

ANEXO RESOLUCIÓN DE SECRETARÍA ACADÉMICA

Formulario para la elaboración de resúmenes de tesis/trabajos finales.

Título: Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama Mastectomizadas, en Tratamiento Quimioterapico. Caso Rosaura

Autor: Rocío Noelia Rodríguez

Director: Lic. Mirta Di Pretoro

Fecha: Noviembre 2013

Palabras claves: Psicooncología, Cáncer, Cáncer de Mama, Calidad de Vida, Mastectomía, Reseña Histórica, Afectación, Opciones Quirúrgicas, Imagen Corporal, Duelos, Calidad de Muerte.

1. Introducción

El presente Trabajo Integrativo Final corresponde a la Carrera de Especialización en Psico – Oncología de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

En él se aborda, a través de un estudio de caso, cómo se ve afectada la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, mastectomizadas y en tratamiento quimioterapéutico.

Con este fin se analiza el caso clínico de una mujer de 57 años de edad, con cáncer de mama (carcinoma lobulillar infiltrante), estadio III, a la que se le efectúa una mastectomía izquierda, y que posteriormente, inicia quimioterapia.

El estar enfermo de cáncer afecta a la persona en diferentes dimensiones: biológica, psicológica y social, entre otras, ya que se trata de una patología que pone en riesgo la integridad personal. Por consiguiente, un tema importante a tener en cuenta es la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

La temática es escogida por razones personales, enormemente movilizante, en lo que a emociones implica. La primera de ellas, por haber vivenciado y acompañado a un ser querido en el proceso de su enfermedad hasta la muerte. La segunda razón emerge tras realizar una pasantía con el equipo de Psico - Oncología en el Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, ubicado en el barrio de Flores, al mantener allí contacto con

diferentes profesionales y pacientes del área de oncología. Finalmente, la tercera razón, se origina en el temor que produce esta patología, y la angustia que genera el saber que le podría suceder a cualquier persona, como seres finitos y vulnerables, sin ningún tipo de distinción de raza, sexo o edad.

Al tratarse de una temática considerada de suma importancia, ésta sigue siendo investigada por diversos autores. Por esta razón este tópico puede abrir un debate e invitar a reflexionar acerca de cuál es el lugar que debe ocupar el psicooncólogo frente a la calidad de vida de cada paciente, teniendo siempre en cuenta las particularidades de cada uno. Esto ayudaría a mejorar la atención clínica e interdisciplinaria que se le puede brindar al enfermo, así como también a sus seres queridos.

En el primer capítulo se despliegan conceptos como el surgimiento de la Psico – Oncología, conceptos generales sobre cáncer, cáncer de mama, su definición y tratamiento, conceptos generales sobre calidad de vida y su caracterización en mujeres con cáncer de mama, definición y explicación de la mastectomía junto con una breve reseña histórica y opciones quirúrgicas, la definición de imagen corporal y por último, algunos conceptos relacionados a la calidad de vida y la calidad de muerte.

En el segundo capítulo, se realiza el Planteo del Problema.

En el tercero se presentan los Objetivos Generales y Específicos que guían el estudio de caso.

En el cuarto capítulo se describen los Aspectos Metodológicos del trabajo, los criterios de selección del caso clínico y las técnicas de recolección de datos utilizadas.

En el quinto capítulo se lleva a cabo la Presentación del Caso Clínico seleccionado y se grafica el genograma familiar, el cual brinda una mayor claridad a la caracterización y análisis del caso.

Posteriormente se plasman la Descripción y el Análisis, donde se transcriben fragmentos de entrevistas que se consideran relevantes para el estudio.

Finalmente el lector se encontrará con las Conclusiones Generales, donde se realiza un cierre del trabajo, y seguidamente, se presentan las Referencias Bibliográficas.

El estar enfermo de cáncer afecta a la persona en diferentes dimensiones: biológica, psicológica y social, entre otras, ya que se trata de una patología que pone en riesgo la integridad personal. Por consiguiente, un tema importante a tener en cuenta es la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

Esta es una temática muy estudiada y que actualmente se sigue debatiendo. Es la musa inspiradora de grandes trabajos, ya que en los tiempos que corren, no sólo se busca la curación del paciente, sino que además, se intenta lograr la mejor calidad de vida que sea posible, en cada caso.

Las mujeres con cáncer de mama son objeto de incansable estudio, ya que como ellas mismas lo demuestran, la calidad de vida se ve modificada por las cirugías, en algunos casos mutilantes, y por los diferentes tratamientos que se les aplican, sin tener en cuenta muchas veces la relación costo - beneficio. Por esta razón la pregunta - problema que guía este estudio de caso es: *¿cómo se ve afectada la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, en tratamiento quimioterapéutico?*

El presente escrito tiene como objetivo general: Caracterizar cómo se ve afectada la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, por la enfermedad y sus tratamientos.

