

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y SUS IMPLICACIONES EN LA
PROGRESION DE LA ENFERMEDAD: CANCER DE MAMA

Paula Andrea Torres Aguilar.

Diplomado en Psicología Clínica y de La Salud
Universidad de La Sabana
Chía, Enero 2007

Tabla de Contenido

| | Pág. |
|---|------|
| RESUMEN..... | 3 |
| INTRODUCCION..... | 4 |
| CANCER DE MAMA..... | 8 |
| Epidemiologia..... | 8 |
| Diagnostico..... | 12 |
| Estadios..... | 16 |
| TRATAMIENTOS..... | 20 |
| Tratamientos quirúrgicos..... | 21 |
| Tratamientos psicológicos..... | 23 |
| ESTILOS DE AFRONTAMIENTO..... | 26 |
| Estilos de afrontamiento y cáncer..... | 33 |
| Fases y respuestas psicológicas..... | 43 |
| TRANSTORNO DE EVITACION EXPERIMENTAL (TEE)..... | 45 |
| ROL SOCIAL DEL ENFERMO..... | 46 |
| CONCLUSIONES..... | 49 |
| REFERENCIAS..... | 53 |
| ANEXOS..... | 61 |

Resumen

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama pueden ser considerados por muchas pacientes como poderosos estresores capaces de generar, diversos estilos de afrontamiento que serán utilizados como herramientas de ajuste emocional poniendo de manifiesto el control dentro de una situación que implica atentar contra la esencia de la estética femenina; Estos estilos conducirán si bien a avances, en términos de un mejor pronóstico tanto en la intervención, como después de ella, igualmente se podrán convertir en mecanismos capaces de desarrollar una pérdida en la funcionalidad. Se revisa la literatura concluyendo que las pacientes con mejores pronósticos son aquellas que utilizan el espíritu de lucha como principal mecanismo de ajuste, puesto que las orienta en la búsqueda de bienestar personal.

Palabras claves: cáncer de mama, estrategias de afrontamiento, espíritu de lucha, ajuste emocional.

Abstract

Diagnosis and treatment of breast cancer can be considered a strong source of stress by many patients, capable of generating diverse strategies of confrontation means to be used as instruments towards emotional adjustment, revealing the control inside a situation that implies committing an aggression against the very essence of the female beauty and physiognomy; These styles will lead to advances, in terms a more veracious foresight in the actual procedure, as well as they will be able to turn into elements capable of generating a loss in the functionality. The literature concluded that the patients with better forecasts are those that use the fighting spirit as principal mechanism of adjustment, in order to orientate them in the search of personal well-being.

Keywords: Breast cancer, coping strategies, fighting spirit, emotional adjustment.

LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y SU CONTRIBUCIÓN A LA
PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD: CÁNCER DE MAMA

Para comenzar, como lo señala Sherr, L (1992) acerca del momento en que es diagnosticada la enfermedad terminal:

El efecto emocional en los pacientes es amenazante debido a que se tiene que enfrentar una situación novedosa y estresante que altera el estado de ánimo. Simplemente, al enfrentarse a una recomendación para diagnóstico o tratamiento, en muchos pacientes se sienten ansiosos y deprimidos por la enfermedad. Estas personas "atemorizadas", además de sus angustias sobre el dolor y el temor a la muerte o la pérdida de la capacidad de funcionar autónomamente, se preocupan también por los gastos médicos, lo cual ocasiona gran perturbación, tristeza, minusvalía, falta de apetito, insomnio, cefaleas, mareos, hormigueos, irritabilidad, desesperanza, dificultad para concentrarse, falta de confianza en si mismo, ideas suicidas, sentimientos de inferioridad, sentirse inútil, culpable, relaciones interpersonales pobres, tensión, nerviosismo, incapacidad para relajarse, temblores, excitación, pánico,; estos síntomas alteran a las personas en la forma de enfrentar dicha situación(Pàg.23).

Es así como, "determinadas características de personalidad y estados emocionales, en combinación con los factores biológicos y ambientales, pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer de mama" (Ruíz, M 1998, Pág.119). Del mismo modo, existen numerosos estudios que indican la relación entre la personalidad y el estilo de afrontamiento, por ejemplo el estudio de estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento

revela que quienes utilizan "el estilo de afrontamiento improductivo tienden a presentar labilidad emocional y marcados cambios en las conductas que exhiben generando desconcierto en las personas que los rodean" (Fantin, M 2005, Pág.178)

Así pues, al hablar de la importancia de los aspectos emocionales en un contexto biológico, ofrece actualmente una visión holística de la enfermedad acercando al personal hospitalario a un entendimiento mas humano de las conductas propias de una persona que se expone ante una situación de perdida que suscita la enfermedad terminal, en este caso especifico el cáncer de mama.

Al respecto de las enfermedades terminales, según Espinosa, N, (s.f.):

Desde hace mucho tiempo atrás se ha escuchado hablar del cáncer, sin embargo en estos últimos años han aumentado en gran medida los casos de diferentes tipos de cáncer que han alterado el entorno de la gente que convive con el enfermo y hasta el paciente mismo (parra.2).

Al respecto de este punto, hoy en día gracias los avances de la medicina en este campo se hacen cada vez más prometedor la prolongación de la vida de las personas con cáncer, pero así mismo surgen nuevas necesidades e inquietudes.

En este sentido, de acuerdo con Escudero, M (2005) en Avances en Cáncer de mama:

El cáncer de mama se considero en un principio como una enfermedad local. A partir de la segunda mitad del siglo XIX se pensó que toda intervención curativa debía pasar por la amplia exèrtesis incluyendo los

ganglios linfáticos regionales. Era la etapa en la que se la consideraba una enfermedad loco-regional, hacia los años 60 del siglo XX se comprobó que el 85% de las mujeres que morían de esta enfermedad lo hacían con un buen control loco-regional, por lo que se introdujo el concepto de que el cáncer de mama podía ser una enfermedad sistémica desde su descubrimiento, este concepto nos lleva a afirmar que tanto el diagnóstico de la patología mamaria como su tratamiento, seguimiento y control es claramente multidisciplinario. es un buen trabajo en equipo. Así nace la "senología", no como una subespecialidad, si no como una convergencia de especialidades. Se trata de reunir a los especialistas que dentro del marco de su propia especialidad estén interesados en la patología de la mama. (Pág.10)

Por otra parte, "Se ha encontrado que las personas con SIDA y con cáncer reaccionan de forma diferente ante una misma circunstancia, evalúan las condiciones basándose en sus propias expectativas, lo cual indica un elemento importante para enfrentar la enfermedad" (Anguas, A 2000.parra.2).

"Las estadísticas indican que una de cada cuatro personas padecen cáncer en algún momento de su vida, y que una de cada cinco de ellas morirá por esta causa. Aunado a que este padecimiento ocupa la segunda causa de defunción en la mayoría de los países desarrollados," (Anguas, A 2000.parra 2).

En síntesis, el cáncer de mama es una enfermedad que diagnosticada y tratada a tiempo le permite al paciente disponer de recursos que contribuyen a mejorar su calidad de vida a través de intercambio con profesionales y con

otras pacientes afectadas; promover la interacción y facilitar el acceso mediante el uso de nuevas tecnologías.

CANCER DE MAMA

A continuación se pretende dar inicio al cuerpo del trabajo, proporcionando información relevante acerca de la conceptualización del cáncer de mama desde una mirada biopsicosocial, por medio de diferentes fuentes bibliográficas, las cuales se espera, proveerán importantes aportes en este campo de investigación.

Epidemiología

Es importante tener en cuenta los factores de riesgo ya que representan para Oncólogos y Psicooncólogos, unos indicadores para el diagnóstico del proceso, y con estas herramientas, brindarles a los pacientes estrategias interventivas, con el fin no solo de garantizar la supervivencia, sino también de mejorar la calidad de vida.

Por otro lado, "La Sociedad Americana del Cáncer estima que el 75 por ciento de los cánceres de mama se presentan en mujeres sin factores conocidos de alto riesgo" (Martínez, P. & Ruiz, C. 2006. Pág.2). Aun así, diversos estudios demuestran que dentro de los factores de riesgo de cáncer mama en la mujer son: "(a) Edad precoz de la menarquía, (b) Edad tardía de la menopausia, (c) Edad tardía del primer hijo vivo, (e) Historia familiar de cáncer, (f) falta de ejercicio físico, (g) Consumo de alcohol y (h) Terapia hormonal sustitutiva" (Fernández, 2003, Pág. 2).

Por el contrario, aspectos que están dudosamente relacionados se encontrarían según Escudero, M (2005):

Menarquía precoz, menopausia tardía, primera gestación después de los 30 años, nuliparidad, nivel socioeconómico alto, obesidad, consumo de alcohol,

exposición a radiaciones ionizantes, antecedentes de intervención mamaria o personales de otros adenocarcinoma. A cada uno de ellos se le puede dar una puntuación cuya valoración es un tanto subjetiva (Pág.21).

Sin embargo, Diversos estudios demuestran además que la edad es otro factor de riesgo importantísimo. De hecho el 65%-70% de los canceres de mama se producen en mujeres de 50 o mas años de edad.

En relación con lo anterior, otro de los factores de riesgo que esta cobrando actualmente gran significancia es según Martínez, P y Ruíz, C (2006): "El país de origen, ya que las tasa de cáncer de mama varían ampliamente dependiendo del lugar donde usted nació. Las frecuencias más elevadas están en Norteamérica y el norte de Europa, intermedia en el sur de Europa y Centro América y las más bajas en Asia y Sudamérica" (Pág.2).

De igual forma que los factores anteriores se han descrito recientemente por la real academia nacional de medicina otros factores de riesgo, los cuales serian: "el menor consumo de fosfatos, la exposición a plaguicidas organoclorados, los campos electromagnéticos de muy baja frecuencia, y también hay determinadas profesiones (profesoras, farmacéuticas y trabajadoras sanitarias, empleadas de industria química, trabajadoras de telefonía y radio, peluqueras etc." (Escudero, M.2005.Pág.21)

En cierto modo, pese a todas las campañas para hacer públicas estas cifras que buscan crear conciencia en la población en general se ha podido lograr escasamente que disminuyan los estilos de vida malsanos; es así como, "solo la mitad de los canceres de mama pueden ser explicados por factores de riesgo conocidos; lo que

significa que el riesgo atribuible a la población es aproximadamente del 50%" (Fernández, A. 2003, Pág.3). (Ver figura 1)

Por ello, recientemente según con Barron, M y Fishel, R (2007):

Se han encontrado algunas correlaciones entre factores del estilo de vida y el riesgo de cáncer de mama. Por suerte, esta es un área donde se pueden reducir el riesgo. Los estudios han señalado que aunque se modere el consumo de alcohol puede aumentar el riesgo de cáncer de mama. Un estudio de más de 51,000 mujeres encontró que el consumo de alcohol más de 10 gramos/días (una o varias bebidas) fueron asociados con un riesgo aumentado relativo de cáncer mostrando resultados de positivo de estrógeno en el pecho. Igualmente la obesidad es un factor de riesgo para desarrollar el cáncer de mama (Pág.25).

