

EFFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE
CANCER DE MAMA, COMO INFLUYE EL VINCULO DE PAREJA Y
CORRECTO AJUSTE PSICOLOGICO

Diana Pamela Florez Martínez

Diplomado en Psicología de la Salud

Universidad de la Sabana

Chia, Enero de 2007

Resumen

Efectos En La Calidad De Vida En Mujeres Diagnosticadas De Cáncer De Mama, Como Influye El Vínculo De Pareja Y Correcto Ajuste Psicológico. Por medio de la recopilación de una extensión de artículos de carácter científico, que permitió una actualización rigurosa, sobre lo que se ha investigado hasta el momento frente al tema expuesto, enfocándolo al análisis psicológico de la calidad de vida, pareja y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama. La influencia de los vínculos frente al afrontamiento y manejo de los cambios psicológicos. Por último se discutirá el impacto a nivel psicológico, la influencia que ejerce en su relación de pareja, proponiéndola como estrategia para el restablecimiento de un óptimo nivel de calidad de vida. Palabras clave: Calidad de vida, pareja, ajuste psicológico, cáncer de mama, red de apoyo.

Abstract

Effects In The Quality Of Life In Diagnosed Women Of Breast Cancer, The Influences In Couple Relations And Correct Psychological Adjustment. Through the summary of an extension of articles of scientific matters that allowed a rigorous upgrade, on what has been investigated so far in regards the topic in consideration, focusing it to the psychological analysis of the quality of couple life and psychological adjustment in women with breast cancer. The influence that couples make in front of the confrontation and handling of psychological changes. At last, this paper will discuss the impact at psychological level, the influence that exercises in its couple relationship, proposing it as strategy for the reestablishment of a good level of quality of life. Words key: Quality of life, couple, psychological adjustment, breast cancer, assistance network.

EFFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CANCER DE MAMA, COMO INFLUYE EL VINCULO DE PAREJA Y CORRECTO AJUSTE PSICOLOGICO

En el siguiente artículo se presentará una recopilación de trabajos de investigación afines al título, con el fin de establecer como se afecta la calidad de vida en mujeres que han sido diagnosticadas de cáncer de mama y han tenido que someterse a alguno de los diferentes tratamientos médicos existentes, con el fin de curarse a nivel físico, lo cual, por supuesto trae consigo diversas alteraciones a nivel psicosocial, en estas mujeres.

De igual forma, se discutirá y ampliara el efecto que tiene el apoyo de pareja para estas mujeres, frente al afrontamiento y manejo ante los cambios psicológicos que resultan de su experiencia como sobrevivientes al cáncer.

Se establecerá cuales son estos impactos a nivel psicológico, su influencia positiva o negativa con relación a su pareja, proponiéndola como estrategia para el restablecimiento de un óptimo nivel de calidad de vida.

Lo anterior será lo que se ampliara a continuación, tratando de poner al día lo que se ha investigado hasta el momento frente al tema.

Efectos Psicosociales Después del Diagnostico y/o tratamiento del Cáncer de Mama

Es de gran importancia delimitar inicialmente, la influencia que existe respecto al contexto social en la vida de mujeres con cáncer de mama, argumentando su gran efecto en el proceso de afrontamiento y rehabilitación.

Igualmente, “dada la elevada prevalencia de alteraciones psicopatológicas, existe una creciente necesidad de conocer los factores que influyen en la adaptación psicológica de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama” (Sánchez “y col”, 2002, p. 297).

Según Sánchez “y col” (2002):

Como la adaptación a la enfermedad es necesariamente un proceso dinámico, aquellas que son flexibles en sus esfuerzos se adaptan mejor. En contraste, las pacientes que tienen mayor riesgo de problemas psicológicos son las que adoptan una actitud pasiva, de indefensión, desesperanza, pesimismo en la

lucha contra su enfermedad y las que son rígidas en la aplicación de las estrategias y tienden al aislamiento social”

El apoyo social que la mujer experimente, va a predecir el efecto de acomodación al proceso, mejorando sus habilidades de afrontamiento (Bloom, 1982).

Como explica en su artículo (Bloom & Spiegel, 1984). Es interesante el mecanismo a través el apoyo social actúa como una fuente de resistencia para un individuo que atraviesa por una circunstancia estresante como lo es el cáncer de mama.

Este mecanismo es multidimensional ya que, el soporte emocional está sustentado no solo por la percepción interna que se tenga, sino además por el desempeño social existente, por lo tanto no solo se ve afectado por el funcionamiento social como tal, sino la percepción de este, en donde la familia es una fuente de mejoría y soporte al sentimiento interno de funcionamiento social (Bloom & Spiegel, 1984).

Estos datos explican el porqué del deterioro del soporte social durante el proceso de tratamiento al cáncer de mama, como resultado de las limitaciones impuestas por la enfermedad frente a su oportunidad de interacción social (Bloom & Spiegel, 1984).

Según la investigación realizada por (Kornblith y cols, 2001) existe un modelo aditivo de dos variables, eventos estresantes de vida y apoyo social, independientemente, que afectan significativamente el estado emocional de las pacientes. Por lo tanto, el nivel de soporte social ha de ser demasiado alto para reducir la probabilidad de que se presente una crisis psicológica severa.

En relación a lo anterior (Manning-Walsh, 2005a) afirma que el aporte social por parte de familiares y amigos ayudan a decrementar los efectos negativos de los síntomas que afectan la calidad de vida, en mujeres con cáncer de seno.

El ajuste social en mujeres con cáncer de mama, no solo es importante para un ajuste de las actividades normales en la vida de estas mujeres, después de ser diagnosticadas, sino el hecho de que si la enfermedad o su tratamiento altera en gran medida las actividades sociales, la paciente puede llegar a aislarse de sus redes sociales, se observó que el pesimismo tiene gran relación con esta actitud, con lo cual se infiere que la personalidad juega un rol importante en el proceso que toma lugar cuando se está en un tratamiento para mejorar la salud y bienestar, (Carver, Lehman & Antoni, 2003).

