

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN FASE  
TERMINAL.

Ana Mercedes Chaves Bernal.

Universidad De La Sabana.

## Resumen

El objeto de este artículo es mostrar la importancia de mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que constituye un importante problema de salud en Colombia, dada su elevada frecuencia, mortalidad y creciente incidencia. Los avances en la detección precoz y el tratamiento del cáncer de mama han conducido a un aumento de la supervivencia libre de la enfermedad, donde lo más importante es mantener la calidad de vida y la adaptación del paciente y su familia al tratamiento. Existe evidencia que no hay más salida que brindar una mejor calidad de vida tanto al paciente como a su familia, que han de afrontar cuanto les supone el dolor y el sufrimiento de ver a un miembro de la familia afectado por una enfermedad crónica.

Palabras Clave: calidad de vida, cáncer de mama, paciente oncológico, síntomas, enfermedad, diagnóstico.

## Abstract

The object of this article is to show the importance of improving the quality of life in patients with breast cancer that constitutes an important problem of health in Colombia, given its high frequency, mortality and flood incidence. The advances in the precocious detection and the treatment of the breast cancer have lead to an increase of the free survival of the disease, where but the important thing is to maintain the quality of life and the adaptation of the patient and its family to the treatment. evidence exists no that there is but exit that to offer one better quality of life as much to the patient as to its family, which there are to confront whatever supposes the pain and the suffering to them to see a member of the family affected by a chronic disease.

Key words: Quality of life, breast cancer, oncology patient, sintoms, disease, diagnostic.

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA EN FASE TERMINAL.

En Colombia, como en la mayoría de países en desarrollo, el diagnóstico del cáncer se hace en un estadio muy avanzado y la posibilidad de un tratamiento terapéutico con fines curativos es muy bajo; Esto se debe a múltiples razones, como lo son el hecho de que el cáncer es una enfermedad silenciosa, asintomática, que solo puede presentar síntomas cuando ya ha hecho metástasis en otras partes del cuerpo, otra razón puede ser que cuando aparece una masa la cual no genera dolor, las personas no le prestan atención y no acuden al médico oportunamente, y solo se asiste cuando la masa ha progresado sustancialmente. Otra razón es el hecho de que las personas están insatisfechas con la seguridad social que tienen y prefieren no asistir al médico o no se sienten cómodos o simplemente sienten vergüenza de mostrar el órgano afectado. Otra razón es que un gran porcentaje de la población colombiana no tiene acceso al sistema de seguridad social y adicionalmente en muchos casos quien lo tiene recibe un diagnóstico y tratamiento tardío (Wiesner, Tovar, Díaz, y Camargo, 2004).

El cáncer de mama es una enfermedad sistémica, es decir no solo local; por esta razón, la probabilidad de recurrencia es alta, especialmente cuando hay ganglios axilares comprometidos. La curación de cáncer de mama depende del grado de invasión del tumor en el momento del diagnóstico, así como del estado de salud en general de la persona afectada (Wiesner, et al. 2004). Además el cáncer de mama constituye un importante problema de salud, dada su elevada frecuencia, mortalidad

y creciente incidencia. Los avances en la detección precoz y el tratamiento han conducido a un aumento de la supervivencia libre de la enfermedad, por lo que es importante conocer los elementos asociados a la calidad de vida y la adaptación psicológica a largo plazo (Sánchez, Torres, Camprubi, Vidal, Salamero, 2005). El cáncer de mama es una enfermedad frecuente entre mujeres en edades comprendidas entre los 35 y los 70 años quienes pueden tener un riesgo elevado de presentar esta enfermedad; sin embargo se han encontrado casos en mujeres más jóvenes que presentan cáncer de mama; Esta es la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres colombianas.

#### Signos, Síntomas y Factores De Riesgo Del Cáncer De Mama

El cáncer de mama es una enfermedad que, en general, no presenta síntomas en su etapa inicial. Por lo general aparece una masa no dolorosa que fácilmente se confunden con los cambios benignos que se presentan en las mamas de la mujer, como los quistes. Por esta razón, muchas mujeres no consultan a tiempo, pensando que aquella desaparecerá espontáneamente (Wiesner, et al. 2004). De acuerdo a estos mismos autores, es importante consultar al medico ante la presencia de cualquiera de estos signos o síntomas: Una masa de cualquier tamaño o un engrosamiento de la mama, retracciones o manchas en la piel de la mama, retracción o inversión del pezón, piel “de cáscara de naranja” en la mama, úlceras o costras en el pezón o secreción de líquidos por el mismo, masas en la axila o inflamación de los ganglios axilares, cambios en lunares o cicatrices de la mama y crecimiento anormal de una de las mamas.

Según Yurebo “cuando se habla de mujeres con riesgo elevado de cáncer de mama estamos haciendo referencia a aquel grupo de mujeres que presenta una serie de factores de riesgo que les confiere es riesgo” (Extraído de la red, 28 de mayo de 2006). Estos Factores de riesgo son: Raza, geografía, y clase social, dieta, alcohol y tabaco, factores hormonales y reproductivos, factores familiares y genéticos. Esto no implica que se deban cumplir con estos criterios para presentar la enfermedad, y es aquí donde se cae en el error de creer que solo cierto grupo de mujeres pueden padecer de cáncer y por ende la prevención de la enfermedad se convierte en algo tan dispendioso. Gardner (2005) reunió información que muestra que Cada vez aparece más evidencia de que los aspectos de la vida diaria, incluido el ejercicio, hábitos alimenticios, pueden afectar la incidencia y el tratamiento del cáncer de mama de forma positiva o negativa. La exposición ambiental a carcinógenos, tales como el tabaco, el alcohol, la ingesta de dietas ricas en grasas y bajas en fibras, el sedentarismo, las exposiciones solares, son importantes variables que contribuyen al inicio y progresión del cáncer (Cruzado y Olivares, 2003).

De acuerdo al artículo “Estado actual de las pacientes con cáncer de mama en estadio I y II” extraído de la base de datos LILACS, No es suficiente llevar un estilo de vida saludable si no se realizan los exámenes médicos preventivos, que puedan arrojar un diagnóstico en una etapa temprana, que permitirá un tratamiento con fines curativos, esto se ve evidenciado en estudios epidemiológicos y de supervivencia de pacientes con cáncer de mama donde se evidencian los buenos resultados de los tratamientos en estadios I Y II.