En términos generales, para mitigar los factores de riesgo previamente detectados, es útil incidir sobre los siguientes factores: información, comunicación con profesionales y familiares acerca del tema y de autocontrol y habilidades sociales necesarias para que los conocimientos adquiridos se traduzcan en conductas concretas.

Por otra parte, el cáncer por definición consiste en: Consiste en la transformación de células benignas en células malignas que crecen de forma autónoma y desordenada, ocasionada por una mutación o alteración de un gen. Las células alteradas proliferan hasta conformar el tumor, en forma de nódulo o masa; en el caso de la mama pueden ser palpables o ser tan pequeño que se requieren técnicas especiales de diagnóstico"

(Escuin, L. 2004, Pág.3).De cualquier modo, el cáncer de mama es una de las pocas enfermedades cancerosas que se pueden diagnosticar precozmente, antes de que el paciente note algún síntoma. Para ello es imprescindible participar en campañas de diagnóstico precoz, screening o cribado.

Por otra parte, de acuerdo con lo señalado en el Congreso La lucha contra el Cáncer (1999):

El cáncer de mama entra dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles. Las repercusiones a todos los niveles (físico, psicológico y social) que tiene la enfermedad obliga a planear el abordaje de la misma desde una perspectiva multiprofesional (médico, psicólogo, trabajador social) abarcando no solo el momento del diagnóstico o el manejo de los tratamientos, sino también después de los mismos, cuando la persona tiene que afrontar de nuevo su cotidianidad. Por esto, el médico debe ser consciente del estigma social que dicho individuo sufre de los efectos potenciales que esta marca tiene sobre sus relaciones, su vida laboral y la sensibilidad misma del paciente. Cuando el estigma se convierte en el proceso activo social que denominamos estigmatización, el estrés que debe soportar el paciente puede ser insoportable, mas que suficiente para causarle depresión, pérdida del apetito, decaimiento, mala tolerancia y quizás mala respuesta a los tratamientos médicos.(parra.4-5).

En consecuencia, la atención psicológica no se debe delimitar únicamente al momento del diagnóstico de la enfermedad, aunque en cierta medida es en esta fase donde se presenta un mayor desajuste emocional; sino que debe

permanecer a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, ya que durante cada fase de la enfermedad se van presentando nuevos obstáculos, que llevan consigo nuevas formas de ajuste.

Diagnostico

Para una mayor claridad, se presentara brevemente en que consiste la terminología medica, con respecto al cáncer de mama, por efectos prácticos se resaltan aquellos términos utilizados con mayor frecuencia

Por consiguiente, ya que existen varios tipos diferentes de cáncer y que sus tratamientos varían, diagnosticar su presencia y determinar su propagación en el caso de que la haya es esencial. Esto demanda, prácticamente siempre, la obtención de una muestra del tumor sospechoso mediante la biopsia para examinarla en el laboratorio. Puede ser necesario efectuar varias pruebas especiales sobre la muestra para caracterizar más detalladamente el cáncer. De modo que conocer el tipo de cáncer ayuda al médico a establecer los estudios que se deben realizar, ya que cada cáncer tiende a seguir un patrón propio de crecimiento y extensión.

Si bien, la prevención más eficaz del cáncer de mama es la detección precoz y por ello la autoexploración se debe realizar una exploración llamada mamografía, Esta detecta pequeños tumores que pueden pasar desapercibidos en la autoexploración. Mamografía: "la decisión de realizar la biopsia se apoya en los hallazgos monográficos según la clasificación BI-RADS propuesta por el Colegio Americano de Radiología categorías 0,4 y 5 ameritan estudios complementarios y/o estudios

histológicos". (Instituto Nacional de Cancerología, 2004. Pág.87) (Ver tabla 1)

Tabla 1.

Clasificación BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System)

| | |
|-------------|--|
| Categoría 0 | Se requieren imagines diagnosticadas adicionales |
| Categoría 1 | Negativa o normal |
| Categoría 2 | Con hallazgos benignos Hallazgos probablemente benignos- |
| Categoría 3 | seguimientos a corto plazo Anormalidad sospechosa-debe considerarse |
| Categoría 4 | biopsia Altamente sugestivo de malignidad- |
| Categoría 5 | requiere estudio histológico |

Adoptado de "Cáncer de seno". Del Instituto Nacional de Cancerología, 2004. p.87

Algunos de los términos que son utilizados en el momento de realizar un diagnostico, de acuerdo con Instituto Nacional de Cancerología (2004) son:

Ecografía

Se realiza como complemento del examen clínico o de los hallazgos mamográficos y también para guiar procedimientos invasores de tipo diagnostico,)

Gamagrafía mamaria y resonancia magnética de seno

Son métodos de apoyo que se utiliza en casos especiales de difícil diagnostico y seguimiento y

Biopsia

El método utilizado para la obtención de la muestra depende de si la lesión es palpable o no palpable (Pág.87).

Por otra parte, con respecto a los estados psicológicos se podría añadir:

Los estados psicológicos anormales se han relacionado con un aumento de riesgo de padecer cáncer de mama, tales como alteración de la personalidad, estados depresivos, ansiedad, estrés.etc por un mecanismo inducido por el aumento de las catecolaminas que producen una descarga de la secreción de FSH y LH y prolactina que a su vez influyen en las síntesis esteroidea y por otra parte disminuyen los factores inmunitarios" (Escudero, M.2005, Pág.20).

El modo de comportarse del cáncer de mama varía ampliamente de una mujer a otras, puesto que se puede mantenerse confinado a la mama por años. En otras, puede diseminarse a los ganglios linfáticos contiguos o de otras áreas adyacentes aún antes de tener un nódulo palpable (ver figura 2).

Basado en su localización y diseminación, el cáncer de mama según Martinez, P y Ruiz, C. (2006) se pueden clasificar como:

In situ: El tipo más frecuentemente de cáncer de mama in situ comienza en las células que revisten los conductos. El cáncer comienza en el tejido productor de leche, que está constituido por lóbulos y secciones más pequeñas llamadas lobulillos. Sin embargo, aún cuando se extraiga el tumor, existe una pequeña probabilidad de que las células cancerosas ya se hayan diseminado

Invasivo: Este cáncer se ha diseminado mas allá de los conductos o lobulillos en el tejido mamario circúndate y ganglios linfáticos contiguos.

Metastásico: Este término describe el cáncer que se ha diseminado a otras regiones del organismo, incluyendo los ganglios linfáticos distantes, los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro (Pág.1)De igual forma al respecto agrega Martínez, D (2006) que:

Cáncer de seno in situ: es un tipo de cáncer el cual las células cancerosas permanecen contenidas dentro de su sitio de origen.

Cáncer de seno invasivo: son aquellos que se desarrollan y avanzan más allá de su sitio de origen, invadiendo los ductos y lóbulos del seno.

Carcinoma invasivo ductual (CID): las células cancerosas se forman en la línea del ducto rompen la pared ductual e invaden el tejido mamario subyacente

Carcinoma lobular invasivo (CLI): comienza en el lóbulo productor de leche e invade el tejido mamario subyacente; y las Metástasis óseas: el cáncer de seno es uno de los responsables del crecimiento de tumores derivados en otros sitios, particularmente en los huesos (metástasis óseas).Sus localizaciones más habituales son el cráneo, el fémur, las vértebras y la pelvis (p.4). Esta clasificación se ampliara en el apartado siguiente denominado estadíos del cáncer.

clarificar el concepto de cáncer de seno,Salvat, M (1974) lo define como:

Fenómeno por el cual algunas células del tumor primitivo se desprenden de él y, transportadas por la linfa y por la sangre, son sembradas en algún órgano distante, dónde anidan y reproducen el tumor. Entre

todas las metástasis son específicamente frecuentes las que afectan a los ganglios próximos al tumor primario. Las células tumorales invaden todo el ganglio, que es reemplazado por el tejido tumoral, y finalmente se infiltra en los tejidos vecinos (Pág.53).

Estadios del cáncer de mama

Después de que se diagnostica el cáncer de mama, se realizan pruebas antes para determinar si las células cancerosas se han diseminado dentro de la mama o a otras partes del cuerpo. El proceso utilizado para determinar si el cáncer se ha esparcido dentro de la mama o a otras partes del cuerpo se denomina clasificación en etapas. La información que se reúne de los procesos de estadíos determina la etapa de la enfermedad. Es importante conocer la etapa de la enfermedad a fin de planear el mejor tratamiento. En el caso del cáncer de mama se utilizan los siguientes estadios. (Ver tabla 2)

Tabla 2.

Estadios del cáncer de mama.

| Estadio | Descripción |
|----------------------------------|--|
| Estadio 0 (carcinoma in situ) | 1) Carcinoma ductal in situ (CDIS) es un trastorno pre-canceroso no invasivo, donde se encuentran células anormales en el revestimiento del ducto mamario. 2) Carcinoma lobular in situ (CLIS) es una enfermedad en la cual se encuentran células |

| | |
|-------------|---|
| | <p>anormales en los lobulillos del seno. Muy raras veces esta enfermedad llega a ser cáncer invasivo.</p> |
| Estadio I | <p>1) el tumor tiene 2 centímetros o menos y no se ha diseminado fuera de la mama.</p> |
| Estadio IIA | <p>1)no hay presencia de tumor en el seno, pero se ve que el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares (los ganglios linfáticos bajo el brazo); o</p> <p>El tumor tiene un tamaño no mayor a dos centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares; o El tumor tiene más de dos centímetros pero no más de cinco centímetros y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.</p> <p>1)tiene más de dos centímetros pero no más de cinco centímetros y se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares</p> <p>2) tiene un tamaño mayor a cinco centímetros pero no se ha esparcido a los ganglios linfáticos axilares.</p> |
| Estadio IIB | <p>1)no hay presencia de tumor en el seno, pero el cáncer se ha diseminado a los ganglios</p> |

| | |
|--------------|---|
| Estadio IIIA | <p>linfáticos axilares que están unidos el uno al otro o a otras estructuras; 2) tiene un tamaño inferior a cinco centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares que están unidos el uno al otro o a otras estructuras;</p> <p>3) el tumor tiene un tamaño mayor a cinco centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares y los ganglios linfáticos podrían estar adheridos entre ellos o a otras estructuras.</p> |
| Estadio IIB | <p>1) se ha diseminado a tejidos cerca de la mama (la piel o la pared pectoral, incluyendo las costillas y los músculos pectorales); y</p> <p>Se ha esparcido a los ganglios linfáticos dentro de las mamas o debajo de los brazos.</p> <p>1) se ha diseminado a los ganglios linfáticos debajo de la clavícula y cerca del cuello; y</p> <p>Podría haberse diseminado a los ganglios linfáticos dentro del seno o bajo los brazos y tejidos cercanos al seno.</p> <p>El cáncer del seno en estadio IIIC se divide en estadio IIIC operable</p> |

| | |
|--------------|--|
| | y no operable. |
| | 2)En el estadio IIIC operable, el cáncer: |
| | 2.1)se encuentra en diez o más de los ganglios linfáticos debajo del brazo; |
| Estadio IIIC | 2.2)se encuentra en los ganglios linfáticos bajo la clavícula y cerca del cuello en la misma parte del cuerpo en que se encuentra el seno con cáncer |
| | 2.3) se encuentra en ganglios linfáticos dentro del seno en sí y en ganglios linfáticos debajo del brazo. |
| | 3) En el estadio IIIC no operable del cáncer del seno, el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos más arriba de la clavícula y cerca del cuello en la misma parte del cuerpo en que se encuentra el seno con cáncer. |
| Estadio IV | 1) el cáncer se ha diseminado a otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia a los huesos, pulmones, hígado o cerebro. |

