



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

Especialización en Psico-Oncología

Trabajo Integrativo Final

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA MASTECTOMIZADAS, EN TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO

Caso Rosaura

Autora: **Lic. Rocío Noelia Rodríguez**

Tutor de Contenidos: **Lic. Mirta Di Pretoro**

Orientador Metodológico: **Lic. Esp. Carina Ponce**

Directora: **Dra. María Bosnic**

Noviembre - 2013 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires



INDICE

Introducción.....	Pág. 1
Capítulo 1: Marco Teórico	
1.1. Surgimiento de la Psico – Oncología.....	Pág. 4
1.2. Conceptos Generales sobre Cáncer.....	Pág. 7
1. 2.1. Cáncer de Mama. Definición y Tratamiento.....	Pág. 10
1.3. Conceptos Generales sobre Calidad de Vida.....	Pág. 15
1.3.1. Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama.....	Pág. 17
1. 4. Mastectomía. Breve Reseña Histórica.....	Pág. 20
1. 4.1. Mastectomía. ¿Cómo Afecta a la Mujer?.....	Pág. 22
1. 4.2. Mastectomía. Opciones Quirúrgicas.....	Pág. 26
1. 5. Imagen Corporal.....	Pág. 28
1.6. Duelos. Muertes antes de la Muerte.....	Pág. 34
1. 7. Calidad de Vida y Calidad de Muerte.....	Pág. 37
Capítulo 2. Planteo de Problema.....	Pág. 40
Capítulo 3: Objetivos Generales y Específicos.....	Pág. 40
Capítulo 4. Aspectos Metodológicos.....	Pág. 41
Capítulo 5. Presentación del Caso Rosaura.....	Pág. 42
5.1. Genograma.....	Pág. 43
Capítulo 6. Descripción y Análisis del Caso Rosaura.....	Pág. 44
Conclusiones Generales.....	Pág. 61
Referencias Bibliográficas.....	Pág. 68



INTRODUCCION

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.

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).

Para la OMS (2013) cáncer es un término genérico que se refiere a un extenso grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como *metástasis*, la principal causa de muerte por cáncer.

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido. Por esta razón se presenta de muchas formas y no es igual en todas las mujeres, pues varía de acuerdo con la velocidad del



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

crecimiento del tumor y su capacidad de diseminación a otras partes del cuerpo. Por lo tanto, la calidad de vida de la mujer se ve afectada después del diagnóstico, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. (Salas Zapata, p. 9, 2009).

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.

Cuando se piensa en el cáncer se asocia dicha enfermedad al concepto de invasión. No desde lo sintomatológico, ni tampoco en relación a la progresión de la enfermedad. Por el contrario, esta asociación se da entre la persona que padece la enfermedad y su órgano enfermo, que desde este momento adquiere entidad propia.

Además se plantea la cuestión si en el afán de curar la enfermedad, no se niega el ser como sujeto en proceso, en permanente cambio y con una forma determinada



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

de vivir. Por consiguiente es necesario entender que así como es posible elegir la forma de vivir también se puede tener la libertad de morir según se desee.

Respecto al material teórico empleado para el trabajo se utilizan fuentes primarias y secundarias, específicamente libros, artículos de revistas científicas y de páginas web. Por supuesto también se trabaja con bibliografía reunida en la investigación bibliográfica llevada a cabo durante el Nivel I y Nivel II de la Especialidad.

El trabajo estructuralmente se compone de la presente Introducción, a continuación el Marco Teórico integrado por seis capítulos, las Conclusiones Generales y finalmente las Referencias Bibliográficas.

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.



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

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



CAPITULO 1. MARCO TEÓRICO

1.1. Surgimiento de la Psico- Oncología

Middleton (2002), autora del artículo, *Psico – Oncología en el Siglo XXI*, refiere que se pueden situar los inicios de la Psico-Oncología en el año 1970 aproximadamente.

Costa Requena y Ballester Arnal (2011) en el artículo, *El Inicio de la Psico – Oncología: Una Breve Revisión*, describen las primeras reuniones científicas de Psico - Oncología: *International Research Conference on Psycho – Oncology*, llevadas a cabo en el año 1975 en Tejas y auspiciadas por la *American Cancer Society*. En ese entonces se trató de priorizar la construcción de instrumentos de medida que sirvan para evaluar en los enfermos oncológicos síntomas como el dolor, la ansiedad y la depresión.

Con el transcurso del tiempo la búsqueda consiste en provocar un cambio en la actitud fatalista con respecto al cáncer, incitando y estimulando un diálogo entre el médico y el paciente, que contenga información sobre su diagnóstico y opciones de tratamiento, afianzando además la posición del paciente en la toma de decisiones.

Es así que se estudian las variables psicológicas involucradas en el cáncer, utilizando instrumentos de medición psicométricos que den fiabilidad y validez a dichos estudios. Se pone énfasis en ofrecer cuidados paliativos, y promover de esta manera, la aplicación del concepto de calidad de vida por parte del profesional psi.

En el año 1984 se crea una organización internacional, *International Psycho – Oncology Society* (IPOS), tras el gran interés generado por la Psico – Oncología en diferentes países.

Se realizan diversos encuentros, tanto en Europa como en Estados Unidos, hasta que en el año 1992 se lleva a cabo el Primer Congreso Mundial de Psico –



Oncología en Francia, bimestral en sus comienzos y desde el año 2006 de manera anual.

En este recorrido histórico respecto a los orígenes de la Psico-Oncología es imprescindible mencionar a la Dra. Holland, quien brinda una gran ayuda para fortalecer a la Psico – Oncología como disciplina de trabajo. Holland propone un modelo de investigación en el que se integran diferentes variables que se deben tener en cuenta durante el proceso de la enfermedad oncológica.

Este planteo fomenta una visión integral en el tratamiento del paciente con cáncer, promoviendo un modelo interdisciplinario de trabajo, en donde la Psico – Oncología se instaura como disciplina dentro de la Unidad de Oncología Médica. Es más, a partir de este momento se busca que se la reconozca como sub-especialidad dentro de la Psiquiatría y/o la Psicología Clínica y, además, se define un programa de formación para la capacitación profesional del psico – oncólogo.

El primer Programa de Psico – Oncología se lleva a cabo en el *Memorial Sloan – Kettering Cancer Center*, en 1977, con una duración de dos años y dirigido a psiquiatras y psicólogos. Allí se proponen como objetivos lograr una formación en la atención psicológica de los pacientes oncológicos y sus familias, así como también lograr el aprendizaje de habilidades necesarias para la realización de trabajos de investigación de la nueva disciplina.

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.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

El segundo *enfoque*, es el *proactivo*, centrado 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.

Por último, Middleton (2002) concluye su artículo diciendo lo siguiente:

Cada persona es un mundo nuevo de interrogantes a la que debemos someternos con humildad para mejorar la calidad y eficiencia de nuestro quehacer, sumar e integrar esfuerzos para investigar y aprender más cada día en una disciplina que recién comienza, y que se van a constituir en breve plazo en un pilar fundamental del tratamiento de una enfermedad que, a pesar de los esfuerzos de la ciencia médica, es cada vez más frecuente, seña inequívoca que es a la persona a la que hay que tratar y no sólo al órgano.

Para finalizar, es necesario relatar brevemente el surgimiento de la Psico – Oncología en nuestro país.

En una entrevista realizada al Dr. José Schavelzon, refiere que en el año 1956, como Presidente de la Sociedad de Cancerología, realiza reuniones en la ciudad de Buenos Aires para tratar el tema de la psicología y el cáncer, en las que también participan Bleger, Isaac Luchina, María Langer, entre otros destacados profesionales. En estas reuniones se habla de medicina psicosomática y de variados enfoques existentes, en aquel momento, relacionados con esta especialidad.

Posteriormente se realizan otros encuentros a los que se invita a diferentes profesionales para tratar temas relacionados con los aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer.

Desde principios de 1980, la Psico – Oncología ha generado mucho interés en este país.

La Dra. Noemí Fisman, psicóloga, fundadora y miembro de la Sociedad Internacional de Psico – Oncología, lideró los esfuerzos en este campo. La Sociedad Argentina de Oncología, en conjunto con el grupo de Psico –



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Oncología, han realizado conferencias que han ayudado a hacer más visible este nuevo campo. (DieTrill, 2003, p.36).

En 1990 se crea el primer comité de Psico – Oncología, de la Asociación Médica Argentina, y posteriormente, en el año 2007, la Psico – Oncología se constituye como Especialización en nuestro país. La misma depende del Departamento de Posgrados de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, y es acreditada por la CONEAU desde ese mismo año.

Por último es importante destacar que en el año 2011 se crea oficialmente la Asociación Argentina de Psicooncología, siendo la Lic. Isabel Piriz su presidenta, quien junto con otros profesionales lleva más de 30 años de trabajo en el área.

1.2. Conceptos Generales sobre 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.

Por su parte, Restrepo Forero (2000) sostiene lo siguiente:

El cáncer es sinónimo de muerte en la cultura occidental y es visto como una enfermedad vergonzosa, tal como lo sustenta la autora Susan Sontag (1976) quien padeció de cáncer y a raíz de esta experiencia escribe un ensayo en el



que plantea cómo el término cáncer tiene una connotación de destrucción y muerte y así se lo emplea como metáfora: “La corrupción es el cáncer de este país”. Además, la misma terminología del tratamiento se basa en términos marciales: “se bombardean las células, hay que aniquilar el tumor”. Es fácil suponer que gracias a este uso, el término adquiere propiedades emocionales aversivas por simple condicionamiento semántico. Por ello, es frecuente apreciar reacciones emocionales intensas en las personas a quienes les diagnostican cáncer. La mayor parte de la gente no está al tanto de los impresionantes desarrollos que se dan en el tratamiento de esta enfermedad y subsisten muchas ideas erróneas frente al tratamiento que muchos consideran “peor que la enfermedad” (p. 107).

Die Trill (2003) plantea que la enfermedad oncológica en el adulto implica una experiencia subjetiva de pérdida, indefinida en el inicio, tomando luego mayor especificidad tras el primer impacto. Lo primero que se le viene a la mente al adulto, cuando se lo indaga acerca de lo que significó para él este diagnóstico de cáncer y sus tratamientos, es la experiencia subjetiva de pérdida.