En el artículo “Trends in Breast Cancer at a Country Hospital”, encontrado en la base de datos EBSCO (2005), Refieren que la mortalidad del cáncer de seno ha disminuido sustancialmente gracias al mejoramiento de los estilos de vida de las mujeres y de nuevas técnicas de tratamiento oportuno. Pero, realmente ¿el estilo de vida será un factor determinante para la prevención y detección temprana del cáncer de mama? Algunos artículos médicos muestran evidencia a favor de llevar un buen estilo de vida para la prevención y detección temprana del cáncer de mama, por ejemplo y de acuerdo al artículo “Cáncer de mama” y extraído de la red, Muchos de los factores de riesgo no se pueden controlar. Algunos expertos en el campo de nutrición y cáncer coinciden en que, generalmente, es posible reducir los riesgos a través de cambios en la dieta y en el estilo de vida. La mayoría de los esfuerzos se han concentrado en la detección temprana, ya que el cáncer de mama se trata más fácilmente y a menudo es curable si se detecta a tiempo.

#### Prevención:

De igual manera, el Instituto Nacional de Cancerología ubicado en la ciudad de Bogotá, en su revista “El cáncer” publicada en el 2004, hace mención a los tipos de prevención y su importancia para un diagnóstico oportuno. De acuerdo con el I.N.C. La prevención primaria es aquella que consiste en llevar estilos de vida saludables y la reducción de los factores de riesgo (no exposición a agentes físicos, químicos y biológicos), los factores de riesgo sobre los cuales se debe intervenir son: el consumo de tabaco, el bajo consumo de frutas y verduras, el exceso de alcohol, entre otros. La prevención secundaria es aquella en la que se realiza la detección

temprana del cáncer con el propósito de realizar el tratamiento oportuno. Esto permite, reducir el número de muertes por cáncer y es muy importante, pues en sus etapas iniciales el cáncer suele ser asintomático y su tratamiento tiene muy buen pronóstico. Y por último se tiene la prevención terciaria, que hace referencia a todos los procedimientos que se realizan en los pacientes con cáncer, con el fin de evitar las complicaciones clínicas y las recaídas, en este nivel de prevención se busca alcanzar una rehabilitación más rápida limitando la discapacidad (Wiesner, et al. 2004).

De igual forma en el artículo “estadísticas de cáncer de mama”, extraído de la red, se dice que el cáncer de mama no puede prevenirse, pero es curable si se detecta a tiempo y aconseja realizarse por primera vez una mamografía entre los 35 y 39 años para tener una referencia de cual es el estado de las glándulas mamarias, realizarse una mamografía cada dos años entre los 40 y 50 años, realizarse una mamografía todos los años después de los 50 años. Otro aspecto importante a tener en cuenta en la prevención de cáncer de mama es la herencia, y aunque no se ha podido probar su incidencia, tampoco se puede descartar del todo. De acuerdo a los doctores Márquez y Trujillo (1999), desde el siglo pasado ya se venía observando la existencia de un agrupamiento de casos de cáncer de mama en algunas familias, y gracias al desarrollo de la genética molecular y a su influencia en el ámbito de la Medicina, en la última década se ha asumido la existencia de una predisposición heredada al cáncer de mama, que explicaría la existencia de numerosos casos en una misma familia, pero aun faltan más hallazgos para poder atribuir el factor herencia a la aparición de la enfermedad.

Existen otras explicaciones, no genéticas del agrupamiento familiar del cáncer de mama, como son: La exposición a determinados carcinógenos ambientales, limitados geográficamente que podrían afectar a los miembros de la familia que vivieran en esa área geográfica. Comportamientos culturales que alterarían el perfil de los factores de riesgo de padecer cáncer de mama, como la edad al nacimiento del primer hijo; Influencias socioeconómicas que podrían dar como resultado la exposición dietética. Pero aunque estos factores no hereditarios jueguen un papel importante en la aparición de casos de cáncer de mama, las numerosas investigaciones realizadas en los últimos años han proporcionado una evidencia inequívoca de la presencia de genes que son responsables de la predisposición heredada al cáncer de mama (Márquez y Trujillo. 1999). Por otro lado y de acuerdo al artículo “información general del cáncer de mama” extraído de la red, es importante continuar con el manejo de la paciente después de la sospecha inicial de cáncer del seno, que generalmente incluye confirmación del diagnóstico, evaluación de la etapa de la enfermedad y selección de la terapia.

#### Tratamiento.

El tratamiento del cáncer es algo más que salvar la vida del enfermo. Existe un 45% que no pueden ser curados, pero tanto ellos como sus allegados tienen el derecho de ser asistidos y cuidados durante toda la evolución del proceso. Esto hace parte del proceso de mejorar la calidad de vida del paciente (Sanz y Modolell, 2004).



En las últimas tres décadas el tratamiento para el cáncer de mama ha cambiado gradualmente dejando de ser un tratamiento con énfasis anatómico, radical y mutilante para pasar a ser desde la década de los años 80, un tratamiento biológico y más efectivo en mantener la calidad de vida de las mujeres que sufren de esta condición. Hace aproximadamente 25 años el tratamiento usualmente disponible era la cirugía mientras que hoy en día la mayoría de las mujeres reciben cirugía, radioterapia, quimioterapia y/o terapia hormonal como parte de su tratamiento primario (Camacho, 2000). Debido a esto el cáncer es una enfermedad que ha sido asociada a dolor y muerte. Como en cualquier paciente que sufre una enfermedad crónica, en estos enfermos, se alteran las relaciones del individuo enfermo con su medio, así como sus roles preestablecidos. Hay algunos cambios que pueden identificarse como comunes; por ejemplo, la inquietud que experimentan relacionada con su presente y su futuro, incluyendo la preocupación por la calidad de vida que podrán llevar. Pérez (2001). (Extraído de la red el 28 de mayo de 2006). Actualmente existen programas de cuidados paliativos que constituyen la forma práctica más viable para lograr una adecuada atención integral, cuando ya no es posible un tratamiento con fines curativos, ya que éstos persiguen lograr en primer lugar, el máximo control de síntomas y bienestar subjetivo, aspectos fundamentales en la preservación de la calidad de vida, tanto del paciente como de la familia (Redondo, Rodón, Chacón, Grau Abalo, y Nicot, 1998).