Adoptado de "estadios del cáncer de seno (mama)". De National cancer institute, 2005. S.P

Los últimos años han demostrado que el cáncer de mama puede ser de distinto tipo y, en consecuencia se han venido desarrollando tanto fármacos como nuevos enfoques y tratamientos que han aumentado las posibilidades de supervivencia del paciente y su calidad de vida. Así, por ejemplo se ha llegado a la conclusión de que cierto tipo de cáncer de mama es particularmente sensible a la producción de estrógenos y para ello se han desarrollado medicamentos específicos que la inhiben.

Tratamientos

Por regla general, el tratamiento suele ser la mastectomía, es decir la eliminación quirúrgica de la mama. Pero en los últimos años se ha demostrado que el cáncer de seno puede ser de distintos tipos y, en consecuencia, se ha venido desarrollando tanto fármacos como nuevos enfoques en los tratamientos como en los procedimientos quirúrgicos que han aumentado las posibilidades no solo de supervivencia del paciente y sino también calidad de vida.

Entre tanto, es importante considerar que durante este periodo los pacientes tratan de lidiar con las demandas de la vida cotidiana al mismo tiempo que reciben tratamiento y tratan de adaptarse a los efectos secundarios; tales como náuseas, vómito o diarrea, en el caso de la radioterapia. Por el contrario algunos pacientes por factores psicológicos temen incorporarse a algún tipo de tratamiento que repercuta en su imagen corporal y los efectos secundarios antes mencionados.

Por otra parte según Escudero, M, (2005) el cáncer de mama es:

Un ejemplo típico de enfermedad que se puede tratar por diferentes métodos o posibilidad terapéuticos y esto exige un continuo esfuerzo para valorar posteriores resultados. Cuando un problema sanitario es lo suficientemente importante por su incidencia y complejidad (número de pacientes y tipo de patología) en nuestro sistema nacional de salud esta previsto que se puedan crear "unidades asistenciales multidisciplinarias". El ejemplo mas típico es la patología mamaria. (Pág.11)

En suma, un tema prioritario al hablar de tratamientos hoy en día, es la adecuada información que se le administra al paciente acerca de su diagnostico, pronostico y las numerosas alternativas de tratamiento y sus características, en donde se destaque el rol activo que juega en su propio progreso.

Tratamientos Quirúrgicos

Hoy en día, se encuentran disponibles una serie de tratamientos, que buscan fortalecer las diferentes esferas que el paciente considere importante no solo a la hora del diagnostico, sino también en los procedimientos posteriores, los cuales se enfocan en disminuir síntomas tales como el dolor, en el caso medico o el estrés, en el caso psicológico, incrementando en cualquier de los casos la supervivencia y preservando el bienestar.

Es así como, según Fernández, O, (2002) señala que el cáncer de mama:

Es el tumor para el que se cuenta con más "armas terapéuticas": Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia, Tratamiento Hormonal. Unas tienen un campo de acción local o regional, como ocurre con la cirugía y la

radioterapia. En cambio, el tratamiento hormonal y la quimioterapia extienden su acción a todo el organismo y son generalmente complemento de las primeras. (parra.15-16). (Ver figura 3)

Una alternativa que ayuda a las mujeres en estas situaciones, es la reconstrucción cosmética del pecho, que puede enmascarar la pérdida de la mama para el mundo externo, lo cual no significa necesariamente que la imagen corporal de la mujer mejorará, pues la imagen corporal como sustrato psicológico, no es visible ni tangible.

También cabe mencionar, que, "los tratamientos de conservación de pecho no ofrecen beneficios significativos en la imagen corporal, ya que a pesar de ser menos invasivos, el miedo a la reincidencia del cancer se presenta después de cualquier tipo de tratamiento" (Arcila, D, s.f, Pág.31), A lo anterior añade Márquez, J (2006):

Dentro del sistema categorial de la estética encontramos en un lugar central al concepto de lo bello Virgilio, poeta griego, en su obra cumbre La Eneida escribía...los pechos femeninos han sido aclamados durante centurias como símbolo de belleza. Según Aristóteles lo bello descansa en la armonía, la proporción y la medida. Es por ello que el hombre trata de buscar y encontrar la belleza y en el proceso de la práctica médica ante mujeres portadoras de cáncer de mama la relación entre el sujeto(médico) y objeto (paciente) la actitud estética debe primar, por ello la importancia de diagnóstico de esta enfermedad en estadios tempranos que eviten la realización de una radical de la mama afectando si esta última se

produjera su esfera espiritual, dentro de la cual se destaca su esfera psicológica y que a su vez provocaría una influencia contraproducente en sus relaciones sociales.(parra.2)

Hoy en día, gracias a los avances en la medicina se hace cada vez mas prometedores, al prolongar la vida de las personas con cáncer, y en especial con cáncer de mama, asegurando para estos pacientes en especifico una ayuda a su percepción como personas, igualmente al prolongarse la vida de las personas surgen nuevas necesidades e inquietudes respecto a las situaciones novedosas, afrontamiento y todo aquello que tenga que ver con los acontecimientos en la vida de las mujeres diagnosticadas.

Tratamiento Psicológico

Este proceso es tan importante como el quirúrgico, puesto que le proporciona al paciente el momento adecuado para aprender a manejar sus emociones, y así poder aprender que aunque es una situación muy difícil, puede superarla. Pero hay que aclarar que esto también depende del estadio en el cual se encuentre la paciente, ya que dependiendo de esto se hará la intervención que mas se adecue a sus necesidades. Entre tanto, según Hailey, S (2006):

Existen varios tipos de intervenciones psicológicas pueden estar disponibles para las mujeres con cáncer de mama avanzado (cáncer metastásico que se ha propagado más allá de la mama). Estas incluyen las intervenciones educativas y psicoterapéuticas, grupos de apoyo y terapia cognitivo-conductual individual (tratamiento que ayuda a las personas a probar y a

revisar sus pensamientos, actitudes y acciones). Esta revisión de ensayos halló que aunque las intervenciones psicológicas muestran algunos beneficios psicológicos a corto plazo, estos no han sido sostenidos por más de unos pocos meses. (parra.1), Incluso, el tratamiento psicológico del paciente con cáncer tiene como objetivo reducir el impacto ya que "El impacto psicológico que implica recibir el llamado para una segunda prueba confirmatoria luego de la realización de la mamografía anual ha sido considerado en la literatura como un evento amenazante, desatando esfuerzos de afrontamiento" (Varela, B.2007. Pág.33). De manera que, todo esto con el objetivo de disminuir el impacto diagnóstico; pero se debe tener igualmente otras variables que participan en el proceso de adaptación a este como son: (a) la amenaza que significa para la paciente y (b) que grado de control experimenta acerca de su propia situación. Por consiguiente, "Ante ese impacto el paciente utiliza diferentes estrategias de afrontamiento para mantener el malestar producido por la enfermedad dentro de unos límites tolerables, pueden distinguirse tres grupos de estrategias" (parra. 5). Es así, como programas de intervención psicosocial "tuvo un alto grado de eficacia a la hora de incrementar la auto percepción de calidad de vida de mejorar su estado psicológico general e imagen corporal, y de incrementar su espíritu de lucha como estrategia de evaluación y afrontamiento de la enfermedad". (Herranz, J.1999.pag.6).

De acuerdo la liga contra el cáncer (s.f) los aspectos que abarca la terapia son:

(Se abordan los miedos, temores, inquietudes, creencias, explicaciones, sentimientos y emociones que pueden estar generando el diagnóstico de cáncer;(b) se ayuda al paciente y/o a la familia a que reconozcan sus sentimientos y como estos pueden estar influyendo en su adaptación a la enfermedad;(c) se identifican herramientas que permitan encarar la situación, adherirse al tratamiento y principalmente, obtener una mejor calidad de vida. (Ver tabla 3)

Tabla 3.

Respuestas emocionales mas frecuentes ante un diagnóstico de cáncer.

| | | | |
|----------|--------|-----------|--------------|
| Miedo | Llanto | tristeza | Desesperanza |
| Angustia | Apatía | confusión | Ansiedad |
| Rabia | Dolor | Temor | depresión |

Adoptado de "servicio de psicología". De la liga contra el cáncer, seccional bogota.S.F. S.P

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Adentrándose en el tema de estilos de afrontamiento, se ha dicho que el tratamiento psicológico busca entre otros aspectos mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Por esta razón, debe considerar un profundo conocimiento de las necesidades personales y familiares que cada paciente traiga consigo, de esta forma según Diez, S; Forjaz, M y Garrido, E (2005) señalan que:

El modo en que un individuo vivencia la experiencia asociada al cáncer esta ciertamente ligado a la psicobiografía y al contexto personal y social en que se encuentre el paciente al sobrevenir la enfermedad. Asimismo, la experiencia asociada al cáncer esta condicionada por los tratamientos posibles dentro de los existentes y por las creencias sociales respecto al cáncer en general y al tipo de cáncer es particular. La vivencia del cáncer es altamente estresante ya que fuerza al individuo a enfrentarse con temas tan inconmensurables como el sufrimiento, el deterioro, la muerte, la trascendencia, temas para cada uno de los cuales debe encontrar un sentido personal. Para esto debe integrar la enfermedad a su identidad y redefinir sus relaciones con los otros y con el medio, sus expectativas con respecto a si mismo y a los demás y finalmente el sentido ultimo de su existencia (Pág.391). Por lo tanto, de acuerdo con Llull, D, (2003) las estrategias de afrontamiento se refieren a:

A como la gente se maneja ante las demandas de los sucesos estresantes. Son aquellos 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 (Pág.176).