Más allá que el pronóstico sea alentador y no haya síntomas que aumenten en el paciente la percepción que tiene de sí mismo como enfermo, perder la vida es la representación que llega con más rapidez a la conciencia, en el momento en que recibe la noticia no grata de un diagnóstico de cáncer. Este sentimiento tan tajante, tan radical, como lo describe la autora, ratifica la pérdida y la ausencia de algo sumamente significativo como es la salud, vivenciado por el enfermo como una muerte dolorosa.

Es válido hacer mención también a cómo el paciente se ve inevitablemente afectado por los síntomas físicos de la enfermedad y los efectos secundarios de los diversos tratamientos que recibe. Los efectos que éstos tengan sobre el adulto enfermo dependerán de factores propios de su organismo y de la enfermedad en sí misma, como localización, evolución, estadio, tipo de tratamiento, entre otros.

Pero no todo es tan simple, ya que la enfermedad se inscribe en un nivel mucho más complejo, conformado por otros factores como son, la personalidad previa del paciente, el anterior nivel de adaptación social y psicológico, los niveles de apoyo



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

y su eficacia a la hora de contener al enfermo en el proceso que esta patología implica, los aprendizajes provenientes de los éxitos y/o fracasos en el afrontamiento de situaciones difíciles, la capacidad de poder ser parte y de tener un papel activo en lo que le está sucediendo. Además, es imprescindible tener en cuenta, los valores espirituales, religiosos, culturales y éticos.

Los factores mencionados anteriormente, lo físico y lo psicosocial, ambos de igual status, son los que van a determinar y marcar el camino a seguir en cuanto a objetivos e intervenciones oncológicas, como también en lo relacionado a la labor que compete a la Psico - Oncología.

Por todo esto es necesario que los profesionales de la salud que intervienen estén adecuadamente capacitados para poder detectar los objetivos, los proyectos y las metas de la edad adulta, que son afectados por lo disruptivo que resulta la enfermedad e identificar por cuál de todas estas tareas interrumpidas el paciente sufre más.

Por otra parte, tanto la escucha como la mirada del profesional deben ser afinadas y claras. Si la escucha y la mirada adquieren las características anteriormente mencionadas, posibilitará a los profesionales psi, ser capaces de escuchar al paciente, reconocer sus necesidades, vislumbrar una posible solución o iniciar una labor de elaboración, distinguiendo además, donde siente truncado el desarrollo de su ciclo vital de adulto.



1.2.1. Cáncer de Mama. Definición y Tratamiento

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).

Según la American Cancer Society (2010) algunos cánceres de mama tienen su origen en las células que recubren los lobulillos, a los cuales se los denomina cánceres lobulillares. Gran parte de los cánceres de mama se inician en las células que recubren los conductos, recibiendo el nombre de cánceres ductales, aunque otro pequeño número se produce en otros tejidos.

A partir de estas concepciones es imprescindible comprender, de manera sencilla, la constitución del sistema linfático en el cuerpo humano, cuando se trata de cáncer. El sistema linfático está constituido por agrupaciones de ganglios linfáticos del sistema inmunológico, los cuales están interconectados a través de vasos linfáticos. Estos a su vez se encargan de transportar un líquido llamado linfa fuera de la mama. He aquí la importancia de comprender la constitución de éste sistema: las células neoplásicas del cáncer de mama pueden introducirse en los vasos linfáticos y crecer a los ganglios linfáticos.

La mayoría de los vasos linfáticos del seno conducen a los ganglios linfáticos en las axilas (ganglios axilares). Algunos vasos linfáticos conducen a los ganglios linfáticos dentro del tórax (ganglios mamarios internos) y aquellos en la parte superior o inferior de la clavícula (ganglios supraclaviculares o infraclaviculares). (American Cancer Society, 2010).

Si las células cancerosas, en el menos favorable de los casos, hubieran logrado propagarse a los ganglios linfáticos, existe una gran probabilidad de que también hayan ingresado al torrente sanguíneo, metastatisado hacia otros lugares del cuerpo. Cuantos más ganglios hayan sido afectados, mayores son las posibilidades de que la enfermedad haya avanzado a otros órganos.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Encontrar cáncer en uno o más ganglios linfáticos a menudo afecta el plan de tratamiento. Aun así, no todas las mujeres con células cancerosas en sus ganglios linfáticos presentan metástasis, y es posible que algunas mujeres que no tienen células cancerosas en sus ganglios linfáticos luego presenten metástasis. (American Cancer Society, 2010).

Otro aspecto importante a considerar en este tema son los factores de riesgo, algunos de ellos no modificables, como por ejemplo: historia personal y/o familiar de cáncer de mama, edad avanzada, historia menstrual prolongada, hiperplasia atípica, obesidad post menopáusica, nuliparidad o primipariedad tardía (después de los treinta años de edad), factores hormonales, alcohol, tabaquismo, vida sedentaria, raza blanca y alta densidad mamaria.

La mujer que lo padece o el médico que la atiende son los primeros en reconocer la aparición de una tumoración. Es posible que ésta tenga movilidad y no provoque dolor. No obstante, pueden producirse supuraciones en los pezones, lo que también es un motivo por el cual las mujeres consultan al médico.

Con el crecimiento, el tumor y la invasión progresiva que conlleva, pueden presentarse síntomas como piel de naranja (invasión de la piel) o retraimiento del pezón (invasión ductal). También puede aparecer otra clase de sintomatología como: inflamación en el área afectada, calor, enrojecimiento de ese sector de la piel, así como también endurecimiento del tejido mamario.

Un buen examen clínico, la mamografía y la biopsia son las pruebas diagnósticas iniciales a las que se ha de someter una mujer con una sospecha de cáncer de mama. Con el fin de identificar las características de las células tumorales se emplean pruebas moleculares muy sofisticadas que indican cómo se comporta el tumor. Estas son los biomarcadores o marcadores tumorales. Entre los empleados con mayor frecuencia se encuentran las pruebas de receptores estrógenicos, que indican si el tumor es o no hormono – sensible. (Die Trill, 2003, p.167).

Existen otras pruebas adicionales que se utilizan para conocer si la patología ha avanzado a otros órganos, como pueden ser: radiografías, análisis, tomografía axial computada y ecografías.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Según Vidal y Benito (2008) 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).

Las cirugías que se pueden realizar, dependiendo de cada caso en particular, son las siguientes:

Mastectomía radical modificada: se retira toda la mama y también los ganglios de la axila, en el caso de ser positivos. Generalmente se utiliza la técnica de ganglio centinela.

Mastectomía simple: se retira toda la mama, sin los ganglios de la axila. Se utiliza en tipos específicos de tumores o en pacientes tratadas previamente mediante cirugía conservadora en las que recidivó la enfermedad.

Cirugía conservadora: sólo se realiza la extracción de una parte de la mama y de los ganglios axilares. Este tipo de cirugía conserva la mama aunque su forma puede verse modificada. Es válido aclarar que luego de esta cirugía se debe realizar radioterapia en el tejido de la mama restante.

Para tumores pequeños, la mastectomía y la cirugía conservadora ofrecen la misma chance de curación a largo plazo. Esta última exige un seguimiento más cercano a fin de detectar posibles recidivas locales.

Otro tratamiento que se puede realizar es la radioterapia:



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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).

La quimioterapia se indica generalmente después de la cirugía, cuando el médico especialista tiene ya en su poder el análisis de todo el sector operado y puede saber el tamaño real del nódulo, sus características, la cantidad de ganglios enfermos, etc. Es importante considerar también la edad de la paciente y su condición de pre o pos menopáusica.

En algunos casos especiales, la quimioterapia puede aplicarse antes de la cirugía, con el fin de disminuir el tamaño del nódulo y permitir así una completa resección del mismo. También cuando la enfermedad se ha diseminado fuera



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

de la mama, y no es posible realizar una cirugía, la quimioterapia ayuda a controlar los focos en diferentes órganos.

Las drogas que más se utilizan en la enfermedad mamaria son: la ciclofosfamida, el metrotexato, el 5-fluorouracilo, los taxanos, etc. Cada una de ellas se combina en un esquema diferente de acuerdo a cada caso en particular. (Instituto de oncología Ángel H. Roffo, s.f).

Como se mencionó anteriormente, con estos tratamientos se intenta aumentar las posibilidades de curación y reducir el riesgo de recidivas locales. Tanto las pacientes que realizan una cirugía conservadora como una mastectomía (que tengan tumores de más de 5 cm o más de 4 ganglios comprometidos) son irradiadas.

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 debe 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.



1.3. Conceptos Generales sobre 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.

A continuación se citan diferentes conceptos de diversos autores sobre calidad de vida:

La “*calidad de vida*” es un concepto multidimensional que cubre aspectos subjetivos y objetivos y, que tiene mucho que ver con la satisfacción vital, la salud y la capacidad funcional, sobre todo con la “salud percibida” y la capacidad funcional entendida como autonomía. (Arasca, Birgin y Blum, 2004, p.21).

Kaplan (s.f.) define “la calidad de vida como el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario”.

Según autores como Andrews y Witney (s.f.) “la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones de los escenarios físicos, interpersonales y sociales, sino cómo dichos escenarios son evaluados y juzgados por el individuo”.

Para Bulpitt y Fletcher (s.f.) el concepto “hace referencia a la libertad, la felicidad, la seguridad, la economía, los deseos de realizarse, la creatividad y el bienestar”.

Según Pealman y Uhlmann (s.f.) “la calidad de vida integra el funcionamiento físico, social, emocional, la satisfacción vital y el bienestar”.

“Entendemos como calidad de vida la satisfacción de vivir con libertad, es decir con un funcionamiento físico, social, económico, emocional, que nos permita



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

lograr todos nuestros deseos o nos resigne encontrándonos satisfechos, en paz, queridos, consolados” (Arasca, Birgin y Blum, 2002, p. 21-22).

Por otra parte, Issa Fonnegra de Jaramillo (1999) afirma:

El concepto de calidad de vida es variable, y, por tanto, definirlo no es tan fácil, pues depende de quién lo utilice: un paciente terminal, un comerciante, un poeta, un economista, un filósofo... Pero en aras de la sencillez podemos equipararlo con el término bienestar.

Ambos, el bienestar y la calidad de vida, son totalmente subjetivos. (p.108)

Ibáñez 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.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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 de las personas.