Desde años atrás las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, le han temido al cáncer y a la mastectomía, que es el resultado más notorio del tratamiento,

adicionalmente tenían poca participación en las decisiones sobre su tratamiento. Hoy en día el diagnóstico de cáncer de mama continua representando la fase de mayor impacto y produce gran temor en las mujeres. No obstante, además del temor específico a una posible deformación de su cuerpo y a las consecuencias del diagnóstico de la condición en su vida, produce mucho temor e incertidumbre a las mujeres tener que enfrentar las diferentes opciones de tratamiento y participar de forma activa o pasiva en la toma de decisiones y la posibilidad de recibir opiniones diversas y en algunos casos, contradictorias de sus médicos. Esto evidentemente decrementa el nivel de calidad de vida de las pacientes. Así mismo la rehabilitación es la parte del tratamiento que trata de potencializar al máximo la parte física, social, psicológica y funciones vocacionales con las limitaciones impuestas por su enfermedad y tratamiento. La atención de los asuntos psicosociales, especialmente en el periodo preoperatorio puede tener un impacto positivo en la rehabilitación de pacientes con cáncer (Verdugo, 1993).

Antes no se discutía sobre pronósticos de supervivencia, hoy en día sí. Antes el seguimiento a la paciente era limitado, hoy hay seguimiento a largo plazo, hay grupos de apoyo, opciones para la reconstrucción del seno y una mayor conciencia de factores de riesgo y de supervivencia. Por lo tanto, la fase de diagnóstico, inicio del tratamiento, el manejo del cáncer de mama y el seguimiento a la condición, puede representar una fase de gran impacto psicológico y de inseguridad para estas mujeres. Sin embargo el tratamiento oncológico no se puede basar únicamente en el aspecto físico y se debe favorecer el apoyo psicológico de las pacientes en tratamiento del

cáncer de mama, algunos autores como Jordhoy, Fayers, Havard, Ahlner, y Kaassa (2001); Discuten la importancia de un buen soporte interdisciplinario entre psicólogos y el equipo médico, donde se le brinde al paciente y a su familia apoyo emocional que le permita subvenir todas las citaciones estresantes que pueda generar un tratamiento para el cáncer. En dicha discusión se encontró una disminución sustancial de efectos secundarios al tratamiento en pacientes que tuvieron un buen apoyo emocional por parte del equipo médico.

Otros autores como: Jacobsen, Roth, y Holland (1993); Refieren en su artículo que muchas de las mujeres que se han sometido a una mastectomía radical, han experimentado depresión postoperatoria, además de ansiedad y disfuncionalidad en su desarrollo físico y sexual, adicionalmente a esto, para muchas mujeres la pérdida del busto les significa la pérdida de un órgano íntimamente relacionado con su auto concepto, sexualidad y feminidad y por ello es tan importante ofrecerles un soporte mental, para que se puedan enfrentar a su nueva realidad.

### Calidad De Vida

Algunos autores como Arracas, Martínez, manterota, y Lainez (2004), refieren que el término de calidad de vida, se emplea hoy en día en muy diferentes campos del sistema de salud y también en otras áreas, como la sociología aplicada a la medicina y la economía de la salud. Aunque es un término que aparece con mucha frecuencia, no cuenta con una definición aceptada universalmente. En general, la

calidad de vida se puede relacionar con todos los aspectos de la vida de una persona, centrada en la salud del paciente.

A partir de los años 90 ha aumentado el interés por evaluar el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la calidad de vida en los pacientes oncológicos, esto en relación a tres variables: la supervivencia, la morbilidad y la calidad de vida. En los primeros estudios, eran los profesionales quienes evaluaban la situación del paciente, a través de una medición de su actuación o de una valoración general de su calidad de vida. Hoy en día existe un acuerdo entre los profesionales, en que debe ser el paciente quien mida su calidad de vida, ya que este es un fenómeno subjetivo, por lo que es el paciente quien mejor puede medirla (Arracas, et al. 2004). Las percepciones del paciente de su enfermedad y de su situación son en general, variables y los factores psicológicos pueden influir en la valoración de su calidad de vida (Arracas, et al. 2004).

El término de Calidad de vida representa el efecto de la enfermedad y de las terapias aplicadas en el paciente, tal y como es percibido por este. “la valoración y la satisfacción de los pacientes con el nivel de funcionamiento actual comparado con lo que ellos perciben como posible o ideal” (Cella y Tulsky ,1993. Citados por Cruzado y Olivares, 2003).

Existen otras definiciones para calidad de vida y Acorde con Andorno (1998), el término de calidad de vida es extremadamente ambiguo ya que simplemente deben mejorar las condiciones de vida de la población, punto en el que

todos coinciden, pero también puede sugerir que hay vidas humanas de poca calidad o que hay vidas humanas que se ubican por debajo de la norma, y según este mismo autor, esto no puede ser así, ya que cada persona es un ser dotado de espíritu. Por otro lado Boladeras (2000). Afirma “el concepto de calidad de vida presupone un concepto de vida buena” (p.33).

Maldonado (2000) se refiere sobre el termino de calidad de vida como “la propia existencia la que nos permita con plena validez y verdad lo que sea y halla de ser una determinada calidad de vida, solo en confrontación con y desde la vida misma cabe hablar sensata y responsablemente acerca de la calidad de vida o vida digna” (p.43), refiriéndose a la importancia de mantener sobre todo la dignidad de la vida. Adicionalmente el doctor Sanz (2001); Afirma “cuando la cantidad de vida, está ya recortada y limitada, debe primar la calidad de vida que resta. Esta debe ser la meta fundamental de la medicina” (p.407). El termino calidad de vida expresa un juicio de valor: la experiencia de vivir como un todo, es multidimensional, incluye varias categorías: personales, sociales, funcionales, alivio de síntomas, pronósticos y valores subjetivos del paciente oncológico (Sanz, 2001). Finalmente el doctor Cortes (1994), hace referencia al término de calidad de vida así: “esta nueva expresión se encuentra en uso desde la segunda mitad del siglo XX y está íntimamente ligada al desarrollo de recursos para la atención de los pacientes, que ha permitido incrementar el tiempo de vida en condiciones que antes no se daban” (p.436). De igual forma para Pfizenmaier, “la cultura pone brechas sobre lo que es la calidad de vida” (p 121).

Kant (citado por Ciccone. 2005), propone un principio en pro de mantener la dignidad humana, a la hora de hacer lo posible por mejorar la calidad de vida “actúa de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca como únicamente un medio”, este principio trata de prohibir la instrumentalización de la persona. Sin embargo “la experimentación en enfermos con una finalidad curativa a sido uno de los grandes y principales causas del progreso de la medicina” (Albuquerque. 1995). Es importante resaltar la parte humana de cada tratamiento al que sea sometido un paciente, teniendo en cuenta que cualquier acto medico y psicológico que se haga, debe hacerse pensando siempre en mejorar su calidad de vida, ese debe ser la intención del o los tratamientos médicos al que la paciente con cáncer de mama o cualquier otra enfermedad crónica vaya a ser intervenida.