Los objetivos Específicos son: Describir cómo se afectan las relaciones sociales, actividades laborales y cotidianas en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas.

Determinar cómo se afecta el estado físico, psicológico, emocional y espiritual en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas.

Por una parte este trabajo tiene como propósito responder a la pregunta-problema y también invita a una reflexión que llevará, en el mejor de los casos, a plantear cuestiones que se irán despejando en el desempeño profesional.

Este tópico puede abrir un debate e invitar a reflexionar acerca de cuál es el lugar que debe ocupar el psicooncólogo frente a la calidad de vida de cada paciente, teniendo siempre en cuenta las particularidades de cada uno. Esto ayudaría a mejorar la atención clínica e interdisciplinaria que se le puede brindar al enfermo, así como también a sus seres queridos.

2. Antecedentes y Planteo teórico

Es importante para este trabajo desarrollar brevemente los conceptos referidos a continuación:

Die Trill (2003) define la Psico – Oncología como una sub-especialidad de la Psicología, de carácter interdisciplinario que se ocupa de las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, sus familias y el equipo tratante.

Middleton (2002) presenta dos enfoques de acción de la Psico – Oncología, que se describen en forma separada, en este trabajo, para facilitar su presentación:

El primero en consolidarse es el *enfoque reactivo* que coloca su atención en brindar apoyo de la mejor manera posible para poder sobrellevar la enfermedad.

El campo de acción de la Psico – Oncología reactiva es enorme y permite al psico – oncólogo apoyar al paciente de cáncer desde su diagnóstico hasta su recuperación o muerte, a la familia durante todo este proceso, acompañándola si es necesario en la elaboración del duelo, y al equipo oncológico, permitiéndole una mayor coordinación e integración.

El segundo *enfoque*, es el *proactivo* que se centra en los mecanismos psicológicos de la persona que actualmente presenta la enfermedad.

El trabajo en el ámbito proactivo no es fácil, porque muchas veces el paciente siente que está haciendo todo para sanarse y, sin embargo, no avanza en su recuperación, o lo que es peor, su enfermedad es cada vez más grave. En estos casos la labor debe ser apoyadora e impulsora de cambios más radicales, lo que muchas veces es resistido, especialmente por su falta de energía.

En este contexto, es imprescindible hacer mención al concepto de Cáncer:

Según el *Manual de Psico - Oncología* de Die Trill (2003) el cáncer es un grupo de enfermedades, algunas distintas entre sí y otras similares, que tienen en común el que se inician por la transformación de una célula o grupo de células que evolucionan, aunque no todas, de forma polifacética para formar un tumor, el cual crece de forma indefinida, invade los tejidos u órganos vecinos y es capaz de dar metástasis hasta su diseminación y la muerte del paciente, si no ha habido ningún tratamiento efectivo.

Según lo menciona la American Cancer Society (2013) el crecimiento de las células cancerosas es distinto al crecimiento de las células normales.

Las células cancerosas, en lugar de morir, siguen creciendo y forman nuevas células anormales, que se reproducen incontrolablemente hasta incluso invadir otros tejidos.

Para ser aun más específicos en lo que a la temática se refiere, el Cáncer de Mama se define como:

El cáncer de seno (mama) es un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pudiera crecer hacia (invadir) los tejidos circundantes o propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo.

Esta enfermedad ocurre casi por completo en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer. (American Cancer Society, 2010).

En relación a los tratamientos la autora Vidal y Benito (2008) refiere que lo que habitualmente se denomina tratamiento del cáncer, en realidad es un conjunto de terapéuticas muy diversas que pueden llegar a provocar perturbaciones en el aparato psíquico de la persona a la cual se la aplican.

El tratamiento que se elige en primer término, en la mayoría de los casos, es la cirugía, que puede ir en ciertas ocasiones acompañada o no por: radioterapia, quimioterapia y/o hormonoterapia, dependiendo primordialmente del estadio de la patología.

El tratamiento quirúrgico es parte fundamental del tratamiento de la enfermedad mamaria. Permite sacar el nódulo de la mama, confirmar su característica benigna o maligna y, mediante la extracción de un margen de tejido sano alrededor del mismo, asegurar que no queden restos de la enfermedad. (Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, s.f).

El tratamiento con radioterapia se basa en la utilización de radiaciones de alta energía. La misma se aplica siempre sobre la mama operada, en aquellas pacientes en las que se realizó cirugía conservadora (es decir en las que sólo se sacó una porción de la mama).

