

CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CÁNCER DE
MAMA

Katherine Del Basto Méndez

Diplomado en Psicología de la Salud

Universidad de La Sabana

Chía, Octubre 2007

Resumen

El modelo biopsicosocial de la salud plantea que además de los factores biológicos, se debe tener en cuenta las variables psicológicas y sociales para lograr una explicación y abordaje integral de la enfermedad. El presente trabajo pretende describir la correlación e importancia de dos aspectos psicosociales primordiales en el tratamiento del cáncer de mama como lo son las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida. Para tal propósito se hace una revisión general de lo que representa el cáncer, haciendo énfasis en la neoplasia de mama, su manejo médico y su relación con los aspectos psicológicos, sociales y culturales. Luego, se aborda la influencia de las estrategias de afrontamiento para la calidad de vida de los pacientes con carcinoma de mama. Se encontró que las respuestas cognitivas y comportamentales intervienen de manera significativa en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama y por consiguiente en el tratamiento y progresión de la enfermedad.

Palabras clave: cáncer de mama, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, modelo biopsicosocial de la salud.

Abstract

The biopsychosocial model of health suggests that in addition to biological factors, it must be taken into account the social and psychological variables to achieve a holistic approach of the disease. The present article has as objective to describe the correlation and the importance of two key psychosocial aspects in the treatment of breast cancer as are the coping strategies and quality of life. To that end, a revision of cancer with an emphasis on breast neoplasia, its medical management, and its relationship with the psychological, social and cultural aspects, was done. Then, the influence of the coping strategies to the quality of life in patients with breast carcinoma is presented. It was found that cognitive and behavioral responses are involved significantly in the quality of life for patients with breast cancer and therefore in the treatment and progression of the disease.

Key words: breast cancer, quality of life, coping strategies, biopsychosocial model of health.

CALIDAD DE VIDA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA

En Colombia, al igual que en el mundo se ha presentado un incremento significativo en las tasas de incidencia y mortalidad para la mayoría de tipos de cáncer convirtiéndose en un importante problema de salud pública que representa la tercera causa de muerte en el país después de la violencia y las enfermedades cardiovasculares (Instituto Nacional de Cancerología [INC], 2004a). El cáncer de mama es una de las más comunes neoplasias humanas, y en las mujeres se estima que representa aproximadamente un cuarto de todos los cánceres que se desarrollan en este género (Tavassoli & Devilee, 2003). La neoplasia de mama es asociada con el estilo vida occidental, por lo tanto las tasas de incidencia son más altas en los países con una economía avanzada, donde es común comportamientos de riesgo como el inicio tardío de la maternidad y los malos hábitos alimenticios (Tavassoli & Devilee, 2003); por ejemplo, Jaramillo, Bravo, Carrascal y Tamayo (2002), describen como en los países desarrollados una de cada nueve mujeres desarrolla cáncer de mama a lo largo de su vida y la tercera parte de ellas muere debido a esta neoplasia, lo que representa alrededor de 44.000 muertes anuales. Con excepción del Japón, en los países industrializados se considera al cáncer del seno como la primera causa de mortalidad en las mujeres entre los 35 y los 55 años de edad, la segunda causa entre los 25 y 35 años y es también la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 55 años, superada únicamente por las enfermedades vasculares (Abaunza, 1987; Escudero, 2005). En España por ejemplo se calcula que aproximadamente cada año se diagnostican 16000 nuevos casos de cáncer de mama, con tendencia a un aumento progresivo y que mueren por esta causa alrededor de unas 6000 mujeres cada año (Escudero, 2005). Las cifras en Colombia indican que el cáncer de mama es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres, después del cáncer de cuello uterino cuya incidencia supera a la del carcinoma de mama particularmente en

departamentos con mayor porcentaje de población rural (Jaramillo, et al., 2002; Piñeros & Murillo, 2004; Murillo, Piñeros, & Hernández, 2004).

La supervivencia al cáncer de mama es muy variable de unos países a otros y aun dentro de cada nación, influye significativamente el tipo de tumor, pues tiene mejor pronóstico el carcinoma “in situ” que el carcinoma invasivo unilateral y éste que el bilateral (Escudero, 2005). Sin embargo, en general se ha logrado una mayor expectativa de vida de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que llega hasta el 75% de dichas pacientes luego de cinco años de la detección y aproximadamente el 70% consigue sobrevivir nueve años después del diagnóstico (Escudero, 2005). Estos resultados se han obtenido gracias al interés y al constante avance en el entendimiento y manejo de esta patología que ha permitido la implementación de novedosas y efectivas estrategias de promoción y prevención, así como avances en el diagnóstico e intervención de la enfermedad a todo nivel que van desde el manejo médico propiamente hasta el psicológico.

En Colombia los esfuerzos por reducir el número de casos nuevos y de muertes por cáncer se han enfocado en ocho líneas de investigación trazadas por el instituto nacional de cancerología que son: a) carga de cáncer y factores relacionados; b) etiología del cáncer; c) mecanismos moleculares y celulares del cáncer; d) control del riesgo y detección precoz del cáncer; e) diagnóstico y tratamiento del cáncer; f) servicios oncológicos; g) aspectos psicosociales del cáncer; h) actuar político y cáncer (INC, 2004a) . La Psicología como ciencia aporta su cuerpo de conocimientos en muchas de estas líneas, pero quizás en la que su contribución es mucho más significativa es en la investigación de los aspectos psicosociales del cáncer.

¿Qué es el Cáncer?

El cáncer es el nombre de una variedad de por lo menos cien enfermedades muy disímiles entre sí. Esta patología se produce por el crecimiento anormal y desordenado de las células del cuerpo. Las células cancerígenas se pueden propagar por vecindad o a través de los vasos sanguíneos y linfáticos a otras partes de cuerpo e invadirlo totalmente (Albano, Brinton, Calle, Cokkinides, Gansler, Mc Ginnis, et al. 2005; INC, 2004b; Liga Colombiana contra el cáncer [LCCC], 2007). Las células enfermas pueden desarrollarse a partir de cualquier tejido en cualquier órgano. A medida que las células cancerosas crecen y se duplican forman una masa de tejido cancerígeno, llamada tumor, que invade y daña los tejidos normales adyacentes (Frenkel, 2007). Se ha descrito que algunos tipos de cáncer adoptan una forma abarrigada y con ramificaciones similares a la de un cangrejo marino, razón por la que en el pasado a este conjunto de enfermedades se le denominó como cáncer, palabra derivada del latín *cancerus*, que significa cangrejo. Esta nominación aún se mantiene hoy día (Bayo, Almudena & Méndez, 2006).

El cáncer se produce por variaciones celulares ocurridas cuando la clave cromosómica genética se altera, situación que hace que las células reciban mensajes erróneos. La célula cancerígena pierde la capacidad de controlar su desarrollo, de tal forma que se divide en más células y a mayor velocidad que el resto de tejidos a los que pertenece, sin efectuar las funciones para las que originalmente ha sido creada. El cáncer evoluciona en diferentes etapas y tiene un comportamiento distinto en cada persona. Además su influencia depende del órgano afectado y del período en que haya sido diagnosticado. El cáncer puede darse a cualquier edad, pero es más probable que afecte a personas de edades avanzadas, comúnmente a partir de los 55 años, aunque también puede presentarse en niños y jóvenes y de hecho es la segunda causa de muerte en niños de edades comprendidas entre uno y quince años (INC, 2004b).

Causas

El cáncer en general no es un fenómeno unicausal, en su generación intervienen múltiples factores; por eso se dice que el cáncer es una patología multifactorial. De manera amplia, las causas del cáncer son clasificadas en dos categorías: exógenas y endógenas. Las causas endógenas o predisposiciones genéticas, indican que en ciertas familias se hereda un gen anormal que hace que sus miembros muestren una alta probabilidad de desarrollar cáncer. Esto ocurre solo en un pequeño porcentaje de la población que va del 5 al 10 % del total de los casos (INC, 2004b). No obstante, así haya una predisposición genética a algún tipo de cáncer, en casi todos los casos hay un disparador ambiental (Bayo, et al 2006).

Las causas exógenas son en realidad las responsables de la mayoría de los cánceres, y entre estas se encuentran fundamentalmente las exposiciones a sustancias químicas o agentes físicos o biológicos que afecten los genes de las células, convirtiéndolas en cancerígenas. Los principales factores de riesgo son: la dieta, el consumo de cigarrillo, las infecciones, las exposiciones inadecuadas a los rayos solares, el consumo de alcohol, algunas ocupaciones, la radiación, la contaminación, el uso de algunos medicamentos y ciertos factores psicológicos (INC, 2004b).