Con respecto a las variables psicológicas, se observó que el miedo al cáncer es la primera sensación en la mayoría de las mujeres, más que el miedo a perder un seno, (Fallowfield, Hall, Maguire & Baum, 1990)

Existen diferentes etapas, por las cuales atraviesan las mujeres que adquieren el cáncer de mama, se pueden denominar de la siguiente forma: primero es el momento en el que se vive el miedo de tener cáncer de mama, seguido de la confirmación del diagnóstico, tomado con shock y crisis existencial. Se piensa el futuro con incertidumbre, hay sentimientos de vulnerabilidad, desesperanza y ansiedad que algunas veces las hace tener depresión.

Un segundo momento es cuando atraviesan el tratamiento que las debilita por su carácter agresivo, dejándolas peor que al inicio. Sin energía, cansadas y con fatiga son unas de las cosas con las que han de vivir. Se considera que el apoyo de familiares es de gran importancia. Sin embargo algunas mujeres, no quieren hacerlos sufrir con su enfermedad, por lo tanto es un área la cual permanece confusa y ha de estudiarse más a fondo para entender las variables psicológicas más efectivas para promover una mejor salud para la paciente y sus allegados (Schmid-Buchi, Dassen & Halfens, 2005).

Por otro lado, se ha establecido una diferencia con respecto a los problemas psicosociales que presentan las mujeres jóvenes con cáncer de seno, por medio de encuestas a mujeres de 50 años o menores, por medio de un cuestionario estandarizado (CARES), arrojó como mayores problemas la menopausia prematura y aspectos en relación al embarazo. Frente a tener una mastectomía, se asoció con problemas de imagen personal e interés sexual, la quimioterapia se asoció con mayor disfunción a nivel sexual (Avis, Crawford & Manuel, 2004).

El tratamiento de radiación según estudios en las pacientes, genera a largo término pensamientos intrusivos de carácter inesperado con respecto al cáncer, más de un tercio presenta evocación de recuerdos del cáncer, en contraste a sentimientos positivos y optimistas. Siendo la fatiga el efecto secundario más frecuente, y como estrategias de afrontamiento, optan por tener comportamientos evitativos, de comparación, mantener la normalidad y búsqueda de información (Walker, Nail, Larsen, Magill & Schwartz, 1996).

Con respecto al estar bien informado por parte de las pacientes ha mostrado tener beneficios, ya que reduce la ansiedad provocada por la incertidumbre y miedos no reales. A pesar que, el estar bien informado no previene el mantenimiento de una

actitud desesperanzadora. Pero se ha visto que una paciente pobremente informada es más propensa a experimentar ansiedad (Fallowfiel, Baum & Maguire, 1987).

La experiencia del cáncer de mama puede traer consigo, un amplio rango de secuelas emocionales tanto como para la mujer afectada y su núcleo social. Por lo general estas mujeres, llevan una sobre carga emocional en silencio. Los médicos han de ser proactivos, asegurando una red de apoyo y cuidado a la paciente con cáncer de mama (Rabinowitz, 2002).

Según (Bloom & Kessler, 1994) contrario a la hipótesis del estigma del cáncer, mujeres con cáncer de mama, perciben tener mas soporte emocional, en ves de menos. El tipo de cirugía recibida no explica el nivel del soporte emocional, en cambio, apoyo en la hipótesis de actividad social fue encontrada. Los resultados indican que el cáncer de mama, no conlleva un estigma, por lo menos al nivel de reducir el nivel de soporte emocional en las mujeres.

Dada la complejidad de la experiencia por la cual atraviesan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, se sugiere, de forma muy general, según resultados de un estudio, la necesidad de enfatizar la importancia de mantener rutinas normales lo mas que se pueda y volver todo a la normalidad lo mas antes posible (Hilton, 1996).

Por ultimo, según Fallowfiel y Baum (1989), es importante enfatizar que la preservación del seno en mujeres con cáncer de mama no garantiza una protección ante problemas psicológicos y disfunción sexual. Pacientes que evitan la desfiguración o cirugía de mutilación, de todas formas siguen con la contemplación del hecho de poder seguir teniendo cáncer.

Calidad de Vida y Variables Asociadas en Mujeres con Cáncer de Mama

En un estudio descriptivo (Kessler, 2002), en un grupo voluntario de 148 mujeres, como resultados obtuvo que, a pesar del cáncer de mama, estas mujeres tenían pensamientos positivos, buena calidad de vida y satisfacción de vida. Las sobrevivientes estaban mas satisfechas con la vida, con respecto a las expectativas que otros pensaban que tendrían y esperaban que su satisfacción incrementara en el futuro.

En un estudio que se proponía comparar varias estrategias quirúrgicas para el tratamiento de cáncer, en términos de calidad de vida, cosmética y satisfacción del paciente (Nano, Gill, Kollias, Bochner, Málica & Winefield, 2005) se obtuvo que

mientras pequeñas diferencias se observaron frente a la calidad de vida, la imagen corporal mejoro con el uso de conservación y reconstrucción del seno. La mayor satisfacción se presento en el grupo de reconstrucción de seno, entre el grupo de conservación de seno y mastectomia.

En un estudio prospectivo realizado por (Pozo “y col”, 1992), se comparo dos procedimientos quirúrgicos, la mastectomia y la lumpectomia, considerándolos como predictores de ajuste en las pacientes. Los grupos quirúrgicos difirieron en el bienestar, solo en un aspecto, las mujeres que se sometieron a la lumpectomia reportaron una mayor calidad de vida sexual, a los seis y 12 meses después de la cirugía en comparación a las pacientes de mastectomia. Por lo tanto escoger entre los procedimientos quirúrgicos, será predictor de mayor nivel de satisfacción de vida a partir de los tres meses.