Con respecto a lo anterior, retomando las ideas de Cohen y Lazarus se amplían diciendo que "Las estrategias de afrontamiento son actividades conductuales y cognitivas que el paciente puede realizar en orden a facilitar la adaptación" (Olviáres, E. 2005.Pág. 137). De ahí que, el análisis de dichas estrategias de afrontamiento constituyan en un aspecto relevante para determinar, de un lado, el modo en que los pacientes se adaptan a la enfermedad, y, de otro, las diferencias individuales de las cuales se ha venido planteando en párrafos anteriores, las cuales se encuentran patentes durante esta situación.

Por otra parte, para Lull, D (2003), retomando las ideas de Moos plantea que:

existen dos clasificaciones predominantes de afrontamiento: En una primera, se divide entre las formas centradas en el problema-dirigidas a manipular o alterar el problema, las centradas en la emoción-dirigidas a regular las respuestas emocionales que genera el problema-y las centradas en la evaluación.Una segunda clasificación,según el foco, es la efectuada entre las formas de afrontamiento activas(o de aproximación) versus formas de evitación.Las primeras, se refieren a aquellos esfuerzos cognitivos o conductuales para manejarse directamente con el evento estresante. Las formas evitativas consisten en el no enfrentamiento con el

problema o en la reducción de la tensión a través de conductas de escape (Pág.176).

En tanto, Cano, A (2005) habla de los sucesos estresantes añadiendo que:

El cáncer no produce el mismo impacto en todos los individuos, si bien el proceso mas común consiste en que, si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza, se generará una reacción emocional de ansiedad, que tendera a ser mas intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén. La valoración del suceso como perdida importante (de salud, de bienestar psicológico, de esperanza de vida, etc.) tendera a producir una reacción de tristeza, que puede desencadenar en depresión. (Pág.71), En relación con el tema de salud,

Remor, E (2006) asegura que:

Las personas que manifiestan tener un mayor grado de malestar físico, eran aquellas que presentaban como característica personal ser más pesimistas que optimistas.Podriamos sugerir que a un perfil optimista está asociado a una menor vulnerabilidad a la experiencia de problemas de salud. Por otra parte los pesimistas presentaron mayor frecuencia e intensidad de malestar físico, informaron de mayor experiencia de emoción de ira, mas expresión interna de ira y rasgos de ira en comparación con los optimistas. Los pesimistas utilizan un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, además de presentar un manejo de la ira más controlado e inhibido, tanto a nivel

emocional como expresivo, en comparación con los optimistas (Pág.43). Es de suma importancia indicar de acuerdo con Amayra, A. (2001) que:

No todo el distress emocional diagnosticado en enfermas de cáncer de mama puede o debería ser calificado como patológico sino mas bien como transitorio o adaptativo. Sus reacciones son, en sustancia, similares a las observadas en otras personas que afrontan situaciones de crisis como: ansiedad, tristeza, indefensión y desesperanza (Pág.10). Al mismo tiempo, según Manrique, C y Miranda A (2006) a lo que se refiere a estilos de afrontamiento añaden:

Se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Este a su vez, "ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de la vida estresantes y síntomas de la enfermedad (Pág.35).

Por otro lado, de acuerdo con lo dicho por Soriano, J (2002) se podría añadir que:

Al abordar la afectividad de las diferentes estrategias de afrontamiento se debe tener en cuenta en ante todo la disposición por parte del individuo de determinados recursos. En primer lugar, el primer recurso necesario es el económico y/o el poder de acceder a una atención médica continuación, aparece la necesidad de convivir y de ajustarse y adaptarse a la enfermedad (Pág.80). En este sentido, "el constructo de bienestar subjetivo (BS), es la manera en que se

interpreta la información y una evaluación global en un momento dado de su vida, esta valoración podría verse afectada por los sentimientos que se despierta en la persona" (Olivares, G.2007, Pág.87).

El efecto de estas respuestas de ajuste por parte de las pacientes ante esta condición en especial, ocasiona un impacto a nivel psicológico, el cual tiene fuertes repercusiones sobre la salud a largo plazo, ya que deteriora el funcionamiento del sistema inmunológico, el cual es el encargado de proteger al organismo de enfermedades, igualmente, interfiere con asuntos de la vida social que a futuro también se ve agravado por problemas de orden comportamental, es así como, según Cano, A, (2005):

Estas reacciones implican fuertes cambios fisiológicos en respuestas específicas de diferentes sistemas (sistema nervioso, autónomo, sistema nervioso motor, sistema neuroendocrino, sistema inmune, etc) dichos cambios fisiológicos puede ser considerados como preparatorios para la acción (defensa, huida, ataque, etc.) y suelen aumentar el estado de activación". (Pág.72); de esta manera, "Estas reacciones Aparecen ante una situación determinada y precisa que puede ser externa o interna; es decir, un evento concreto acontece en el medio o bien, puede referirse a información procedente del propio individuo como pensamientos, recuerdos, sensaciones propioceptivas u otro tipo de información" (Cano, A, 2000, parra.1).

Al mismo tiempo, "Recientemente una mujer diagnosticada con cáncer de seno tiene un ajuste a una nueva situación en su vida y está por lo tanto expuesta a una multitud de estresantes psicológicos" (Reuter, K,

2005, Pág.773); Por esta razón, el diagnóstico de cáncer de mama produce en las pacientes modificaciones a varios niveles; siendo un ejemplo de ello la transformación de su espacio físico y la vinculación emocional con familiares y amigos, En esta medida, la valoración que se haga de la situación, originará a la disposición de sus herramientas de ajuste, Por esta razón, la estrecha correspondencia entre funcionalidad fisiológica y estados emocionales, ya que si bien, la forma en la que se afronte la enfermedad mejorara o empeorara la calidad de vida percibida, la cual de acuerdo con Cardona,D (2005) retomando lo dicho por Borthwick-Duffy en el año 1992 añade:

Se define desde varias conceptualizaciones estas son:(a) la calidad de las condiciones de vida de una persona, (b) la satisfacción experimentada por personas con dichas condiciones vitales, (c) la combinación de los componentes objetivos y subjetivos, es decir, condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción esta experimenta, (d) la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Pág.84). Este aspecto subjetivo de bienestar proporciona seguridad que se traduce en un mejor estilo de vida, permitiendo la adecuada adherencia al tratamiento de cualquier tipo, sea médico o psicológico. (Pág.21). De acuerdo con lo anterior, Millares, L (2003) se refiere a:

Desde la influencia sobre La función inmunitaria, pasando por su influencia sobre hábitos como el tabaco y el alcohol, hasta el peso que los factores psicológicos ejercen sobre el paciente para decidir el momento de

solicitar atención médica. Estudios más recientes y con mayor solidez metodológica han sugerido que la progresión del cancer, y no su inicio, puede verse influida en mayor medida por factores psicosociales (Pág. 5657).

De otra manera, según lo dicho por Martín, L (2003) retomando lo dicho por Marín en el año 1995 añade diciendo que:

Se ha trabajado en la búsqueda de una integración conceptual, al considerar los modelos de aprendizaje, los factores sociales y factores cognitivos (creencias) como determinantes fundamentales del estilo de vida saludable y las claves posibles para el análisis funcional de la conducta preventiva y promotora de salud (Pág.23).

Tabla 4.

Grupo de Estrategias de afrontamiento

| | |
|-------------------------|--|
| Negación | <p>El enfermo se define rechazando una realidad desagradable.(a)Fisiológica: Inatención selectiva a ciertos síntomas.(b)patológica: se produce una ruptura de la realidad</p> |
| Resolución de problemas | <p>Pretende buscar activamente formas de curación, alivio de síntomas o incremento de la capacidad de control de estrés.Pacientes prisioneros de esta actitud llevada al extremo acaban cuando la medicina</p> |

Búsqueda de
Sentido

tradicional no es efectiva, acudiendo en busca de métodos curativos alternativos, a veces irracionales.

Suele acompañar a los pacientes cuando se encuentran en el tramo final. La aceptación de su situación, al agotamiento, la debilidad, se apoderan del paciente, quién busca la tranquilidad, la soledad.

Adoptado de "Factores psicológicos que afectan al estado físico" de Miralles, A. Pág.5655

Dicho de otro modo, de acuerdo con Soriano, J. (2002) retomando a Hiem en el año 1991 añade:

El afrontamiento se refiere a los intentos por salvaguardarse, para reducir o asimilar una demanda existente <estresor> tanto como esfuerzo intrapsíquico <cognición> como también por acción <observable>, considerándose que el individuo suele disponer de un repertorio bastante amplio, en el que se puede encontrar estrategias más estables o constantes que otras (Pág.76)

Estilos de afrontamiento y Cáncer

Una vez definidos los estilos de afrontamiento, se hace preciso como primera medida diferenciar entre los conceptos de estilos y estrategias de afrontamiento, así como el afrontamiento a que se refiere en la enfermedad.

Es así como, Martín, L (1997), retomando a Fernández, A del mismo año, amplifica diciendo:

Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes"(parra.6).

En consecuencia, se pone de manifiesto que el uso de determinadas estrategias de afrontamiento incide a diferentes niveles; no solo a nivel físico; como puede ser el dolor o la pérdida del funcionamiento normal de algún órgano producto de la metástasis, sino igualmente en el estado de ánimo; influido como puede ser por el rol desempeñado dentro de la sociedad, al mismo tiempo, "El cáncer ha adquirido una gran relevancia social, lo que ha provocado un buen número de connotaciones negativas en comparación con otras enfermedades de similar o peor pronóstico, connotaciones que se han visto superadas solo por enfermedades de la severidad y gravedad del sida".(Torrico,E.2002,parra.2); incluso, "El tema del cáncer de mama se puede enmarcar dentro del modelo teórico desarrollado por Dohrenwend y Dohrenwend en el año 1981, donde expone que "el estrés psicosocial genera un problema, así como pone de manifiesto las intervenciones a realizar y como estas pueden ir dirigidas a puntos distintos del proceso y en momentos

diferentes del mismo" (Olivares, E, 2005, p.140). De manera que según Mochales, S (s.f.):

El afrontamiento juega un papel mediador entre las circunstancias estresantes y la salud, las estrategias focalizadas en el problema se relacionan con resultados más positivos, mientras las centradas en la emoción, parecen relacionarse con la ansiedad y la depresión. La evitación se asocia negativamente con las formas de afrontamiento centradas en el problema. La confrontación y el distanciamiento en general parecen llevar a peores resultados, mientras el autocontrol y la búsqueda de apoyo social son menos discriminativos. (parra.5)

Del mismo modo en la revisión de Moorey y Greer hecha Soriano, J. (2002) plantean que:

Un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer denominado <<esquema de supervivencia>> considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional, y los estilos de afrontamiento que pone en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. En dicho esquema se considera la visión del diagnóstico que tiene el enfermo (¿Qué amenaza supone la enfermedad?), el tipo de control que considera el enfermo que ejerce sobre la enfermedad (¿Qué puede hacerse frente a ella?)y, también, la visión del pronóstico que posee el enfermo (¿Cuál es el pronóstico probable de la enfermedad y como es de fiable?) (Págs.77-78), de manera que, según Moro, L.(1997):

Recoge las reacciones psicológicas del sujeto diagnosticado de cáncer y los estilos de afrontamiento relacionados con cada una de ellas. Según dicho

esquema el cáncer puede suponer para el sujeto un desafío, una amenaza, una pérdida o una negación. Este modo de considerar la enfermedad implica una forma específica de reacción emocional: ansiedad, ira, culpa o sentimientos de melancolía y depresión. Esto producirá diferentes estilos de afrontamiento: lucha activa contra la enfermedad, ansiedad, resignación pasiva, negación o evitación positiva y desesperanza y desamparo" (parra.8). (Ver tabla 5)

Tabla 5.