Algunas veces, es necesario aplicarlo en el lugar donde se hallaba la mama, en las pacientes en las cuales se realizó mastectomía. Otras veces puede ser utilizada sobre zonas lejanas a la mama como la axila o el cuello por arriba de la clavícula.

Su objetivo es eliminar las células enfermas que pudieran quedar después de la cirugía, es decir que ayuda y complementa el tratamiento quirúrgico. (Instituto de oncología Ángel H. Roffo, s.f).

A continuación se describe el tratamiento quimioterapéutico:

La quimioterapia es el uso de medicamentos para destruir las células cancerosas. Se diferencia de otros tratamientos para el cáncer en cuanto a que es sistémica, es decir, circula por todo el organismo mientras mata las células cancerosas originales y aquellas que pueden haberse diseminado a otros lugares (metástasis). La quimioterapia destruye las células que se reproducen, pero no puede diferenciar entre las células normales y las cancerosas. Los efectos secundarios se presentan cuando se dañan las células normales.

El principal objetivo de la quimioterapia es tratar con éxito el cáncer y evitar que reaparezca (regrese). Si no es posible eliminar completamente el cáncer con quimioterapia, la prioridad es controlar la enfermedad y evitar que se disemine. Si el cáncer está avanzado y la quimioterapia no resulta eficaz para controlar su diseminación, este tratamiento puede aún ser de utilidad para reducir el tamaño del tumor y aliviar los síntomas del cáncer, un abordaje llamado paliación o tratamiento paliativo.

Además, la quimioterapia puede administrarse como tratamiento neoadyuvante, lo que significa que se utiliza para reducir el tamaño de un tumor más grande antes de la

cirugía o la radioterapia. A menudo, la quimioterapia se usa como terapia adyuvante para destruir las células cancerosas que quedaron después de la radioterapia o la cirugía. (American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2005 - 2010).

Finalmente se describe la hormonoterapia:

Las hormonas, especialmente los estrógenos, tienen un efecto directo sobre algunos tumores de mama, los estimulan y los hacen crecer.

La capacidad de las células cancerosas de reacción frente a los estrógenos se estudia por medio de los denominados *receptores hormonales*. Este estudio se realiza sobre una muestra del tumor extirpado. De tal manera, si un tumor presenta *receptores positivos*, significa que será influenciado por los estrógenos circulantes.

Aprovechando esta capacidad de las células de reconocer a una hormona, se utiliza en el tratamiento del cáncer de mama una sustancia de características similares a los estrógenos pero con efecto contrario, es decir un anti – estrógeno. El medicamento de este grupo más utilizado es el tamoxifeno.

Su objetivo es disminuir la posibilidad de que la enfermedad aparezca nuevamente. Es un comprimido que se administra por boca, diariamente, en dosis de 20mg, por un periodo de 5 años. (Instituto de oncología Ángel H. Roffo, s.f).

Por otra parte se deben tener en cuenta la existencia de los cuidados de soporte destinados al control de síntomas, que aparecen en mujeres con cáncer de mama, ya sea por la misma enfermedad, los tratamientos o también por problemas de salud. Algunos problemas a tratar son: ansiedad, depresión, insomnio, mucositis, diarrea, constipación, náuseas y vómitos, dolor (fundamentalmente en el hombro y en la mama), síndrome de climaterio, pérdida del cabello (tratamiento quimioterapéutico), aumento de peso y astenia o fatiga.

Teniendo en cuenta lo explicado hasta aquí es importante expresar que el Cáncer de mama inevitablemente afecta la Calidad de vida de las mujeres que la padecen, por ello es necesario definir qué se entiende por Calidad de Vida:

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2010) el término *calidad* se refiere a la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permita juzgar su valor, mientras que la *calidad de vida*, es el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.

Aunque existen múltiples y variadas definiciones sobre lo que es calidad de vida, afortunadamente cada vez existe un mayor consenso sobre la misma, siendo las más acertadas (desde mi punto de vista) aquellas que hacen referencia a la evaluación subjetiva de la vida entendida como un todo, o la valoración de los pacientes sobre la satisfacción con su nivel de funcionamiento normal comparándolo con el que ellos creían que era posible o ideal. (Contreras Martínez, s.f., p. 17).

Ibañez y Andreu (1988) en su artículo, *Calidad de vida y Psicología Oncológica*, sitúan el surgimiento del concepto de calidad de vida en los Estados Unidos, posterior a la Segunda Guerra Mundial. Dicho concepto pretende satisfacer necesidades económicas y políticas propias de, “*the american way of life*” por lo cual hace necesario crear el denominado *estado de bienestar*.

