimen subsidiado

existencia de que ella presumía que a pesar de lo que hagan ya su diagnóstico no tenía solución y por ello prefería que la dejen sola y no continúen su tratamiento puesto que eso le causaba un mayor sufrimiento que el que padece de su enfermedad. Ella es consciente de los cambios y el comportamiento frente a la vida que conlleva la enfermedad, valorando las cosas simples que ya no puede hacer pero que ahora extraña obteniendo la satisfacción necesaria en el disfrute de dichas cosas.	significados relacionados a la enfermedad creó nuevas dinámicas de comunicarse con su pareja, haciendo que no le contara todo lo que sucedía con tal que no se preocupara más de la cuenta.	tranquilidad. De igual forma, la experiencia del Cáncer le permitió encontrar nuevas redes de apoyo, lo cual le permite no sentirse sola en su proceso, en cambio le abrió espacio para compartir su experiencia y escuchar también experiencias ajenas. Señala, también, que la experiencia del Cáncer le permitió generar cambios de como se entiende a sí misma y cómo se relaciona con los demás, teniendo significados positivos sobre la enfermedad.	y el contributivo. Se puede ver como la cantidad de información también representa un estresante, esto se presenta más en el participante 1 y 2. Para la participante 3 la experiencia del Cáncer le permitió generar nuevas redes de apoyo y estar tranquila frente a lo que sucedía, conociendo las experiencias de otras personas. Para las participantes 1 y 2 no señalan un aumento o disminución de sus redes de apoyo.
---	--	---	--

Condiciones de vida y Satisfacción con la vida

Participante 1	Participante 2	Participante 3	Interpretación
----------------	----------------	----------------	----------------

La participante deja ver claramente que un aspecto fundamental en su percepción de cambio de vida es el relacionado con la disminución de su energía manifestado como cansancio permanente, lo cual conlleva a un abandono de actividades y planes importantes para ella a nivel familiar. Igualmente es notorio el cambio drástico en la parte económica ya que hubo un descenso fuerte en los ingresos familiares debido a la enfermedad que llevó a su esposo a tener que abandonar su trabajo para dedicarse a ella, situación que, unida a la acumulación de deudas, la llevan a	Se puede evidenciar que la participante desde dimensiones subjetivas se veía afectado, como es su tranquilidad mental, la cual se encontraba emocionalmente cansada, lo cual, al mismo tiempo, se transforma en malestares físicos. Se puede ver como también se veía afectado la forma en como se relacionaba tanto con sus cercanos cambia y con su contexto, ya que no podía tener otros espacios donde la enfermedad no estuviera presente.	La participante señala que hubo un cambio significativo en la forma de comprender su vida, por lo cual ve necesario que su actuar esté ligado a sentirse bien consigo misma y servir a los demás. Ha mejorado considerablemente sus relaciones sociales tras la experiencia del cáncer. Le ha traído tranquilidad mental, lo cual señala un cambio positivo para su vida. Si bien se entiende que la salud física ha desmejorado, siendo un tratamiento complicado y doloroso, se han generado estrategias para que estas limitaciones no sean un obstáculos para su calidad de vida. Se han creado uniones con comunidades que han sobrevivido al cáncer, por lo cual su contacto con nuevas redes de apoyo han aumentado.	Se puede encontrar que existe un cansancio mental en las tres participantes, lo cual desencadenó más problemas, que fueron de lo físico, no querer seguir con el tratamiento y a cambiar la forma en como se entendía a sí misma. Se evidencia un cambio en la comunicación con sus cercanos, siendo que no toda la información que se entregaba a ellos era la necesaria para no preocuparlos. La forma en cómo se relacionaban con su contexto se generó cambios en los tres casos, ya que la enfermedad se volvió presente en todos los
---	--	--	---