Esquema de supervivencia Moorey Greer, (1989)

| | Espíritu de lucha | Evitación Negación | Fatalismo Aceptación | Desamparo Desesperanza | Preocupación ansiosa |
|-------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Diagnostico | Reto | Sin Amenaza | Poca amenaza | Gran amenaza | Gran Amenaza |
| Control | Moderado | No se Plantea | Sin control | Sin control | Incertidumbr e |
| Pronostico | Optimist a | optimista | Aceptación Del desenlace | pesimista | Incertidumbr e |
| Afrontamiento | Búsqueda de informac ión | Minimización | Aceptación pasiva | rendición | Búsqueda de Seguridad |
| Res. emocional | Poca ansiedad | Poca ansiedad | Poca ansiedad | depresión | ansiedad |

Adoptado de "reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología" de Soriano, J. Pág.78

Por otro lado, "Cada vez la supervivencia por cáncer de mama es mayor, el control de la enfermedad gracias a los avances de la medicina se hacen cada vez mayor". (Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), 2006, parra.6); Igualmente al respecto agrega Marcos, A (2003):

La supervivencia de las personas afectadas por cáncer de mama va a varias dependiendo del momento en el que se establezca el diagnóstico y por tanto del estadio en el que se encuentre la lesión.

En líneas generales podemos hablar de una supervivencia a los 5 años del 90.95% en los estadios localizados, del 70-75% en los casos en los que hay afección ganglionar y del 15-20% cuando existen metástasis a distancia. Dado que el factor pronóstico más importante en el cáncer de mama es el estado de los ganglios linfáticos, podemos establecer la supervivencia y recidiva del mismo en función de la afectación de los mismos (Pág.6). (Ver figura 4)

Por consiguiente, de acuerdo con Restrepo, M (2001) se ha postulado el afrontamiento como un importante mediador de la respuesta psicológica al cáncer, definido este como:

Las respuestas cognitivas y conductuales que un paciente presenta frente al diagnóstico del cáncer; La medición de este constructo es importante por dos razones: por una parte la diversa literatura muestra que existe una relación entre respuestas de afrontamiento y cáncer; si bien es cierto que los resultados no son todavía muy claros. La segunda razón es muy sugestiva, ya que parece existir una probable relación entre la respuesta psicológica y la supervivencia, de nuevo con resultados muy complejos de analizar (Pág.48) (Ver figura 5).

Por lo tanto, la disposición en la que se encuentre el paciente de comprender y entender su situación de enfermedad, como algo que no bien reversible, si mucho más admisible. Igualmente la red de apoyo social puede

contribuir en el tratamiento, en cualquiera de los estados del cáncer de mama.

De igual modo, Bayes, R (1985) afirma con respecto a las relaciones de los factores psicológicos con la enfermedad neoplásica:

Puede analizarse desde diferentes puntos de vista. Partiendo de una óptica metodológica podemos considerar, por ejemplo, dos tipos posibles de relación: (a) los factores psicológicos como variables independientes y el proceso canceroso como variable dependiente. tal sería el caso, de interesarnos por los efectos del estrés en la aparición del cáncer. Y recordemos, de pasada, que en la actualidad suele considerarse al cáncer no como una respuesta lineal del organismo ante una estimulación, sino como el producto de una compleja acción multicausal. (b) los procesos cancerosos como variable independiente y los factores psicológicos como variables independientes. tal sería el caso, de interesarnos por los efectos del cáncer sobre los estados depresivos. (Pág.30)

De modo similar, Martínez, C (1999) retomando lo dicho en la British Medical Journal (BMJ) amplía diciendo que: De todos los estados de ánimo que se han relacionado en alguna ocasión con esta patología, solo tres son importantes: El sentimiento de desesperanza, de indefensión y la depresión. El espíritu de lucha, uno de los principales argumentos de los partidarios de las terapias alternativas, no condiciona el éxito del tratamiento. Los dos primeros sentimientos ejercen un impacto negativo, aunque modesto, sobre las mujeres con cáncer de mama que reciben tratamiento contra esta

patología. En el mismo trabajo señala que la depresión también podría reducir significativamente las posibilidades que tienen estas pacientes de sobrevivir, aunque hace falta mas estudios para comprobarlos; Sin embargo, otros factores psicológicos que se han relacionado en alguna ocasión con el riesgo de desarrollar tumores en el pecho, no tienen ninguna relación ni con la prevención ni con el tratamiento de esta patología (parra.2); así mismo, lo anterior se vería ampliado "el afrontamiento tiende a identificarse con la confrontación o con las acciones directas que las personas emplean para resolver los problemas, tendiendo a considerar que las personas <<no afrontan la situación>> cuando intentan evitarla o cuando salen huyendo, procurando encontrarse directamente con el problema"(Soriano,J.2002,Pág.74).

Es decir, que las estrategias de afrontamiento como constructo son utilizadas por los pacientes incide en el grado de ajuste que estos presentan a la enfermedad, lo que constituye en un hecho de suma relevancia a la hora de plantear estrategias de intervención.

Por otro lado, como lo expresa Middleton, J (2004) acerca de algunos denominadores comunes:

mediante La observación detallada de mas 1000 casos, hemos concluido que existen ciertos denominadores comunes en las personas que "hacen" un cáncer, los que están presentes parcialmente o en su totalidad en cada uno de ellos. Estos denominadores comunes son:(a) sensación de sentirse frustrado frente a los propios logros (pareja, trabajo, etc.)O negación de conflicto profundos vividos en el inconsciente como "sin solución", (b) autoimagen desvalorizada que conduce a hacer meritos

permanentemente, (c) bloqueo en la expresión emotiva, (d) aversión a la situación vital; la persona se frena, se retira y posterga sus necesidades mas profundas, (e) sobrecarga de culpas, (f) duelo no elaborado (parra.10).

Al mismo tiempo, el duelo es un proceso mediante el cual la persona consigue asimilar la perdida que incluye el proceso de incorporación de la experiencia de perdida a su vida personal, esta se vera mediada por costumbres, cultura, rituales y reglas sociales sobre como lidiar con esta.

De otro modo según Olivares, E (2005) de acuerdo con los dos estilos de afrontamiento identificados por Miller en el año 1995:

Se han encontrado diferencias individuales en las tendencias de los pacientes: bien hacia buscar, bien hacia evitar información potencialmente estresora sobre el cáncer. Así los aproximadores prestan atención y amplifican los aspectos amenazantes de la enfermedad. Implica estar alerta a la información negativa y sensibilizando con ella y con los aspectos peligrosos o amenazantes de la información o de la experiencia de la propia enfermedad. por el contrario los evitadores, evitan los aspectos amenazantes lo que implica que se abstraen de dicha información; todo ello hace que difieran en cuanto a la percepción de riesgo, las experiencias, la autoeficacia, emociones, pensamientos intrusivos, adherencia terapéutica y también en cuanto a la cantidad y tipo de información(Pág.138)(véase tabla 6).

Por consiguiente, de acuerdo con Páez, M; Luciano, C y Gutiérrez, O (2005):

Se afirma que el estilo de evitación: "aunque las respuestas de evitación, a corto plazo, den lugar a una reducción parcial de las funciones aversivas relacionadas con el cáncer sin embargo, a la larga, terminan provocando la exacerbación y extensión de tales miedos ante numerosas situaciones, viéndose la persona obligada a actuar para eliminarlos, aunque ello suponga una limitación cada vez mas pronunciada en la vida en términos de un estancamiento en las facetas personales valiosas" (Pág.51).

Tabla 6.

Diferencias entre los pacientes con estilo de afrontamiento aproximador (Monitoring) y evitador (Blunting)

| Estilo | Características |
|-------------|---|
| Aproximador | <p>Se muestran preocupados y con mayor malestar acerca de su riesgo.</p> <p>Experimentan mayores efectos secundarios del tratamiento.</p> <p>Tienen mayor conocimiento de su situación médica y se encuentran menos satisfechos con el cuidado recibido.</p> <p>Demandan más atención psicosocial.</p> <p>Tienen un papel activo, buscaran información médica para controlar su situación de salud.</p> <p>Manifiestan una mayor morbilidad psicológica frente a las amenazas del cáncer.</p> |

| | |
|----------|---|
| Evitador | El evitador llega a negar la existencia de riesgo. Experimentan menos ansiedad, pero tendrán una peor adherencia al tratamiento. Tienden a obviar información amenazante. Tienen un papel pasivo en la toma de decisiones médicas, se adhieren más a recomendaciones sanitarias. |
|----------|---|

Adoptado de "psicología en Cáncer de Mama" de Olivares, E. Págs.138-139

Así, al hablar de las diferencias individuales de afrontamiento es necesario igualmente identificar las carencias particulares que provienen de la fase en la cual se encuentre, ya que no es lo mismo encontrarse en fases iniciales de diagnóstico, en donde las expectativas se esperarían mucho más altas y en esta medida hallar respuestas mayormente adaptativas, que en fases avanzadas en donde este tipo de respuestas resultaría desadaptativo.

En este caso, la atención psicológica no se debe restringir únicamente al momento del diagnóstico de la enfermedad, sino que debe estar presente a lo largo de todo el proceso de esta, para así poder asegurar una mayor adaptación a la nueva situación y el mejor afrontamiento posible por parte del paciente y sus familiares.

Fases y respuestas psicológicas

De igual manera, "el tratamiento del paciente de cáncer debe atender las necesidades psicológicas y sociales del paciente de cáncer y sus familiares" (Cruzado, 2006, Pág.2)

Por tal razón, cada una de las fases se caracteriza por unos estresores específicos y las estrategias a utilizar pueden variar considerablemente.