En definitiva, el concepto de calidad de vida para estos autores, se relaciona con una serie de cambios, sociales y científicos, que generan en el ser humano, la necesidad de ser eficaz a lo largo de toda su existencia. Siendo la eficacia aquello que otorga valor funcional al individuo.

Más allá de estas consideraciones, la Psico - Oncología postula que la calidad de vida no tiene que ver con la eficacia, con la prolongación de la supervivencia. Por el contrario, hace referencia al concepto de salud que incluye el bienestar y la satisfacción en las diversas dimensiones, que se manifiestan en la vida del individuo.

Estos mismos autores, Ibañez y Andreu (1988), explican que las dimensiones que se ven afectadas a partir de un diagnóstico de cáncer son:

1. Dimensión Física: portadora de la sintomatología de las diferentes enfermedades cancerosas incluyendo los efectos secundarios de los tratamientos que definen una nueva funcionalidad física del individuo.
2. Dimensión Psíquica: se parte de una personalidad tipo de base incluyendo las posteriores manifestaciones psicopatológicas frecuentes y factibles de aparecer como son la ansiedad y la depresión, además de las estrategias de afrontamiento que se utilizan frente al diagnóstico y posterior tratamiento.
3. Dimensión Social: envuelve la vida de relaciones de los hombres, desde los vínculos que establece con las cosas (ambiente físico, laboral, financiero, etc.) hasta las relaciones con las personas (familia, amigos, parejas, profesionales de la salud, entre otros).
4. Dimensión Espiritual: refiere a los aspectos religiosos, místicos y los principios éticos y morales que cada persona sustenta a lo largo de su vida.
5. Dimensión Profunda: abarca los aspectos individuales y subjetivos de la vida: el self, la cosmovisión individual, las creencias políticas, estilos de vida, así como también la historia personal. Los aspectos considerados en esta dimensión son los más profundos, oscuros y recónditos que tenemos como personas.

El diagnóstico de cáncer de mama es siempre una mala noticia inesperada, que genera un gran impacto emocional, tanto en la paciente como en la familia. A lo largo de los meses que siguen al diagnóstico, durante el período de los tratamientos, aparece un malestar emocional reactivo a la situación que dificulta, en gran parte, la vida cotidiana. Si bien es cierto que muchas pacientes pueden por sí solas afrontarlo, un porcentaje elevado experimenta un malestar importante que puede requerir soporte psicológico. (Fuentes y Blasco, 2010, p. 52)

Vázquez – Ortiz, Antequera y Blanco Picabia (2010) en su artículo, *Ajuste Sexual e Imagen Corporal en Mujeres Mastectomizadas por Cáncer de Mama*, afirman que determinadas áreas de la imagen corporal se encuentran muy afectadas, como por ejemplo, las actitudes ante el cuerpo desnudo o la autovaloración del atractivo físico. Estos problemas se presentan cuando se miran al espejo o también ante la mirada de la pareja, y se manifiestan a través de sentimientos negativos, como vergüenza, falta de atractivo, desagrado, entre otros. Todo esto puede llevar a la necesidad de esconderse ante la mirada del otro o a evitar mirarse a sí mismo en un espejo. Esta desvalorización del atractivo físico se produce principalmente por la amputación de una mama, lo cual innegablemente afecta a la imagen corporal.

No cabe duda de que los cambios debidos al cáncer y sus tratamientos influyen negativamente en la imagen corporal que las personas tienen de su propio cuerpo, provocando desórdenes afectivos, así como cambios en la sexualidad y en la autoestima. De todos los diagnósticos oncológicos, el cáncer de mama ha sido destacado por su mayor efecto en la imagen corporal de las pacientes. (Rincón Fernández, Pérez San Gregorio, Borda Más, Martín Rodríguez. 2012, p.26).

En el caso que se requiera de un tratamiento psicológico Die Trill (2003) menciona que es muy importante, a la hora de acompañar a la paciente, conocer ciertos factores psicológicos que influyen en la adaptación emocional y en la calidad de vida. Entre ellos se considera: la etapa evolutiva en que se encuentra la paciente en el momento en que se realiza el diagnóstico, los rasgos de personalidad, el apoyo social y emocional que tenga y la presencia de otros estresores adicionales.

Además de los factores psicológicos, existen factores médicos que afectan a la paciente; estos son: el estadio de la enfermedad oncológica, los tratamientos que fueron administrados, el pronóstico de la patología, la posibilidad o no de rehabilitación, la relación médico – paciente y la historia familiar o contacto previo con la enfermedad.