En un estudio similar (Schover, 1994), pero con un grupo de mujeres jóvenes se vio que el potencial mas devastador del cáncer de mama para esta mujeres fue su funcionamiento sexual y autoestima en mujeres pre- menopausia, siendo esto para estas jóvenes mujeres un efecto emocional severo en comparación a mujeres adultas. Se presentan miedos a un potencial infertilidad que afecta su auto imagen como personas sexuales en relación a una posible menopausia prematura. Hay evidencias de que la conservación del seno ofrece mayor protección psicológica a mujeres jóvenes.

Se administro a un grupo de 264 mujeres con cáncer de mama en etapa I-III, un cuestionario de evaluación de calidad de vida (QLQ-C30 Versión 2.0), tratando de investigar seis factores a largo termino. Mostrando que en esta etapa existe un menor impacto en la calidad de vida e imagen corporal, pero si mayor miedo a la recurrencia. No arrojando suficientes y relevantes aspectos de calidad de vida (Hartl “y cols”,2003).

Con respecto a la investigación realizada por (Rowland “y cols”,2000), mujeres que se someten a una lumpectomia, experimentan uno de los resultados mas positivos. Posteriormente del primer año después del diagnostico, la calidad de vida en las mujeres, es mas que todo influenciada por su edad o a la exposición a la radioterapia o quimioterapia, que por la cirugía de seno.

En la investigación de (Bertero, 2002), Los resultados fueron interpretados como tener afectado el auto respeto y la auto valía, los cuales fueron los aspectos mas importantes que estaban afectando la calidad de vida de las 1 mujeres

entrevistadas, la satisfacción del deseo, ser respetadas y amadas como las mujeres que son. Conceptos en relación a su calidad de vida parecieron maximizarse, cuando el tratamiento estuvo completo.

A pesar que las mujeres con cáncer de mama, menores de 45 años, ajusten sus vidas al acomodo de la radioterapia, la calidad de vida declina desde el comienzo de la radioterapia hasta el punto medio, con mejoras graduales, reportadas seis meses después. En conclusión estas mujeres experimentan cambios en su calidad de vida, cambios psicosociales, y adaptación a los efectos secundarios durante la radioterapia. (Dow, Lafferty, 2000).

Sobrevivientes de cáncer de mama, obtuvieron un máximo grado de recuperación física y psicológica del tratamiento del cáncer, después de un año de la cirugía. Una serie de aspectos de la calidad de vida y problemas de la rehabilitación empeoran en ese mismo tiempo. De todas formas, las sobrevivientes del cáncer de mama puntúan mas favorablemente su calidad de vida en comparación a otros pacientes con enfermedades crónicas, e identifican varios aspectos positivos de su experiencia con el cáncer, (Ganz “y col”, 1996).

Sin embargo, en un grupo de mujeres en fase de tratamiento III, 20 años después de recibir tratamiento de quimioterapia, se obtuvo que el impacto de la quimioterapia fue mínimo, sin embargo la prevalencia del síndrome de estrés post traumático en respuesta a haber tenido cáncer de seno, es un indicativo de una continua secuela psicológica, mucho tiempo después de haber completado el tratamiento, lo cual hace impreciso entender los efectos a largo tiempo, con lo cual se necesita hacer mayores estudios para poder concertar los índices de recurrencia y probabilidad de experimentar un síndrome por estrés post traumático, (Kornblith “y col”, 2003)

Una pobre calidad de vida, después de un año de haber realizado cirugía, en mujeres con cáncer de mama se vio asociado según (Shimozuma, Ganz, Petersen & Hirji, 1999) con una gran perturbación en el estado del animo e incomodidad con respecto a la imagen corporal un mes después de la cirugía, con aparición de nudos en la axila o incomodidades en esta misma área.

Se realizo un estudio para determinar la frecuencia de problemas sexuales y de imagen corporal en el primer mes después del tratamiento de cáncer de mama, en 546 mujeres (Fobair “y col” 2006), encontrando que la mitad de ellas experimentaban dos o mas problemas de imagen corporal en algunos momentos

(33%), sino todo el tiempo (17%). Los problemas sexuales mas presentados estaban asociados con la sequedad vaginal, pobre salud mental, estar casadas, dificultad de su pareja en entender sus sentimientos y mas que todo problemas de imagen corporal.

Sobrevivientes, encuentran ventaja en su enfermedad, altos niveles de desafío, moderados niveles de amenaza y bajos niveles de daño. Generalmente la calidad de vida se ha encontrado, que es moderada. Sobre todas las estrategias de afrontamiento, buscar apoyo social, era la mas usada y el afrontamiento por medio del confrontación, era el menos usado, (Wonghongkul, Dechaprom, Phumivichvate & Losawatkul, 2006).

Poco se sabe sobre los efectos de la lucha espiritual, como una estrategia de afrontamiento para una mejor calidad de vida y satisfacción de vida, según (Manning-Walsh, 2005b) la lucha espiritual, da voz al cuestionamiento en las mujeres, lo cual implica un nivel bajo de calidad de vida y satisfacción de vida. Por lo tanto para trabajar con una asistencia de lucha espiritual se necesita que esta promueva calidad de vida por encima de las dificultades que enfrentan debido a su enfermedad.

Sin embargo los resultados obtenidos por, (Bauer & Farran, 2005) arrojaron que las variables Psicológicas y espirituales estaban altamente correlacionadas, sugiriendo la integración funcional, en termino Psico-espiritual. Las intervenciones holísticas pueden facilitar el encuentro personal, conexión interpersonal y el vivir una vida con sentido, particularmente en pacientes vulnerables como lo son las mujeres con cáncer de mama que tienen hijos.

Por ultimo, cabe resaltar encerrando lo expuesto anteriormente, que mujeres con cáncer de seno pueden experimentar un rango de problemas de ajuste, en varios puntos en el ciclo de tratamientos. Intervenciones que pueden reducir el impacto negativo del tratamiento frente a la calidad de vida, necesita ser diseñado e integrado en la rutina de la practica clínica, (Arora “y cols”, 2001).