manifestar que su vida sufrió un giro de 180°, con todo lo que esto implica. Dentro de su tratamiento narra que tuvo diagnóstico de depresión, esto agregado a la enfermedad y hospitalización en la que se encontraba genera desesperanza y menor disposición para continuar luchando por su vida, por lo que refuerza aún más el mantenerse dentro del malestar no solo físico sino que también psicológico por ende una percepción de desrealización como persona. El tener que realizarse un tratamiento que va a traer físicamente cambios fuertes,			espacios, no pudiendo actuar como lo hubieran hecho antes de la enfermedad. La participante 1 señala que la economía fue un problema que apareció dentro de los procesos de terapia. Para la participante 2 y 3 la economía no fue un problema, por lo cual su proceso no se complicó en este sentido. La participante 1 señala que los cambios físico sobre su cabello y vello corporal trajo consigo significados sobre lo que es ser mujer y las perspectivas sociales de la misma, lo cual para la participante 2 y 3 no señalan la pérdida de cabello como un tema que
---	--	--	---

como la pérdida de su cabello para alguien que es mujer, relacionado con los discursos que la misma sociedad tiene frente a ello y especialmente para una persona que lo mantenía con un largo considerable implica resignificar su autoimagen hacia sí misma y hacia los otros. Dentro de su prospectiva vital tiene un único proyecto y claramente es relacionado con su enfermedad, es decir recuperarse. Esto concuerda con las anteriores narraciones en las cuales refleja todo lo que ha generado en su vida, el impacto que esto ha tenido, cambiando sus			influya en su calidad de vida. En la participante 3 se generaron nuevas redes de apoyo que trajeron tranquilidad sobre su recuperación, siendo este una diferencia grande con la participante 1 y 2, las cuales no muestran un aumento o disminución de las mismas.
---	--	--	--

prioridades y manera en la cual comprende su forma de vivir. Hay un proceso de reconstruir los significados antiguos y reemplazarlos por nuevos, en los cuales antes, para ella eran sinónimo de muerte, sin embargo, para poder hacer que su vida sea más adaptable ahora hay nuevas percepciones acerca de que su enfermedad es hoy en día similar a lo que otras personas viven con otros diagnósticos, generando entonces mayor grado de aceptación a lo que está vivenciando.			
--	--	--	--

Apoyo emocional			
Participante 1	Participante 2	Participante 3	Interpretación

El apoyo que percibió por parte del personal médico y de la propia institución se hace notorio por parte de ella dentro de las narraciones, reflejando que hay un trato más allá de la preocupación física, especialmente en el área de hematología, en donde lo comprende como un espacio más exclusivo, priorizado, ya que queda aparte del área oncológica, por ende hay mejor atención y cuidados respecto a lo emocional; así como también considera que si hay cambios en la relación, afianzándose esto aún más con su médico tratante a medida que va avanzando el tiempo de tratamiento. La época en la cual estuvo hospitalizada también incidió en su bienestar psicológico, ya que eran fechas de estar en familia -	En términos generales se pudo observar que el apoyo emocional dado en el contexto hospitalario fue muy poco, destacándose como una relación netamente de tipo médico. Sin embargo, existieron momentos puntuales donde la relación médico-paciente fue más allá de la enfermedad del participante. Se encuentra también que a pesar de no contar con el apoyo emocional desde la parte de enfermería y medicina, pudo recolectar historias de otras personas que sufrieron de cáncer, pero que fueron historias positivas y que hicieron que el paciente no se cargara solo de malos momentos.	La participante señala que el apoyo emocional fue fundamental para su recuperación, ya que permitió que el tratamiento fuera enfocado a su mejora. Se mostró que la relación no avanzó mucho más de lo médico, sin embargo, siempre se trató desde el respeto y la intención de apoyar en todo momento en el proceso de recuperación. El apoyo emocional se encontró en otros personajes fuera de la institución que estuvieron presentes en el proceso, como lo son sus hijos, la Institución Simmon, que le	Dentro de las tres participantes se encontró que todas están de acuerdo en que han tenido un excelente servicio médico. Además, coinciden también en la importancia que tiene el apoyo emocional y más aún dentro de su tratamiento. Sin embargo, dos de las participantes muestran satisfacción frente a la atención integral que recibieron por parte del médico tratante y su respectivo equipo de apoyo, mientras que la otra participante manifiesta cierto nivel de distanciamiento concentrado en el aspecto netamente fisiológico, lo cual se vio apoyado por las sugerencias que
--	---	--	--