Según Rojas, G las fases y estrategias de intervención Psicooncología con pacientes con cáncer de mama son:

Fase de diagnóstico: el objetivo en esta fase es Facilitar que la paciente y su familia adhieran correctamente a los protocolos médicos, tengan información adecuada y se puedan diagnosticar a tiempo eventuales problemas psicológicos y psiquiátricos. Objetivos específicos: 1. facilitación de la percepción de control, 2. orientación emocional a través de grupo de apoyo, 3. derivación, de ser necesaria 4. Detección de las necesidades emocionales psicológicas y sociales de la paciente.

Fase de tratamiento: controlar y manejar los Efectos Secundarios psicológicos asociados a los tratamientos médicos; orientando también a la paciente y a su familia directa frente a las reacciones emocionales propias de este escenario. Objetivos específicos: 1. facilitar la adaptación a la enfermedad durante el proceso de tratamiento biomédico, 2. Fomentar estilos de afrontamiento activos, al igual que redes de apoyo social 3. Facilitar la adhesión terapéutica a los tratamientos.

Fase libre de enfermedad: una de las principales fuentes de estrés son los controles médicos. Cada uno de ellos es experimentado como una potencial situación de recaída, generándose un gran nivel de angustia en cada uno de ellos. Objetivos específicos: 1. ayudar a afrontar mejor las preocupaciones de las pacientes a través de sus preguntas, y dudas, 2. proporcionar estrategias para facilitar su reincorporación a la vida cotidiana, 3. manejo adecuado de la información y 4. Fomentar la buena comunicación medico-paciente.

Fase de supervivencia: cada vez toma más relevancia, ya que muchas dificultades relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad de la paciente pueden continuar causando dificultades psicológicas y sociales. Objetivos específicos: 1. facilitar la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales y 2. Facilitar la reincorporación a las actividades e intereses significativos.

Fase de recidiva: El impacto puede ser más intenso que en el momento del diagnóstico inicial. Estados de ansiedad, angustia extrema y depresión son muy comunes. Objetivos generales: 1. prevención y tratamiento psicopatologías, 2. facilitar la adaptación al nuevo estado de la enfermedad y 3. Establecer las necesidades emocionales de la familia frente a la recaída.

Fase final de la vida: Pueden aparecer reacciones emocionales muy intensas tanto en el enfermo como en su familia. Objetivos específicos: 1. colaborar en el control de síntomas físicos, 2. detectar y atender dificultades psicológicas y sociales, 3. diagnosticar y tratar psicopatologías propias de esta etapa,

delirios, alucinaciones. etc y 4. Acompañar a la paciente en el proceso de morir y a su familia elaboración del duelo. (p.196)

Trastorno de Evitación Experiencial (TEE)

Dentro de los hallazgos psicológicos en el tema del afrontamiento y su correspondencia con el diagnóstico, se ha llegado a proponer de acuerdo con Páez, M; Luciano, C y Gutierrez, O (2005):

Que el afrontamiento del diagnóstico y el proceso de la enfermedad de cáncer puede iniciar y conformar un patrón conductual rígido de regulación de los eventos privados para vivir. Este patrón se ha denominado *trastorno de evitación experiencial (TEE)* y aunque a corto plazo resulte rentable a la persona por la reducción o supresión de pensamientos y emociones desagradables relacionadas con el cáncer, supone mecanismos limitantes de actuación por los valores del paciente, más allá de los problemas directamente derivados de la enfermedad. Según esta propuesta aunque los enfermos de cáncer pueden mostrar múltiples desordenes en circunstancias diversas la mayor parte de estos comportamientos tendrían como propósito la eliminación o reducción parcial de las propias respuestas privadas relacionadas con el cáncer, a pesar del costo que ello supone en términos de inutilidad y alteración de la vida.(Pág.50)

Rol social del enfermo

Dentro del contexto hospitalario se encuentra varios problemas entre los cuales tiene que ver con:

El diagnóstico de cáncer ocasiona, inmediatamente, un impacto en la familia de la persona acometida por la enfermedad y en su círculo de amistades. El diagnóstico de la enfermedad lleva a un momento de crisis, tanto para la persona afectada como para su familia, reflejándose en el ambiente social en que está inserta. (Mezquita, E. 2007. Pág. 27).

De igual forma, de acuerdo con lo expresado por Ibarra, X (2006):

El proceso de enfermar por si solo supone importantes cambios y desordenes en nuestro sistema, y si a ello, le agregamos las modificaciones que debe adoptar en las actividades de la vida diaria, afectara no solo a la persona que lo padece, sino a todos los que le rodean(...)sin embargo, las enfermedades crónicas como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares no son temporales, y en muchas ocasiones no es posible que el paciente se ponga bien, independientemente del deseo que tenga el paciente de colaborar con el medico (Pàgs. 129 y 131).

Esto nos conduce a pensar que, "es responsabilidad de cada individuo desentrañar su propia estructura psicológica, sus tendencias, reacciones, motivos ocultos, creencias, objetivos autoimpuestos y discernir si estas reacciones o repuestas contribuyen al caos o a la armonía" (Middleton. 2004. Parra. 13).

Como se ha visto, las buenas relaciones que la paciente tenga y entre mas rico sea el espacio donde se

desenvuelve, mucho mejor será el nivel de aceptación y acomodación al padecimiento. Al respecto, Galán (2001) menciona que estos:

Tienen derecho a ser eximidos de las responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo. De la misma manera, los enfermos están obligados a considerar su estado como indeseable (y por tanto, desear mejorar) y a buscar ayuda profesional y cooperar con ella en el proceso de curación. El deseo de disfrutar de los primeros de evitar los segundos daría lugar a un complicado y dinámico juego de interacciones entre los distintos elementos sociales implicados en el enfermar (Pág.158).

Respecto a las relaciones interpersonales "las mujeres con cancer de mama tienden a inhibir los sentimientos de ansiedad y tristeza, mostrando en su comportamiento interpersonal una clara tendencia a racionalizar las relaciones conflictivas para evitar confrontaciones y poder mantener así relaciones armoniosas" (Ruiz, M, 1998, Pag.123). "Considerablemente, el ajuste apropiado para el cáncer depende de la correspondencia entre el cognoscitivo, emocional, y conductual al diagnóstico por los pacientes y sus otros significativos" (Ben-Zur, H.2001, Pág.33), así es como Los "problemas psicosociales como la depresión están presentes como secuela a largo plazo del cáncer de mama" (Yeter, K.2006.pag 453)

Por otro lado, Cuando una persona es hospitalizada, de hecho, ingresa en un sistema social y una subcultura ajena. Lo primero que ha de afrontar el paciente es el propio marco físico. La arquitectura y decoración de la

mayoría de los hospitales no son muy alentadoras. Una vez instalado en una sala, o en una habitación con un número múltiple de camas, el paciente debe habituarse a una total falta de intimidad, bien sea esta, corporal o psíquica. La ignorancia de lo que se dice, se suma así a la ignorancia de lo que pasa, y de lo que va a pasar, condicionando la adopción del "papel de enfermo hospitalizado", cuya característica fundamental es la dependencia (Olivares, E. 2005. Pág.141).

En suma según Olivares, E (2005), la hospitalización se muestra como:

Un estresor cultural: el paciente debe aceptar nuevas normas, valores y símbolos de la subcultura hospitalaria, que frecuentemente son inconsistentes con el mismo

Un estresor social: porque el papel del enfermo hospitalizado entraña elementos que presionan fuertemente sobre la identidad psicosocial del individuo, y las interacciones sociales en el hospital pueden llegar a ser una fuente de estrés por sí mismas;
un estresor psicológico: porque puede introducir desde fenómenos de disonancia entre dos o más fenómenos cognitivos a situaciones de dependencia o situaciones consideradas infantiles

Un estresor físico: debido a que la mayoría de las percepciones físicas del hospital (olores, ruidos, etc) y el propio entorno físico del mismo, puede causar emociones negativas en la mayoría de los pacientes (Págs.142-143).

CONCLUSIONES

La literatura sobre el concepto de afrontamiento es abundante, pero confusa, por su poca delimitación en ella se mezclan numerosos puntos de vista muy poco concluyentes. Por consiguiente, este constructo "parece ser un concepto en el que todo vale, parece, al igual que sucede con otros conceptos como puede ser el estrés, que todo lo que una persona haga según que circunstancias puede ser considerado bajo el rotulo de afrontamiento" (Soriano, J.2002, Pág.75). De ahí que, se podría estimar que existe una estrecha correspondencia entre los términos afrontamiento y confrontación; como una forma de mantener el control de una situación que se evalúe como amenaza, Así, por ejemplo, "las personas que manifiestan tener un mayor grado de malestar físico son aquellas que presentaban como característica personal ser mas pesimista que optimista" (Remor,E.2006,Pág.43); De manera que, continuando con esta idea el espíritu de lucha, correspondería según lo dicho anteriormente, como el mecanismo mejor utilizado; sin embargo, "desde el saber popular también aparecen opiniones algo contrapuestas al contemplar que <una retirada a tiempo, a veces es una victoria>", de igual forma sustentando esta idea desde lo teórico se podría añadir que, "El espíritu de lucha, uno de los principales argumentos de los partidarios de las terapias alternativas, no condiciona el éxito del tratamiento (la British Medical Journal.1999).

En esta revisión se ha intentado aclarar la manera en la que los estilos de afrontamiento entendidos como, "actividades conductuales y cognitivas que el paciente puede realizar en orden a facilitar la adaptación" (Cohen

y Lazarus.1973), intervienen de manera directa en la progresión de la enfermedad oncológica. Para este fin se ha revisado la literatura correspondiente al cáncer de mama desde una perspectiva biopsicosocial, la cual ha permitido descubrir la convergencia e interacción de múltiples factores, que no se reducen solo a la enfermedad concebida biológicamente.

Se debe destacar en primer lugar que el diagnóstico de cáncer de mama significa para la mayoría de mujeres que lo experimentan verse confrontadas ante dos situaciones igualmente importantes; por un lado se encuentra la pérdida de salud y un presagio hacia la muerte de manera mucho más rápida de lo normal, un hecho que en sí mismo, origina una ruptura entre lo deseado y lo logrado. Y por otro lado, se encuentra la lesión corporal que conlleva a una resignificación de la imagen física y la reinterpretación de la situación vivida. De manera que, "según el modelo de Roy representa a un ser biopsicosocial que necesita adaptarse a los estímulos del medio ambiente. En donde este tipo de intervenciones influyen el nivel de adaptación para incrementarlo, disminuirlo o eliminarlo" (Bañuelos, P.2007.pag.130).

A su vez, "Las repercusiones psicológicas de las distintas enfermedades sobre el ser humano son un factor importante que siempre debe considerarse y que varía de unas dolencias a otras, en parte, debido al contenido emocional que cada una conlleva"(Moro,L.1997,parra 2). Como se ha expresado anteriormente, algunos estudios indican que al ser utilizadas respuestas activas y positivistas, se tendrá un mejor pronóstico que aquellas respuestas en donde priman la hipervigilancia y el fatalismo. De modo tal los datos empíricos demuestran que

"las variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitándolo y afectando a través de esta vía la salud" (Martin, L.2003, pag.277). Por el contrario, algunos otros manifiestan "a priori es muy difícil encontrar correlación entre dos tipos de datos tan diferentes <experiencia emocional y variables fisiológicas>" (Cano, A.2005, parra.24).