Tal como lo afirma The American Cancer Society (2010) las pacientes no pueden modificar el hecho de haber tenido o de tener cáncer de mama, pero lo que sí pueden

cambiar es la forma en que vivirán el resto de sus vidas, tomando decisiones que las ayuden a sentirse tan bien como les sea posible. Si bien éste es un momento muy difícil de atravesar, también puede permitirles rever y reevaluar varios aspectos de sus vidas.

La atención psico – oncológica puede propiciar un espacio en donde el paciente sea considerado con autonomía, voluntad y deseos propios, los cuales deben ser respetados y protegidos.

La muerte en sí es un momento mítico. Nadie sabe a ciencia cierta de antemano cómo habrá de atravesar la última jugada. El cuerpo entero somete a veces al psiquismo a estados de confusión o de dolor que impregnan los últimos instantes tornando imposible toda buena despedida. Otras veces, el psiquismo desobedece, por así decir, al dolor y al deterioro y el sujeto extrema los actos de la partida.

Al pie del lecho del muriente caen todas las tipologías de la muerte y en esa experiencia única, definitiva, se plasma un mosaico de conductas, emociones y palabras singulares. (Alizade, 1996, p. 35).

Por otra parte, así como se está constantemente preocupado por optimizar la calidad de vida del enfermo hasta el fin de sus días, también es válido e imprescindible preocuparse por brindar a las personas una muerte con calidad.

La cultura occidental aún hoy continúa siendo negadora de la muerte. Es así que la concibe como un misterio inexplorado, como una pared y no como una puerta que se abre a un espacio nuevo y diferente.

La muerte es inherente a la vida, es ella lo que la noche es al día. Es por ello que es necesario pensar, tomar conciencia, resignificar el hacer diario y adueñarse de este concepto para que al plantearse la responsabilidad de vivir, también se plantee la responsabilidad de morir.

3. Materiales y Métodos

El presente trabajo es un estudio de caso único en el que se utiliza el enfoque metodológico cualitativo. El alcance del estudio es descriptivo, razón por la cual se caracteriza y analiza, en la unidad de análisis elegida, en forma intencional, la variable calidad de vida. En lo referido al diseño utilizado, se trata de un diseño no experimental. Respecto a la unidad de análisis se selecciona en base a considerar que ejemplifica y favorece la construcción del objeto de estudio del presente trabajo. Por último, la técnica de recolección de datos utilizada es el análisis de contenido de fragmentos de entrevistas con la paciente.

4. Resultados y Discusión

En relación a cómo se ve afectada la calidad de vida en una paciente con cáncer de mama, los diferentes tratamientos oncológicos que se llevan a cabo pueden afectarla negativamente, además de modificar la dimensión física, psíquica, social, espiritual y profunda de la paciente.

En el caso clínico presentado se puede ver un cambio paulatino, de forma negativa, en su calidad de vida. Se observa cómo se va limitando la realización de ciertas actividades de su vida cotidiana, por sentirse desganada, cansada, estresada y con miedo, debido a la enfermedad y a los tratamientos. Quizás ésto también esté en relación con la escasa información que recibe, para poder paliar estos síntomas secundarios y por la escasa comunicación con los médicos que la atienden.

En cuanto a la dimensión física, el deterioro es muy evidente en cuanto a la caída de cabello y el aumento de peso. Su actitud también va cambiando a medida que pasan los días, ya que al sentir dificultad para caminar, lo hace de manera más lenta y con la necesidad de ayuda. Por otra parte cada día aparece un nuevo síntoma que debe ser tratado, como por ejemplo: un ganglio supraclavicular, el sentimiento de ardor en una de sus manos debido a una trasvasación de la vena en la aplicación de la quimioterapia, lo que le genera quemaduras en la piel.

Rosaura no logra adaptarse a esta nueva situación, a esta nueva imagen corporal. Pareciera no registrar los cambios acontecidos, y tampoco, no elaborar todo lo sucedido.

En relación a la dimensión social se observa aislamiento. Ella reduce notablemente su círculo de amistad y deja de relacionarse con sus compañeros de trabajo, al dejar de concurrir a causa de su enfermedad. Solamente se relaciona con sus hijas, sus nietos, sus yernos, su pareja, su ex-marido, una o dos amigas y los profesionales que la atienden.

Rosaura está impedida de salir de su hogar sola a consecuencia de sentirse desganada y tener miedos infundados a que le suceda algo al salir del hogar. Afortunadamente utiliza los medios de comunicación como las llamadas telefónicas, los mensajes de texto, los mails y facebook, para poder estar en contacto con las personas que realmente le interesan, como son sus hijas y sus nietos, a los que por la distancia, no puede ver tan

seguido como quisiera. Ellos son su gran fuente de bienestar, razón por la cual su queja y lamento contante es por no poder verlos.