#### Apoyo Psicológico para el mejoramiento de la calidad de vida:

La intervención de los profesionales de la salud mental en el terreno de la oncología va pareja a los avances que se han generado en el tratamiento del cáncer: lo cual se ve evidenciado a partir de la década de los 80, donde tener cáncer deja de significar una muerte segura, y se sitúa en el grupo de las patologías crónicas. Entonces, aparece un nuevo paciente, que al prolongarse su vida, genera nuevas necesidades, tanto para el, como para su familia (Sala. 2002). Sin duda alguna el soporte psicológico que se le brinda al paciente es fundamental para su tratamiento, así mismo es importante al momento de ser sometido a cirugía, esta preparación se basa en disminuir los síntomas anticipatorios, que generalmente son síntomas

ansiosos, que predisponen al paciente a efectos secundarios en el periodo postoperatorio (Jacobsen, Roth, y Holland, 1993). La realidad psicológica de nuestros días, evidencia que no hay mas salida que brindar una mejor calidad de vida tanto al paciente como a su familia, que han de afrontar cuanto les supone el dolor y el sufrimiento de ver a un miembro de la familia afectado por una enfermedad crónica, en cualquiera de sus manifestaciones (Ríos , 1993).

Se podría decir que hablar de cáncer, en la mayoría de los casos, es hablar de experiencia de sufrimiento, que podría manifestarse en diversa intensidad, que dependerá de la historia particular de cada individuo, de su red de apoyo, del grado de afectación, en fin, un sinnúmero de experiencias previas que suele acompañar al paciente oncológico y a su familia (Barbero, 2003).

El logro de una calidad de vida aceptable es el objetivo principal de la asistencia médica a los pacientes con cáncer. El alivio del dolor y el sufrimiento siempre ha sido uno de los mayores problemas del género humano, por tal motivo se puede considerar que en el control del dolor y disminución de síntomas se puede mejorar la calidad de vida del paciente (Gonzáles, Fernández, García, Amigo, Arce, Padierna, y García, 2005).

En el mundo del cáncer existe una importante relación entre dolor y sufrimiento, aunque en función de algunas características, es decir que las personas informan de sufrimiento por el dolor, cuando sienten que está fuera de control, cuando es abrumador, , cuando la fuente de dolor es desconocida y su significado es

horrible (Barbero, 2003). Conocer estas características es importante, ya que el sufrimiento podrá aliviarse aun cuando el dolor continúe, cuando se conoce la fuente del dolor, cambiando el significado, demostrando que puede haber un manejo y control del dolor, de tal forma se esta mejorando en algún sentido la calidad de vida del paciente oncológico.

El diagnóstico de cáncer de mama, desencadena muchas y variadas reacciones emocionales, y la calidad de vida puede variar a lo largo de la enfermedad, teniendo en cuenta diferentes variables clínicas y psicológicas relacionadas con el proceso de adaptación del paciente como, por ejemplo, el estadio de la enfermedad, el o los tratamientos oncológicos que se deba realizar, variables de personalidad, el apoyo social y familiar, la edad o la etapa del ciclo vital del paciente en el que se produce el diagnóstico, las estrategias de afrontamiento utilizadas o las expectativas respecto a la enfermedad. El apoyo psicológico permite mejorar la calidad de vida y facilitar el proceso de adaptación del paciente a su nueva situación de salud y en algunos casos, puede que mejore incluso la supervivencia. La pérdida de calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, viene condicionada prácticamente por el malestar psicológico que genera esta situación (Font y Rodríguez, 2004).

#### Necesidades Psicológicas Del Paciente Con Cáncer En Fase Terminal:

El enfermo con cáncer de mama, requiere una atención integral para poder aceptar el padecimiento en caso de terminalidad y vivir la vida que le queda con la mayor dignidad posible y con el mejoramiento y un buen nivel en su calidad de vida;



Astudillo y Mendinueta (2000) refieren que el paciente se interioriza y empieza a plantearse interrogantes sobre el sentido de la vida, del dolor y de la muerte, etc., a los que pretende buscar una solución (p.67). Las necesidades psicológicas del enfermo con cáncer de mama son numerosas, como por ejemplo: Seguridad, sensación de pertenecer, amor, comprensión, aceptación, amor propio, confianza.

#### Intervención En La Fase Terminal:

La intervención en cuidados paliativos, tiene como objetivo, el mantenimiento de la calidad de vida y asegurar al paciente una muerte digna, así como asistir a la familia y prevenir reacciones desadaptativas a largo plazo, mediante la asistencia psicológica en el duelo (Cruzado y Olivares, 2003).

En las ultimas décadas la medida de la calidad de vida ha ido cobrando cada vez mayor importancia, observándose un considerable desarrollo de este campo de investigación, actualmente parece existir cierto consenso respecto a las dimensiones y facetas que conforman la calidad de vida y aluden a características muy subjetivas. (Padierna, Fernández, Amigo, Gracia, Fernández, Peláez, y Pérez, 2004).

Cruzado y Olivares (2003) (citado por Suárez, A. 2006), Identificó estas dimensiones y facetas incorporadas dentro de las dimensiones de la calidad de vida en los pacientes oncológicos que son:

Salud física: dentro de las cuales se encuentran, las actividades de la vida diaria, Dependencia de medicinas y ayudas médica, la energía y fatiga, movilidad, el dolor y malestar, capacidad de trabajo.

Psicológico: Sentimientos negativos, sentimientos positivos, autoestima, espiritualidad, religión, creencias personales, imagen y apariencia corporal, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.

Relaciones sociales: Relaciones personales, apoyo social, actividad sexual, red de apoyo.

Ambiente: Recursos financieros, libertad, seguridad física, cuidados de salud y sociales: accesibilidad y calidad, ambiente del hogar, oportunidades para adquirir habilidades e información nueva, participación y oportunidades para actividades recreativas y de tiempo libre, ambiente físico (Polución, ruido tráfico, clima).

Acorde con Power et al (1999) (citado por Suárez, 2006). El objetivo de evaluar estas dimensiones es el de Identificar aquellos pacientes que requieren de intervención psicológica, así como cuales son las áreas y necesidades específicas de rehabilitación que han de ser objetivo en la intervención, y Valorar los efectos de los tratamientos aplicados, ya que es preciso conocer, no solo los efectos en la supervivencia, sino también en la calidad de vida, como por ejemplo lo es en que en pacientes con cáncer de mama se disminuye su calidad de vida, que esta muy ligada por la parte emocional, al verse afectada su imagen corporal y la sexualidad (Arracas, J. et al 2004). Adicionalmente y de acuerdo con Barraza (2004), otro

objetivo que se debe tener en cuenta es en suma recuperar los niveles de funcionamiento previos. Así mismo el desarrollo de procedimientos de evaluación de calidad de vida de los pacientes es necesario para la orientación y toma de decisiones sobre los tratamientos médicos y psicológicos a seguir (Cruzado, y Olivares, 2003).