Dicho de otro modo, "desde la influencia sobre la función inmunitaria, pasando por su influencia sobre hábitos como tabaco y el alcohol, hasta el peso que los factores psicológicos ejercen sobre el paciente para decidir el momento de solicitar atención medica" (Alonso, A.2003, pag.5657). Esto indica que, aunque no sean concluyen las posturas al respecto, indudablemente existe una relación entre los respuestas emocionales y las implicaciones clínicas.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento mas utilizadas se encuentra en pacientes con cáncer de mama se aprecia que son dos factores, espíritu de lucha y negación, Esto se puede explicar ya que esta primera se caracteriza por, "dispuesto a luchas contra la enfermedad y participación en las decisiones sobre el tratamiento" y la segunda porque, "el paciente rechaza el diagnostico o también minimiza la seriedad del mismo, evitando pensar en la enfermedad" (Watson y Greer, 1998). Igualmente cabe añadir que estas respuestas están determinadas como adaptativas o desadaptativas de acuerdo con la fase que este atravesando el paciente así por ejemplo, se señala frecuentemente que respuestas como el rechazo fatalismo en fases de diagnostico o espíritu de lucha en fase terminal resultan muy poco adaptativas; por el contrario,

mecanismos como espíritu de lucha y negación en fases antes del diagnóstico se encuentran normales.

Por último, se puede deducir que los pacientes con cáncer presentan un mayor ajuste, en la medida que se les proporciona una información veraz y oportuna por parte del equipo hospitalario; en donde la percepción de control sea concordante con las posibilidades de elección que lo sitúen en un rol activo-participativo dentro su propio proceso. Igualmente se debe tener en cuenta la importancia de las variables sociales en la toma de estas decisiones, ya que el paciente debe acoplarse a un medio circundante y de esta forma tomar las necesidades individuales.

Referencias

- Amayra, I; Etxeberria, A y Valdosedra, M. (2001). Manifestaciones Clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Revista Gaceta medica*. Bilbao (España). numero 98. Págs.10-15. Obtenido en Julio 8, 2006. Disponible en red: <http://www.gacetamedicabilbao.org/web/pdfdownload.php>.
- Anguas, A. (2000). *El bienestar subjetivo en la cultura Mexicana*. Tesis de doctorado no publicada, universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Arcila, D; Escapa, R y Velásquez, D. (s.f). *Imagen corporal y Calidad de vida en pacientes con antecedentes de cirugía mamaria*. Obtenido en Julio 4, 2006. disponible en red: <http://www.anahuac.mx/psicología/archivos/No.%2010%202842doc.Págs.28-42>.
- Banuelos, P; Bañuelos, Y; Rodríguez, E y Moreno, V. (2007). Autoconcepto De mujeres con cáncer de mama. *Revista enfermería, instituto mexicano del seguro social*. Vol. 15. Págs.129-134, Durango (México). Obtenido en Julio 15, 2006. Disponible En red: <http://www.ims.gob.mx/NR/rDonlyres/F2FD3D1A-4594-4F67-970D-C5E76996E96F/0/RevEnf3032007.pdf>
- Bayes, R (1985). *Psicología oncológica (prevención y Terapéutica psicológicas del cáncer)* Barcelona: Martínez Roca, Pág.187
- Barron, M; Fishel, R (2007, Octubre). Talk to your patients about Breast disease. *The American Journal of Primary Health Care*. Vol. 32. Estados Unidos. Págs.22-32.

- Ben-Zur, H; Gilbar, O; Lev, S. (2001).coping with breast cancer: patient, Spouse, and dyad models. *Revista psychosomatic medice*. Págs.33-39.
- Cardona, D y Agudelo, H (2005, Junio).Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de salud pública*. Vol. 23. Antioquia (Colombia), Págs.80-90.
- Cano, A. (2005).control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y Cáncer. *Revista Psicooncología*. Vol. 2. Madrid, Págs.71-80.
- Cano, A; Del rosál, M; Tobal, M; Sirgo, A; Pérez, G; y García, R. (2000, Marzo).Evaluación del estilo represivo de afrontamiento y su posible influencia sobre variables hematológicas en mujeres con cáncer de mama. Obtenido en octubre 20,2006.Disponible en red:http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa58/conferencias/58_ci_g.htm
- Cruzado, A (2006).la necesidad de la intervención psicológica en la enfermedad oncológica-entrevista a J. A. Cruzado. *Revista INFOCOPONLINE-revista de psicología*. Págs.1-4. Obtenido en julio 6,2006. Disponible en red:http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1119
- Diez, S; Forjaz, M y Garrido, E (2005).Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp psiquiatría*. Vol. 33.Págs.390-397.Santiago de Chile
- Escuin, L (2004, Diciembre).Cáncer de mama, tipos y Estadiaje. Zaragoza (España).Obtenido en julio 23,2006.Disponible en red:http://apuntesenfermeria.iespana.es/2005/CANCERMAMA_mari.doc.
- Escudero, M (2005).*Epidemiología. Situación actual del Problema. Frecuencia. Mortalidad en nuestro país.*

- Factores de riesgo*. Avances en Cáncer de Mama. Editorial Real Academia Nacional de Medicina. Madrid (España), Págs. 20-21
- Espinosa, N y Flores, M. (s.f). *Estilos de Enfrentamiento en Personas con Cáncer y VIH/SIDA*. Obtenido en Noviembre 4, 2006, disponible en red:http://www.uaslp.mx/PDF/2228_281.pdf.
- Fantin, M; Florentino, M; Correche, M (2005, noviembre). *estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luís*. *Red de revistas científicas de América latina y El Caribe, España y Portugal*. Universidad Nacional de San Luís (Argentina). Vol. 6, numero 11. Págs.163-180. Obtenido en Junio 7, 2006, disponible en red: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18411609>
- Fernández, A; Planchuelo, M; García, G; Fernández, A y Eguino, A (2003, septiembre). *Cáncer de mama en España, algunas consideraciones generales*, Págs.1-7
- Fernández, O. (2002, septiembre). *Cáncer: estudio y tratamiento del cáncer de mama*. Universidad de Navarra (España). Obtenido en Junio 22, 2006. Disponible en red:<http://www.Cun.es/areadesalud/enfermedades/cancer/estudio-y-tratamiento-del-cancer-de-mama/>
- Galán, A; Blanco, A y Pérez, M. (2001, diciembre). *Análisis del concepto de conducta de Enfermedad: un acercamiento a los aspectos psicosociales de enfermar*. *Revista Anales de psicología*. Vol.16. Pàgs.157-166. Murcia (España): servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Hailey, S. (2006). *Intervenciones psicológicas para mujeres con cáncer de mama metastático*. *Biblioteca Cochrane Plus*,

- número 4. Disponible en red:
<http://www.http://www.update-software.com/AbstractsES/AB004253-ES.htm>.
- Herranz, J; Bueno, M; Calero, F; Gallardo, C; Mateos, N; Moreno, B (1999). *Programa de intervención psicosocial para la mejora de la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama: evaluación de resultados*. Universidad Autónoma de Madrid. Obtenido en Junio 23, 2006. Disponible en red: http://www.mtas.es/mujer/mujeres/estud_inves/1999/414p.pdf
- Ibarra, X y Siles, J (2006). Rol de enfermo crónico: una Reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermos. *Revista Cultura de los cuidados*. Universidad de Alicante (Chile). número 20. págs 129-135.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2000). *Cáncer de seno* Sección Biblioteca. Bogotá, DC: Autor
- Lazarus, R y Jasone, A. (2000). *Estrés y Emoción: Su manejo e Implicaciones en nuestra salud*. (1ª ed). Bilbao (España): Desclée de Brouwer.
- Liga Contra el Cáncer, Seccional Bogotá. (s.f). Servicio de Psicología. Bogotá, DC: Autor
- Llull, D; Zanier, J y García, F. (2003). afrontamiento y calidad De vida un estudio de pacientes con cáncer. *Revista PsicoUSF*. Vol.8, Págs.175-182. Obtenido en septiembre 29, 2006. Disponible en red: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14-82712003000200009&Ing=pt&nrm=iso.
- Manrique, C y Miranda, A. (2006, Enero-Junio). estilos y Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista De psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*. Vol.7, págs.33-39. Disponible en la red:

<http://www.minsa.gob.pe/hhv/revista/2006/3%20ESTILOS%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>.

Marcos, A; Planchuelo, M; García, G; Crespo, A y Eguino, A (2003, Septiembre). *Cáncer de mama en España: algunas consideraciones generales*. Obtenido en Julio 3, 2006. Disponible en la red: <http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/FD488E71-E919-489C-9CE1-8B69E4886828/0/INFORMECANCERDEMAMA.Pdf>.

Márquez, J. (2006). *Algunas consideraciones filosóficas sobre La mamografía en la detección del cáncer de mama*. Cuba. Obtenido en Agosto 1, 2006. Disponible en la red: <http://WWW.cpimtz.sld.cu/revista%20Medica/ano%202006/v011%202006/tema02.htm>

Martín, L. (2003) Aplicaciones de la Psicología en el Proceso salud Enfermedad. *Revista Cubana de Salud Publica*. 3, Págs. 275-281.

Martínez, D; Jiménez, P; Fernández, E (1997) Estudio sobre la escala de Estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol. 3. Obtenido en Julio 16, 2006. Disponible en la red: <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

Martínez, C (1999). PSICOLOGIA algunas estados anímicos influyen en la terapia contra el cáncer de mama. Obtenido en Abril 13, 2006. Disponible en red: <http://www.elmundo.es/salud/1999/361/02986.html>.

Martinez, P. & Ruiz, C. (2006, Julio). *Cáncer de Mama*. *Mayo Clinic Health Letter*. Vol. 1, Págs. 1-4.