Síntomas

El cáncer generalmente no produce síntomas en sus inicios, pero se recomienda realizarse los exámenes médicos pertinentes cuando se presentan las siguientes señales: a) signos y síntomas digestivos que no mejoren con tratamiento; b) hemorragias, principalmente vaginales entre menstruaciones, posteriores al coito u ocurridas después de la menopausia; así como digestivas y urinarias; c) dolor persistente en alguna parte del cuerpo; d) aparición de masas o ganglios; e) tos persistente; f) alteraciones de la voz (disfonía); g) dificultad para tragar; h) cambios de tamaño color y forma de lunares o

verrugas; i) heridas que no cicatrizan; j) cambio del ritmo intestinal y de la frecuencia de las deposiciones o de color o consistencia de las heces; k) pérdida de peso injustificada, ya que el cáncer invasor consume mucha energía, razón por la cual se presenta una pérdida rápida de peso en el organismo afectado (INC, 2004b; Pfister & Aliff, 2007).

Diagnostico

La detección temprana de esta patología es de vital importancia para el tratamiento y el éxito del control del cáncer, razón por la cual se promocionan los chequeos médicos anuales y las practicas de auto cuidado como la realización de la citología periódicamente, el auto examen de mama, piel, testículos, etc. Cuando los síntomas sugieren la posibilidad de un cáncer, el medico tratante procede a realizar una historia medica pormenorizada tanto personal como familiar y un examen físico detallado. Luego, según el caso se pueden ordenar exámenes radiológicos o de imágenes diagnosticas como rayos x o tomografía axial computarizada (TAC), escanografías, exámenes con ultra sonido (ecografías), resonancias magnéticas, endoscopias de vías digestivas altas, colonoscopias, rectosigmoidoscopias, biopsias de los tejidos afectados y exámenes de laboratorio de sangre, orina, fluidos, etc. (INC, 2004b; Pfister & Aliff, 2007). El diagnostico establece el grado de avance de la enfermedad, la localización, que tan afectados se encuentran los órganos donde se aloja y el tratamiento que se debe emplear (INC, 2004b).

Tratamiento

El procedimiento a seguir para tratar el cáncer esta determinado por su localización y estado de la patología en el individuo al que se le ha diagnosticado la enfermedad. Las principales formas de tratarlo son:

1. la cirugía: procedimiento más antiguo en el tratamiento del cáncer; consiste en la extirpación de la neoplasia del tejido afectado. La cirugía era hasta hace muy poco tiempo el único tratamiento disponible. Los procedimientos quirúrgicos hoy día han cambiado radicalmente gracias a los avances tecnológicos y al mejor entendimiento de los patrones de invasión de la enfermedad (Chabner & Chabner, 2007; INC, 2004b).

2. La quimioterapia: consiste en un tratamiento en el que se emplean medicamentos para destruir las células tumorales. Existen varias clases de medicamentos anticancerígenos que actúan de diferentes formas dentro del cuerpo. El que se utiliza más frecuentemente es el que bloquea la capacidad de reproducción de las células. Los medicamentos pueden administrarse oralmente o inyectarse de manera directa en la sangre. La duración y la frecuencia de la quimioterapia dependen de varios factores como el tipo de tumor, su localización, el tipo de droga utilizada y el tiempo en el que el cuerpo responda al tratamiento. Usualmente estos medicamentos son bastante agresivos por lo que no solo destruyen las células cancerígenas sino que además afectan células sanas, lo que produce algunos efectos indeseables como la alopecia, la astenia, la toxicidad digestiva, las reacciones de hipersensibilidad, pérdida de peso, náuseas, vómitos, mareo y debilidad general. La quimioterapia también reduce el número de glóbulos blancos, por lo que el paciente es más susceptible de adquirir infecciones (Chabner & Chabner, 2007; INC, 2004b; Vega, De Juan, García, López, J., López, C., López, A., et al. 2004). Estos efectos del tratamiento entre otros generan en los pacientes además de malestar físico, un deterioro en el bienestar psicológico y en su calidad de vida.

3. La radioterapia: se basa en el uso de radiaciones ionizantes que tienen como finalidad el control local del cáncer. La aparición de efectos secundarios va a depender fundamentalmente de la dosis de radiación y la zona del cuerpo que es irradiada. Para la

radioterapia se usan equipos especializados que dirigen la radiación hacia los tumores o áreas del cuerpo donde se encuentra la enfermedad. Habitualmente estos dispositivos utilizan rayos x, bombas de cobalto o aceleradores de partículas. Los rayos emitidos en la radioterapia matan las células cancerígenas de la parte del organismo afectada impidiendo que estas crezcan y se reproduzcan, además sus efectos son menos nocivos en las células sanas (Chabner & Chabner, 2007; INC, 2004b).

4. Las terapias fotodinámicas: utilizan medicamentos especiales y luz para eliminar las células cancerígenas (INC, 2004b).

5. La terapia hormonal: consiste en la administración de medicamentos que inhiben o estimulan la generación de hormonas en el organismo con el fin de controlar la velocidad de crecimiento, multiplicación y muerte de las células tumorales. Muchas neoplasias dependen de los niveles hormonales como es el caso del cáncer de mama (Chabner & Chabner, 2007; INC, 2004b).

6. La terapia biológica o inmunoterapia: consiste en lograr que el mismo cuerpo combata el cáncer. Emplea sustancias generadas por el organismo o elaboradas en un laboratorio, para estimular, dirigir o restaurar las defensas naturales del cuerpo contra la enfermedad neoplásica (INC, 2004b).

7. El trasplante de la medula ósea: se utiliza para reforzar el sistema productor de las células que forman la sangre de los pacientes que han sido sometidos a grandes dosis de radiación o de quimioterapia. Este procedimiento consiste en la aplicación directa en la sangre de células sanguíneas madres que se obtienen de la aspiración de la parte interna de algunos huesos (medula ósea) de otras personas o que se extraen del propio paciente antes de la terapia. (INC, 2004b).

El cáncer de mama

Al igual que en los demás tipos de cáncer hay una proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células. Para el caso esta disfunción se presenta en los distintos tejidos de la glándula mamaria, principalmente a los del compartimiento epitelial ya sean de estructuras ductales o lobulares, siendo el más común, el carcinoma ductal (Lanari & Molinolo, 2003; Makarem, 2005). En sus etapas iniciales no presenta síntomas, por lo general aparece una masa no dolorosa que fácilmente se confunde con los cambios de carácter benigno que se presentan en las mamas de las mujeres, como los quistes, razón por la cual son muchos los casos en los que no se consulta a tiempo creyendo que estas masas no revisten gravedad (INC, 2004b; LCCC, 2007). Cuando el tumor no se detecta pronto, el cáncer puede diseminarse a otras partes del cuerpo dirigiéndose generalmente a los ganglios linfáticos de la axila. El cáncer de seno utiliza algunas hormonas como los estrógenos para crecer y para dividirse por el cuerpo (Bayo, et al. 2006).

Factores de riesgo

Los riesgos asociados a causas hereditarias en el cáncer de mama aun no son claros, y en la mayoría de los casos las razones hereditarias solo llegan a explicar alrededor del 5% de los cánceres de mama diagnosticados cada año. Algunas investigaciones indican que los genes BRCA1 y el BRCA2 (siglas en inglés para cáncer de mama [breast cancer 1 y 2]), tienen alguna relevancia en algunos casos de carcinoma de mama (Parmet, 2004). La mayor parte de las mujeres poseen 2 copias normales de dichos genes y se ha identificado que una mutación del BRCA1 o BRCA2 puede generar una mayor probabilidad a desarrollar cáncer de mama (Parmet, 2004).

Otros factores de riesgo importantes son la historia familiar de cáncer de mama en parientes de primer grado de consanguineidad detectados antes de los cincuenta años

(Carrillo, 2007); y algunos factores endocrinos, ya que las hormonas femeninas como los estrógenos y la progesterona influyen significativamente en las células de la glándula mamaria. Los niveles de estas hormonas cambian en los diferentes ciclos y etapas de la vida como los ciclos menstruales, la lactancia, y los años anteriores y posteriores a la menopausia. En algunos estudios se ha encontrado que las mujeres que han tenido la primera menstruación a edades muy tempranas, las mujeres que no han tenido periodos de lactancia, las que presentan la menopausia de manera tardía luego de los 55 años y las que no tienen hijos o los tienen después de los cuarenta años, tienen una exposición mayor a ciertas hormonas como los estrógenos, lo cual ha demostrado incrementar el riesgo a desarrollar cáncer de mama (INC, 2004b).