navidad, cumpleaños-, compartiendo, celebrando, por lo que el ser escuchada y entender que como madre quería pasar ese momento con su hija fue para ella algo de gran impacto, tuvo entonces un valor muy especial, se sentía de algún modo comprendida y que no estaba sola. La participante pudo diferenciar el trato y apoyo que recibió por parte de hematología y neurología, percibiendo que estos últimos se enfocaban netamente en el bienestar físico, algo que incluso pudo ser significativamente distinto al realizar cosas simples como saludar o preguntar cómo se encontraba, pequeñas acciones que para alguien que ha permanecido una larga estancia en el hospital puede hacer la diferencia en su día y su vida.	Aunque el plan complementario de salud ayudó a atender su enfermedad de manera oportuna, no se tuvo en cuenta las diferentes emociones que se presentaron en el participante.	permitieron estar tranquila y sentir seguridad permitiendo complementar el apoyo que se prestaba desde el médico y los enfermeros. Sin embargo, la participante señala que aunque el trabajo médico es muy bueno, debe trabajarse mejor desde la parte de sensibilidad a la hora de relacionarse con los pacientes.	hizo una de las participantes respecto a la necesidad de mayor sensibilización por parte del personal de salud cuando se trata de atender a pacientes oncológicos.
---	--	--	---

Estas situaciones generaron un impacto en ella. El papel que tuvo el lugar y las personas que hacen parte de dicho espacio se convierten en su segundo hogar por lo que es indispensable no solo enfocarse en lo médico sino que también en lo emocional. Tanto parece ser que este hecho la marcó que ella al estar en su rol de enfermera cambió su comprensión de atender a los pacientes, y lo que ella desde esa posición puede hacer para que el otro se sienta mejor. En las narraciones hay una comprensión del apoyo que tiene por parte de su familia, sin embargo, contarles cómo se siente en días malos para ella significa generar más peso en ellos, por lo cual prefiere callar o contarlo a personas externas, tales como el personal médico pues sabe que puede			
---	--	--	--

descargarse emocionalmente, pero no los involucra y es consciente que esa información quedará guardada, a diferencia de la familia que lo transmiten a los diferentes miembros creando mayor incomodidad y malestar en ella volviendo nuevamente a la importancia del rol que tiene personal de salud y especialmente médico tratante en su percepción de bienestar.			
---	--	--	--

Comunicación asertiva			
Participante 1	Participante 2	Participante 3	Interpretación
Durante el tratamiento se van generando significados y estos tienen relación a la manera en la cual su médico tratante se comunica con la persona, por esto, la participante en	En términos generales se puede señalar que toda la información brindada tanto por médicos como por enfermería fue muy explícita y honesta, sin embargo, en repetidas ocasiones, esta	Dentro de la comunicación que se dio entre el médico y el paciente, la participante reconoce que no fueron explícitos, haciendo que se generen dudas sobre	Es destacable que el grupo de participantes reconocen la importancia de una información clara y concisa sobre la enfermedad y su tratamiento, sin embargo, dos de ellas perciben mucha