#### Paciente Con Enfermedad En Fase Terminal:

La OMS en 1993 estableció este criterio clínico como: “el paciente con enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado”. Partiendo de esta definición, los pacientes para ser considerados con enfermedad en fase avanzada terminal, deben presentar algunos criterios que intentan delimitar esta situación. Los criterios que se aplican para definir la crisis son: a) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, progresiva o incurable, con diagnóstico histológico demostrado. b) Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo, específico para la patología de base. c) Presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. d) Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con el sufrimiento y el proceso de morir. e) pronóstico vital limitado (Valentín, Murillo, Valentín, y Royo, 2004). Con estas características generales se intenta distinguir a los pacientes en fase terminal, de los pacientes crónicos evolutivos de larga supervivencia y/o ingresados en unidades de larga estancia.

### Cuidados Continuos:

Si se quieren establecer unos cuidados continuos de calidad, se debe conocer cuales son las demandas básicas de los pacientes oncológicos. En varios estudios realizados directamente sobre los pacientes, analizando sus necesidades, se han evidenciado tres principios básicos sobre los que recaen todas sus demandas y que deberían constituir los principios de actuación (Valentín, Murillo, Valentín, Royo, 2004), estos son:

Buenos cuidados profesionales, es decir que el tratamiento administrado sea de calidad.

Cuidado centrado en la persona, el tratamiento debe estar organizado en función de las necesidades y deseos del paciente, más que basado en la conveniencia del hospital o del personal medico.

Cuidado holístico, se extiende mas aya del fundamento y aspecto clínico del tratamiento, para dirigirse de forma más amplia a las necesidades y deseos del paciente.

De estas premisas, se puede concluir que el cuidado centrado en la persona está relacionado directamente con la organización del servicio medico, y las demandas de los pacientes oncológicos deben ser trasladados como objetivos en la atención y prestación del servicio (Valentín, Camps, Carulla, Casas, y Gonzáles, 2004).

Por otro lado, uno de los factores que ayudan a deteriorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, es la fatiga crónica que se presenta como efecto secundario luego de las quimioterapias y demás tratamientos oncológicos. Se trata de un síndrome subjetivo complejo de carácter bio-psico-social. Los pacientes suelen describir el cansancio en términos de falta de energía, deterioro cognitivo, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo o debilidad muscular. Entre el 78 y el 96 % de los pacientes que padecen de cáncer experimentan fatiga a lo largo de su enfermedad, pero se maximiza en el periodo de quimioterapia y radioterapia; Diversos estudios indican la existencia de relaciones entre fatiga crónica y la disminución de la calidad de vida, afectando negativamente la vida cotidiana de los pacientes con cáncer de mama, afectando principalmente las capacidades de autocuidado (Font, Rodríguez, y Buscemi, 2004).

#### Impacto Emocional En La Calidad De Vida:

Los pacientes diagnosticados y tratados por cáncer, poseen, como todos los seres humanos su propia percepción de la realidad y su forma racional de entender y comprender la vida. Estos análisis tienen un componente emocional, sentido de la intimidad y privacidad, reconocimiento de valores, concepto de la dignidad personal, cultura y tradiciones, y una forma personal de percibir la realidad y los proyectos del futuro (García, y García 2005). Estos factores son los que predisponen a los pacientes a presentar desordenes de tipo emocional. Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama se consideran a sí mismas con muchas posibilidades de padecer la enfermedad; Por este motivo presentan mayor riesgo de padecer problemas

psicológicos, fundamentalmente trastornos de ansiedad. Con frecuencia la mujer con riesgo genético está convencida de que desarrollará en un futuro un cáncer de mama. Su preocupación es cuando lo va a desarrollar, adicionalmente es interesante reseñar también que: el 45% de las mujeres sobrestiman su riesgo, Sólo un 11% identifican correctamente su riesgo, las subestimaciones se producen en mujeres de alto riesgo (35-50%), que no reciben asesoramiento. La posibilidad de desarrollar un cáncer de mama genera una serie de sentimientos, entre los que destacan: Miedo al desfiguramiento físico (con frecuencia más que a la muerte) Sentimientos de culpabilidad, pérdida del control (tenencia de un gen que le lleva a la enfermedad), sentimiento de soledad. Además la ansiedad disminuye su calidad de vida: Piensan en el cáncer cada día Posponen matrimonio Renuncian a la maternidad, etc. (Camacho, 2005).

En los últimos años, las investigaciones han estado centradas en la influencia que tiene el cáncer sobre la imagen del cuerpo. El cáncer de mama por ejemplo, tiene un significativo impacto en la imagen corporal, debido al tratamiento, intervenciones quirúrgicas, radioterapia, quimioterapia, que también producen cambios significativos en la imagen del cuerpo, estos cambios afectan negativamente el auto concepto del paciente, llevándolo a desarrollar trastornos relacionados con su imagen, en muchos casos estos desordenes afectivos también afectan su ritmo de vida y su sexualidad (Manos, Sebastián, Bueno, Mateos, De la Torre, 2005).

No cabe duda que la apariencia física juega un papel importante en nuestra sociedad, siendo considerado por muchos como un instrumento básico para alcanzar

el éxito social y laboral. Pero mas importante que la apariencia externa es como se sienta cada uno en relación con su propio cuerpo, esto determina el concepto y la imagen que se tenga de cada uno. Con frecuencia el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen. Estos cambios pueden ser temporales, como la caída del cabello, las alteraciones en la piel, en las uñas o los cambios de peso; otros, serán permanentes, como los efectos de algunas cirugías, (cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría) algunos afectan únicamente a nivel estético, mientras que otros conllevan a una incapacidad funcional. Se ha observado que estos cambios están asociados a insatisfacción corporal, a un deterioro en la percepción de la imagen corporal y suelen ir acompañadas de un gran impacto emocional, poniendo a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica, llevándolas a tener una perdida sustancial en su calidad de vida (Fernández, 2004). En la mayoría de los casos, estos cambios constituyen un nuevo evento vital estresante, al que los pacientes con cáncer deben hacer frente. Su capacidad para aceptarlos e integrarlos en una nueva imagen corporal y encontrar soluciones alternativas que permitan minimizar las limitaciones que conllevan, influirá directamente en su ajuste emocional, en el mejoramiento de su calidad de vida y en su funcionamiento social y laboral, todo esto depende claro está en el tipo de cultura, en la que esté inmersa la paciente (Manos, et al. 2005).