1.3.1. Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer de Mama

A propósito del tema calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, Die Trill (2003) formula lo siguiente:

Debido a la naturaleza y significado asociado a las mamas, su afectación por cáncer produce efectos psicológicos que pueden ser devastadores sobre la mujer y su familia. Dependiendo del estilo de personalidad, de la gravedad de su condición, de los recursos personales y de la disponibilidad y percepción de apoyo social y familiar, la mujer puede experimentar alteraciones significativas en su calidad de vida (p. 180).

Esta misma autora explica que la primera pregunta que se le presenta a una mujer, recientemente diagnosticada de cáncer de mama, es si va a morir a causa de esta enfermedad, para posteriormente preguntarse si existe la posibilidad de perder o conservar la mama.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Esta situación le provoca reacciones de incredulidad, shock y anestesia emocional, en un principio, para lo cual se requiere del apoyo emocional de la familia, para que la ayude a afrontar esta nueva situación.

Las mamas son órganos con una alta carga afectiva, por esta razón, el impacto emocional que se produce, tanto a partir del diagnóstico como con los diferentes tratamientos, son muy importantes, afectándola en diferentes aspectos.

Entre los efectos que más preocupan y angustian a las mujeres luego de la cirugía, se cuentan: la asimetría corporal, la función reproductora y la función maternal. Justamente por esto se produce una disrupción en el establecimiento de las relaciones íntimas, especialmente en mujeres jóvenes sin pareja estable, aunque también suelen producirse dificultades en mujeres casadas.

Es posible que en el momento de mantener relaciones íntimas surja un sentimiento de vergüenza por tener cáncer, por la ausencia de una mama a causa de una mastectomía y por los cambios físicos que esto acarrea. Incluso es posible que se produzca un estado de alerta continuo respecto a su aspecto físico, aún cuando la desproporción física no sea evidente para las demás personas.

A estas dificultades hay que sumarle los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos que se estén realizando, como por ejemplo la alopecia, los vómitos, las náuseas y el agotamiento, que en general, afectan la calidad de vida.

Emocionalmente el cáncer de mama, como otros tipos de cáncer, produce reacciones de ansiedad, tristeza y depresión, temor, ira y preocupación acerca de la posibilidad de recidiva y de muerte, entre otras. Al impacto psicológico de perder una mama o parte de ella hay que añadirle el efecto devastador que tiene el padecer una enfermedad que potencialmente amenaza la vida de una mujer. (Die Trill, 2003, p.169).

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)



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.



1.4. Mastectomía. Breve Reseña Histórica

Del Val Gil, López Bañeres, Rebollo López, Utrillas Martínez y Minguillón Serrano (2001) afirman que la mama es un órgano fundamental en la mujer, tanto desde el punto de vista estético, sexual, como también fisiológico – nutritivo, en cuanto a la alimentación del recién nacido.

Las mamas son sin duda uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Estas han desempeñado un papel predominante en las diferentes culturas, en el arte e incluso en la filosofía y en la religión en los grupos étnicos y pueblos. (Borbón Mendoza, Abraham y Beato Canfux, 2002).

Para muchas sus pechos las define primeramente como mujeres, por ende su eventual pérdida, se equipara a la pérdida de la feminidad. Además, el pecho está fuertemente relacionado con la sexualidad y el atractivo físico. Es una parte del cuerpo que se valora y se aprecia por su contenido sexual, erótico y por ser fuente de placer. En las sociedades occidentales la imagen física constituye un elemento importantísimo de la valoración social y un aspecto constitutivo de la identidad personal. (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007).

Del Val Gil, López Bañeres, Rebollo López, Utrillas Martínez y Minguillón Serrano (2001) refieren que la palabra *mastectomía*, proviene del griego *matos*, que significa mama, y *Ektomie* que significa extirpación, en referencia a la extirpación de la *glándula mamaria*.

Los tratamientos del cáncer de mama se plantean de acuerdo con el concepto que se tenga de la enfermedad, distinguiendo entre la etapa local, sistémica y locorregional.

La Dra. Vidal y Benito (2008) explica y describe, como ya fue mencionado anteriormente, los *tratamientos para el cáncer*, los cuales se pueden clasificar de la siguiente manera:

Tratamientos Locales:



- Cirugía
- Radioterapia

Tratamientos Sistémicos:

- Quimioterapia
- Trasplante de Médula Ósea
- Tratamiento Hormonal
- Inmunoterapia o Terapias Biológicas

En la actualidad, en los estadios I y II cuando se trata de cáncer de mama, se consideran estándar dos tipos de tratamiento locorregional:

- 1- Mastectomía radical modificada más vaciamiento axilar. Incluye exéresis de todo el tejido mamario, con extirpación del pectoral menor (técnica de Patey) o sin ella (técnica de Madden) y vaciamiento de, al menos, 10 ganglios axilares.
- 2- Cirugía conservadora. Cuadrantectomía o tumorectomía más vaciamiento de, al menos, 10 ganglios axilares seguida de radioterapia. (Alfonzo Yubero, 2013).

Según Del Val Gil, López Bañeres, Rebollo López, Utrillas Martínez y Minguillón Serrano (2001) en la Antigüedad el cáncer de mama fue considerado un proceso local y la mastectomía era empleada como única opción terapéutica.

Este tipo de cáncer es tan antiguo como la humanidad, como así también la mastectomía. Ya en papiros egipcios se hacía mención a este tratamiento quirúrgico. Posteriormente Celso, en el siglo I a.c., y Galeno en el siglo I d.c, hablan de extirpación de tejido sano.

En la medicina árabe (siglo IX y X) Rhazes describe la mastectomía y explica que sólo debe llevarse a cabo en el caso de poder extirpar la mama completa y cauterizar los bordes.

Nannoni (1746) en su *Tratado Quirúrgico de Enfermedades de La Mama*, describe en forma detallada la técnica quirúrgica utilizada para poder realizar una mastectomía.



Continuando con este breve recorrido histórico, se observa en diversos escritos de la Antigüedad, que la mastectomía fue vivenciada durante un largo período como un acto dramático, tanto para el paciente como para el cirujano, por lo cual ambos debían prepararse durante largas semanas antes de llevar a cabo el acto quirúrgico.

En el siglo XIX el cáncer de mama no fue considerado como una enfermedad regional, sino locorregional, por lo cual se realizaban grandes cirugías.

El gran avance que marcó un antes y un después es el realizado por Halsted y Meyer, que en 1890, introdujeron la *mastectomía radical*, con base científica y con finalidad radical del cáncer de mama, extirpando la glándula mamaria, ambos pectorales y efectuando vaciamiento axilar completo.

El cáncer de mama no sólo es una vieja enfermedad que supera la raza, la clase, el tiempo y el espacio, sino que es un horror conocido en cada cultura y en cada edad. Entre los antiguos, el único cáncer conocido era el de mama, pues los médicos no podían ver otros tumores porque las autopsias no fueron socialmente aceptadas hasta el siglo diecisiete, mientras que el cáncer de mama, era claramente visible, progresaba de un pequeño nódulo a grandes tumores, causando estragos en la mama y el cuerpo. (Giraldo – Mora, 2009, p. 520).

1. 4.1 Mastectomía. ¿Cómo Afecta a las Mujeres?

En la actualidad el cáncer de mama es considerado una enfermedad sistémica, cuyo abordaje debe ser multidisciplinario. Además de la cirugía, tratamiento que se practica con frecuencia, se utilizan también intervenciones de menor agresividad.

Psillakis plantea que la pérdida de una o ambas mamas trae para la mujer sufrimientos psicológicos. Estos dependerán de su edad, sus hijos, su esposo, sus amores, su trabajo y del grado de importancia que ella le atribuya a las mamas antes de la mastectomía, y se pueden manifestar con una serie de síntomas como ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad, autodesvalorización, etc. Para la mayoría de las mujeres presenta una crisis



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

personal y de interrelación difícil de superar. (Borbón Mendoza, Abraham y Beato Canfux, 2002)

La pérdida de un órgano, en este caso la mama, requiere de una adaptación psicológica y social tanto de la paciente como de su familia, influyendo en las actitudes de aquella frente a su problema. La terapéutica psicológica que se puede implementar es diversa y va desde la psicoterapia individual hasta las terapias grupales, las que ayudan a compartir con otros, que atraviesan la misma situación, problemas, soluciones y sentimientos. (Borbón Mendoza, Abraham y Beato Canfux, 2002).

Dentro de los eventos vitales que pueden acontecer a las personas, no se puede poner en duda que las enfermedades crónicas, esencialmente aquellas socialmente estigmatizadas, como es el caso del cáncer, imponen una serie de demandas que movilizan en un sentido u otro los recursos de afrontamiento (Staton, 2000). (García Viniegras y González Blanco, 2007, p. 73).

García Viniegras y González Blanco (2007) en su artículo *Bienestar Psicológico y Cáncer de Mama*, refieren que las repercusiones que este tipo de cáncer tiene en el paciente se expresan en todas las esferas que constituyen la vida familiar, social, laboral y también la relación de pareja.

Las creencias, el impacto y la emoción frente a la enfermedad, la motivación y el afrontamiento, están íntimamente relacionados con el daño en la vida sexual y las relaciones de pareja que, la persona con cáncer de mama, pueda o no sufrir.

Estos autores mencionan también que tanto la literatura como la experiencia clínica demuestran que en numerosos casos las pacientes con patología mamaria no logran aceptar completamente su enfermedad, exteriorizando sentimientos de disconformidad, como pueden ser: rechazo, ira, desesperanza o temor, los cuales podrían aminorar su intensidad a medida que se va extendiendo la sobrevida.

Existen al mismo tiempo variadas preocupaciones entre las cuales se pueden mencionar: ansiedad por la muerte, por la transmisión hereditaria a los hijos, problemáticas en el área laboral, espiritual y social, pérdida de la esperanza e incertidumbre sobre el futuro. Todas estas preocupaciones y muchas más hacen



que las mujeres, con esta patología oncológica, modifiquen su bienestar de manera negativa.

El cáncer de mama requiere, en la mayoría de los casos, una intervención quirúrgica más o menos mutilante, respetándose las particularidades de cada caso. Desde el aspecto estético el caso más extremo es la cirugía radical.

Por otra parte no se puede dejar de mencionar, que cualquiera sea el tipo de intervención quirúrgica en patologías mamarias, en su gran mayoría causan consecuencias psicológicas sobre la persona, provocando modificaciones tanto en la imagen corporal como en el autoconcepto.