A pesar que la relación con sus hijas pareciera ser buena, Rosaura no habla de su enfermedad con ellas, ya que no las quiere preocupar. Esto da indicios de cómo son los vínculos que ella construye o que se permite construir.

Respecto a su ex-marido, padre de sus hijas, él la acompaña en el momento de la intervención quirúrgica. A pesar que con él tiene una excelente relación, tampoco le hace comentarios respecto a su enfermedad.

En relación a su actual pareja ella dice sentirse respetada y acompañada, aunque siente que en muchos momentos él no la escucha ni logra comprenderla totalmente. Pareciera estar muy bien constituido el vínculo como pareja pero a veces se observan enojos, discusiones y desacuerdos. Es posible, tal como ella lo advierte, que esto se deba a sus cambios de humor, a consecuencia de lo cual está menos tolerante.

En cuanto a la relación con los profesionales que la atienden, el vínculo es totalmente asimétrico. Es decir, ella los ubica en el lugar de quien tiene el saber absoluto, lo cual en algunas circunstancias perjudica la comunicación y hace que se abstenga de preguntar y manifestar sus dudas. A pesar que en algunas oportunidades tiene la iniciativa de realizar preguntas a los profesionales, se observa que no llega a comprender la información recibida, incrementando aún más sus temores y su incertidumbre.

En cuanto a la dimensión psíquica, Rosaura enfrenta esta nueva situación con mucho temor, incertidumbre, poca conciencia de la enfermedad y un gasto enorme de energía psíquica. Ella no logra procesar tanta información recibida, para elaborarla y duelar lo que sea necesario, y finalmente poder aceptar y adaptarse a todo lo que le está sucediendo.

Tampoco cuenta con conductas de afrontamiento activas en relación a la situación que está atravesando. Ella acarrea en su historia personal duelos no resueltos, lo cual no es beneficioso. En términos generales trata de evadirse y no hacer frente a la angustia que le provoca su realidad, utilizando la negación y la proyección, como mecanismos de defensa.

En un primer momento parece estar de buen ánimo y buen humor, pero ello se va modificando con el paso del tiempo. A raíz de síntomas físicos como el desgano y el cansancio, surge la queja constante, con un ánimo con tintes depresivos, donde en diferentes momentos se hace notorio su enojo, quizás mal direccionado y la tristeza.

En cuanto a la dimensión espiritual y profunda, considerando el aspecto religioso como parte de lo espiritual, se evidencia un cambio en la relación con Dios. Al principio manifiesta estar enojada con él por no poder comprender la muerte de sus padres. Luego esto se va modificando y recurre nuevamente a su fé para pedir ayuda. Ella dice ser de Dios, ser creyente y, considera que pasado un tiempo, logrará entender por qué sucede todo esto.

Finalmente es conveniente expresar que Rosaura sincroniza la pérdida de sus padres con el inicio de su enfermedad. Siente que tanta tristeza por estas pérdidas contribuyó a que ella enferme. Esta es la explicación que ella logra crear. Ésto también tiene que ver con lo más subjetivo y profundo de su ser, entendido en el sentido de que cada persona elabora diferentes explicaciones acerca del origen de su enfermedad, las cuales tienen que ver con su historia personal.

5. Conclusiones / Recomendaciones

El tema calidad de vida ha adquirido un desarrollo teórico importante en el último tiempo y ha crecido en amplitud, como así también en lo que respecta a la patología mamaria en mujeres. Esta es una problemática que afecta la vida de un gran número de ellas en diferentes partes del mundo, por lo cual sería beneficioso continuar, en posteriores trabajos, con su investigación y análisis.

Culturalmente el cáncer, como se sabe, es una enfermedad asociada a la muerte. No sólo por la patología en sí, sino también por los diferentes tratamientos que se implementan para su curación o en forma paliativa. Esto se debe, en cierta medida, a que la cultura occidental no toma a la muerte como parte de la vida, sino que intenta desnaturalizarla, ocultarla y negarla.

La nueva situación en la vida de la persona que enferma de cáncer y su familia se llena de incertidumbre, miedo y ansiedad, produciendo cambios permanentes y/o temporales, que pueden ser entendidos como normales o esperables, si se tiene en cuenta la magnitud de la desconocida escena que se les presenta.