un inicio tomó aún peor la noticia, así como su familia, ya que los médicos al informar su diagnóstico no tuvieron en cuenta el impacto que esto puede generar en ellos, o en sus familias. Sin embargo en el transcurso de su tratamiento, esto fue cambiando de una forma más drástica, puesto que el médico tratante buscaba generar una mayor comprensión por parte del paciente, al explicarle sobre posibilidades de mejoría en su salud fisiológica y mental. Por otro lado podría considerarse que los médicos al conocer la	información era sumamente delicada para el participante, por lo cual terminaba siendo un arma de doble filo, generando preocupaciones o malentendidos con lo que se dice. La participante señala de manera reiterada la necesidad que existe en que la comunicación con los pacientes tenga un componente de empatía.	qué cosas podía hacer y no hacer. Al igual qué tipo de medicamentos podría tomar. En algunas ocasiones la comunicación era contradictoria. De igual forma se señala que no se presta la atención necesaria a la hora de las consultas, por lo que siempre están escribiendo en el computador, limitando, en algunos casos, a volverse un monólogo del médico hacia el paciente. La participante señala que existe una necesidad marcada sobre explicar con mayor claridad cada información que se presenta, para que no genere dudas.	frialidad o poco tacto en el momento de comunicarles acerca de ello; mientras que la tercera considera que faltó certeza y seguridad al transmitirle la información requerida. Se destaca además que la comunicación médico-paciente se ve a veces afectada por las labores normales de diligenciamiento de historias clínicas, lo cual afectó dicha relación.
---	--	--	---

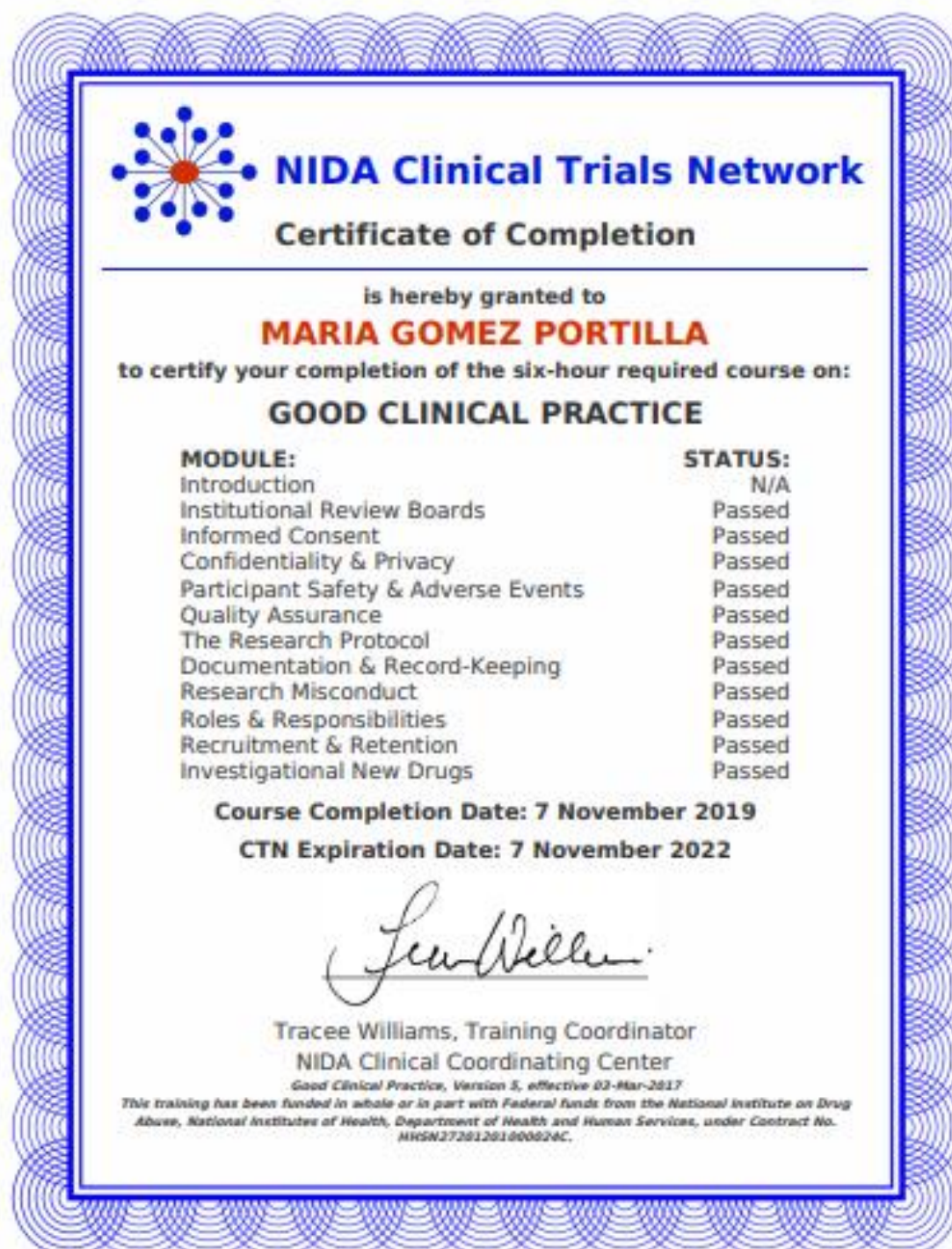
profesión de la paciente - enfermera- creían en su ingenuidad, que al tratarse de una persona que laboraba en el sector salud iba a recibir la información que se le brindaba de una manera más sencilla y con mayor fortaleza que otros pacientes que no tienen un continuo acceso o conocimiento de este tipo de situaciones; dejando de lado el hecho, de que a pesar de la profesión que tenga la paciente, sigue siendo una persona, que requiere comprensión y una mayor sensibilidad al momento de comunicarse.			
---	--	--	--