En el caso específico de una mujer a la que se le realiza una mastectomía, ésta se verá afectada por una distorsión en su imagen corporal y por una cierta imposibilidad de asumir compromisos sociales. Además se señalan afectaciones del autoconcepto y la identidad.

Es importante mencionar que los recursos de afrontamiento de la persona que padece cáncer de mama se expresan precisamente a partir de los cambios en la imagen corporal, de acuerdo con el tipo de cirugía y las posibilidades de reconstrucción, así como por los efectos físicos y/o psicológicos de otros recursos terapéuticos empleados.

La personalidad de la mujer con cáncer de mama condicionará el afrontamiento al mismo y, por ende, su bienestar.

En general se señala que la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier etapa del ciclo vital. (Deneve & Cooper, 1998). (García Viniegras y González Blanco, 2007, p. 74).

Podemos, pues, considerar que la mujer que posea altos niveles de autoestima y extraversión (en tanto apertura a las experiencias y la proyección de futuro que ésta conlleva) tendrá una mayor propensión al bienestar psicológico. (García Viniegras y González Blanco, 2007, p. 74).

Siguiendo con los autores García Viniegras y González Blanco (2007) es primordial tener en cuenta la evaluación que la mujer efectúa de su enfermedad: una evaluación inicial de la enfermedad como un riesgo, y una autoevaluación



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

posterior de autoconfianza en la efectividad, para poder afrontar el reto que la enfermedad implica. Este proceder suele garantizar un buen nivel de bienestar en las pacientes. A propósito: “Se descubrió que un afrontamiento que implique aceptación activa, donde la mujer debe asumir un compromiso en cuanto a su autocuidado y en otros aspectos significativos de su vida, aporta un mejor ajuste psicológico a largo plazo (Staton& Cols., 2002)”. (García Viniegras y González Blanco, 2007, p. 75).

Por otra parte, la mayoría de los autores coinciden en que se debe reconocer la importancia que tienen los problemas emocionales relacionados con el diagnóstico y el tratamiento.

Otro punto a tener en cuenta es el papel que juega la espiritualidad en la forma que tiene la persona de afrontar la enfermedad y toda esta nueva situación. Se observa que los recursos espirituales influyen en la manera en que el paciente interpreta la situación por la cual está atravesando (por ejemplo, en el sentido de entenderla como una prueba para reafirmar el sentido de su vida y su crecimiento personal). (García Viniegras y González Blanco, 2007).

Además, García Viniegras y Gonzales Blanco (2007) refieren que el estigma de una enfermedad oncológica puede causar a veces efectos verdaderamente paralizantes para el desarrollo individual y social en la vida de la persona que la padece, no atribuibles a los efectos reales de la enfermedad.

Dada la determinación multifactorial del bienestar psicológico, se puede afirmar que una enfermedad, en este caso el cáncer de mama, aunque sea potencialmente limitante, no lleva implícita la condición de infelicidad.

El tiempo de sobrevida, los diversos tratamientos que se lleven a cabo, la personalidad del paciente, los recursos con los que cuente para el afrontamiento y las estrategias de afrontamiento que emplee, determinan la calidad de vida (subjetiva) de cada paciente.



1. 4.2. Mastectomía. Opciones Quirúrgicas

Vázquez – Ortiz, Antequera y Blanco Picabia (2010) en su artículo, *Ajuste Sexual e Imagen Corporal en Mujeres Mastectomizadas por Cáncer de Mama*, mencionan que el diagnóstico de cáncer implica un impacto emocional muy fuerte, teniendo que aceptar el hecho de padecer una enfermedad que amenaza potencialmente la vida.

Con frecuencia esta patología acarrea múltiples preocupaciones para quien la padece, quien además puede que no cuente con la información suficiente o no conozca cuáles son sus opciones quirúrgicas antes de la intervención específica. Por este motivo, en muchos casos, las mujeres al despertar de la anestesia, lo primero que hacen es tocar su pecho, con el propósito de saber si sufrieron o no una amputación, como consecuencia de la incertidumbre que les causa la cirugía. Todos estos factores, más variables psicológicas y psicosociales que inevitablemente están relacionadas, condicionan la vivencia de estrés y la adaptación emocional a la enfermedad oncológica. No solamente se afecta el área emocional, sino además la autoestima, la imagen corporal, la identidad femenina y las relaciones afectivo – sexuales.

Hay abundantes estudios que comparan el impacto psicológico de la mastectomía y el provocado por la cirugía conservadora, mostrando ventajas la cirugía conservadora, respecto a las variables vinculadas a la imagen corporal, a la satisfacción sexual, y levemente a la calidad de vida, sin embargo no señalan mayores ventajas psicológicas. Aunque es digno de mención que se han encontrado mejores resultados psicológicos entre las pacientes con mejores resultados cosméticos. Pero las mujeres sometidas a cirugía conservadora muestran, a su vez, una mayor preocupación por la recurrencia del cáncer. (Olivares, Martín, Román y Moreno, 2010, p.82).

Teniendo en cuenta los estudios realizados por Olivares, Martín, Román y Moreno, (2010) los resultados encontrados fueron los siguientes:

Las pacientes sometidas a cirugía radical presentaron un nivel más elevado de síntomas de ansiedad y una peor imagen corporal. Las mujeres que recibieron



cirugía reconstructiva, por el contrario, presentaron mejores niveles en calidad de vida, tanto global, como en la escala de emoción. A las mujeres que se le practicó cirugía conservadora mostraron mejores niveles en la escala de rol de calidad de vida. Por último, las mujeres sometidas a la cirugía profiláctica, presentaron mayores puntuaciones en síntomas como fatiga, dolor, síntomas en la mama, y el brazo, peores niveles en las escalas de rol y social, y mayor disfrute sexual. Las cirugías que implican el uso de prótesis fueron utilizadas en mujeres más jóvenes, mostrando mayores niveles de ansiedad y mejor funcionamiento sexual, así como una mayor satisfacción con la atención médica recibida. Los pacientes que recibieron tratamiento médico previo al quirúrgico actual, presentaron más efectos secundarios, peor imagen corporal y presentaban mayor número de cirugías radicales. (p. 94-95).

En relación a la afectación de la calidad de vida, autores como Gercovich, López, Bortolato, Margiolakis, Morgenfeld, Rosell y Deza (2012) en su artículo, *Rol del Distrés Psicológico en la Relación entre Percepción de Enfermedad y Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama*, observan que el distrés es el principal factor explicativo de los cambios que se producen en la calidad de vida de los pacientes, más allá del estadio de la enfermedad, la edad y las dimensiones de la percepción de la enfermedad, a diferencias de otros estudios que no tienen en cuenta el distrés.

En estudios realizados por Fernández Rincón, Pérez, Borda y Rodríguez (2010) los cuales fueron presentados en su artículo, *Diferencias Psicológicas de Pacientes con Cáncer de Mama según el Tipo de Cirugía Mamaria*, se exponen las siguientes conclusiones: las mujeres mastectomizadas padecen de mayor sintomatología ansiosa y depresiva; utilizan estrategias de afrontamiento poco eficaces basadas en el “desamparo/ desesperanza”; tienen peor calidad de vida y un menor bienestar emocional, en comparación a las mujeres con reconstrucción mamaria que tienen un “mayor espíritu de lucha”.

También afirman que las mujeres mastectomizadas experimentan mayor sintomatología ansiosa a medida que tienen más cercana la última cirugía. Aunque vale aclarar que tanto las mujeres mastectomizadas como las que realizan una cirugía reconstructiva, despliegan estrategias de afrontamiento de menor



eficacia cuanto más reciente es el acto quirúrgico, viéndose deteriorada su calidad de vida.

Concluyendo se puede decir que en términos generales las mujeres con reconstrucción mamaria gozan de una mejor calidad de vida, en comparación a las mujeres mastectomizadas, ya que evidencian mayor funcionamiento físico, social, emocional y cognitivo, además de una mayor percepción de salud global. Por otra parte también es importante decir que las mujeres mastectomizadas presentan más sintomatología secundaria en relación a los tratamientos, entre los que se cuentan vómitos, náuseas, pérdida de apetito, etc.

1.5. Imagen Corporal

El diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad oncológica implican, para el paciente, atravesar por una situación estresante, no sólo desde la dimensión física, sino también desde el aspecto psicológico y emocional.

La persona además de enfrentar la enfermedad, y lo que ello conlleva, tiene que adaptarse a pérdidas importantes en diferentes aspectos. Algunas de ellas son referidas a los cambios que se pueden producir en su imagen y a los sentimientos y actitudes que esta situación le provoca.

Ante todo es oportuno referirse al concepto de cuerpo, antes de abordar el concepto de imagen corporal:

Se entiende éste como una construcción particular en la historia del sujeto que difiere del concepto del organismo biológico en el que se basa la intervención médica. Se propone que la representación que cada sujeto tiene de su cuerpo es única e incide en cómo vive la experiencia de una enfermedad. (Díaz Facio Lince, 2010, p.156).

En vistas a construir el concepto de imagen corporal, a continuación, se citan las siguientes definiciones:



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

El concepto de imagen corporal es de carácter subjetivo debido a que es la opinión que la persona tiene de su propio cuerpo como totalidad o en relación a las partes individualizadas, además engloba ideas y actitudes respecto al mismo. (López – Pérez, Polaino – Loretente & Arranz, 1992). (Juárez García y Landero Hernández, 2011, p. 20).

“La *imagen corporal* es un constructo que implica lo que uno piensa, siente y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo (Cash, 1994; Cash y Pruzinsky, 1990)”. (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos., 2007).

“La *imagen corporal* se concibe además como parte del *autoconcepto* (Mock, 1993), que puede entenderse como el conjunto de percepciones o referencia que la persona tiene de sí misma, e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades, o apariencia externa (Shavelson y Bolus, 1992)”. (Sebastián y otros, 2007).

“La *autoestima* es otro concepto del autoconcepto y se refiere a una actitud/sentimiento positivo o negativo hacia uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (Rosenberg, 1965)”. (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos., 2007).

“Slade (1994) propone que la *imagen corporal* es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, la cual está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo” (Pérez Acosta, 2007, p. 16).

La *imagen corporal* es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los pensamientos que experimentamos. (Raich, 1996) (Fernández, 2004, p. 170).