Pareja y sus Implicaciones en Mujeres con cáncer de Mama

El diagnostico del cáncer de mama, afecta el bienestar psicológico, tanto de los pacientes y sus parejas, y un efectivo afrontamiento ha sido sugerido como un proceso conjunto de mutuo soporte. Entrenar a parejas en contraste a el afrontamiento individual, ha sido mas efectivo en facilitar la adaptación al cáncer, (Scott, Halford, & Ward, 2004).

El amplio incremento del rango de mujeres con cáncer de mama, ha forzado más a los hombres a confrontar los desafíos de vivir con una pareja afligida por esta enfermedad. Por lo tanto Feldman & Broussard, (2005), quisieron establecer el impacto del soporte emocional mutuo, como es percibido por las parejas masculinas en su ajuste al diagnóstico y la enfermedad y en la interacción entre la percepción de su soporte emocional y sus estrategias de afrontamiento. El análisis reveló una significativa asociación entre la percepción de soporte emocional y estrategias de afrontamiento, y entre estilos de afrontamiento y la intrusividad de la enfermedad.

Además, un historial de depresión, predispone al hombre a un pobre ajuste y afecta sus modelos de afrontamiento, por lo tanto se ha de trabajar con ambos para desarrollar positivas estrategias de afrontamiento como pareja, (Feldman & Broussard, 2006).

La reacción de la pareja, influye en el ajuste de la mujer a los efectos del tratamiento, ya que este, entre uno de sus efectos secundarios, genera, en ella una disfunción sexual. Los resultados indican claramente que la expresión de apoyo y conexión, que ellas perciben por parte de sus parejas, influirán en el proceso de ajuste a la enfermedad. Esta percepción de que su pareja tiene un fuerte compromiso emocional en la relación, va a predecir el ajuste sexual, marital y emocional en la mujer. Por lo tanto, el sexo por sí mismo generalmente es menos importante que el hecho de tener una percepción de interés sexual por parte de su pareja, (Wimberly, Carver, Laurenceau, Harris, And Antoni, 2005).

Por otro lado, en relación al núcleo familiar, se obtuvo por medio de la investigación de Sánchez “y col” (2002), que una forma positiva para las pacientes es el poder por medio de la comunicación, expresar sus preocupaciones e ideas en referencia a la enfermedad, percibiendo esta actividad como apoyo social recibido. El núcleo social de las mujeres que tienen una evolución más prolongada de su enfermedad, se muestran menos dados a la comunicación, con el fin de no generar pesimismo, lo cual genera en la paciente aislamiento y menos progreso de ajuste psicológico, por lo tanto es importante dar apoyo psicológico a estas mujeres para la ventilación de emociones sin importar lo avanzado que este su cáncer.

Hilton, (1996) Describió el proceso de ajuste y normalización de las familias, de mujeres en etapas iniciales de cáncer de seno, encontrando que las familias que se ajustaban más fácilmente, veían los cambios desde normales a temporarios, eran flexibles, se percibían a ellos normalmente dada las demandas de su situación,

compartían una forma similar de ver las cosas, experimentaban menos, mayor interrupción o intrusividad de los tratamientos y sus efectos secundarios y hacían uso de unas apropiadas estrategias para volver a la normalidad.

En un estudio longitudinal, (Segrin, Badger, Dorros, Meek, & Lopez, 2006), se determinó la extensión de la interdependencia en la ansiedad existente, entre parejas, en donde una de ellas estaba atravesando el tratamiento de cáncer de seno, etapa I-III. Las percepciones de la calidad de la relación, mitigó la ansiedad en las dos personas que componían la pareja. Los resultados enfatizaron los beneficios de tener una pareja que fuera capaz de afrontar, él mismo, o de poder recibir ayuda para afrontar las dificultades de los dos, así como la mujer afrontaba el estrés del cáncer de seno y su tratamiento.

Otro estudio, realizado por (Manne, “y col”, 2006), correlacionó la asociación entre tres tipos de estrategias de comunicación; Comunicación mutua constructiva, evitación mutua, y comunicación ausente de demandas para resolver estresores que experimenten durante y después del tratamiento de cáncer de mama, estresores psicológicos y de satisfacción en la relación, esto junto a sus parejas. La comunicación mutua constructiva estuvo asociada con menos estrés y mayor satisfacción de pareja, tanto como para la paciente y su pareja, comunicación ausente de demandas afecto ambas áreas mientras la comunicación de evitación mutua se asoció con alto estrés pero no con la satisfacción de pareja. Las pacientes asociaron estas variables a la satisfacción marital, por lo tanto es importante seguir con estudios que entrenen en habilidades de comunicación.

Mester “y col”, (2000), afirma que los pacientes que perciben su comunicación sobre el cáncer, como una muy abierta, muestran unos resultados de rehabilitación más positivos, especialmente a las trece semanas después del tratamiento, ya que experimentan menos incertidumbre, menos sentimientos negativos, más control, más autoestima, menores consecuencias físicas y psicológicas. Adicionalmente una comunicación más abierta está relacionada a un mayor apoyo y discusión por parte de su pareja y familia.

El interés del estudio hecho por (Normand, Lasry, Margolese, Perry, & Fleiszer, 2004), fue el de estudiar la comunicación en las parejas, su frecuencia y conexión con la sintomatología depresiva. La comunicación marital se obtuvo por medio de tres escalas: frecuencia de la comunicación general, frecuencia de la comunicación acerca del cáncer y la satisfacción con la comunicación. Los

resultados mostraron que un menor grado de comunicación estaba asociado con mayores niveles de depresión. El tener un nivel promedio de comunicación sobre cáncer, clínicamente es considerado como un riesgo a la depresión, mientras que, si se hace, genera efectos positivos. Sin embargo una dirección de causalidad entre la frecuencia de comunicación marital y la sintomatología depresiva, no se puede establecer en base a este estudio.