Es fundamental tener en cuenta la personalidad del paciente, sus condiciones físicas, los recursos personales y la percepción del apoyo social con el que cuenta. Todas estas

variables, dependiendo de cómo se vean perturbadas, pueden ocasionar alteraciones significativas en su calidad de vida.

Es indiscutible que cuando la enfermedad comienza, la realidad cambia, ya que esta situación hace que la persona se confronte con sus propios límites, circunstancia que hace que su humanidad se exprese con mayor intensidad. Por esta razón es esencial que como psicooncólogos se pueda acompañar a los pacientes en este transitar.

A la enfermedad se la puede tomar como invalidante, devastadora, destructiva, hasta puede ser entendida como una muerte en sí misma, pero también puede ser pensada como una oportunidad para plantearse el modo en el que se desea vivir, más allá del tiempo de vida que la medicina prevea. Entonces la postura que el paciente adopte frente a esta difícil situación determina, en mayor o menor medida, cómo se verá modificada su calidad de vida.

En relación a cómo se ve afectada la calidad de vida en una paciente con cáncer de mama, los diferentes tratamientos oncológicos que se lleven a cabo pueden afectarla negativamente, además de modificar la dimensión física, psíquica, social, Es fundamental construir un vínculo terapéutico de confianza, sin mentiras ni omisiones innecesarias, lo cual se también fue posible.

En el caso de que la enfermedad avance, que la paciente se acerque al final de su vida, habrá que acompañarla para que sobrelleve de la mejor forma posible el dolor, tanto psíquico como físico, brindando la posibilidad de la despedida con sus seres queridos y la posibilidad de resolver sus asuntos pendientes.

El estar enfermo de cáncer, indudablemente, plantea la posibilidad de que el final de la vida esté cerca. Esto puede servir para habilitar al paciente a llorar y a expresar cómo se siente en cuanto a su finitud como ser humano y, también, a su trascendencia. El profesional debe poder atender el impacto emocional y psíquico que provoca la enfermedad y que afecta de manera directa sobre la calidad de vida.

Por último y concluyendo con el trabajo, es primordial poder reconocer una vez más la necesidad de una formación académica en donde se abarquen experiencias teóricas – clínicas y donde se incluyan pasantías por distintas instituciones y supervisiones. Todo esto contribuirá a un enriquecimiento personal y a una mejor asistencia al paciente y su familia. Y, por sobre todas las cosas, a una adecuada formación del psicólogo para poder tomar su propio posicionamiento en la profesión, en principio con la ayuda de diferentes

profesionales, para posteriormente crear un camino propio.

6. Bibliografía

-American Cancer Society. (s.f). *Cancer de seno*. Recuperado de:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/>

-Aresca, L., Birgin, D. y Blum, S. (2004). *Psicooncología, diferentes miradas*. Buenos Aires: Lugar.

-Borbón Mendoza, J.E., y Beato Canfux, A. (2002). *Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía*.

Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol31_01_02/mil08102.htm

-Blasco, S., Fuentes, T. (2010). Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención Psicooncología. *Revista Psicooncología* 7(1), pp. 51-60. Recuperado de:

<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120051A>

-Braña Marcos, B., Carrera Martínez, D., De la Villa Santoveña, M., Avanzas Fernández, s., Gracia Corbato, M.T. Y Díaz Barroso, A. (2008). *La estimación de la calidad de vida como parte fundamental de la atención integral en mujeres con cáncer de mama*.

Recuperado de: http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/1124/1/Pre-print_Manuscripto-calidad_de_vida.pdf

-Castillo Díaz, Z.E., Gómez Delgado, I., Guerra Morales, V. y Navarro Otero, M.C. (2011). *El apoyo familiar y la autovaloración en la sobrevida del paciente con cáncer de mama*.

Recuperado de:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=278&id_seccion=4353&id_ejemplar=7247&id_articulo=72546

-Contreras Martínez, J. (2005). *Definición y áreas de la calidad de vida en oncología*. Madrid: Alpe

-Cueto, E. (s.f.). *Entrevista a José Schavelzon*. Recuperado de: <http://www.elsigma.com/entrevistas/entrevista-a-jose-schavelzon/6928>

-Costa Requena, G. y Ballester Arnal, R. (2011). El inicio de la Psico Oncología: una breve revisión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 99. Recuperado de:

http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_2%287%29.pdf

-Del Val Gil, J.M., Lopez Bañeres, M.F., Rebollo Lopez, F.J., Utrillas Martinez, A.C., y Minguillón Serrano, A. (2001). *Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual*.

Recuperado de : <http://www.elsevier.es/en/node/2002083>

-Diaz Facio Lince, V.E. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo : experiencia clinica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14) , pp. 155-160.