Entendemos la *imagen corporal* como la evaluación tanto cognitiva como emocional que la mujer tiene de su propio cuerpo en un momento determinado.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Por su parte, la autoestima hace referencia a las evaluaciones, positivas y negativas, que la persona tiene de sí misma.

Estas alteraciones provocadas por la enfermedad oncológica influyen de forma negativa en la imagen que se tiene del propio cuerpo, además de los trastornos afectivos y alteraciones en la autoestima y la sexualidad. (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos., 2007).

La autora Fernández (2004) en su artículo, *Alteraciones Psicológicas Asociadas a los Cambios en la Apariencia Física en Pacientes Oncológicos*, menciona que es innegable que la apariencia física tiene un papel importante en la sociedad, siendo incluso considerada como un instrumento para lograr el éxito laboral y social. No obstante, más importante que la apariencia externa es aquello que la persona siente en relación a su cuerpo. La satisfacción que pueda experimentar con respecto a su cuerpo determina el concepto y la imagen que tenga de sí misma, así como también la forma de relación que establezca con su entorno.

Tanto la enfermedad oncológica como sus tratamientos pueden provocar, como se mencionó anteriormente, cambios físicos, los cuales pueden ser temporales, como la caída del cabello, las modificaciones en el peso, las alteraciones en la piel; y permanentes, como los provocados por las cirugías (amputaciones, linfedema, cicatrices, deformidad, asimetría).

En los pacientes oncológicos la imagen corporal no se encuentra afectada por defectos imaginarios, sino que en la mayoría de los casos se trata de deformidad, asimetría, pérdidas reales de funciones físicas y discapacidad. “Se puede decir que lo “anormal” o excesivo no es la respuesta del enfermo sino la situación a la que debe enfrentarse” (Fernández, 2004, p. 170).

Todos estos cambios constituyen otro evento vital estresante al que se ven sometidos los pacientes oncológicos. La capacidad que la persona tenga para aceptar estos cambios, integrarlos en su nueva imagen corporal y tratar de encontrar soluciones alternativas que minimicen las limitaciones futuras que puedan provocar, influyen de manera directa sobre el ajuste emocional, en el funcionamiento laboral y social, y por supuesto también en la calidad de vida.



La imagen corporal, específicamente cómo ésta se ve afectada en mujeres con cáncer de mama, está íntimamente relacionada con la percepción que tendrán de su *calidad de vida*. Por esta razón es el propio paciente quien debe medir su calidad de vida, es decir, no ser evaluado por terceros, quienes se ven influenciados por su propia escala de valores, lo cual proporciona resultados poco objetivos. Mediante la estimación que cada paciente puede hacer de su calidad de vida, es posible conocer cómo se siente y no como el profesional cree que se siente. (Braña - Marcos, Carrera - Martínez, Avanzas – Fernández, Gracia – Corbato, Díaz – Barroso, 2008).

Según Fernández (2004) existen diversos factores que intervienen en los cambios que se producen en la imagen corporal:

El tipo de cambio físico que experimenta, la localización y el grado de discapacidad asociado: se ha comprobado que las personas con más riesgo de desarrollar problemas sociales y psicológicos son aquellas que presentan disfunción física o algún tipo de deformidad importante.

La morbilidad es aún mayor cuando existe la pérdida de una función corporal. En estos casos, la preocupación por el aspecto físico pasa a ocupar un segundo lugar de importancia.

Reacción del entorno y el apoyo social percibido: Raich (2000) plantea que la imagen corporal se constituye a lo largo del proceso de desarrollo, en función de la interacción con los otros. Ella es móvil, no es fija y va variando en función de la experiencia.

El apoyo y la aceptación de parte de la familia y los seres queridos es fundamental, ya que esto favorece la aceptación de la nueva imagen corporal.

El contacto físico, la cercanía y las señales de aceptación y agrado por su presencia, son importantísimos para generar emociones positivas que se asocien a esta nueva imagen corporal y facilita la reinserción social.



De la disponibilidad y acceso a los recursos necesarios: las prótesis adaptadas a cada persona, la ropa especial, aprender nuevas formas del arreglo personal, el cuidarse, tener acceso a métodos de reconstrucción quirúrgica u otros recursos, pueden ayudar a disminuir los efectos negativos que impactan en la imagen corporal, facilitando a la persona sentirse más cómoda consigo misma.

La valoración o significado que cada uno realiza de la alteración física concreta: lo importante no está en relación al cambio objetivo que haya podido sufrir la persona, sino en el significado que le atribuye.

Una cicatriz puede para algunos atacar violentamente su autoestima y permanecer como un recuerdo de la enfermedad, en cambio para otros puede relacionarse a la vida y representar la posibilidad de curación de la enfermedad.

La valoración que se realice inevitablemente está influenciada por las creencias de la persona con respecto a sí misma y a su imagen corporal, en relación con su personalidad y con sus habilidades de afrontamiento.

El cáncer de mama se caracteriza como una enfermedad lenta, silenciosa y furtiva, sin embargo, cuando es diagnosticada precozmente y con la intervención terapéutica adecuada, se pueden disminuir los miedos, las tristezas e inseguridades originadas en la patología y tratamiento. En los grupos sociales populares la connotación moral/religiosa del cáncer, como enfermedad punitiva y fatal, es reafirmada por las mujeres.

Independientemente del proceso terapéutico, el “cáncer” provoca sentimientos negativos, haciendo que la mujer se perciba diferente y excluida de la sociedad, cuando es acometida por esa enfermedad. (Oliveira Pinheiro, Magalães da Silva Villela Mamedes y Carvalho Fernandes, 2008).

Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007) en su artículo referido a la imagen corporal y la autoestima en mujeres con cáncer de mama, relatan que uno de los aspectos que ha suscitado mayor interés, en lo relacionado a esta temática, se refiere a la adaptación que la mujer debe realizar frente a los cambios en la imagen corporal, consecuencia de los tratamientos oncológicos efectuados.



Las cirugías modifican el organismo, lo fragmentan, y dejan en las cicatrices la marca de aquello que ya no está, lo perdido. Asimismo también la quimioterapia ataca células malignas, agrediendo de la misma manera a las células sanas sin poder reconocerlas, ocasionando efectos secundarios como la infertilidad transitoria y la pérdida del cabello, entre otras.

La pérdida del cabello es uno de los mejores ejemplos de la importancia que tiene para las pacientes la representación social y psíquica de la funcionalidad perdida.

La mujer se mira en el espejo y reconoce su rostro enmarcado por el cabello. La sociedad y la publicidad lo exaltan como símbolo de feminidad y lo imponen como objeto para suscitar el deseo del otro. La paciente, entonces, no vive la caída del cabello como la pérdida de un tejido muerto, sin importancia para el funcionamiento biológico, sino como la de un objeto significativo para su propia imagen, estimado, y valorado como atributo para ganar la aceptación y el amor del otro. (Díaz Facio Lince, 2010, p. 158).

Así también la radioterapia, otro tipo de tratamiento utilizado, además de atacar las células enfermas provoca quemaduras en la zona tratada las cuales pueden permanecer por mucho tiempo, incluso finalizado el tratamiento. (Díaz Facio Lince, 2010).

Juárez García y Landero Hernández (2011) en su artículo, *Imagen Corporal, Funcionamiento Sexual, Autoestima y Optimismo en Mujeres con Cáncer de Mama*, toman nuevamente la temática de la autoestima y refieren que mujeres con esta patología y que tienen una autoestima adecuada, presentan menor estrés y una mejor salud mental.

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).

1.6. Duelos. Muertes antes de la muerte

La muerte de la célula, la muerte de la tersura de la piel, la muerte de la firmeza muscular, la muerte de la agilidad, la muerte de la agudeza de los sentidos (en especial la vista y el oído), la menopausia, metaforizan “pequeñas muertes” irreversibles que anuncian, desde el deterioro del cuerpo vivo, el advenimiento inexorable del cuerpo muerto. (Alizade, 1996, p. 43-44).

Es importante, cuando se habla de duelo, hacer mención al concepto de pre-muerte, como lo describe y lo caracteriza la autora Alizade (1996):

Lo que denomino pre-muerte es un movimiento psicofísico que deriva de una amenaza”, vale decir, de un hecho que demuestra que la vida peligra (enfermedad, catástrofe natural, guerras, situaciones límites diversas). Las defensas habituales que permiten negar la mortalidad se debilitan.

Los avisos anticipados de la pre-muerte convierten a la muerte en una realidad y disipan la negación y las distintas fantasías.

El vivo deja de estar “completamente vivo” al estar amenazado por la aniquilación. Queda instalado en una suerte de antesala de la despedida. (p.60)

Me interesa considerar los estados de larga pre-muerte que obligan a una persona a convivir por meses o años con una enfermedad de mal pronóstico y desagradable nombre (cáncer, sida, etc.). Cuando las remisiones no son totales, el organismo está vulnerable y ciertas actividades o funciones corporales no pueden llevarse a cabo en forma normal. El avance de la enfermedad va produciendo cambios: dolores varios, amputación de una parte del cuerpo, discapacitación en ciertas áreas de funcionamiento (trabajo, vida



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

sexual, autonomía, etc.). Los familiares y los propios pacientes deben realizar el duelo de las irreversibilidades de la situación. Nunca más esa persona recobrará la salud y con ella el estilo de estar en el mundo que los caracterizaba. A lo sumo mejorará, pero ciertas secuelas lo acompañaran por el resto de los días. (p. 61)

La misma autora también afirma que la enfermedad modifica al enfermo tanto en lo corporal como en lo psicológico. Está débil, ha perdido partes de su cuerpo, ha modificado su peso, ha cambiado su carácter y finalmente algo de lo irreconocible cae sobre ese ser, que antes, la familia y seres queridos conocían tan bien. Es así como los seres queridos inician un pre – duelo, donde su forma de relacionarse con el moribundo cambia y la mirada del otro hacia él también, siendo inevitable que sea percibido por el enfermo, quien inicia ciertos movimientos internos de duelo, un duelo de sí mismo, donde se alternan saber y no querer saber en relación a que la muerte está muy cerca.

Particularmente el diagnóstico de cáncer de mama genera en la mujer múltiples pérdidas: en primer lugar se pierde una parte del cuerpo o la representación que se tenía de la misma, se pierde esa idea de futuro, existente antes de enfermar, se producen cambios en relación a la representación que esta enfermedad tiene socialmente y se modifica la relación con los otros, entre otras pérdidas. (Díaz Facio Lince, 2010).