Factores ambientales			
Participante 1	Participante 2	Participante 3	Interpretación
Las condiciones institucionales facilitaron que su estadía y atención sea mucho más efectiva y agradable para la participante durante su tratamiento; esto se pudo ver reflejado con una atención integral que podría llegar a sentirse muy personalizada y constante en razón del apoyo que ella pudo diferenciar respecto de donde trabaja, ya que a pesar de tener protocolos de seguridad y de visitas, el médico tratante observaba el beneficio que la paciente obtenía al estar rodeada de su familia y principalmente de su hija. Al tratarse de una población más pequeña según relata la participante respecto de los demás grupos pertenecientes a	En términos generales se puede señalar que el lugar donde fue atendida estaba en las capacidades de atender la enfermedad en su totalidad, en tiempos oportunos y de responder a nuevos acontecimientos que sucedieron, por lo cual desde la atención, el contexto médico fue de gran utilidad para su recuperación. Sin embargo, al no presentar la información de manera completa sobre el papiloma humano, generó que creara desconfianza sobre la información que fue presentada posteriormente.	La participante, al ser de ciudadanía extranjera, se le complicó el proceso para obtener el servicio de salud en Colombia, sin embargo reconoce que la atención prestada fue de calidad, la atendieron con prioridad y pudo seguir su proceso de recuperación sin problema alguno. La Fundación Simmon sirvió como una herramienta física para adelantar los procesos necesarios para seguir con su tratamiento. También como una herramienta relacional la cual	Las tres participantes coinciden en las condiciones físicas de las instituciones a las que recurrieron para su tratamiento son de calidad, lo cual facilitó mucho todo el proceso de atención y servicio médico. Agregando a esto, los tiempos oportunos fueron vitales para evolución del diagnóstico y la preparación de los procedimientos pertinentes en cada uno de los casos. A nivel particular destacan situaciones específicas que benefician el tratamiento tales como, redes de apoyo ya sea a nivel interpersonal o