Signos y síntomas del cáncer de mama

Algunos de los signos habituales del cáncer de mama son: a) Una masa de cualquier tamaño o un engrosamiento de la mama; b) retracciones o manchas en la piel de la mama; c) retracción o inversión del pezón; d) irritación persistente de la piel o piel de cascara de naranja en la mama; e) úlceras, costras o secreción de líquido por el pezón; f) masas en la axila o inflamación de los ganglios axilares; g) cambios en lunares o cicatrices de la mama; h) crecimiento anormal de uno de los senos (INC, 2004b; LCCC, 2007).

Diagnostico y tratamiento del cáncer de mama

Al igual que en los demás tipos de cáncer su detección temprana es fundamental para el buen pronóstico del mismo, por eso las campañas de promoción y prevención del cáncer de mama están dirigidas a promover el auto examen regular y el chequeo médico por lo menos una vez al año. En las mujeres mayores de cincuenta años se recomienda además de al auto examen la realización de mamografías. Luego de la detección clínica de alguna masa sospechosa se realiza una biopsia donde se toma una pequeña muestra

del tejido para analizarlo en el laboratorio. Si en el análisis se encuentran células cancerosas se procede a la realización de otros estudios más específicos donde se utilizan marcadores tumorales para medir la sensibilidad de las células a las hormonas femeninas estrógenos y progesterona (INC, 2004b). Según la sensibilidad a estas hormonas el especialista decide cual es el tratamiento mas adecuado. En Colombia el ministerio de salud incluyo dentro del plan obligatorio de salud para los regímenes contributivo y subsidiado la realización obligatoria del examen clínico de la mama dentro del examen general para todas las mujeres (INC, 2004b).

El cáncer de seno debe ser tratado por diferentes especialistas entre los que se incluye el oncólogo clínico, el mastólogo o cirujano especialista en mama, el radiólogo, el psicólogo, el fisioterapeuta, el trabajador social entre otros. El manejo médico estará determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. Habitualmente se emplean cuatro tipos de intervención médica oncológica: cirugía; radioterapia; quimioterapia; y la terapia hormonal (INC, 2004b; LCCC, 2007).

El cáncer de seno es una enfermedad sistémica, es decir no es solo local, por esta razón la probabilidad de recurrencia es alta, en especial cuando los ganglios axilares se vieron comprometidos. La curación del cáncer de mama depende del grado de invasión del tumor en el momento de la detección, así como de la salud general de la persona afectada. Con frecuencia se hace necesario la extirpación total de la mama (mastectomía) (INC, 2004b). La intervención clínica oncológica del cáncer de mama, llevan consigo un compromiso en la salud psicológica del paciente y de su red social, que de una manera u otra interfiere en el proceso terapéutico. Razón por la cual, en los protocolos del manejo del cáncer de mama es cada vez mas frecuente la intervención psicológica paralela con el manejo médico tradicional de la enfermedad.

Algunos factores psicológicos en el cáncer de mama

El manejo del cáncer de mama es un trabajo multidisciplinar en el que la psicología tiene un rol vital, ya que la salud ha demostrado ser un proceso complejo que se mantiene sobre la base de un equilibrio de varios fenómenos que son tanto de carácter biológico, como social y psicológico. (Fors, Quesada & Peña 1999). Para Engel (1977), la relación entre enfermedad, cuerpo y mente, es innegable y plantea que además de los factores biológicos y genéticos se debe tener en cuenta los factores psicológicos y sociales para lograr una explicación integral de los fenómenos que tienen que ver con la salud. Asimismo Engel (1977), acentuó las críticas al modelo biomédico tradicional en el que el cuerpo humano se aborda como si fuera un aparato a ser reparado y en el que la visión subjetiva del paciente al igual que sus emociones, sus creencias y sus percepciones no son consideradas en la evaluación y manejo terapéutico (Borrell-Carrio, Suchman & Epstein, 2004).

Esta nueva propuesta para el abordaje de la salud se le conoce como el modelo biopsicosocial, en el que se tiene en cuenta las interacciones entre los factores psicológicos, sociales y los biológicos en la etiología, el desarrollo y abordaje de la enfermedad (Alford 2007; Lutgendorf & Costanzo, 2003). En el tratamiento del cáncer el paradigma biopsicosocial abre un espacio de trabajo interdisciplinario entre un gran número de profesionales de distintas áreas de la salud que unen sus esfuerzos en el entendimiento, manejo y curación de esta enfermedad crónica.

Los fenómenos psicológicos implicados en el cáncer de mama son variados y van desde su origen, hasta el afrontamiento de la muerte cuando el paciente ha sido desahuciado. En cuanto a la génesis del cáncer y su relación con algunas variables psicológicas se han encontrado evidencia que muestran una posible correlación entre la personalidad y la susceptibilidad a desarrollar neoplasias de mama, por ejemplo **Ruiz**,

Garden, Ascunce, y Moral (1998), resaltan la existencia de un patrón de conducta denominado tipo C en muchas mujeres que tienen cáncer de mama. Estos autores describen que las pacientes con estos rasgos tienen tendencia al neuroticismo, a la represión de sentimientos de ansiedad y tristeza, a racionalizar las relaciones conflictivas para evitar confrontaciones, a tener pocas expectativas sobre el control que puedan ejercer sobre su salud, así como a presentar mayores niveles de ansiedad ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer. La relación entre el origen del cáncer y factores de la personalidad es un interesante tema de investigación, pero no ha arrojado hasta el momento datos explicativos ni concluyentes. Otras investigaciones realizadas en animales muestran cierta interacción entre la exposición a estresores psicosociales como la desintegración inesperada de grupos sociales, con una alta incidencia de neoplasias mamarias (Henry, Stephens y Watson, 1975). Estos trabajos son apenas una pequeña muestra de la gran variedad de investigaciones que estudian la relación de algunos factores psicológicos y el inicio del cáncer de mama, no obstante el desarrollo de esta neoplasia encierra una enorme complejidad, por lo que las explicaciones únicamente de tipo psicológico son insuficientes para comprender la naturaleza del carcinoma de mama.

Una de los fenómenos psicológicos que más se relaciona con el cáncer de mama es el estrés, que según Lazarus y Folkman (1984), es “una relación particular entre la persona y el ambiente, que es evaluada por la persona como exigente o que excede sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p. 19). Para dichos autores el estrés es un fenómeno que toma sentido dentro de un entorno en el que se produce una interacción particular entre una persona y un estímulo, donde dicho evento es percibido por el sujeto como relevante, amenazante, o exigente y cuando en ésta interacción con el estímulo se genera un insuficiencia prolongada entre la capacidad del individuo para

afrontar la situación y los recursos que necesita para hacerle frente exitosamente (Gómez, 2001). Sin duda el carcinoma de mama es un evento que en la vida de cualquier individuo plantea un reto que fácilmente puede sobrepasar su capacidad generando una interferencia negativa en el pronóstico de esta patología.

El estrés está correlacionado con el desarrollo, la progresión y el tratamiento del cáncer de mama, hecho que ha sido corroborado por algunos estudios realizados con modelos experimentales animales, que describen la relación entre estrés, las células asesinas naturales del sistema inmune (Natural killer cells [NK]) y la neoplasia de mama. Un ejemplo de estas investigaciones lo presentan Ben-Eliyahu, Yirmiya, Liebeskind, Taylor, y Gale, (1991), quienes encontraron que en una muestra de animales expuestos a estrés agudo se presenta una disminución significativa en la citotoxicidad de las células NK en contra del carcinoma de mama, situación que propicia la metástasis de esta neoplasia. Asimismo Stefanski y Ben-Eliyahu (1996), hallaron que en ratas que habían sido inoculadas con células cancerígenas de mama y que luego fueron expuestas a situaciones de estrés social como el ser intrusas en un nuevo ambiente, hubo una susceptibilidad mayor a desarrollar metástasis al pulmón que los sujetos del grupo control.

Algunos elementos que pueden llegar a generar altos niveles de estrés en los pacientes diagnosticados con cáncer de mama además del diagnóstico son: a) la hospitalización; b) la posibilidad de una intervención quirúrgica; c) los tratamientos como la quimioterapia, la radioterapia así como los efectos secundarios de los mismos; d) el deterioro físico; e) la interacción con su medio social habitual durante la enfermedad. Los cambios psicológicos en una persona diagnosticada con cáncer según Alarcón (2006) van más allá de la experimentación de estrés e involucran toda su personalidad y conducen a alteraciones de las esferas cognitiva, afectiva, volitiva,

interrelacionar, actitudinal y comportamental.

Aspectos sociales y culturales del cáncer de mama.

El entorno psicosocial funcional según Alarcón (2006) puede influir positivamente en la prevención, tratamiento y evolución del cáncer de mama, desde una variedad de posibilidades psicológicas que van desde el plano cognitivo (facilitando el acceso de la información y sentimiento de apoyo y control de las situaciones); afectivo (promoviendo la expresión afectiva y los afectos positivos); hasta el comportamental (suscitando conductas sanas, adherencias a los tratamientos y auto cuidado).