#### Apoyo Social En Pacientes Con Cáncer De Mama:

Acorde con Barron (1996) El apoyo social podría definirse como la ayuda accesible a un sujeto, a través de los lazos sociales de otros sujetos, grupos y

comunidad global, donde el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social. Estos efectos beneficiosos son de gran importancia para pacientes con alguna enfermedad crónica, en este caso para los pacientes con cáncer de mama. Este apoyo social se hace evidente al: escuchar, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, estar casado, visitar a un amigo, pertenecer a asociaciones comunitarias, sentirse amado, dar consejo o guía acerca de la actuación, expresar aceptación, empatizar con los demás; aspectos por cierto que hacen que alguien sienta que tiene un buen apoyo social (Barrón, 1996). En definitiva los pacientes con cáncer de mama que poseen un buen apoyo social tiene menos posibilidad de decrementar su calidad de vida ya que tienen un soporte emocional, que les ayuda a soportar un poco mejor las eventualidades de la enfermedad. Adicionalmente la familia del paciente, va a ser el principal soporte emocional y físico del paciente, por lo tanto se le debe dar el protagonismo que tiene y que como cuidador principal le confiere, ya que es la base del apoyo social que el paciente necesita (Ayarra, y Lizarraga, 2001). La familia juega un rol primordial en el apoyo al paciente, ya que este es quien contiene en primera instancia al paciente en el proceso de la enfermedad. Kissane et al (1998) (citado por Edwards, Y Clarke, 2004), afirma que las familias de pacientes oncológicos, brindan al paciente, cohesión, posibilidad de expresión, y solución a conflictos internos que el paciente pueda estar presentando.



### Comunicación Con El Enfermo Terminal:

Tener buena comunicación es una necesidad básica del ser humano, y como tal, un requisito especial en el cuidado del paciente terminal. Esto influye positivamente en el control de diversos problemas emocionales como la ansiedad, depresión, en el alivio del dolor y otros síntomas físicos asociados a la enfermedad (Astudillo, Y Mendinueta, 2000). Esto debido a que se le está brindando espacios psicoterapéuticos para que el paciente exprese lo que pueda estar sintiendo en esos momentos. Muchos pacientes con cáncer, agradecen poder hablar sobre sus temores y dificultades con alguien que pueda ofrecerles ayuda, pero que usualmente necesitan un estímulo para hacerlo. Acorde con Astudillo Y Mendinueta. (2000), el equipo de trabajo interdisciplinario que le atiende, debe procurar iniciar el dialogo en una forma abierta que demuestre voluntad para conversar sobre las cosas que puedan estar preocupando al paciente o en su defecto a su familia. Una buena comunicación se construye a partir de la sinceridad y capacidad para demostrar comprensión por la situación que está pasando el paciente y su familia. El que escucha a un enfermo procura desarrollar 3 factores para tener éxito: respeto, empatía y aceptación (Astudillo, Y Mendinueta, 2000).

### Adaptación A La Enfermedad y Muerte:

Morir de una enfermedad terminal supone sufrimiento, deterioro progresivo, dolor y cambios profundos en el bienestar general de la persona. El proceso puede tomar solamente días o puede durar años. Uno de los factores que determina la

adaptación del paciente y su familia a la enfermedad terminal es la edad del paciente, no se tiene la misma percepción de muerte cuando se tiene 80 años, donde la noción de muerte pareciera ser mas “oportuna”, a cuando quien muere tiene solo 20, y la muerte se califica como “inoportuna” o prematura (Escalante, Y Escalante, 2002). En cualquier situación adaptarse supone dosis elevadas de ansiedad y de estrés que normalmente pueden ser enfrentadas apelando a distintos factores psicosociales capaces de modificar su impacto sobre el individuo y entre los cuales se mencionan el apoyo social, del cual ya se hablo anteriormente.

Todas estas creencias sumadas con la idea de que la muerte se encuentra más cerca que nunca, llevan al paciente con cáncer de mama en fase terminal a experimentar diversas sensaciones ante esta inevitable realidad. La muerte genera una gran cantidad de sentimientos, todos de un modo u otro apoyados por la ciencia social que es la que nos demarca nuestras creencias en este caso en la muerte, Belsky (2001), cita una teoría importante que muestra el paso por distintas fases emocionales hasta aceptar una muerte inminente; esta es la teoría de las fases de la muerte de Elizabeth Kubler Ross, quien plantea que las personas avanzan por unas fases definidas para enfrentarse al hecho de ser un enfermo terminal, es decir de estar cercano a la muerte. Son cinco fases:

Negación: frente al diagnostico de la enfermedad y ante el pronostico posible de muerte, la persona se rehúsa a creer que el asunto tenga que ver con ella. El paciente terminal suele asumir que se cometió un error, ya sea porque se equivoco el

medico o hubo confusión en los exámenes. La fase de negación suele movilizar los pacientes a buscar una segunda opinión.

Enojo: de pronto el paciente terminal se da cuenta que su situación actual, es realmente seria y en algunas ocasiones se vuelva irritable. Echando la culpa a si mismo o a sus familiares, e incluso a dios.

Negociación: el paciente se abre a un rimero de promesas de cambio, con la intención de mejorar su estado de salud.

Depresión: ocurre cuando los acuerdos no alteran el panorama y las promesas no funcionan. Simultáneamente el tiempo se acaba. El paciente suele remitirse entonces a una revisión de las cosas inconclusas del pasado y las que no van a realizarse en el futuro. Todo esto se ve reflejado en ideas de desesperanza y con ello surge la fase depresiva.

Aceptación: cuando el paciente permanece enfermo, durante largo tiempo, seguramente lograra alcanzar esta ultima fase. El enfrentamiento a la muerte podrá sobrevenir en calma y tranquilidad.

Estas cinco fases que describen el proceso psicológico del enfermo terminal, también permiten ver que no solo cuando se es enfermo terminal se generan estos sentimientos, cualquier persona enfrentada a la muerte experimenta cualquiera de estas fases aun cuando no sean en orden, (citado por Belsky, 2001). Rodabough (citado por Astudillo, Horcajada, Y Mendinueta, 2000) considera que las etapas se repiten alternativamente y que el enfermo oscila entre la negación, rebeldía, pacto, y

la aceptación, comportándose ante ellas de acuerdo a su experiencia vital previa, su personalidad y las expectativas hacia el tratamiento.