Se examino el estado de animo en pacientes con cáncer de mama, en relación a tener pareja, calidad en las relaciones y afrontamiento de la pareja, en la investigación realizada por (Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel & Spiegel, 2000) en donde se encontró que mujeres soltera y con pareja se encontraban indistinguiblemente alteración de sus estado de animo. Se vio además que las mujeres presentaban menos alteraciones en su estado de ánimo al describir en sus relaciones un alto grado de cohesión y cuando sus parejas reportaban un bajo grado de inadecuación. Por ultimo las mujeres se benefician cuando hay un abierto compromiso ante los conflictos y dificultades.

Para mujeres adultas mayores, con cáncer de seno, tanto como sus parejas, como sus hijos mayores son importantes fuentes de soporte y su ajuste afecta la salud mental de estas mujeres. Ambas fuentes de soporte son importantes y su ajuste genera impacto en la salud mental de las mujeres. Se observo, que para los grupos raciales o étnicos minoritarios, el soporte y ajuste por parte de sus hijos mayores cobraba gran importancia, sugiriendo la importancia tener una sensibilidad cultural por parte de los clínicos, ya que estos pasan por alto en ocasiones preguntar a por las personas significativas para la paciente y como estas están afrontando y dando apoyo, (Maly, Umezawa, Leake, & Silliman, 2005).

Se ha encontrado que existe una gran correlación entre los rangos obtenidos por pacientes y sus parejas, de comportamiento de no apoyo, lo cual predijo un mayor afrontamiento evitativo y molestia, por ambas partes. Los efectos a largo termino que han sido resaltados con respecto al comportamiento de no apoyo por parte de las parejas, es el deterioro que causan en la calidad de vida en mujeres en las primeras etapas del cáncer de mama, (Manne, Ostroff, Winkel, Grana, & Fox, 2005a).

Se examino la eficacia de una intervención de grupo basado en la pareja en base a la adaptación psicológica en mujeres en primeras etapas de cáncer de seno. Los resultados del análisis arrojaron que las participantes asignadas al grupo de parejas, reportaron menos síntomas depresivos. Las mujeres que habían calificado a

su pareja de ser de muy poco apoyo, se beneficiaron más que lo que fue la intervención en mujeres con parejas que más las apoyaban, además se beneficiaron las mujeres con mayor deterioro físico. Análisis de sus grupos indicaron que las mujeres que asistieron a las sesiones reportaron significativamente menos malestares psicológicos, que las mujeres que recibieron el cuidado usual o las que desertaron de la intervención, (Manne “ y col”, 2005b).

Ben-Zur, Gilbard & Lev, (2001), estudiaron la forma de afrontar por parte de la paciente, el esposo y modelos de pareja, las dificultades del cáncer de mama. El malestar psicológico, de las pacientes era mayor que la de los esposos, pero un mismo nivel de ajuste psicosocial fue reportado. Las pacientes usaron más estrategias que consistían en un afrontamiento de enfoque del problema en comparación los esposos. El uso de la estrategia de afrontamiento de focalización de la emoción, que incluía ventilación y estrategias de evitación, estaban altamente en relación a un malestar psicológico y pobre ajuste por parte de la paciente, se relacionó al uso de la estrategia de focalización emocional y malestar psicológico por parte de los esposos, al igual que los modelos de pareja. Enfatizando en la importancia de estos factores de afrontamiento por parte de sus esposos y modelos de pareja, para el ajuste de estas mujeres al cáncer de seno.

En otro estudio, se hizo una exploración frente al ajuste que presentan esposos y esposas al cáncer de seno Walker, (1997), encontró con respecto a la relación marital, miedo de recurrencia y malestar emocional en mujeres que habían sido tratadas hace tres años, junto a sus esposos. Se obtuvo que, existía un mayor miedo de recurrencia en mujeres jóvenes; Que existía una significativa alteración emocional en un pequeño grupo de esposos; La demostración de un mecanismo de compensación por parte de uno de los esposos cuando el otro experimentaba elevado miedo de recurrencia o malestar emocional. Por último un acrecentado miedo de recurrencia asociado con una amplia comunicación acerca de la enfermedad. Se recomienda en futuras investigaciones determinar los efectos de la comunicación entre esposos, pudiendo usarse para resolver problemas o ser una forma de expresar el malestar emocional.

De igual forma, Laurenceau, Troy & Carver, (2005), sustentaron una perspectiva que tiene un doble proceso entre los sentimientos de (percepción de un acercamiento beneficioso de intimidad y evasión de conflictos) en relaciones de pareja románticas que sugiere que el incremento de sentimientos positivos en

relaciones cercanas dependen de reforzar la intimidad, y no del hecho de reducir los conflictos.

Janne “y col” (2001), trabajaron en base a la hipótesis de que existen algunas características de personalidad inherentes al individuo que sufre de cáncer de mama. Se comparo tres grupos de mujeres, uno con 51 mujeres con una patología mamaria maligna, 71 con patología mamaria benigna y un grupo control de 30 mujeres. Se usaron unos cuestionarios en relación a locus de control, círculo de familia más cercano y pareja. Los resultados indicaron que las mujeres que sufrían de cáncer de mama tienen un bajo locus de control interno, ya que consideraban que su salud dependía del factor “suerte” aspirando a tener una menos cohesión y por lo tanto presentaban gran distanciamiento, entre su pareja y familia.

Dorval “y col”, (2005) según su estudio, obtuvieron que el cáncer de mama puede ser una experiencia de crecimiento para las parejas, bajo ciertas condiciones. Se observo en un grupo de 282 parejas, que el 42 % afirmaron que el cáncer de seno los acerco, 6% uno de los dos reportaron sentir distanciamiento, y menos del 1% de las parejas, reportaron los dos sentir distanciamiento. Después de tomar en cuenta las características de la enfermedad y el tratamiento, los esposos reportaron a las pacientes como sus confidentes, pedían consejos por parte de ellas las dos primeras semanas sobre la forma de afrontar el cáncer de seno, las acompañaron a la cirugía, las pacientes percibieron mayor afecto por parte de sus esposos tres meses desde haber sido diagnosticadas, lo cual predice que la enfermedad los hizo estar mas juntos.