El soporte social según Alarcon (2006) es la percepción que tiene un individuo de ser miembro de una compleja red en la cual es considerado como parte funcional e integrante de la misma, donde es respetado, puede dar y recibir afecto, y ayudar y ser ayudado. Uno de los grandes inconvenientes de los pacientes con cáncer es su tendencia a aislarse de su grupo social, situación que favorece la inexpressión de los sentimientos, fenómeno conocido como alexitimia reactiva (Alarcon, 2006). Este aislamiento voluntario generalmente es motivado por el temor a ser rechazado por los demás o por el malestar físico que experimenta como consecuencia de la enfermedad y el tratamiento (Careller, Dorta & Gonzales 2005). Asimismo, algunos pacientes pueden llegar a sentir vergüenza de tener cáncer por las creencias sociales compartidas en ciertas comunidades, lo que les lleva a crear ideas irracionales con connotaciones negativas que generan conductas nocivas como no hablar de su enfermedad en su círculo social y familiar. Estos comportamientos conducen a una sensación de soledad, así como a la manifestación de sentimientos de abandono e incompreensión por parte de aquellos que le rodean. Las ansiedades del paciente se transforman en una expresión social de desamparo como respuesta al sufrimiento físico, psicológico y social que el cáncer representa (Cuberos de las casas, 2006). Todas estas situaciones incrementan

casi siempre la percepción de los efectos de la enfermedad y de este modo la calidad de vida del paciente oncológico (Solana, 2005).

Otro de los aspectos que favorece el aislamiento social de los pacientes con cáncer de mama es el cambio abrupto e impactante de la imagen corporal. En las sociedades occidentales se valora enormemente la estética y el aspecto físico, por lo que la distorsión de la imagen corporal puede interferir fácilmente con la aceptación de uno mismo. Sin embargo, Careller, et al. (2005), aclaran que las alteraciones en el aspecto físico no necesariamente deben ser excesivas o visibles, para que causen angustia a la persona, eso depende más del significado que el enfermo les atribuya. Así, la valoración que se haga de una alteración física concreta puede repercutir de diferentes maneras en diferentes personas dependiendo de múltiples factores. Mientras que para unos, una cicatriz quirúrgica puede alterar significativamente su autoestima, otros pueden considerarla como la cicatriz de la vida, aquella que les ha permitido controlar o curar su enfermedad (Solana, 2005). La aceptación y el apoyo por parte de familiares y amigos, juega un papel muy importante para facilitar la propia aceptación de la nueva imagen corporal. El contacto físico, la cercanía, las señales no verbales de aceptación y agrado ante su presencia, son cruciales para generar emociones positivas asociadas a su nueva imagen facilitando la reintegración social (Die Trill, M., Die Trill, J. & Die Goyanes, A., 2003).

Es importante trabajar desde la psicología en el acompañamiento del paciente y de su red social en la asimilación de los cambios físicos y psicológicos derivados del cáncer, propiciando el aprendizaje de ciertas habilidades sociales y estrategias de afrontamiento que les permitan consolidar su red de apoyo y así mejorar su calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad.

Cultura y neoplasia de mama

La cultura es otra variable crucial en el manejo psicosocial del cáncer ya que de una u otra forma influye en el pensamiento y en la educación de cada una de las personas que se encuentra en una sociedad. La cultura tiene que ver con el cáncer en muchos aspectos como por ejemplo: la percepción que el entorno familiar y social tienen sobre esta enfermedad (Torrico, Santín, Villas, Menéndez & López, 2002); la situación económica y política del país donde se encuentre el individuo enfermo, pues esto repercutirá en la calidad, capacidad y cobertura de los sistemas de salud para hacer frente a una enfermedad costosa y demandante como el cáncer; la posición socioeconómica del paciente; las creencias religiosas y espirituales; el nivel de educación del paciente y su familia.

Ante una misma enfermedad (el cáncer) se generan respuestas muy diferentes que tienen implicaciones diversas tanto para el individuo enfermo como para su entorno. Estas respuestas varían según la historia personal del paciente, sus características psicológicas y la sociedad y cultura en la que se encuentren. Por ejemplo, los tratamientos occidentales para el cáncer son basados en un cuerpo de conocimientos científicos que cumplen unos lineamientos establecidos, mientras que en ciertas culturas como las tibetanas se basan en tradiciones y creencias de tipo místico que han sido transmitidas a través de muchas generaciones. Los efectos colaterales de ambas clases de tratamientos son diferentes, lo que agrega características, interpretaciones y representaciones sociales diferentes en cada cultura del cáncer. Asimismo ambas metodologías han mostrado tanto resultados positivos como negativos, lo que ha llevado a pensar que las creencias y comportamientos culturales influyen en formas aun por esclarecer en la salud de sus miembros integrantes.

Algunas de las variables culturales que han demostrado algún tipo de incidencia en el tratamiento del cáncer de mama según Die Trill (2003) son: a) las creencias acerca de la enfermedad y la salud; b) la experiencia y la respuesta al dolor; c) la identificación y la selección de cuidados médicos; d) el valor atribuido a las diferentes partes del cuerpo y a sus alteraciones; e) las fuentes de apoyo que recibe una persona enferma; f) el significado que se atribuye a los síntomas físicos; g) el uso de tratamientos alternativos cuya eficacia no se ha demostrado científicamente; h) la actitud que se mantiene ante el deterioro físico progresivo y la muerte. Éstas entre otras variables son fundamentales a tener en cuenta en la planeación de una intervención psicológica efectiva en pro de una potencialización de las estrategias de afrontamiento del paciente hacia el cáncer de mama.

La cultura es un factor crucial en el entendimiento y el manejo del cáncer que los profesionales de la salud mental que trabajan con los pacientes oncológicos deben tener en cuenta a la hora de hacer la evaluación del impacto de la enfermedad, así como para planear la metodología de intervención y acompañamiento. Por ejemplo, Romero, Friedman, Kalidas, Elledge, Chang y Liscum (2006), encontraron en un estudio con 81 mujeres diagnosticadas de cáncer mamario, como comportamientos espirituales se correlacionan con una mejor calidad de vida y menor incidencia de desórdenes emocionales. En otra investigación Johnson y Spilka (1999), hallaron en una muestra de 103 mujeres con cáncer de mama que recibió un programa de apoyo religioso, que el 85% de estas mujeres creía que sus creencias religiosas le ayudaban de alguna forma a enfrentar la enfermedad de forma más efectiva y a tener una mejor calidad de vida. Estos hallazgos concuerdan con el trabajo realizado por Van Ness, Kasl y Jones (2003), quienes encontraron una correlación entre la ausencia de espiritualidad con una menor supervivencia en mujeres afroamericanas con cáncer de mama.

Cómo una persona vive la enfermedad, el significado que le atribuye, y cómo dicho significado influye en su comportamiento e interacción con otros individuos son también componentes del tratamiento para el cáncer. La enfermedad debe ser concebida como una respuesta humana integral (Lipowski, 1969).

Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en el carcinoma de mama

El interés por el estudio de la calidad de vida (CV) ha aumentado considerablemente en las últimas décadas sobre todo en los países desarrollados, donde los estándares de lo que es considerado una buena CV difieren sustancialmente de los establecidos en los países en vía de desarrollo (Ardila, 2003). En el mundo en desarrollo la gran mayoría de sus habitantes no han satisfecho sus necesidades básicas del todo, debido entre otras cosas a la situación económica y social que sus naciones atraviesan. Este escenario indica que la noción de CV debe considerarse dentro de una perspectiva cultural, ya que es un concepto que cambia con las épocas y los grupos sociales. El concepto de CV está en boga, y como muchos otros términos, es polivalente, multidimensional y se usa con significados muy diferentes (Rodríguez-Marín, 1995).

Según Alarcón (2006), la CV involucra las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta. Para Ardila (2003), la CV es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades del ser humano, tiene tanto aspectos subjetivos, como aspectos objetivos. El aspecto subjetivo incluye la percepción del individuo de su intimidad, expresión emocional, seguridad, productividad y salud. Entre los aspectos objetivos se encuentran el bienestar material, las relaciones armónicas con el medio ambiente y la comunidad, y la salud objetivamente considerada (Ardila, 2003). El ser humano puede sentirse saludable y no estarlo realmente, o puede estarlo y no sentirse como tal (Ardila, 2003). La CV es subjetiva y objetiva a la vez y es propiedad de la persona más que del ambiente en el cual se

mueve. Para Ardila (2003), los aspectos objetivos de la calidad de vida (indicadores sociales) y los aspectos subjetivos son dos conjuntos de factores que tienen una estrecha relación e interactúan constantemente.