## CONCLUSIONES

El cáncer de mama es sin duda alguna un problema de salud pública, ya que su incidencia en la población colombiana es muy alta, debido al poco control que se tiene sobre la enfermedad y los diagnósticos tardíos. Es muy importante que haya conciencia sobre la necesidad de prevenir conductas de riesgo que puedan incurrir en la aparición de la enfermedad, por eso es tan importante que la población tenga conocimientos sobre los signos, síntomas y factores de riesgo del cáncer de mama, para así poder prevenirla, aunque vale la pena aclarar que posiblemente aparezca la enfermedad aun cumpliendo con los criterios de prevención, por ello el chequeo médico es indispensable para la intervención médica en un estadio temprano. Una vez confirmado el diagnóstico, se debe proseguir a realizarse el tratamiento adecuado para el control de la enfermedad.

En la bibliografía revisada se han encontrado muchas definiciones para calidad de vida, en las que cada autor refleja su punto de vista, por cierto diferentes entre ellas, sin embargo todas coinciden en la importancia de un trato humano hacia el paciente, además del control del dolor y síntomas, donde lo más significativo es hacer sentir bien al paciente, de tal forma que la percepción que este tenga sobre su tratamiento influirá en el mejoramiento de su calidad de vida, pero sin duda alguna

me aproximo mas a la definición que nos proporciona Arracas, et al (2004), al referirse sobre la calidad de vida como la percepción que puede tener el paciente de su enfermedad y de su situación en general, eso influido por variables y algunos factores psicológicos que pueden influir en la valoración de su propia calidad de vida, ya que al identificar estos factores se puede hacer una mejor intervención que pueda ayudar al paciente con cáncer de mama en fase terminal.

Sin duda alguna, el apoyo psicológico en pacientes con cáncer de mama, es fundamental para su recuperación emocional y el mejoramiento de su calidad de vida, ya que este tipo de pacientes son susceptibles de presentar dificultades emocionales, por las implicaciones físicas, psicológicas y sociales que tiene el padecer esta enfermedad y que se ve reflejada en la disminución de la calidad de vida.

Cuando un paciente se encuentra en la fase terminal de una enfermedad se ve de cara con la muerte y empieza a evidenciar ciertas necesidades psicológicas, que son susceptibles a ser tratadas; Básicamente estas necesidades son de tipo psicoafectivas, y se hace una intervención que tiene como objetivo, el mantenimiento de la calidad de vida y procurar que el paciente sienta que va a tener una muerte digna, así como asistir a la familia y prevenir reacciones desadaptativas a largo plazo, mediante la asistencia psicológica en el proceso.

El tener un diagnóstico de cáncer de mama en fase terminal, implica un impacto emocional que posiblemente deteriore la calidad de vida de quien la sufre. Esto depende en gran parte de la percepción del paciente sobre la enfermedad y las

experiencias previas que se tengan sobre esta misma. No cabe duda que el efecto que pueda tener el tratamiento sobre la apariencia física, es importante a la hora de determinar el impacto emocional que pueda tener el paciente frente al diagnóstico y posible tratamiento, pero más importante que la apariencia física es como se sienta cada uno en relación con su propio cuerpo, esto determina el impacto emocional que pueda tener y como esto afectará su calidad de vida.

En definitiva y de acuerdo con Barron (1996), poseer un buen grupo de apoyo social ayuda a tener menos posibilidades de presentar una disminución en la calidad de vida, en los pacientes con cáncer de mama, ya que tienen un soporte emocional que les ayuda a soportar un poco mejor las eventualidades de la enfermedad. Adicionalmente es importante resaltar el rol de la familia del paciente, ya que estos son la base y el principal soporte emocional y físico del paciente como cuidadores primarios del paciente.

A lo largo de este artículo se han revisado los principales aspectos que inciden en la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Hemos visto la importancia de conocer algunos aspectos básicos sobre el cáncer de mama y las implicaciones que tiene el diagnóstico y el tratamiento en el deterioro de la calidad de vida en la fase terminal de la enfermedad, que proporciona un sustento teórico para poder abordar la problemática con más autoridad de tipo académico; pero lo más importante de este artículo es el mostrar que al paciente no solo se le debe tratar su aspecto físico con el control de síntomas y manejo del dolor, si no, darle un tratamiento integral que en lo posible lo que busca es mantener un nivel adecuado de su calidad de vida, ya que el

tener cáncer en fase terminal no implica que ya no haya nada que hacer por el paciente, por el contrario queda mucho camino que recorrer con el paciente y su familia en esta etapa terminal de su vida física, sobre todo brindarles la posibilidad de mantener su calidad de vida, como el paciente lo halle pertinente. Para finalizar no se puede olvidar que aunque el paciente se encuentre al final de su vida, aun es un ser humano que merece todo el respeto posible, que debe ser otorgado desde los procedimientos médicos, psicológicos y hasta por parte de la comunidad en general.

## Referencias

- Albuquerque, E. (1995). *Experimentación terapéutica*. Bioética una apuesta por la vida. Edit. CCS. Madrid.
- Andorno, R. (1998). *Calidad de vida y dignidad de la vida*. Bioética y dignidad de la persona Edit. Tecnos. Madrid.
- Arracas, J., Martínez, M., Manterota, A. y Lainez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. *Revista interdisciplinar psicooncología*,(1)pg 87, 98.
- Astudillo, W., Horcadeja, J. Y Mendinueta, C. (2000). Fases de la adaptación a la enfermedad terminal. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*.
- Astudillo, W. Y Mendinueta, C. (2000). Bases para mejorar la comunicación con el enfermo terminal. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*.
- Astudillo, W. Y Mendinueta, C. (2000). Importancia de la comunicación en el cuidado del paciente en fase terminal. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*.
- Ayarra, M. y Lizarraga, S. (2001). Malas noticias y apoyo emocional.
- Barbero, J. (2003). Hechos y valores en psicooncología . *Revista interdisciplinar psicooncología*,(0)pg 21,37.
- Barraza, P. (2004). Evaluación e intervención psicológica. *Revista interdisciplinar psicooncología*,(1)pg 165, 178.