Un estudio realizado por (Chamberlain, Tulman, Coleman, Stewart & Samarel, 2006) quiso determinar la percepción de efectividad que tiene el recibir soporte por medio del teléfono. Se hizo un estudio en dos grupos de mujeres con cáncer de seno; Un grupo recibió material educativo y soporte telefónico por medio de enfermeras oncólogas, y el otro grupo, solo recibió material educativo, se obtuvo que las mujeres que recibieron soporte telefónico durante un año, en adición a material educativo, reportaron haber mejorado su actitud con respecto a su cáncer de mama y mejoraron sus relaciones con las personas mas significantes para ellas. Las mujeres de los dos grupos en general reportaron, que al haber sido diagnosticadas de cáncer, hizo que reflexionaran sobre su vida e hicieran cambio en sus relaciones y actividades.

CONCLUSIONES

Finalizada la revisión de los trabajos investigativos con respecto a las variables asociadas al cáncer de mama, como la calidad de vida, el apoyo por parte de la pareja y el ajuste psicológico, se establecieron claras evidencias, que se expondrán a continuación.

Se puede concluir, que hay un gran campo, para el desarrollo del trabajo e investigación, por parte de la psicología de la salud, frente a la calidad de vida, pareja y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de mama, en donde es pertinente llevar a cavo terapias de pareja, ya que la evidencia nos muestra que una intervención sin apoyo de esta, no presenta gran impacto para las pacientes con cáncer de seno.

Se ha observado una fuerte influencia en las mujeres con cáncer de mama, por parte no solo de la relaciones de pareja, sino también las familiares, por lo tanto el psicólogo ha de intervenir y establecer, que estas mujeres tengan un alto grado de satisfacción y calidad en el establecimiento de sus vínculos mas cercanos, ya que estos las acompañaran a través del tratamiento y recuperación, estos vínculos han de ser adecuados y no conllevar a un inadecuado ajuste psicológico y poco aderimiento al tratamiento

De igual forma, el trabajo grupal con parejas es un espacio ideal para el afianzamiento de estrategias que el psicólogo clínico conoce y puede transmitir, como lo son los diferentes tipos de habilidades de afrontamiento, comunicación asertiva y ventilación de emociones, entre muchos otros. Por lo tanto es de gran importancia llevar a cabo este tipo de intervención ya que reduce significativamente los problemas a nivel psicológico, aumentando el estilo de vida en las mujeres y parejas que atraviesan por el tratamiento de cáncer de mama.

Es necesario que en todos los casos, independientemente de la etapa en la que se encuentre la mujer con cáncer de mama, se ofrezca apoyo psicosocial, a si se hallan agotado las posibilidades de un tratamiento exitoso. Además en caso de presentarse algún trastorno crónico se debe aplicar una terapia psicológica y/o psiquiatrica.

Según las investigaciones, es clara la presencia de un deterioro físico y mental, en las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, ocasionándoles indiscutiblemente, síntomas psicológicos que inciden directamente en sus vidas, en lo personal y social. Por lo tanto se necesita gran apoyo por parte del personal medico y psicológico. El clínico ha de establecer los síntomas psicológicos asociados

a la condición física, para generar líneas de intervención, como lo son terapias individuales, terapias de pareja, terapias grupales con pareja y grupos de apoyo en donde se proporcione información a la paciente y cuidadores (pareja o familia). Esto debe llevarse paralelamente con el proceso del tratamiento médico, con la finalidad de ofrecerles una mejor calidad de vida a las pacientes y su núcleo familiar.

Es de gran importancia, dar asesoría frente al cáncer de mama, para que las mujeres y sus parejas entiendan las dificultades por las cuales atraviesan, que tengan la posibilidad cada una de estas mujeres, de recibir apoyo para restablecer sus actividades normales, ayudarle a que sean menos incómodas las experiencias por las cuales atraviesa su cuerpo, con el fin de reforzar una buena auto imagen y percepción general de ser mujer. Dado a dificultades como la infertilidad, pérdida, en algunos casos del seno y menopausia temprana entre otros.

Existe gran material de evaluación, como cuestionarios, que se usan para determinar en porcentajes las áreas más deterioradas o que generan dificultad en mujeres que están atravesando por el tratamiento de cáncer de mama, como por ejemplo, el MAC (ajuste mental a la enfermedad), escalas de autoeficacia, escala de competencia personal, escala H.A.D, escala POMS, cuestionario sobre calidad de vida para mujeres con cáncer de mama EORTC, entre muchos otros, los cuales el psicólogo de la salud usará para delimitar su línea de trabajo con cada paciente, con el fin de tener mayor precisión en su diagnóstico.

Las investigaciones y estudios, en el campo clínico, en gran parte, como conclusiones y recomendaciones hace un llamado al área de enfermería, frente a la importancia de tener presente las necesidades personales, emocionales y sociales a parte de las físicas de las pacientes con cáncer de seno, lo cual no es impertinente, pero resalta para los psicólogos que trabajan en el campo de la salud, su línea de trabajo e interés, al observar y diagnosticar las necesidades psicológicas de estas mujeres, para asegurar la existencia de una red de apoyo, o en caso de no existir, proporcionarla por medio de grupos de apoyo.