La organización mundial de la salud (OMS, 1996), define a la CV como la percepción que tiene un individuo del lugar que ocupa en el contexto cultural y en el sistema de valores en el que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo esto enmarcado por la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales (OMS, 1996). La definición de la OMS acerca de la calidad de vida hace referencia al bienestar físico, mental y social; y no meramente la ausencia de enfermedad, lo que se correlaciona con el paciente oncológico donde a pesar de estar viviendo una penosa enfermedad hay algunos elementos psicosociales que pueden hacer contra peso al deterioro físico, lo que puede conducirlo a percibir una aceptable calidad de vida (Aaronson, 1993).

Para Arraras, Martínez, Manterota y Laínez, (2004), la calidad de vida en la enfermedad es un constructo que incluye cuatro componentes principales: a) los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios; b) el funcionamiento físico; c) el funcionamiento psicológico; y d) el funcionamiento social. A medida que las enfermedades crónicas como el cáncer han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella. Tanto el comportamiento como el estilo de vida son factores determinantes en la salud de una persona. La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, uno de los objetivos del psicólogo en el ámbito de la salud es mejorar la percepción de

calidad de vida del paciente (Rodríguez- Marín, 1995).

La psicooncología es una de las especialidades que más se ha preocupado por evaluar la calidad de vida de sus pacientes, ya que el objetivo último de los equipos multidisciplinares de cuidados paliativos es proporcionarle bienestar o comodidad al paciente (Becoña, Vázquez & Oblitas, 2000). La CV, como ya se ha ilustrado, encierra una concepción eminentemente subjetiva y en los enfermos crónicos se ha propuesto en sentido del nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales (Becoña, et al. 2000; Vinaccia & Orozco, 2005). Según esta perspectiva la calidad de vida en enfermos de cáncer debe ser vista como un constructo multidimensional que incluye, al menos, el estatus funcional, los síntomas relacionados con la enfermedad, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social (Vinaccia & Orozco, 2005). El estatus funcional se refiere a la capacidad para realizar una gama de acciones que son normales para la mayoría de las personas; incluye tres categorías; autocuidado, movilidad y actividad física. En cuanto a los síntomas relacionados con la enfermedad, son diversos en función del tipo de cáncer y tratamiento. Algunos de los síntomas que se reportan con mayor frecuencia son dolor, fatiga, malestar corporal, estreñimiento, diarrea, náuseas, vómito y trastornos del sueño (Vinaccia & Orozco, 2005). Con respecto al funcionamiento psicológico se resaltan variables emocionales como la ansiedad, la depresión, el estrés entre otras (Vinaccia & Orozco, 2005; World Health Organization [WHO], 2003).

En la CV y el funcionamiento social del paciente oncológico se presentan algunas alteraciones que según WHO (2003), tienen que ver con la variación de las actividades sociales habituales, que son el resultado de factores como: a) limitaciones funcionales debidas al dolor o la fatiga; b) el miedo del paciente de ser una carga para su red de

apoyo; c) el temor por la sintomatología o las discapacidades; d) los sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente; f) miedo al contagio; entre otros. Dentro de esta mirada hay que considerar el rol desempeñado por el paciente en su familia y en su trabajo y su nueva posición frente a estos sistemas. En resumen, cuando se habla de calidad de vida en el paciente crónico se hace alusión a su propia valoración global frente a la adaptación funcional, cognitiva, social, emocional y laboral (Vinaccia & Orozco, 2005).

Uno de los múltiples aspectos correlacionados con la calidad de vida en enfermos neoplásicos de mama es el síndrome sistémico conocido como fatiga crónica, cansancio crónico o fatiga relacionada con el cáncer; que se constituye como un problema importante tanto cuantitativa, como cualitativamente, relacionado con la aparición de diversas alteraciones que afectan a la calidad de vida de los pacientes oncológicos (Font, Rodríguez & Buscemi, 2004; Knowles, Borthwick, McNamara, Millar & Leggot, 2000). Por ejemplo, en un estudio Ferrell, Grant, Dean, y Funk (1996), describen como en 687 sobrevivientes de varios tipos de cáncer, la fatiga fue uno de los tres aspectos que más afectaban negativamente la vida cotidiana. Asimismo, Visser y Smets (1998) estudiaron las relaciones entre fatiga, depresión y calidad de vida comparando varios tipos de pacientes que recibían radioterapias en una muestra de 250 pacientes. La fatiga y la depresión no seguían una evolución paralela a lo largo del tiempo; mientras que la depresión disminuye al finalizar el tratamiento, la fatiga se mantiene estable o se incrementa. Algunos de los aspectos que se pueden relacionar entre la fatiga y la calidad de vida en enfermos de cáncer de mama son: a) la disminución de la movilidad general; b) dificultades para efectuar los oficios habituales; c) dolor; d) dificultad para mover el cuerpo (como la extremidad en la parte de la mama afectada); e) somnolencia durante el día; f) dificultades para dormir; g) dificultades para la concentración; h)

ansiedad; i) depresión (Font, et al. 2004). Se ha encontrado que las correlaciones significativas observadas entre el cansancio y los aspectos de la vida cotidiana según Font, et al. (2004) como las dificultades para desplazarse o los trastornos del sueño parecen indicar que el cansancio forma parte de la calidad de vida de los pacientes como causa y consecuencia al mismo tiempo. La gravedad del cansancio en los pacientes oncológicos se relaciona con el estrés y el conjunto de las aflicciones que acompañan el cáncer. Ruiz, et al. (1998) encontraron que la CV percibida queda seriamente alterada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención ya sea durante el diagnóstico, el tratamiento o el seguimiento, así como del estadio en el que se encuentre la enfermedad.

De igual forma el funcionamiento psicológico del paciente crónico exhibe altos niveles de estrés. Cuando se evalúa esta variable en los enfermos crónicos se revela una de las consideraciones importantes a tener en cuenta dentro de la valoración de la calidad de vida, pues como es un evento eminentemente subjetivo, así tenga algunos aspectos objetivos, se hace indispensable realizar una mirada biopsicosocial y cultural del paciente, donde su perspectiva sea considerada como fundamental a la hora de diseñar un plan de intervención adecuado a las necesidades particulares del enfermo neoplásico. En este sentido Arraras, et al. (2004), proponen al paciente como el principal indicador a la hora de evaluar la CV, resaltando aun más el aspecto subjetivo de ésta.

Un aspecto muy importante de la vida psicosocial y de la calidad de vida de los pacientes casados, es la pareja. La relación conyugal del enfermo neoplásico se puede ver comprometida como lo describen Carreras y González (2002), quienes identifican la pérdida de la actividad sexual en la mayoría de los pacientes. La disfunción sexual puede afectar a 35 % de los hombres y al 85 % de las mujeres enfermos de cáncer, sobre

todo en las esferas genitourinaria y ginecológica (Carreras y Gonzáles, 2002). La sexualidad constituye una necesidad incluso en enfermos terminales, de forma tal que las diversas modalidades de ésta, el deseo de proximidad y el contacto físico deben ser estimulados en los pacientes neoplásicos. En un estudio realizado por Sherbourne y Hays (1990), se encontró que una muestra de 1817 pacientes con enfermedades crónicas, los pacientes que eran casados reportaban mejores indicadores de salud física y mental.

Según Alarcón (2006), en términos de CV, cierto nivel de ansiedad puede resultar adaptativo si moviliza al enfermo neoplásico a explotar sus mecanismos internos para preservar su integridad tanto como sea posible ante la situación de amenaza que el cáncer representa; pero si la ansiedad rebosa los mecanismos de manejo con los que cuenta el individuo, el impacto sobre la calidad de vida será negativo. La evaluación de la CV para los pacientes con carcinoma de mama debe sin duda alguna considerar la perspectiva del paciente y no solamente el análisis de las condiciones objetivas (Burgos, Amador & Ballesteros, 2007). En general, la CV se puede relacionar con todos los aspectos de la existencia de una persona, pero en el campo de la oncología este término se centra según Arraras, et al. (2004), en la salud global del sujeto y su relación con la enfermedad oncológica y sus tratamientos.