Se ha definido el duelo como la respuesta psíquica ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente como la patria, la libertad, un ideal, una parte del cuerpo o su fortaleza, entre otras. La teoría psicoanalítica, fuente primaria de la noción de “trabajo de duelo”, lo propone como un proceso, no como un estado, cuyo curso es fluctuante y depende de la labor que hace el psiquismo para tramitar la pérdida. Esta definición es importante, porque, a partir de ella, entendemos que el duelo implica un trabajo psíquico, es decir, el sujeto en duelo debe llevar a cabo una serie de movimientos, muchas veces de forma inconsciente, para que la herida afectiva cicatrice. (Freud, 1981) (Díaz Facio Lince, 2010).

Ante el diagnóstico de una enfermedad oncológica y la indicación de los tratamientos, la mujer se confronta con una realidad que le muestra las pérdidas, no sólo sufridas recientemente sino también las que vendrán. Ante esta realidad,



en un primer momento, puede responder con negación, manteniendo así la esperanza de recuperar aquello que ha perdido.

Por esta razón puede pensar que el diagnóstico que los médicos le dieron no es el correcto, o que quizás con el avance de la ciencia no tendrá que experimentar ninguna pérdida significativa más.

En un segundo momento, se da la aceptación de la realidad, lo que implica un gran gasto de energía psíquica. Poco a poco la mujer se irá enfrentando con la falta, por lo cual una parte de su cuerpo ya no estará allí, donde solía estar.

Finalmente, en todo lo que implica el proceso de duelo, se produce una reubicación emocional de lo perdido y la resignificación de una nueva realidad. De esta manera la mujer puede aceptar su nuevo cuerpo, su nueva imagen y pasar a relacionarse con ella misma y con los otros, de una manera más adaptativa y diferente a como lo venía haciendo.

Perpetuarse en el dolor le impide a la mujer aceptar las pérdidas que el cáncer le impone y resignificar su vida. Asimilarlas le permite que el proceso de duelo se inicie. Así, el trabajo del duelo es una elección que se plantea entre el dolor y la vida: entre permanecer aferrado al dolor, como forma de no renunciar a lo perdido, o apostar por una nueva posición subjetiva que sea compatible con la vida.

Elaborar el duelo es un trabajo que no sólo lo debe realizar el moribundo, sino también los sobrevivientes, los que quedan. Es posible que el trabajo de elaboración sea más sencillo para aquel que ha tenido presente que en algún momento llegará la hora de su muerte, y para lo cual, se ha preparado durante algún tiempo. (Alizade, 1996)

1.7. Calidad de Vida y Calidad de Muerte

Sólo nosotros entre todos los seres vivientes tenemos conciencia de nuestra mortalidad, y esto es, entendiéndolo bien, un gran don y al mismo tiempo una gran tarea...Quien no trata de olvidar su muerte sino que la asume



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

conscientemente, vive de modo distinto. Quien no recluye su propia muerte en el futuro lejano de la “hora de la muerte”, sino que la practica a lo largo de la vida, tiene otra actitud fundamental ante la vida (Hans Kung, 1997). (Fonnegra de Jaramillo, 1999, p 59).

Alizade (1996) en su obra titulada, *Clínica con la Muerte*, comenta que todos morirán algún día, en diferentes tiempos y momentos. No se sabe cómo, ni cuándo, pero esto sucederá. En general nadie quiere morir, lo cual es natural y al mismo tiempo comprensible, por eso para muchos es mejor no pensar en eso.

La muerte se presenta como una enemiga, nos acecha, nos amenaza, nos aterra.

Enemiga desprolija, la muerte no respeta edades, da sorpresas feas. Es intempestiva, irrespetuosa, no avisa. Nada le importa: si tenemos hijos por criar, proyectos a medio cumplir, una boda en puertas... ¿será mala la muerte? Esta pregunta me ronda a veces. (Alizade, 1996, p. 12).

La misma autora propone que para comenzar a privar a la muerte de su mayor ventaja sobre los seres humanos, habría que tener una actitud diferente a la normal. Por ejemplo se debe despojar a la muerte de su extrañeza, característica que tanto atemoriza, para que sea entendida como parte de un orden natural al cual hay que acostumbrarse. Dice además que en tanto no se sabe dónde ni cuándo cada uno morirá, es que hay que esperarla en todas partes. Y finalmente culmina su reflexión diciendo que, si se practica la muerte, se practica la libertad.

Según el libro titulado, *De Cara a la Muerte*, de la autora Issa Fonnegra de Jaramillo (1999) la medicina es una profesión que persigue un diagnóstico y un tratamiento, para una posterior eliminación de la patología. En síntesis, trata de curar y prolongar la vida.

No hay directrices establecidas ni normas para saber cómo tratar a un moribundo. Si se le pregunta a cada especialista que promueve la cura cómo actúa frente a los pacientes denominados incurables es muy posible que afirme que se realizan esfuerzos a veces inútiles e injustificados, con costos enormes para el paciente, en pos de prolongar la vida en días, semanas o meses, sin tener en cuenta la calidad de ésta, ni la voluntad del paciente.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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).

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.

La persona debe poder vivir su muerte, debe esperar la muerte de manera activa. Existen distintas tareas para realizar de manera espontánea, como trabajo preparatorio para la muerte. Como ejemplos se pueden enumerar: los testamentos, las despedidas, las donaciones, los legados, entre otros. De esta manera, las valijas para poder partir se preparan, pero no están vacías, sino todo lo contrario, están llenas de dudas, preocupaciones, esperanzas, ilusiones, así como también de creencias en el más allá. (Alizade, 1996).

Desde el ámbito de la Psico - Oncología el objetivo se focaliza en facilitar y propiciar la comunicación con el enfermo, para que éste pueda manifestar sus



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

angustias, miedos y temores. Donde también pueda recapitular su presente y su futuro y construir una actitud que le permita adueñarse de un vivir y un morir.

El deterioro físico y la muerte son hechos universales, irregulares, irreversibles y asincrónicos. Pero son procesos individuales. Son el resultado de la combinación de nuestra carga genética, nuestra historia previa, los recursos psíquicos con que contamos, la capacidad de adaptación a los cambios y las pérdidas, la forma de adaptarnos al teatro de nuestras vidas.

La adaptación satisfactoria al proceso de deterioro progresivo como consecuencia de una enfermedad o del envejecimiento que llevan a la muerte, la alta autoestima, la libertad, la felicidad, el bienestar guardan relación con la buena calidad de vida en general. (Arasca, Birgin y Blum, 2001, p. 21).

Por todos estos motivos el terapeuta debe tener la capacidad de responder con respeto y empatía para poder transmitir al paciente y su familia la confianza de que no lo abandonará en su despedida final.

En el advenimiento de una buena muerte, la aventura de morir se convierte en un acontecimiento interesante, inédito e importante por el mero hecho de su carácter relevante, irreversible. Se presenta como un arrojarse a la aventura del no ser, un asomarse al inaudito cercano tiempo de dejar de existir.

Morir deviene un arte, un trabajo creativo, una epopeya fascinante. Es el aspecto festivo de la muerte que linda con lo sagrado. Vivir la muerte genera optimismo en los que asisten a esa muerte cuando se transmite vida y se elabora la muerte como un paso natural. (Alizade, 1996, p.64-65).

CAPITULO 2. PLANTEO DEL PROBLEMA

La calidad de vida 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,



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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?*

CAPITULO 3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

Objetivo General:

Caracterizar cómo se ve afectada la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, por la enfermedad y sus tratamientos.

Objetivos Específicos:

Describir cómo se ven afectadas las relaciones sociales, actividades laborales y cotidianas en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas.

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

CAPITULO 4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

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



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

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.



CAPITULO 5. PRESENTACION DEL CASO ROSAURA

Rosaura consulta personalmente en un hospital público del barrio de Flores, de Capital Federal. Al solicitar el turno menciona que se encuentra atravesando diversos problemas emocionales debido a que está enferma de cáncer.

Es una paciente de 57 años de edad, de nacionalidad argentina, nacida en Hurlingham, Provincia de Buenos Aires. Alta, de contextura robusta, buena presencia, quien además muestra ser cuidadosa en su arreglo personal. Se presenta como una persona muy sensible, afectiva y solidaria.

Sus padres, ambos de nacionalidad argentina, están fallecidos actualmente, al igual que su único hermano. Su madre muere en el año 2008, a los 84 años, tras haber sufrido una enfermedad llamada pénfigo vulgar. Dos meses después fallece su padre a los 75 años, a causa de un ACV. Su hermano muere en el año 2000, a los 39 años, a causa de un cáncer de pulmón, quien además era HIV positivo, tema que nunca fue mencionado en el ámbito familiar.

Rosaura es divorciada. Tiene dos hijas, producto de ese matrimonio: la mayor, de 32 años de edad, casada y con dos hijos, vive con su familia en Almagro, provincia de Buenos Aires. La segunda, de 29 años de edad, actualmente en pareja e instalada en Capital federal, es con quien Rosaura se visita los viernes.

Luego de la muerte de sus padres y de su separación, Rosaura forma pareja con Juan, de 40 años, con quien convive hace 4 años aproximadamente.

Vale aclarar que la relación con su ex esposo es muy buena. Es una de las personas, que junto a sus hijas y su actual pareja, la acompañó durante la operación y lo sigue haciendo actualmente.