oncología se convertía en servicio más personalizado y especializado. Por otro lado se encuentra que al ser un hospital universitario existirá la continua participación de estudiantes que facilitarán un control constante de los pacientes; sin embargo, según la narración de la participante esto no garantiza la idoneidad e integralidad de la prestación del servicio. Finalmente, como ella sufrió de depresión, para ese momento fue indispensable sus medicamentos que le prescribieron en psiquiatría permitiendo que haya un avance en su estado de ánimo y por ende en su salud física.		le abrió el espacio para poder desarrollar otras actividades y que no quedara solo en el papel de enferma. Reconoce, también que el deporte es una herramienta importante, ya que representa crear redes de apoyo en la misma ciudad que han servido como movilidad en la recuperación.	institucionales, actividades deportiva y de ocio, que generan movilizaciones y nuevos significados cambiado el concepto de enfermedad.
--	--	---	---

Anexo 5. Certificado Buenas prácticas clínicas





Anexo 6. Folleto devolución de resultados.

CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ

Camilo Gomez Sanchez
Maria Alejandra Gomez

RESULTADOS

Comunicación Médico - Paciente

Apoyo Emocional

- Se tuvo un excelente servicio médico. Además, las participantes coinciden también en la importancia que tiene el apoyo emocional y mas aun dentro de su tratamiento.
- Existe un nivel de distanciamiento en la comunicación médico-paciente concentrándose solo en una relación que no va más allá de atender a las demandas médicas dejando de lado el aspecto personal de la paciente.

Comunicación asertiva

- Reconocen la importancia de una información clara y concisa sobre la enfermedad y su tratamiento.
- La comunicación médico-paciente se ve a veces afectada por las labores normales de diligenciamiento de historias clínicas.

Elementos facilitadores del contexto

- Las condiciones físicas de las instituciones a las que recurrieron para su tratamiento son de calidad facilitando el proceso de atención y servicio médico.
- Los tiempos oportunos fueron vitales para evolución del diagnóstico y la preparación de los procedimientos.

General

- La comunicación médico-paciente influye en la significación de las participantes, generando tranquilidad en los tratamientos.
- La subcategoría de Apoyo emocional, influye positivamente en su calidad de vida, por lo cual es necesario que se esté presente en la atención a pacientes oncológicos desde los equipos médicos.

RESULTADOS

Calidad de vida

Condiciones de vida

- Se encontraron cambios significativos en su rutina diaria.
- El estrés y el debilitamiento físico debido a la enfermedad y los tratamientos apareció, haciendo que las preocupaciones aumentaran y limitando su conducta.

Satisfacción con la vida

- Se generaron significados sobre la enfermedad (positivos o negativos).
- La cantidad de información que anteriormente se conocía sobre la enfermedad representó un estresante.

Condiciones de vida y satisfacción con la vida

- Se presentó un cansancio mental, lo cual desencadenó mas problemas, como los físicos, no querer seguir con el tratamiento y cambiar la forma en como se entendía a si misma.
- La comunicación con sus cercanos sufrió cambios en los tres casos, ocultando información para no generar preocupación en ellos.
- Se modificó el cómo se relacionan con su contexto, ya que la enfermedad se volvió presente en todos los espacios.

General

- La calidad de vida empeoró, ya que aparecieron estresores nuevos con la enfermedad, las relaciones con pareja y sus familiares crearon dinámicas diferentes, las cuales no se podía expresar con normalidad las distintas situaciones.

CONCLUSIONES

-La comunicación médico-paciente es completamente necesario que sea asertiva, clara, concisa y cercana, ya que posibilita tener mayor conocimiento sobre su estado actual de salud, teniendo presente las limitaciones que tiene, los alcances que puede tener su recuperación y al mismo tiempo percepción de control de su vida, de tal manera que influye sobre los significados que se pueden crear acerca de la enfermedad y por ende de su recuperación.

Se puede observar como la calidad de vida se ve afectada negativamente en términos generales, sin embargo, no representa un cambio igual en todos los casos, es decir que aunque en algunas personas representa problemática en unos, no tiene que ser problemático en otros.