Por último, frente al tema de la relación entre las mujeres con cáncer de seno y sus parejas, existen grandes vacíos tanto teóricos como empíricos, es necesario realizar estudios bajo una línea más rigurosa y no solo descriptiva, para obtener una causalidad más directa y que las observaciones que se realicen sean menos imprecisas para establecer mejores planes de intervención. Es un área que necesita de mucho trabajo investigativo ya que estas mujeres no atraviesan por la enfermedad

solas, la mayoría de casos, por lo tanto el apoyo de la red social ha de plantearse extensamente y seguir cada vez siendo más apoyado por parte del psicólogo de la salud, ya que es un campo muy amplio para la aplicación de las habilidades que este posee.

Referencias

- Arora, N.K., Gustafson, D.H., Hawkins, R.P., McTavish, F., Cella, D.F., Pingree, S., Mendenhall, J.H., & Mahvi, D.M. (2001). Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Center for Health Systems Research and Analysis, University of Wisconsin, Madison, USA*. Pps 1288-98
- Avis, N.E., Crawford, S & Manuel J (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Department of Public Health Sciences, Wake Forest University School of Medicine, Piedmont Plaza II-2nd floor, Winston-Salem, NC 27157-1063, USA*. 295-308.
- Baucom, D.H., Porter, L.S., Kirby, J.S., Gremore, T.M & Keffe, F.J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Department of Psychology, University of North Carolina- Chapel Hill, 27599, USA*. 103-13.
- Bauer-Wu, S & Farran, C.J. (2005) Meaning in life and psycho-spiritual functioning: a comparison of breast cancer survivors and healthy women. *Phyllis F. Cantor Center for Research in Nursing and Patient Care, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, Massachusetts 02115, USA*. 172-90.
- Ben-Zur, H., Gilbard, O & Lev, S. (2001). Coping with breast cancer: patient, spouse, and dyad models. *School of Social Work, University of Haifa, Israel*. 32-9.
- Bertero, C.M. (2002). Affected self-respect and self-value: the impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL. *Department of Nursing Science, University College of Health Sciences, Jonkoping, Sweden*.):356-64.
- Bloom, J.R & Kessler L. (1994). Emotional support following cancer: a test of the

stigma and social activity hypotheses. *School of Public Health, University of California, Berkeley 94720*. 118-33

- Bloom, J.R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. *Pub Med*. Disponible en red: [www. pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)
- Bloom, J:R & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Pub Med*. Disponible en red: www. pubmed.gov
- Carver, C.S., Lehman, J.M.,&Antoni, M.H. (2003). Dispositional Pessimism Predicts Illness-Related Disruption of Social and Recreational Activities Among Breast Cancer Patients. *Journal of Personality and Social Psychology*.Vol. 84, No. 4, 813–821.
- Chamberlain, W.M, Tulman, L, Coleman, E.A, Stewart,C.B & Samarel, N. (2006). Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. *Department of Adult Health Nursing in the School of Nursing in the College of Health and Human Services at the University of North Carolina in Charlotte, USA*. 138-44.
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Masse, B., Falardeau, M., Robidoux, A., Deschenes, L., & Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Unite de recherche en sante des populations, Centre de recherche du Centre Hospitalier Affile Universitaire de Quebec, QC, Canada*. 3588-96.
- Dow, K.H & Lafferty, P. (2000). Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy. *School of Nursing, College of Health and Public Affairs, University of Central Florida, Orlando, USA*. 1555-64.

- Fallowfield, L.J & Baum, M. (1989). Psychological welfare of patients with breast cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Volume 82. pps 4-5.
- Fallowfield, L.J., Baum, M & Maguire, G.P. (1987). Addressing the psychological needs of the conservatively treated breast cancer patient: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Volume 80.pps.696-700.
- Fallowfield, L.J., Hall,A ., Maguire, G.P & Baum M.(1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *Academic Department of Psychiatry, London Hospital Medical College*. 575–580
- Feldman, B & Broussard, C.A. (2005). The Influence of relational factors on men's adjustment to their partners' newly-diagnosed breast cancer. *On-Site Academy, PO Box 1031, Gardner, MA 01440, USA*. 23-43.
- Feldman, B.N & Broussard, C.A. (2006). Men's adjustment to their partners' breast cancer: a dyadic coping perspective. *On-Site Academy, Gardner, MA 01440, USA*. 117-27.
- Fobair, P., Stewart, SL., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P.J., Bloom, J.R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Stanford University, USA*. 579-94.
- Ganz, P.A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M.L., Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Division of Cancer Prevention and Control Research, Jonsson Comprehensive Cancer Center, University of California at Los Angeles, USA*. 183-99.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D & Spiegel. (2000). Quality

of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. .

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, California, USA. 251-66.

Hartl, K., Janni, W., Kastner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B., Stauber, M. (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Frauenklinik, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universitat Munchen, Munich, Germany. 1064-71.*

Hilton, B.A. (1996). Getting back to normal: the family experience during early stage breast cancer. *University of British Columbia School of Nursing in Vancouver, Canada. 605-14.*

Janne, P., Tordeurs, D., Michaux, G., Ghislain, M.C., Mazy, S., De Wispelaere, J.F., & Reynaert, C. (2001). Breast cancer and its psychological approach: family, others, chance and...me. *Faculte de psychologie et des sciences de l'education, universite catholique de Louvain, Belgique. 28-33.*

Katz, C., Bosch, G & Herzog, R.E. (1998). Group-therapy of couples after breast cancer diagnosis: experimental pilot study. *Abteilung fur Gynakologie und Geburtshilfe, Evangelisches Krankenhaus, Bonn, Germany. 2267-9.*

Kessler, T.A. (2002). Contextual variables, emotional state, and current and expected quality of life in breast cancer survivors. *College of Nursing, Valparaiso University, Indiana, USA. 1109-16.*

Kornblith, A.B., Herndon, J.E 2nd., Zuckerman, E., Viscoli, C.M., Horwitz, R.I., Cooper, M.R., Harris, L., Tkaczuk, K.H., Perry, M.C., Budman, D., Norton, L.C., Holland, J. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Department of*

Psychiatry and Behavioral Sciences, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, New York, USA. 443-54.