Estrategias de Afrontamiento en el cáncer de mama

Algunas de los trastorno psicológicos correlacionados con el cáncer según Alvarado (2004), son: a) Reacciones adaptativas con ansiedad; b) Reacciones adaptativas con depresión; c) Reacciones adaptativas mixtas; d) Trastornos adaptativos con ansiedad; e) Trastornos adaptativos con depresión; f) Trastornos adaptativos mixtos; g) Trastornos de ansiedad generalizada; h) Cáncer o fobia; i) Síndrome de náusea y vómito anticipatorios; j) Síndrome de ansiedad anticipatoria; k) Depresión mayor; l) Síndrome

orgánico cerebral; m) Disfunción familiar. Todas las demandas físicas y psicológicas que los pacientes neoplásicos deben soportar una vez les diagnostican la enfermedad y comienzan su tratamiento, hacen que uno de los principales objetivos psicoterapéuticos en estos casos, se dirija a potencializar las estrategias de afrontamiento del paciente en pro de propiciar una asimilación y adaptación adecuada a su nueva condición. De igual forma, se procura que el paciente se involucre de manera activa en el tratamiento oncológico.

Los pacientes y las familias que se enfrentan a un cáncer, aunque no sean muy conscientes de ello, con frecuencia se sienten atrapados entre una muerte segura y una vida que depende de procedimientos clínicos, la tecnología y su voluntad de lucha para mantenerse. En algunos casos, los enfermos que muestran comportamientos ansiosos, introvertidos y tienen tendencia al neuroticismo, suelen reprimir los sentimientos de tristeza y tienen pocas expectativas sobre el control que pueden ejercer sobre su salud y tienden a presentar mayores niveles de ansiedad ante el diagnóstico o tratamiento del cáncer (Ruiz, et al 1998). Alarcón (2006), plantea que existen dos clases de mecanismos que los enfermos de cáncer pueden llegar a presentar: los de defensa y los de afrontamiento. Los primeros son en esencia inconscientes y se activan automáticamente ante situaciones conflictivas o de peligro. Los segundos, se encuentran más relacionados con elementos cognitivos y actitudinales de la conciencia, son más fáciles de estudiar empíricamente y varios de ellos se han correlacionado con el enfrentamiento y supervivencia en ésta enfermedad.

Las estrategias de afrontamiento, son definidas por Alarcón (2006), como respuestas cognitivas y comportamentales que se presentan frente a una situación de crisis. En el caso del cáncer, hacen referencia a lo que el individuo piensa y hace para reducir el impacto de la amenaza que dicha patología representa. Para Cohen y Lazarus, (1973) las

estrategias de afrontamiento son actividades conductuales y cognitivas, que el paciente puede realizar para facilitar la adaptación desde su propia experiencia de vida. Lazarus y Folkman (1991), definen al afrontamiento como: “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). Para estos autores el afrontamiento es efectivo si hay concordancia entre las opciones para hacer frente al cáncer y los valores, creencias, objetivos, metas y compromisos del enfermo neoplásico. Es decir que hay factores situacionales y personales que influyen en la evaluación cognitiva de un individuo (González-Celis & Padilla, 2006).

De manera general podría considerarse que las estrategias de afrontamiento hacen referencia a cómo los seres humanos se manejan ante las demandas de los sucesos estresantes (Llull, Zanier & García, 2003). Watson y Greer (1998) proponen algunos mecanismos de afrontamiento que pueden ser exhibidos por los pacientes durante su enfermedad, entre estos se encuentran: a) el espíritu de lucha; b) la evasión o rechazo; c) el fatalismo o aceptación estoica; d) la preocupación ansiosa e impotencia; e) la desesperanza. Desde otra perspectiva Lopez-Roig, Pastor y Rodríguez-Marin (1992), proponen que hay dos estilos de afrontamiento específicos uno es el de Evitación, aquel donde se evita los aspectos amenazantes y en el que se encuentra peor adherencia al tratamiento. En este estilo es común que el paciente no enfrente el problema (el cáncer y sus consecuencias) o pretenda reducir la tensión a través de conductas de escape (Moos, 1998; Llull, et al. 2003). El otro estilo es el de aproximación que según propone Miller (1995), es cuando se presta más atención y se amplifican los aspectos amenazantes de la enfermedad. También se refiere a aquellos esfuerzos cognitivos o comportamentales para manejarse directamente con el evento estresante (Moos, 1998;

Llull, et al. 2003). Se ha reportado que las estrategias de evitación hacia el cáncer correlacionan negativamente con la percepción de la CV y predicen en un gran porcentaje su varianza (Llull, et al. 2003).

En relación a los estilos de afrontamiento se ha encontrado que las personas sin depresión utilizan mayor número de estrategias relacionadas con el espíritu de lucha que las personas con depresión leve, moderada o severa (Ruiz, et al 1998). Estos datos sugieren que el uso de estrategias positivas que favorecen el espíritu de lucha puede llegar a reducir significativamente los niveles de depresión de los enfermos con trastornos neoplásicos. De la misma forma ocurre con las estrategias de negación puesto que los enfermos sin síntomas depresivos utilizaron este estilo de afrontamiento con mayor frecuencia que los que reportan estados depresivos (Ruiz, et al 1998). En contraste, los enfermos que usan las estrategias de indefensión o desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo o aceptación estoica, reportan mayores niveles de depresión y ansiedad (Ruiz, et al 1998). Los estilos de afrontamiento, de espíritu de lucha, indefensión, preocupación ansiosa, fatalismo y negación son utilizados por todos los pacientes en distintos momentos y con distinta regularidad, lo que hace la diferencia desde el punto de vista psicológico es la capacidad del individuo de trascender las conductas y estilos menos útiles en su proceso de adaptación psicológica a su nueva condición.

Sin embargo, Cuberos de las casas (2006), menciona que la tristeza es una reacción común ante el diagnóstico del cáncer, llorar frecuentemente y experimentar una cierta sensación de confusión mental son manifestaciones típicas de este sentimiento. Contrario a lo que podría pensarse, la tristeza y sus expresiones pueden llegar a ser adaptativas, en la medida en que son parte del proceso de elaboración de duelo que va encaminado a asumir el nuevo estilo de vida necesario para convivir con la enfermedad

y los tratamientos. En ocasiones, en lugar de tristeza y ansiedad o nerviosismo, puede tenerse la sensación de no sentir nada, como un estado de anestesia emocional que pasará con el transcurso del tiempo (Careller, et al. 2005).

Ruiz, et al. (1998), Plantean que de un conjunto de variables evaluadas de personalidad y estilos de afrontamiento, lo que mejor predice el nivel de depresión que experimentan las pacientes neoplásicas como consecuencia del diagnóstico o tratamiento del cáncer, es tener niveles altos de ansiedad general, afrontar la enfermedad con desesperanza e indefensión y con preocupación ansiosa y, no poner en marcha estrategias que favorezcan el espíritu de lucha. Este tipo de respuestas repercuten notablemente en la calidad de vida percibida.

Otro aspecto relacionado con el sufrimiento experimentado por los pacientes oncológicos, tiene como origen la frustración y el duelo por la posible pérdida de la oportunidad de alcanzar los planes y proyectos trazados antes de la enfermedad (Roberts, Piper, Denny & Cuddeback, 1997); situación que obliga al paciente a reformular sus metas de acuerdo con sus nuevas condiciones y posibilidades. Esta reformulación no es una tarea fácil y la mayoría de las veces implica un profundo dolor psicológico. Hace parte del tratamiento psicoterapéutico y de la futura calidad de vida del enfermo, asimilar y adaptarse a una nueva realidad y no crearse falsas expectativas. Este es un proceso tortuosos, y difícil que debe ser acompañado por profesionales de la salud mental.

Escudero (2005), describe como las estrategias de afrontamiento deben ir ligadas a las intervenciones psicológicas, las cuales deben estar destinadas a promover el ajuste emocional de los pacientes neoplásicos de mama y deben incluir técnicas encaminadas a cubrir los siguientes objetivos: a) reducir la ansiedad que puedan estar experimentando los pacientes con neoplasias mamarias ante las situaciones conflictivas de su vida

estimulando, para ello, tanto la expresión de emociones negativas como la puesta en marcha de nuevas habilidades sociales o estrategias de resolución de problemas; b) promover atribuciones internas de control sobre su salud y estrategias que faciliten el afrontamiento de la enfermedad con espíritu de lucha y de todos aquellos problemas personales o sociales derivados de la misma.