Se puede señalar la importancia de una relación en la comunicación médico-paciente dentro del proceso de la enfermedad que es una de las necesidades primordiales que le posibilita a los pacientes oncológicos poder sobrellevar su enfermedad, dándole un sentido de por qué luchar contra la enfermedad y de mitigar sus preocupaciones o dudas.

Anexo 7. Sugerencias calificación por jueces preguntas orientadoras

FORMULARIO CALIFICACIÓN INSTRUMENTO

DIMENSIÓN	ÍTEM	SUFICIENCIA				RELEVANCIA				CLARIDAD				COHERENCIA			
		4															
<u>Apoyo Emocional</u> “El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente.” Braga, Christello, Portella, Roggia, Stein, Miritiz (2012)	1. Cuando el médico se acerca a usted ¿cómo espera que lo trate?	x						x				x				x	
	2. ¿Cómo se siente usted cuando su médico demuestra preocupación por su estado de salud?	x						x				x				x	
	3. ¿Cómo se siente cuando su médico se ofrece a informarle a su familia de su estado de salud?	x						x				x				x	
	4. ¿ha sucedido algunas veces que el médico le proponga hablar sobre cómo se siente frente a la atención prestada durante el tratamiento?	x											x			x	

	5. ¿El médico indaga sobre su vida o se enfoca únicamente en lo relacionado a su salud?	x															
<u>Comunicación Asertiva:</u> Se caracteriza por brindar un mensaje eficiente, claro y congruente de tal manera que la comunicación sea abierta y honesta, permitiendo el respeto mutuo entre las dos partes (Rengifo, 2014).	6. ¿Alguna vez ha tenido la necesidad de reclamar por alguna información que no se le fue suministrada? ¿Cómo fue? ¿ha sido más de una vez?	x						x				x					
	7. ¿Siente la comodidad de preguntarle al médico alguna preocupación o duda que tenga?	x						x				x					
	8. ¿Se siente satisfecho con el tiempo que le dedica su médico a responder todas las dudas que le surjan?	x						x				x					
	9. ¿El médico se ofrece a contestar sus preguntas?																
	10. ¿Considera usted que ha recibido un trato digno por parte del médico?						x		x				x				

<u>Elementos</u> <u>facilitadores del</u> <u>contexto:</u> Herramientas físicas y relacionales que se encuentran presentes en un espacio determinado, beneficiando a una población o un sujeto en específico. (Elaboración propia)	11. ¿Considera que su relación es más cercana con su médico al avanzar el tratamiento o ha pasado lo contrario? ¿por qué?																		
	12. ¿Considera que su relación con el equipo interventivo (enfermeras, terapeutas, psicólogos) ha contribuido al avance del tratamiento o ha pasado lo contrario? ¿por qué?																		
	13. ¿Qué diferencia encuentra entre la comunicación con su médico y la comunicación con el equipo interventivo (enfermeras, terapeutas, psicólogos)?	x					x				x						x		
	14. ¿Confía en los tratamientos a seguir y en el médico que lo atiende?	x					x										x		
	15. ¿Se siente cómodo y tranquilo en las instalaciones donde le	x					x										x		
	suministra la información de su estado de salud su médico?																		
	16. ¿Se siente satisfecho con la atención que le presta su médico?	x					x										x		

Observaciones sobre el instrumento:

- En la definición de comunicación asertiva está el elemento del RESPETO, creo que solo tener respuesta a lo que necesita el paciente saber no cubre éste elemento. Debería involucrarse un ítem en esta dirección.
- Se sugiere para el ítem 12 cambiar “lugar” por “instalaciones” de manera que se comprenda no solo los espacios de consultorio sino la entidad de salud.
- Aunque el centro es el “médico”, se pueda considerar desde la definición de elementos facilitadores del contexto que se pueda incluir un ítem que se refiera a la comunicación de los otros actores del sistema con el médico y/o paciente, como es el caso de la atención del personal administrativo y otros profesionales de las ciencias médicas como los radiólogos, etc.