Rosaura es enfermera y ejerció durante mucho tiempo en diferentes hospitales de Buenos Aires. Luego abandona este trabajo para pasar a desempeñar tareas administrativas en una empresa de prepaga, ubicada en Capital Federal, en donde



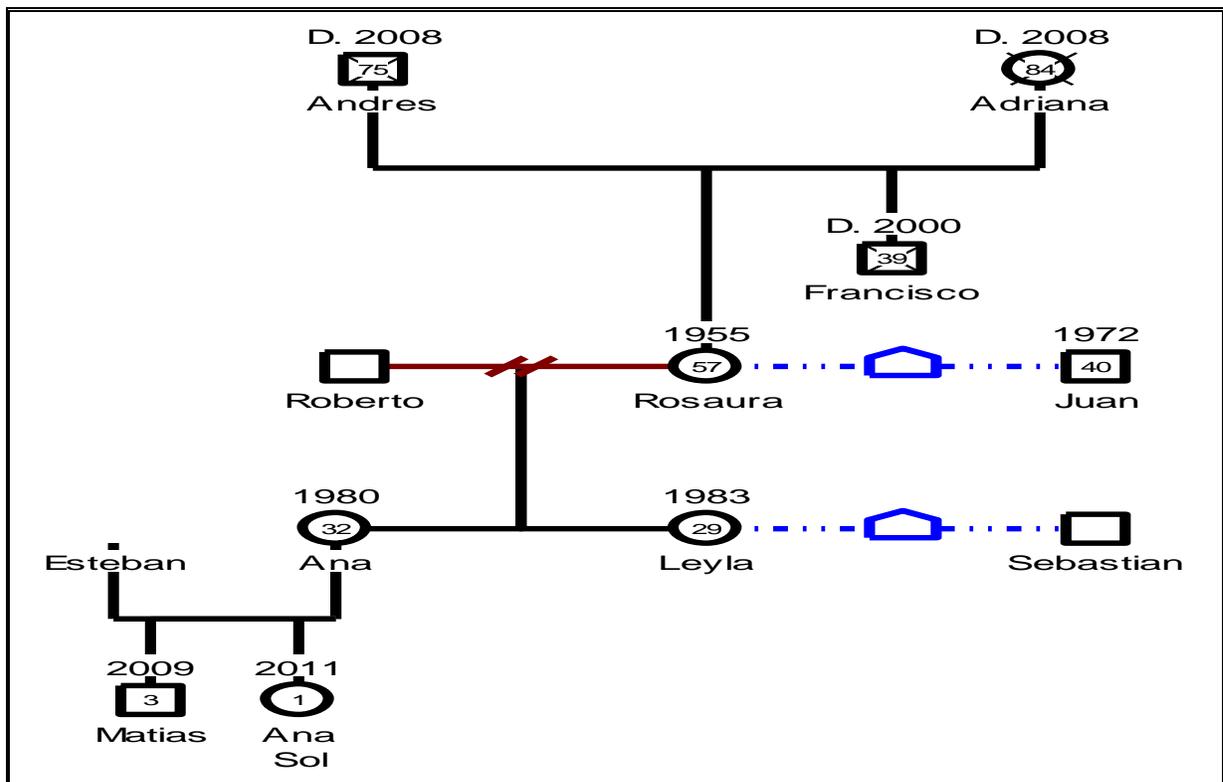
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

trabajaba 6 horas diarias. Cabe aclarar que para trasladarse a su lugar de trabajo necesita viajar dos horas en transporte público.

Luego del diagnóstico, y posteriormente por la mastectomía y la quimioterapia, debe abandonar esas tareas.

Dice no adherir a ninguna religión, sólo cree en Dios y esporádicamente, cuando su estado de ánimo la acompaña, asiste a misa.

5.1. GENOGRAMA





CAPITULO 6. DESCRIPCIÓN Y ANALISIS DEL CASO ROSAURA

En el presente capítulo se transcriben fragmentos de entrevistas realizadas con la paciente con el fin de aportar material para su análisis. En términos generales se observa y analiza cómo las diferentes dimensiones que presentan Ibañez y Andreu (1988) (física, psíquica, social, profunda y espiritual) se ven afectadas en la vida de Rosaura. Se debe aclarar que es casi imposible observarlas y describirlas en forma separada, ya que están íntimamente ligadas unas con otras. Rosaura consulta al equipo de Psico – Oncología de un Hospital General de dominio público, refiriendo sentirse angustiada, agotada por esta nueva situación que le tocaba vivir, y que además, no le permite desempeñarse normalmente en su vida cotidiana.

Al momento de la primera consulta se encuentra sola, al igual que en las entrevistas posteriores, con una duración de 40 minutos, aproximadamente.

“...En el mes de Octubre me levanté, me bañé y, cuando me estoy cambiando para ir a trabajar digo: ¿yo soñé o tengo un nódulo en el pecho? Se ve que me lo había tocado cuando estaba durmiendo. Voy y me acuesto de nuevo y digo: ¡Hay Dios mío que es esto!... tenía como algo sobresaliente. Esa fue la primera vez que me di cuenta que tenía algo así. Volé al médico. Me hicieron todo...y bueno... me enteré de esto...Me hicieron una biopsia y ahí me dijeron...”

Cuando se le pregunta en qué momento le dan el diagnóstico responde: *“Me lo dieron en Octubre del año pasado y en Enero me operaron. Me sacaron treinta y cuatro ganglios de los cuales veintitrés, dijo el doctor que eran malos, y los marcadores me salieron negativos...”*



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

“...Tengo un diagnóstico de cáncer de mama, estadio III, lo cual no es muy positivo, no es muy alentador. Después viene el estadio IV, que es peor todavía...Yo me enteré por unos análisis que me hice, aunque a veces trato de no preguntar o de no mirar mucho porque hay momentos en los que no me quiero enterar de lo que me está pasando...”

Rosaura es diagnosticada de cáncer de mama, y ante esta noticia tan inesperada, como lo menciona Fuentes y Blasco (2012) le indican en forma inmediata una mastectomía. Quedarse sin una mama, es muy angustiante para ella, fundamentalmente si se tiene en cuenta la rapidez con que se llevan a cabo estos procedimientos, los cuales casi nunca coinciden con los tiempos psíquicos de elaboración de la paciente.

Ser diagnosticada de una enfermedad como ésta causa muchísima incertidumbre, e incluso puede resultar paralizante, ya que la persona se debe enfrentar a situaciones nunca antes vividas. Por esta razón tanto el diagnóstico, como la intervención quirúrgica y los posteriores tratamientos, implican para el adulto una experiencia subjetiva de pérdida, según lo describe Die Trill (2003).

Todos estos nuevos términos médicos, asociados directamente a la destrucción y la muerte adquieren propiedades aversivas, debido a un simple condicionamiento semántico, como lo describe Restrepo Forero (2000). También los lugares y las personas, hacen que Rosaura comience a percibirse como diferente y enferma, haciendo que constantemente ronde en sus pensamientos el temor a perder la vida, pero sin llegar aun a elaborar esta idea.

Recibir información diagnóstica de estas características provoca un impacto en el paciente que hace que muchas veces no llegue a comprender lo que se le intenta transmitir. Esto se debe a la carga emocional negativa que porta dicha información.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

El no querer enterarse de lo que le pasa es una manera de evitar el contacto, de manera momentánea, con lo angustiante. En consecuencia este nuevo panorama que se le presenta, incrementa aún más su incertidumbre.

Rosaura, en el mejor de los casos, debe aceptar esta nueva situación para luego poder adaptarse a ella. Este será un proceso en donde ella dejará de ser sana para convertirse en una persona con una patología que puede evolucionar, eventualmente, hacia la terminalidad. El poder hacer algo con lo que le pasa depende de los mecanismos de afrontamiento, las experiencias de éxito/fracaso con los que la paciente cuente, y obviamente, su personalidad, según lo menciona Die Trill (2003).

Como lo aclara The American Cancer Society (2010), no se puede modificar el hecho de tener o haber tenido una enfermedad oncológica, pero sí se puede pensar o hacer algo para modificar la manera de vivir, y así, vivir mejor.

“... Quizás ésto sirva también para darme cuenta de cómo es la gente. Viste que parece que tenés un montón de amigos, pero después cuando estás enferma estás sola. ¡Bah, sola no! Pero no con toda la gente que vos suponías que eran tus amigos...”

“...Soy una persona que no sabe decir que no, si me pedís algo te voy a decir que sí, pero ahora me estoy animando a decir que no. Yo siempre estoy pensando en los demás...”

Se le pregunta cómo se siente actualmente, a lo que responde: *“... Con mucha incertidumbre porque no sé cómo va a seguir todo esto, ni cómo puede terminar. No sé qué puede suceder. Vivo paranoica tocándome, buscando si no me salió algo nuevo o si encuentro algo raro. Por un lado pienso que es lógico lo que me pasa, es inevitable...”*



Agrega que ya no cuenta con la misma capacidad de proyectarse hacia el futuro, como antes, situación que además le sucede a muchas personas diagnosticadas de cáncer. Es una de las múltiples pérdidas que se pueden sufrir, según lo menciona Díaz Facio Lince (2010). Quizás esté relacionado con que la muerte se hace más presente o más cercana para ella, aunque no logre ser totalmente consciente de ello. Sin embargo, ésto no le impide pensarse de otra forma, pensarse como una nueva Rosaura, con la posibilidad de decir que no a lo que no le gusta y la capacidad de poder elegir con quien vivir lo que le está sucediendo.

Luego de ser diagnosticada de cáncer su vida a nivel social también se vió afectada, ya que muchas personas de su círculo íntimo tomaron distancia, se alejaron de ella. Aunque ésto la angustia y la hace sentirse defraudada, también le enseña a decirle no a ciertas personas, cosa que anteriormente le resultaba muy difícil. Tanta soledad, al mismo tiempo, le brinda la posibilidad de empezar a hacer lo que siente, lo que tiene ganas y compartirlo con las personas que ella considera que realmente están para acompañarla en este momento tan difícil.

Rosaura plantea el hecho de que las personas se alejan de ella. Habría que preguntarse, ¿cuáles fueron las razones de este alejamiento y qué tuvo que ver la paciente en ello? También es importante cuestionarse si fue realmente la enfermedad la que le brindó la posibilidad de elegir con quien compartir esta nueva situación que le toca vivir o fue el hecho de sentirse defraudada lo que la llevó a tomar distancia. Quizás le sirva para sentir que tiene el control de algo, al menos, de poder elegir su compañía.

“...La Rosaura de ahora no es la misma que la del año pasado. Cambié. Cambié el humor, el ánimo, las ganas, lo físico....estoy cansada por mi enfermedad, por el tratamiento... me cuesta mucho hablar con otras personas y decirles que no me siento bien o que no tengo tantas ganas como antes...”



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

“...Exteriormente estoy muy bien, interiormente también, pero es como que me falta algo... para mi es algo orgánico que está alterado y hace que me sienta así...”

La soledad que siente hace que experimente la realidad de que somos solos y que aquello que ella siente es intransferible. Más allá del abandono que percibe, advierte y pone en práctica su posibilidad de elección. Incluso puede percibir los cambios producidos en ella, y así tratar de duelar a la vieja Rosaura para poder aceptar a la nueva. Dos Rosauras distintas, ni mejor ni peor.