Mesquita, E; Magalhães, R; De Almeida, A; Carvalho, F y Mota, C (2007, Mayo). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama. *Revista electrónica*

- semestral de enfermería*. Numero 10.Obtenido en marzo 18,2006. Disponible en red:<http://www.um.es/eglobal/>
- Middleton, J (2004).*Cáncer: prevención y tratamiento*. Estado Unidos: Random House Mondadori. Obtenido en marzo 17,2006.Disponible en red: [htt://www.persona.cl/caja.htm](http://www.persona.cl/caja.htm).
- Miralles, L; Otin, R; Rojo, J (2003, Mayo).*Factores psicológicos que afectan al estado Físico*. Vol. 8, Págs.5654-5664.Obtenido en Abril 12,2006.Disponible en red:http://db.dogma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.g_o_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pident=13048015.
- Miro, J. (2003, Enero).Estilos de afrontamiento y Resultados de tratamiento de exposición en sujetos con Fobia a volar. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. Vol. 3, Págs.447-487.
- Mochales, S y Gutiérrez, M (S.f).*Estrategias de afrontamiento al estrés en un grupo de personas en proceso de reinserción social*. Obtenido en Junio 24,2006.Disponible en red: <http://www.cop.es/colegiados/ca00088/pag10.htm>.
- Moro, L. (1997).*VARIABLES que influyen en la respuesta Psicológica al diagnostico de cáncer*. Universidad de Salamanca (España).Obtenido en Marzo 23,2006. Disponible en red:<http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi21/moroMoro.htm>.
- National Care Institute. (2005). Estadios de cáncer de seno (mama).Estados Unidos: Autor. Obtenido en Abril 19,2006.Disponible en red:<http://www.cancer.gov/español/pdq/tratamiento/seno/patient/page2>.
- Olivares, E. (2005).*Psicología en Cáncer de Mama*. Avances en Cáncer de Mama. Madrid (España).editorial Real Academia Nacional de Medicina.

- Páez, M; Luciano, C y Gutiérrez, O (2005).La aplicación de la Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el Tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Revista Psicooncología*. Vol. 2.pags.49-70
- Pérez, N & Mireisy, M. (2000, junio).*El entorno Socio psicológico de las pacientes con cáncer de mama*. Obtenido en Abril 23,2006. Disponible en red:<http://fajardo.sld.cu/jornada/Ijornada/Mireysi/MIREISY.htm>.
- Remor, E; Amoròs, M y Carrobles, J. (2006, junio).El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Revista Anales de psicología*. Vol. 22.Murcia (España): servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Págs. 37-44.
- Restrepo, M. (2001).*Depresión, ansiedad afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos*. Oncología. Bogota (Colombia): departamento de psicología, Universidad Nacional. Págs.46-52.
- Reuter, K; Classen, C; Roscoe, J; Morrow, G; Kishner, J; Rosenbluth, R; Flynn, P; Shedlock, K y Spiegel,D.(2005,Diciembre).Association of coping style, pain, age and depression with fatigue in women with primary Breast cancer. *Revista Psychooncology*. Pags.772-779.
- Rojas, G (2006) Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica los condes*. Vol. 17. Santiago de Chile. Págs.194-197, obtenido en Abril 23,2006. Disponible en red: http://www.clinicalascondes.cl/areaacademica/pdf/MED_17_4/IntervencionPsicologicap_194.pdf.

- Ruiz, M; Garde, S; Ascunce, N y Del Moral, A. (1998) Intervención Psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Anales*, España. Vol. 21, Págs.119-124.
- Salvat, M. (1974).*El Cáncer*. edit. Salvat, S.A.Navarra.
- Sheer, L (1992).*Agonía, muerte y duelo*. México, Edit. Manual Moderno.
- Soriano, J. (2002, julio).*Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en Psicooncología*. Boletín de Psicología numero 75, Págs.73-85.Valencia (España).Obtenido en octubre 9,2006.Disponible en red: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N75-4.pdf>.
- Suárez, D. (2004, Diciembre) *mastectomía, afrontamiento y Auto percepción corporal*. La Habana (Cuba).Obtenido en Octubre 1,2006.Disponible en red: <http://www.psicologia Científica.com/bv/psicología-98-1-mastectomia-afrontamiento-y-autopercepcion-corporal.html>.
- Taylor, T; Lee, H; Kurosaki, T (1999). Sense of Control and Adjustment to Breast Cancer. The Importance of Balancing Control Coping Style. Obtenido en Noviembre 6, 2006, Disponible en red: <http://www.findarticles.com/p/Articles/mim0GDQ/is 3 25/ai 58669768>.
- Torrico, E; Santìn, C; López, M y Villas, A (2002, junio) *actitudes ante el cáncer de mama: miedos y realidad*. Veracruz (México).Publicación: psicología y salud. Obtenido en Mayo 24,2006.Disponible en red:http://www.access mylibrary.com/coms2/summary_0286-969155_ITM.
- Varela, B; Caporale, B; Delgado, L; Viera, M; Galain, A; y Schwartzmann, L (2007). Afrontando la posibilidad de tener cáncer de mama. *Revista ciencia y enfermería*. Número 2. Obtenido en febrero 8,2007.Disponible en

red:hhttp://www.scielo.cl/cielo.php?script=sci_ahtext&pid=s0717-95532007200005&ing=pt&nrm=iso.

Yeter, K; Rock,C; Pakiz,B; Bardwell,W; Nichols,J y Wilfley, D (2005,Septiembre).depressive symptoms, eating psychopathology, and physical activity in obese breast Cancer survivors. *Revista Psycho-Oncology*.vol.15.Pags.453-462.

Anexos

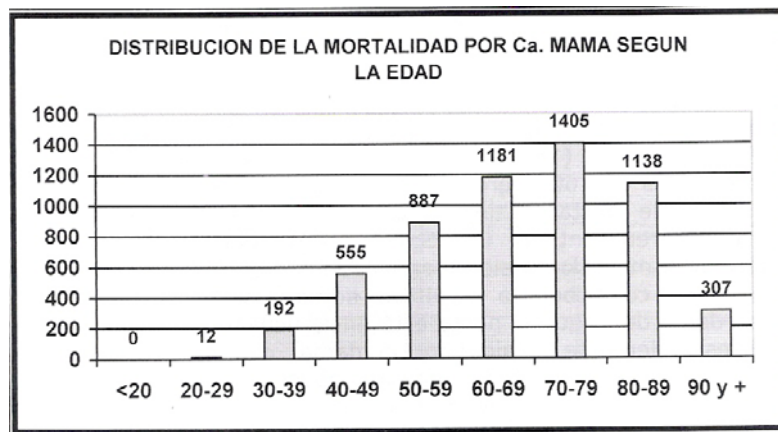


Figura 1. Porcentaje de muertes por cáncer de mama por grupos de edad. (Figura tomada de Fernández, 2003, Pàg.5)

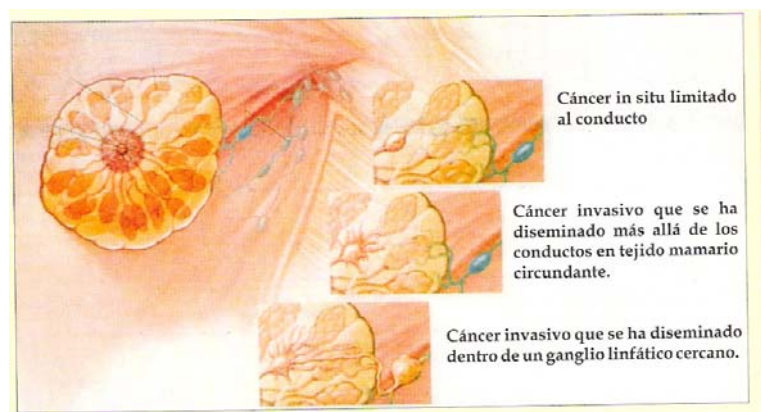


Figura 2. Desarrollo del cáncer in situ en un conducto en la parte superior externa de la mama. (Figura tomada de Martínez, 2006, Pàg.2)



Figura 3. Técnicas quirúrgicas empleadas. (Figura tomada de <http://www.portalesmedico.com/images/publicaciones/mastectomía/técnicas.jpg>)

| NºGANGLIOS | SUPERVIVENCIA | |
|------------|---------------|-------------------|
| | 5 años % | RECIDIVA 5 años % |
| 0 | 70-80 | 20 |
| 1-3 | 60 | 30-40 |
| 4-10 | 40-50 | 40-60 |
| >10 | 20-30 | 70-80 |

Figura 5. Índices de supervivencia de las personas afectadas por Ca de Mama. (Figura tomada de Marcos, A.2003.p.6)

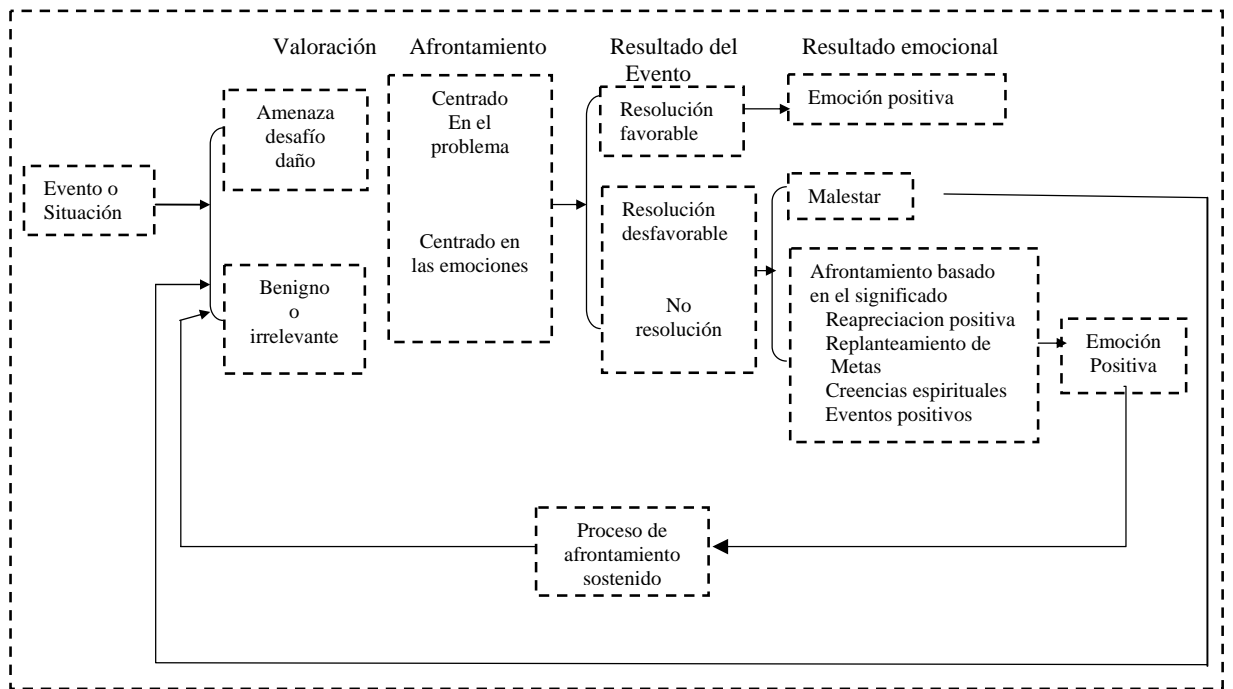


Figura 6. Modelo de Folkman, tomado del modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman. (Figura tomada de Holland, 2002).