El ser humano es un ser biopsicosocial, que se encuentra inmerso en un contexto sociocultural determinado, donde lo que piensa, lo que siente, lo que se imagina, tienen una importancia mucho mayor de lo que se presupone en el pronóstico y evolución de cualquier enfermedad (Llull, et al. 2003). Por lo tanto las intervenciones desde la psicología para los enfermos neoplásicos se deben sustentar considerando además de las variables biológicas, las variables psicosociales que rodean al paciente, procurando suscitar en el enfermo y su red de apoyo respuestas cognitivas y conductuales adaptativas que se asocien con una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES

Las mujeres hoy en día tienen la posibilidad de disponer de muchos recursos tanto preventivos, como curativos y paliativos del cáncer de mama; por ejemplo, el consejo genético es una modalidad de prevención en la cual se realiza un estudio de la predisposición heredada de un individuo para padecer una neoplasia de mama. Esta situación posibilita al grupo interdisciplinario de la salud tomar medidas de prevención y profilaxis aun antes de que el cáncer haya hecho presencia en el cuerpo de la persona (Lastra, et al 2005). Este tipo de alternativas abren un espacio en el que psicólogo puede hacer intervenciones de tipo preventivo en las que una vez identificado el riesgo de padecer cáncer se realice un trabajo con la persona y su familia que busque fortalecer las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida del sistema familiar en riesgo.

El cáncer es una enfermedad crónica, de pronóstico incierto que requiere de procedimientos clínicos oncológicos agresivos, como la quimioterapia y la radioterapia que habitualmente traen consigo efectos colaterales que van en detrimento de la imagen corporal y la calidad de vida del paciente. Asimismo hay circunstancias en las que las intervenciones clínicas oncológicas son irreversibles, como es el caso de la mastectomía o extirpación del seno. Por esta y muchas otras razones el diagnóstico del cáncer trae consigo una carga emocional negativa tanto para el paciente como para su red social. La información que el equipo interdisciplinario debe transmitir al paciente y a su familia sobre el diagnóstico, pronóstico y posible evolución del cáncer, así como de los tratamientos y sus posibles complicaciones y efectos negativos, debe sustentarse en una valoración rápida de los recursos psicológicos necesarios que tiene tanto el paciente como la familia para asimilar esta información, con el fin de hacer esta comunicación lo menos traumática posible. No se debe olvidar que el paciente tiene derecho a saber la verdad, pero también derecho a no saberla si lo desea, considerándose

que el paciente mejor informado es aquel que sabe lo que quiere saber (Florez, 1997). Es habitual que el diagnóstico desencadene un estado de shock o bloqueo, seguido de intensas respuestas emocionales inmediatas que incluyen tristeza, depresión, ira, ansiedad, sentimientos de indefensión, etc. (Labrador & Bara, 2004). Igualmente son frecuentes las alteraciones del sueño y del apetito, así como las dificultades de concentración y atención. La gran mayoría de los enfermos y sus familias atraviesan por una ruptura momentánea con su capacidad para funcionar en la vida diaria.

El cáncer socialmente es percibido como de difícil curación e incluso como una sentencia de muerte. Todo esto desencadena una respuesta psicológica por parte del paciente y de su red social que puede desembocar en graves trastornos emocionales y psicopatológicos, que de no ser tratados pueden llegar a ser tan nocivos para la salud del enfermo como el mismo cáncer, influyendo en el tratamiento médico oncológico, el pronóstico de la enfermedad y en la calidad de vida percibida del paciente (Prieto, 2004). Para Fernández (2004), algunos de los principales objetivos que se deben tener en cuenta en el procedimiento psicoterapéutico del paciente enfermo de cáncer son: a) Facilitar la aceptación de la pérdida o daño corporal; b) elaboración de duelos; c) identificación y expresión adecuada de los sentimientos; d) promoción del apoyo y la integración social; e) fortalecimiento de relaciones interpersonales estrechas; f) suscitar la puesta en práctica de estrategias y recursos de afrontamiento eficaces que permitan minimizar el impacto del cambio físico y psicológico; g) Propiciar el desarrollo de una imagen corporal nueva, aceptando e integrando los cambios en una nueva representación mental; h) potenciar la autoestima y el sentimiento de valía personal.

Las respuestas cognitivas y conductuales que una paciente con cáncer de mama muestra ante la enfermedad dependen de muchas variables entre las que se incluyen principalmente: a) la red de apoyo familiar y social; b) el sistema de creencias que

comparte socialmente; c) el estadio de la enfermedad; d) las características personales del paciente, como la personalidad premórbida, la historia de vida, su etapa en el ciclo vital, etc.; e) La situación socioeconómica del paciente; f) las políticas y la cobertura en salud del país o nación donde habite el enfermo; etc. El psicólogo debe evaluar y tener en cuenta estas y otras variables en la intervención y acompañamiento psicoterapéutico que realiza con el paciente neoplásico.

Los movimientos comportamentales y cognoscitivos desencadenados por el diagnóstico y el tratamiento del cáncer son dinámicos y tienen un componente perceptual subjetivo y un componente social objetivo en el paciente, quien es el que evalúa, muchas veces de manera inconsciente, si tiene los recursos o no para hacerle frente a la situación (Lazarus y Folkman, 1991). Esta disposición del paciente neoplásico esta determinada como se ha venido planteando por factores situacionales y personales que influyen en la evaluación cognitiva que el enfermo hace de la nueva situación que el cáncer le plantea (Lazarus y Folkman, 1991). El psicólogo debe identificar las necesidades y los recursos del paciente para trazar un plan de intervención que le permita al enfermo realizar un proceso adaptativo lo mas saludable posible. En cuanto a la calidad de vida percibida por el paciente nuevamente el aspecto cultural y social cobra importancia, pues la CV es una sensación netamente subjetiva de bienestar físico, social y psicológico (Ardila, 2003). Esta percepción esta inevitablemente influenciada por la valoración cognitiva que el enfermo de cáncer realiza permanentemente entre sus recursos para hacer frente al cáncer y la demanda que esto le plantea. Independientemente del pronóstico del cáncer, uno de los propósitos que el psicólogo en el ámbito de la salud debe tener siempre en cuenta es el de propiciar un mejoramiento en la calidad de vida del paciente y su red de apoyo (Rodríguez- Marín, 1995).

El psicólogo que hace parte del equipo interdisciplinario que acompaña el tratamiento del cáncer de mama debe diseñar intervenciones encaminadas a propiciar en los pacientes y su red de apoyo, recursos que contribuyan a enfrentarse a todo lo que ésta enfermedad representa, así como a desarrollar habilidades que puedan permitirles llevar una mejor calidad de vida. Actualmente se ha demostrado que las intervenciones psicológicas mejoran los síntomas y la calidad de vida de las personas enfermas (Keefe y Blumenthal, 2004), y que pueden contribuir significativamente en el desarrollo de habilidades de afrontamiento necesarias para manejar la enfermedad (Nicassio, Meyerowitz, Kerns, 2004). En consecuencia, las intervenciones psicológicas han comprobado ser útiles para ayudar a los pacientes que padecen cáncer y los trastornos psicológicos comórbidos que éstos experimentan (Joseph, Gierlach, Housley & Beutler, 2005).

Referencias

- Aaronson, N. K. (1993). Assessment of quality of life benefits from adjuvant therapies in breast cancer. *Recent Results in Cancer Research*, 127, 201-210.
- Abaunza, H. (1987). *Cáncer mamario*. Bogotá: Fundación (OFA – MK), para el avance de las ciencias biomédicas.
- Alarcón, A. (2006). *Manual de psicooncología*. Bogotá: JAVEGRAF.
- Albano, J., Brinton, L., Calle, E., Cokkinides, V., Gansler, T., Mc Ginnis, L., et al (2005). *Breast Cancer facts and Figures 2005 – 2006*. Atlanta, EE. UU.: America Cancer Society.
- Alford, L. (2007). Findings of interest from immunology and psychoneuroimmunology. *Manual Therapy*, 12, 176–180.
- Alvarado, S. (2004). Psicooncología en México (perspectiva histórica). *Gaceta mexicana de oncología*, 3 (3), 44-47.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35 (2), 161 -164.
- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A. & Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1, 87-98.
- Bayo, I. F., Almudena, T. & Méndez, T. (2006). *Breve manual de oncología para informadores de la salud*. España: Divulga.
- Becoña, E., Vázquez, F.L. y Oblitas, L.A. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L.A. Oblitas y E. Becoña (Eds.). *Psicología de la salud* (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés.