-Die Trill, M. (2004). Jimmie Holland. *Revista Psicooncología*. 1 (1), pp. 185-186).

Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/>

-Die Trill, M. (2003). *Psico Oncología*. España: Ades.

-Die Trill, M. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: una aproximación clínica. *Psicooncología*, 4 (2-3), pp. 405-415.

-Falcao Juvenal Barbosa, I.C., Carvalho Fernandes, A.F., Da Silva, R.M. y Gurgel, A. H. (2002). *Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas*.

Recuperado de:

http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=327:beneficio-de-la-terapia-grupal-en-la-rehabilitacion-de-mujeres-mastectomizadas&catid=218:ano-2002vol-10

-Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*. 1(2-3), pp. 169-180.

-Fonnegra de Jaramillo, I. (1999). *De cara a la muerte*. Colombia: Andrés Bello.

-Font, A. (1994). Cáncer y Calidad de vida. *Anuario de Psicología*. 61, pp. 41-50.

Recuperado de:

<http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61119/88853>

- Font, A. (2004). Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: Variaciones en la calidad de vida. *Psicooncología*. 1(1), pp. 67-86.

-García Arroyo, J.M., y Domínguez López, M. L. (2010). Fundamentos de la psicoterapia con mujeres afectadas de cáncer de mama. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16 (2) , pp. 125-139.

-Gercovich, D., Lopez, P.L., Bortolato, D., Margiolakis, P., Morgenfeld, M., Rosell, L. y Gil Deza, E. (2012). Rol del distrés psicológico en la relación entre la percepción de enfermedad y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*. 9 (2-3), pp. 403-414.

-Giraldo Mora, C.V. (2009). *Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama*. Recuperado de: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642009000400003&script=sci_arttext

-Holland, J. (2003). *La cara humana del cáncer*. Lugar de edición: Herder.

-Ibañez, E. y Andreu, Y. (1988). *Anuario de psicología*.38. Recuperado de:<http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/64574/88600>

-Instituto Ángel H. Roffo. (s.f). *Concejos para pacientes con patologías mamarias*. Instituto Ángel H. Roffo. Buenos Aires.

Juárez García, D.M. y Landero Hernández, R. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Revista Electrónica Nova Scientia*. Recuperado de:

http://nova_scientia.delasalle.edu.mx/numero_7/juarez_resumen.php

-Middleton, J. (2002). Psico – Oncología en el siglo XXI. *Revista Actualidad Psicológica*. Recuperado de: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/psicooncologia.pdf>

-Olivares, M.E. (2007). Cirugía mamaria: Aspectos psicológicos. *Psicooncología*. 4 (2-3), pp. 447-464.

-Olivares, M.E., Martín, M.D., Román, J.M. Y Moreno, A. (2010). Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología*. 7 (1), pp.81-97.

-Oliveira Pinheiro, C.P. Da Silva, R.M., Villela Mamede, M. y Carvalho Fernandes, A.F. (2008). *Participación en un grupo de apoyo : experiencia de mujeres con cáncer de mama*. Recuperado de : http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_13.pdf

-Restrepo Forero, M. (1997). Psicología y Calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*. 8. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/.../16985>

- Rincón Fernández, M.E., Pérez San Gregorio, M.A., Borda Más, M., Rodríguez, M.A. (2009). *Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama*.

Recuperado de :

<http://revistas.javeriana.edu.co/sitio/psicologica/sccs/articulo.php?id=575>

- Rincón Fernández, M.E., Pérez San Gregorio, M.A., Borda Más, M., Rodríguez, M.A. (2010). *Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria*.

Recuperado de : http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922010000400009&script=sci_arttext

-Rodríguez Loyola, Y. y Roselló González, J. (2007). Reconstruyendo un cuerpo: Implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18.

-Rodríguez, R.N. (2012). *Calidad de vida en pacientes adultos con cáncer*. (Monografía). Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires.

-Salas Zapata, C. (2009). *Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico*. Recuperado de: <http://tesis.udea.edu.co/dspace/handle/10495/680>

-Sebastián, J., Manos, D., Bueno, MJ. Y Mateos, N. (2007). *Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial*.

Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742007000200002&script=sci_arttext

-Torres, S., González Bonariono, A., Vavilova, I. (2010). *La cita y referencia bibliográfica. Guía basada en las normas APA*. (2a Ed.) Buenos Aires: Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

- Vázquez Ortiz, J., Antequera, R. y Blanco Picabia, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *-Psicooncología*. 7(2-3), pp.433-451.

- Vidal y Benito, M. del C. (2008). *Psiquiatría y Psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Polemos.