- Barrón, A. (1996) Aspectos teóricos. *Apoyo social*. Edit. Siglo XXI. Madrid.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del Envejecimiento*. Edit. Paraninfo Thompson Learning. Madrid
- Boladeras, M. (2000). *Calidad de vida y principios bioéticos*. Bioética Y calidad de vida. Edit. Kimpress Ltda. Bogotá.
- Camacho, D. (2005). “Cáncer de Mama: Después del Diagnóstico”. Disponible en red: [<http://whcpr.rcm.upr.edu/boletin2a.htm>. Extraído el 26 de mayo de 2006].
- “Cancer de mama” disponible en red: [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>, extraído el 24 de mayo de 2006]
- Ciccone, L. (2005). *Principios generales*. Bioética, historia y principios. Edit. Palabra S.A. España.
- Cortes, G. (1994). *Bioética y la atención del paciente terminal*. I congreso internacional de bioética del 3 al 6 de octubre 1994. México.
- Cruzado, J. Y Olivares, M. (2003). Evaluación y tratamiento psicológico del cáncer. *Intervención psicológica en trastornos de la salud*.
- EBSCO, Biomedical Reference Collection, (2006). “Trends in Breast Cancer at a County Hospital”.
- Edwards, B. Y Clarke, V. (2004). The validity of the family relationships index as a screening tool for psychological risk in families of cancer patients. *Psycho-oncology*. Australia
- Escalante, G. Y Escalante, K. (2002). Enfermedad terminal y psicología de la salud. *Revista de facultad de medicina, U. de los andes*. (8)pg 40, 46.

“Estadísticas del cáncer de mama” disponible en red:  
[<http://www.tusalud.com.mx/130101.htm>, extraído el 25 de mayo de 2006]

Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. . *Revista interdisciplinar psicooncología*,(1num.2,3)pg 169,180.

Font, A. y Rodríguez, E. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama. *Revista interdisciplinar psicooncología*,(1)pg 67, 86.

Font, A., Rodríguez, E. y Buscemi, V. (2004) Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Revista interdisciplinar psicooncología*,(1num.2,3)pg 45, 56

García, J. y García, A. (2005). Humanización en la asistencia clínica oncológica. *Revista interdisciplinar psicooncología*,(2)pg 149, 156.

Gardner, A. (2005). “El estilo de vida puede dictar el tratamiento del cáncer de mama”. Disponible en red:  
[<http://www.healthfinder.gov/news/newsstory.asp?docID=526256>, extraído el 25 de mayo de 2006].

González, A., Fernández, C., García, G., Amigo, I., Arce, C., Padierna, C. y García, E. 2005). Control de síntomas en pacientes oncológicos terminales ingresados en hospitalización domiciliaria. *Revista interdisciplinar psicooncología*,(2)pg 3, 20.

“Información general del cáncer de mama” disponible en red: [<http://www.meb.uni-bonn.de/Cancernet/spanish/100013.html>, extraído el 25 de mayo de 2006]

Jacobsen, P. Roth, A. y Holland, J. (1993) Respuestas psicológicas al tratamiento. *Psicooncology*. Chicago.

- Jordhoy, M. Fayers, P.Havard, J. Ahlner, M. y Kaassa, S. (2001) *Journal of clinical Oncology*, (vol 18) pg.3884-3894.
- LILACS, Rev Cubana Obstet Ginecol.(2004) “Estado actual de las pacientes con cáncer de mama en estadio I y II”.
- Maldonado, C. (2000). *Fundamentos para la comprensión del problema de la calidad de vida*. La calidad de vida en el siglo XXI. Edit. Kimpres Ltda. Bogotá.
- Manos, D., Sebastián, J., Bueno, M., Mateos, N., De la Torre, A. (2005). Body image in relation to self-esteem. *Revista interdisciplinar psicooncologia*,(2)pg 103, 116.
- Márquez, A. Y Trujillo, R.”Cancerdemamahereditario”. Disponible en red: [[http://www.medspain.com/n6\\_sept99/cancer\\_mama.htm](http://www.medspain.com/n6_sept99/cancer_mama.htm), extraído el 25 de mayo de 2006]
- Padierna, C., Fernández, C., Amigo, I., Gracia, J., Fernández, R., Peláez, I., y Pérez, M. (2004). Estudio longitudinal de los parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos. *Revista interdisciplinar psicooncologia*,(1num.2,3)pg 191, 204.
- Perez, C.(2001). “AtenciónintegralapacientesoncológicosenlaAtenciónPrimaria”. Disponible en red: [[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864). Extraído el 28 de mayo de 2006]
- Pfizenmaier, W. (2001). *Bioética y calidad de vida*. Bioética como puente entre ciencia y sociedad. Edit. El bosque. Bogotá.
- Power et al (1993). Citados por Alejandra Suárez, en el modulo de psicooncologia, del diplomado Psicología de la Salud (2006).

- Sánchez, N., Torres, A., Camprubi, N., Vidal, A., Salamero, M. (2005). Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal. *Revista interdisciplinaria psicooncología*,(2)pg 21,32.
- Sanz, J. (2001). *Cuidados paliativos*. Bioética en las ciencias de la salud. Edit. Ediciones El partal. Granada.
- Sanz, J y Modolell, E. (2004). Oncología y psicología. *Revista interdisciplinaria psicooncología*,(1)pg 3,12.
- Redondo, B., Rodón, R., Chacón, M., Grau Abalo, J. y Nicot, L. (1998). “Evaluación de las sintomatologías más frecuentes en el paciente oncológico en fase terminal”. Disponible en red: [[http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14\\_2\\_98/onc02298.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_2_98/onc02298.htm)]. Extraído el 26 de mayo de 2006].
- Ríos, J.A.(1993)El trabajo con las familias. *Psicología de la rehabilitación*. Madrid.
- Sala, V. (2002). La interconsulta psiquiátrica y psicológica en pacientes con cáncer. *Revista colombiana de psiquiatría*. (3) pg 225, 236.
- Valentín, V., Camps, C., Carulla, J., Casas, A. y Gonzáles, M. (2004). Organización de los cuidados continuos. *Revista interdisciplinaria psicooncología*,(1num.2,3)pg 7, 24.
- Valentín, V. Murillo, T. Valentín, M. Royo, D. (2004). Cuidados continuos, una necesidad del paciente oncológico. *Revista interdisciplinaria psicooncología*,(1)pg 155, 164.
- Verdugo, A.(1993)Marco conceptual de la psicología de la rehabilitación. *Psicología de la rehabilitación*. Madrid.

Wiesner, C. Tovar, S. Diaz, M. y Camargo, M. (2004). *El cáncer, Aspectos básicos sobre su prevención, diagnostico y tratamiento*. Bogotá: Cartilla del INC.

Yurebo, A. “Mujerenriesgoparacáncerdemama:prevenciónymanejo”. Disponible en red: [<http://www.opolanco.es/Apat/Boletin14/breastca.htm>]. Extraído el 28 de mayo de 2006].