- Ben-Eliyahu, S., Yirmiya, R., Liebeskind, J., Taylor, A. & Gale, R. (1991). Stress increases metastatic spread of a mammary tumor in rats: evidence for mediation by the immune system. *Brain, Behavior, and Immunity*, 5 (2), 193-205.
- Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L. & Epstein, R. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2 (6), 576–582.
- Burgos, V. A., Amador, A., & Ballesteros, B. P. (2007). Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado. *Universitas Psychologica*, 6 (2), 383-397.
- Careller, J. A., Dorta, J., Gonzales, E. E. & Rivas, C. (2005). *Calidad de vida en el paciente con cáncer*. Recuperado el 23 de Junio de 2005, de www.lavidasigue.com/laenfermedad/calidaddevida/.htm.
- Carreras, O. & González, J. (2002). Calidad de vida al egreso en pacientes con cáncer paliativo y terminal. *MEDISAN*, 6(2), 6-11.
- Carrillo, R (2007). Pautas para el diagnóstico y manejo de las lesiones mamarias. *Revista Argentina de Cancerología*, 35 (1), 26 – 38.
- Chabner, B. & Chabner, E. (2007). Prevención y tratamiento del cáncer. En M. Beers (Ed.), *Nuevo manual Merck de información médica general* (Vol. 2, pp. 1235-1239). Barcelona: Oceano.
- Cohen, S., y Lazarus, R. S. (1973). Active coping proceses, coping dispositions, and recovery from sugery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 5, 375-389.
- Cubrerros de la Casas, C. (2006). Calidad de vida en pacientes oncológicos. En Alarcón (Ed.), *Manual de psicooncologia* (pp. 111 – 127). Bogotá, JAVEGRAF.
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncologia*, 1, 39 – 48.

- Die Trill, M., Die Trill, J. & Die, Goyanes, A. (2003). *Manual de Psico-oncología*. Madrid: Ades.
- Engel, G. F. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129–136.
- Escudero, M. (2005). *Avances en cáncer de mama*. Madrid: Taravilla.
- Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1 (2-3), 169 – 180.
- Ferrell, B., Grant, M., Dean, G. & Funk, B. (1996). Bone Tired. *Oncology Nursing*, 23, 1539 – 1547.
- Florez, J. A. (1997). El desarrollo de la comunicación, sus cuidados y el silencio terapéutico. La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Madrid: Ergón.
- Font, A., Rodríguez, E. & Buscemi, V. (2004). Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Psicooncología*, 1, 45 – 56.
- Fors, M., Quesada, M. & Peña, D. (1999). La psiconeuroinmunología, una nueva ciencia en el tratamiento de enfermedades. Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 18 (1), 49-53.
- Frenkel, E. (2007). Generalidades sobre el cáncer. En M. Beers (Ed.), *Nuevo manual Merck de información médica general* (Vol. 2, pp. 1235-1239). Barcelona: Oceano.
- Gómez, V. (2001). Propuesta conceptual para medir el efecto del estrés sobre el sistema inmune. *Revista Colombiana de Psicología*. 10, 29 -40.
- González-Celis, & Padilla, (2006) Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas psychology*, 5(3), 501-509.

- Henry, J. P., Stephens, P. M. & Watson, F. M. (1975). Force Breeding, Social Disorder and Mammary Tumor Formation in CBA/USC mouse colonies: A Pilot Study. *Psychosomatic Medicine*, 37, 277-283.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2004a). Recuperado el 29 de Agosto de 2007, de http://www.incancerologia.gov.co/publicaciones.aspx?cat_id=163
- Instituto Nacional de Cancerología. (2004b). *El cáncer. Aspectos básicos sobre su Biológica, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. Recuperado el 23 de Agosto de 2007, de http://www.incancerologia.gov.co/documentos/8_24_2005_11_21_38_AM_Guias%20de%20Prevención%20del%20Cancer.pdf
- Jaramillo, R., Bravo, L. E., Carrascal, E. & Tamayo, O. (2002). Expresión de receptores hormonales frente a indicadores pronósticos en carcinoma de mama. *Revista Colombia Médica*, 33, 156-161.
- Johnson, S.C. & Spilka, B. (1999). Coping with breast cancer: the roles of clergy and faith. *Journal of Religion and Health*, 30, 21-33.
- Joseph, L., Gierlach, E., Housley, J. & Beutler, L. (2005). La evolución de un campo: examen del desarrollo y la aceptación de la psicología clínica de la salud. *Papeles del Psicólogo*, 26, 39-46.
- Keefe, F. J. & Blumenthal, J. A. (2004). Health psychology: What will the future bring? *Health Psychology*, 23, 156-157.
- Knowles G, Borthwick D, McNamara S, Miller M, Leggot, L. (2000). Survey of nurse's assessment of cancer related fatigue. *European Journal of Cancer Care* 9, 105-113.
- Labrador, F. J & Bara, E. (2004). La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología*, 1(1), 51 - 66.

- Lanari, C. & Molinolo, A. (2003). Progestágenos y cáncer de mama: desarrollo de un modelo experimental. *Revista química viva*, 2 (3). Recuperado el 28 de Noviembre del 2003 de <http://www.quimicaviva.qb.fcen.uba.ar/Nuevos%20enfoques/cancer/cancer.htm>
- Lastra, E., Nieto, B., García, M., Bayona, C., Fonseca, E., López, A., et al (2005). Fundamentos clínicos del consejo genético en cáncer hereditario. *Psicooncología*, 2 (3), 197 – 212.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Liga Colombiana contra el cáncer. (2007). Recuperado el 23 de Agosto de 2007, de http://www.ligacancercolombia.org/notas_interes.htm
- Lipowski, Z. J. (1969). Psychosocial aspects of disease. *Annals of Internal Medicine*, 71, 1197-206.
- Lopez – Roig, S; Pastor, M.A y Rodríguez – Marin, J. (1992). *Programa de prelación psicológica para la cirugía*. Madrid: Pirámide.
- Lutgendorf, S. & Costanzo, E. (2003). Psychoneuroimmunology and health psychology: An integrative model. *Brain, Behavior, and Immunity*, 17, 225–232.
- Llull, D. M., Zanier, J. & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *PsicoUSF*, 8 (2), 175-182.
- Makarem, G. (2006, Noviembre). *Unidad de enfermedades mamarias*. Recuperado el 22 de Agosto de 2007, de <http://enfermedadesmamarias.com/cancerMamas.htm>

- Miller, S. (1995). Monitoring versus Blunting styles of coping with Cáncer Influence the information patients want and need about their disease . *Cáncer*, 76 (2) ,167 – 177.
- Moos, R. H. (1998). Life stressors and coping resources influence health and wellbeing. *Psychological Assessment*, 4(2), 133-158.
- Murillo, R., Piñeros, M., & Hernández, G. (2004). *Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Geográfico Agustín Codazzi*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Nicassio, P. M., Meyerowitz, B. E. y Kerns, R. D. (2004). The future of health psychology interventions. *Health Psychology*, 23, 132-137.
- OMS, Grupo sobre calidad de vida (1996). ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17, 385-387.
- Parnet, S. (2004). Genética y cáncer de mama. *The Journal of the American Medical Association*, 292 (4), 522.
- Pfister, D. & Aliff, T. (2007). Síntomas y diagnóstico del cáncer. En M. Beers (Ed.), *Nuevo manual Merck de información médica general* (Vol. 2, pp. 1235-1239). Barcelona: Oceano.
- Piñeros, M., & Murillo, R. (2004). Incidencia de cáncer en Colombia: importancia de las fuentes de información en la obtención de cifras estimativas. *Revista Colombiana de cancerología*, 8 (1), 5-14.
- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Roberts, C., Piper, L., Denny, J. & Cuddeback, G. (1997). A support intervention to facilitate young adults adjustment to cancer. *Health and social Work*, 22, 133-141.

- Rodríguez-Marin, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Romero, C., Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J. y Liscum, K.R. (2006). Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (1), 29-36.
- Ruiz, M. A., Garden, S., Ascunce, N. & Moral, A. (1998). Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *ANALES*, 21, 119-124.
- Sherbourne, C.D. & Hays, R.D. (1990). Marital status, social support and health Transitions in chronic disease patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 328-343.
- Solana, A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología*, 28, 157-163.
- Stefanski, V. & Ben-Eliyahu, S. (1996). Social confrontation and tumor metastasis in rats: defeat and beta-adrenergic mechanisms, *Physiology and Behavior*. 60 (1), 277-282.
- Tavassoli, F. A., & Devilee, P. (2003). *Pathology and genetics of tumours of the breast and female genital organs*. Lyon, France: IAPS Press.
- Torrico, E., Santín, C., Villas, M., Menéndez, S. & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18 (1), 45-59.
- Van Ness, P.H., Kasl, S.V. y Jones, B.A. (2003). Religion, race, and breast cancer survival. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(4), 357-375.
- Vega, M. E., De Juan, A., García, Almudena., López, J. M., López, C., López, A., & et al (2004). Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Psicooncología*, 1(2 – 3), 137 – 150.

- Vinaccia, S. & Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de Vida de personas con enfermedades crónicas. *Perspectivas en psicología*, 1 (2), 125-137.
- Visser, M., & Smets, E. (1998). Fatigue, depression and quality of life in cancer patients: how are they related?. *Care Cancer*, 6, 101-108.
- Watson, M. & Greer, S. (1998). *Personality*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action (WHO/MNC/03.01). Washington, EE. UU.: Autor.