Kornblith, A.B., Herndon, J.E. 2nd., Weiss, R.B., Zhang, C., Zuckerman, E.L., Rosenberg, S., Mertz, M., Payne, D., Jane Massie, M., Holland, J.F., Wingate, P., Norton, L., Holland, J.C. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Department of Adult Oncology, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, Massachusetts 02115, USA. 679-89.*

Laurenceau, J.P., Trov, A.B & Carver, C.S. (2005). Two distinct emotional experiences in romantic relationships: effects of perceptions regarding approach of intimacy and avoidance of conflict. *Department of Psychology, University of Miami, Coral gables, FL 33124-0751, USA. 1123-33.*

Maly, R.C., Umezawa, Y., Leake, B & Silliman, R.A. (2005). Mental health outcomes in older women with breast cancer: impact of perceived family support and adjustment. *Department of Family Medicine, David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, CA 90024-2933, USA. 535-45.*

Manne, S.L., Ostroff, J.S., Norton, T.R., Fox, K., Goldstein, L., Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Fox Chase Cancer Center, 333 Cottman Avenue, Philadelphia, PA 19111, USA. 234-47.*

Manne, S.L., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G., Fox, K. (2005). Couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer. *Population Science Division, Fox Chase Cancer Center, Philadelphia, PA 19111, USA. 634-46.*

- Manne, S.L., Ostroff, J., Winkel, G., Grana, G & Fox, K. (2005). Partner unsupportive responses, avoidant coping, and distress among women with early stage breast cancer: patient and partner perspectives. *Population Science Division, Fox Chase Cancer Center, Philadelphia, PA 19111, USA.* 635-41.
- Manning, W.J (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Western Michigan University, Bronson school of Nursing, Kalamazoo, MI, USA.* 482-93
- Manning, W.J (2005). Spiritual struggle: effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. *Bronson School of Nursing, Western Michigan University, Kalamazoo, Michigan, USA.* 120-40.
- Mesters, I., Van den Borne, H., Mc Cormick, L., Pruvn, J., De Boer, M & Imbos, T. (1997). Openness to discuss cancer in the nuclear family: scale, development, and validation. *Faculty of Health Sciences, Department of Health Education, University of Limburg, The Netherlands.* 269-79.
- Nano, M.T., Gill, P.G., Kollias, J., Bochner, M.A., Malycha, P& Winefield HR. (2005). Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *Adelaide University, Division of Medicine, Department of Surgery, South Australia, Australia.* 940-7.
- Normand, J., Lasry, J.C., Margolese, R.G., Perry, J.C., Fleiszer, D. (2004). Marital communication and depressive symptoms in couples in which the woman has cancer of the breast. *Hospital general juif, departement de psychiatrie et Universite de Montreal.* 193-9.
- Pozo, C., Carver, C.S., Noriega, V., Harris, S.D., Robinson, D.S., Ketcham, A.S., Legaspi, A., Moffat, F.L Jr., Clark, K.C.(1992). Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: a prospective study of

the first year postsurgery. *Department of Neurology, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY.* 1292-8.

Rabinowitz, B. (2002). Psychosocial issues in breast cancer. *Department of Oncology Services, Meridian Health System, Wall, New Jersey, USA.* 233-47.

Rowland, J.H., Desmond, K.A., Meyerowitz, B.E., Belin, T.R., Wyatt, G.E., Ganz, P.A. (2000). Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Office of Cancer Survivorship, Division of Cancer Control and Population Sciences, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD 20892, USA.* 1422-9.

Sanchez, N., Andres, S., Peri, J.M., Salamero, M. (2002). Influencia de la comunicación en el núcleo familiar y las estrategias de afrontamiento sobre el apoyo social percibido y la adaptación psicológica en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 296-300.

Scoot, J.L., Halford, W.K & Ward, B.G. (2004). United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *Queensland Cancer Fund-Griffith University Cancer Support Centre, Griffith University, Mt. Gravatt Campus, Nathan, Brisbane, Queensland 4111, Australia.* 1122-35.

Schimoizuma, K., Ganz, P.A., Peerson, L & Hirji, K. (1999). Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation needs and patterns of recovery. *Department of Surgery, Kawasaki Medical School, Kurashiki-City, Japan.* 45-57.

- Schmid-Buchi, S., Dassen, T & Halfens, R.J. (2005). Experiencing the disease of breast cancer and getting life under control again. *Zentrum fur Entwicklung und Forschung Pflege, Universitats Spital Zurich, Zurich, Schweiz.*. 345-52.
- Schover, L.R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Department of Urology, The Cleveland Clinic Foundation, OH 44195-5041.* 177-82.
- "Segrin, C., Badger, T., Dorros, S.M., Meek, P & Lopez, A.M (2006) Interdependent anxiety and psychological distress in women with breast cancer and their partners. *Department of Communication, University of Arizona, Tucson, AZ 85721, USA.*
- Sutton, L.B & Erlen, J.A (2006). Effects of mutual dyad support on quality of life in women with breast cancer. *College of Nursing, Health Science Center, University of Florida, PO Box 100187, Gainesville, FL 32610-0187, USA.* 488-98.
- Walker, B.L. (1997). Adjustment of husbands and wives to breast cancer. *University of Utah, College of Nursing, Salt Lake City 84109, USA.* 92-8.
- Walker, B.L., Nail, L.M., Larsen, L., Magill & Schwartz, A. (1996). Concerns, affect, and cognitive disruption following completion of radiation treatment for localized breast or prostate cancer. *University of Utah College of Nursing, Salt Lake City, USA.* 1181-7.
- Wimberly, S.R., Carver, C.S., Laurenceau, J., Harris, S.D., And Antoni, M.H. (2005). Perceived Partner Reactions to Diagnosis and Treatment of Breast Cancer: Impact on Psychosocial and Psychosexual Adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 73, No. 2, 300–311.*

Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuyate. L & Losawatkul, S (2006).

Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors.

Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand. 250-7.