Reconocer y aceptar que algo le falta y que ese algo pertenece al orden de lo orgánico, posibilita pensar que hace referencia a la pérdida de una mamá, la cual pareciera no ser asimilada por la paciente. Esto puede deberse a que tras esta enorme pérdida le siguió la caída del cabello, lo que acaparó su atención e implicó un gran gasto de energía psíquica para ella.

Las pérdidas implican duelos, los cuales son procesos y no estados; y el duelo implica un trabajo psíquico. El sujeto en duelo debe realizar una serie de movimientos, la mayoría de las veces de forma inconsciente, para que la herida afectiva cicatrice, como lo describe Freud (1981).

“Me siento muy estresada por toda la situación que estoy viviendo...”

“No fue lindo volver a mirarme. No es lindo porque, ¿viste?, que hay cosas que son parte de una mujer. Te afecta que se te caiga el pelo, no tener un pecho, me siento gorda... Todo eso me deprime y quizá hace que yo cada vez quiera salir menos...”

“...Lloré muchísimo. Yo no me cortaba el pelo porque pensaba que no se me iba a caer, porque aguanté bien las dos primeras químicas...y después de un día para el otro se me empezó a caer. ¡Es horrible estar sin pelo!, más que las mujeres somos tan cuidadosas con eso. A mí esto me terminó de enloquecer porque yo



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

tenía fé en que no se me iba a caer. El médico me avisó que me lo corte de a poco, pero bueno, fue como de un día para el otro...”

“...Verme tan gorda como estoy ahora me pone muy mal, me bajonea mucho. En realidad es un conjunto de cosas. La caída del cabello, que se me cayó casi todo... Verme así es prácticamente una tortura para mí. Tengo que andar con un pañuelo. Aunque no me agrada del todo, lo uso igual. Más adelante usaré la peluca...”

Con respecto a la operación y de cómo se siente al respecto, comenta lo siguiente: *“...Con el tema de verme desnuda, me veo horrible. No me quiero ver y tampoco dejo que nadie me vea...”*(es válido aclarar que se refiere a sus hijas y no a su pareja, con quien se siente cómoda y respetada a la hora de tener relaciones sexuales).

“...A mi me afecta mucho por el tema estético, porque la verdad es que me veo horrible. Sigo siendo yo, pero con un montón de diferencias, y eso me paraliza...”

“...Me preocupa la enfermedad, la incertidumbre sobre lo que va a pasar. La caída del cabello me jode bastante. Me cayó muy mal. Me molesta el pelo, el malestar, las arcadas. Ya no puedo comer tanto, porque algunas cosas me caen mal, el mismo estómago me lo rechaza...”

“...La mama era como que ya la tenía superada y de pronto ¡pum!, se me vino ésto. Lo que pasa es que la mama es algo interno, te pones algo y no se nota. Te pones algo en el corpiño y de algún modo te lo arreglás. Pero el pelo...me puedo poner un pañuelo y parece que todo el mundo te está mirando...”



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

“...El hecho de que se me caiga el pelo me cambió mucho el humor. Me hace sentir mal. Igual intento llevarlo lo mejor que puedo. Que se me haya caído el pelo me dio mucha bronca...”

“...Me siento hinchada, gorda, me pone mal verme así. ¡Me veo horrible! pensar que antes yo era flaca, antes de empezar el tratamiento era distinta y ahora me veo y estoy deforme...”

Se puede observar, en principio en Rosaura, el duelo por dejar de ser una persona sana. Ella toma conciencia de tener ciertas limitaciones, tanto corporales como psicológicas, producto de la enfermedad y los tratamientos, que le impiden llevar una vida similar a la de antes de enfermar, como lo menciona Alizade (1996). Tiene que duelar, además, una antigua imagen física (cuando era delgada, tenía cabello y su cuerpo era simétrico) para tratar de adaptarse a su nueva imagen corporal. Por ejemplo la mastectomía que le realizaron afecta su femineidad, más si se tiene en cuenta el valor subjetivo como social que puede tener esta parte del cuerpo, al igual que la caída del cabello, que a nivel subjetivo tiene para ella un enorme valor, en cuanto la define como mujer y también como sana. Esto es lo que Alizade (1996) denomina pre – muertes, un movimiento psicofísico que deriva de un hecho que demuestra que la vida está en peligro, por ejemplo ante el padecimiento de una enfermedad y lo que ella implica, como sucede en este caso. Los cambios físicos y como ella percibe su nueva imagen hacen que la paciente disminuya su autoestima, ya que le cuesta arreglarse. Sin lugar a dudas, como lo mencionan Rincón Fernández, Pérez San Gregorio, Borda Más y Martín Rodríguez (2012), el cáncer y sus tratamientos influyen de manera negativa en la imagen corporal que las personas tienen de sus cuerpos.

Vale tener en cuenta, lo que menciona Fernández (2004) respecto a que la imagen corporal no se encuentra afectada por defectos imaginarios sino que en la gran mayoría de los casos de lo que se trata es de pérdidas reales.



Rosaura dice que nada le queda bien, que no se siente cómoda con la falta de una mama, aunque también menciona algo que inevitablemente llama la atención: dice que se siente más afectada por la falta de cabello que por la pérdida de una mama. Quizás se deba a que Rosaura no tuvo tiempo de asimilar la pérdida de una parte de su cuerpo (mama), para luego seguir perdiendo otras, impidiendo esto un registro completo y la elaboración de los diferentes duelos acaecidos. Esto también podría deberse a que los tiempos psíquicos raramente coinciden con los tiempos de tratamiento de la enfermedad.

También se podría tener otra mirada. Socialmente la falta de cabello hace que se la individualice entre un montón de personas, como enferma de cáncer, sin necesidad de mediar palabras, ya que en el imaginario social una persona sin cabello está asociada a una persona enferma, y no de cualquier enfermedad, sino a una patología oncológica.

Según lo menciona Díaz Facio Lince (2010) la pérdida del cabello se siente como la pérdida de un objeto amado, un objeto significativo para su propia imagen, valorado en cuanto atributo para obtener la aceptación y el amor de otros.

Otra explicación podría ser que quizá sea más difícil asimilar la pérdida del cabello y no la pérdida de una mama, porque tal vez su sexualidad no sea tan activa y eso hace que la falta de alguna parte del cuerpo no quede en evidencia ante la mirada de los otros. La mama en algunos otros casos podría ser instrumento de seducción, en este caso en cambio, ese lugar lo ocupa el cabello.

Luego de la mastectomía realiza tratamiento quimioterapéutico: *“Cuando me hicieron la primera quimioterapia, que fue la más fuerte, ahí me salió otro nodulito, arriba de la clavícula. Me lo punsaron y era más de lo mismo. Este tratamiento me agotaba (refiriéndose a esa quimioterapia), pero era evidente que esa no era para mí, por eso me la cambiaron...”*



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

“Estoy muy desganada, no tengo ganas para nada, le quiero preguntar al médico porqué estoy así, porqué me pasa esto... estoy muy cansada, con mucho sueño durante el día...”

“...Yo supongo que tanto agotamiento se debe a la quimio. Puede ser por todos los efectos dañinos que causa en el cuerpo...”

“...Me fatigo muy rápido, por ejemplo cuando hago mucha fuerza, cuando hablo mucho, cuando hago muchas actividades, ahí me fatigo. Según los médicos es porque tengo elevado el colesterol. Yo creo que es la medicación...”

Además menciona otro problema que considera se debe al tratamiento y que le provoca malestar: *“...Perdí la concentración, no puedo ni siquiera leer un libro, tengo un montón de libros que me regalaron mis compañeros de trabajo que no los puedo terminar de leer porque mi mente se va para cualquier lado, leo y si después me preguntás de qué trataba el libro, no tengo idea...”*

En relación al tratamiento y a los sentimientos que le despierta, comenta: *“Creo que lo que más detesto es tener que hacer quimio. Ya quiero que termine. Odio que me estén pinchando a cada rato...”*

“...El doctor me dijo que existe la posibilidad de que después tenga que hacer radio, en otro hospital. A mí la idea no me gusta porque significa que tengo que seguir en tratamiento y me da miedo que no se logren los resultados ideales...”

“...Los pinchazos más la quemadura que me produjo la primer quimio... ¡ya está con eso!... me tengo que estar poniendo crema para que me calme. Al menos me tranquiliza un poco...”



“... Yo quiero que estén pendientes de mí, pero que no sean pesados, que no me jodan. Yo nunca llamo a nadie para pedirle nada, trato de arreglarme solita porque cada uno tiene sus problemas. No quiero estar cargando a otros con mis cosas...”

El cansancio es un síntoma que la paciente menciona constantemente en las diferentes entrevistas. Dice que se debe al tratamiento que está recibiendo y que no se trata de un malestar emocional. El cansancio y el desgano se manifiestan en Rosaura como falta de ánimo para salir de su hogar, para levantarse a hacer las tareas de la casa, entre otras actividades.

Estas situaciones le provocan mucha ansiedad. Ella siente un gran temor, incertidumbre acerca de su futuro. Le preocupa si el tratamiento dará los resultados esperados, si logrará curarse o morirá.

Según García Viniegras y Gonzales Blasco (2007) la poca conciencia de enfermedad puede manifestarse en sentimientos de ira, preocupación, rechazo, temor, etc., los cuales podrían ir reduciéndose a medida que se extiende la sobrevida.

Con respecto a la muerte expresa que siente temor, aunque en la mayor parte del tiempo parece no ser consciente de ello. La menciona con cierta tristeza en su rostro. No obstante, es importante aclarar que este temor no es específicamente a morir, sino más bien a aspectos que se relacionan con la muerte, como por ejemplo a depender de otros o tal vez tiene que ver con el temor de depender y no tener la seguridad de que estos otros estarán a su lado, circunstancia en que el sentimiento de soledad y abandono sería inminente.

Es necesario tener en cuenta que el hecho de estar realizando tratamiento de quimioterapia y estar en la sala con otros pacientes hace que Rosaura visualice el deterioro en otros pacientes, lo cual le produce sentimientos de pena y al mismo tiempo, la lleva a pensar que ella podría producir sentimientos de lástima en los demás, lo cual no le resulta para nada agradable.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Es posible que esto sea un mecanismo de protección, en el sentido que hace poseedores de pensamientos y/o sentimientos de lástima a otros, cuando es ella la que parece sentir lástima por otras personas enfermas de cáncer. Pareciera no identificarse con ellas en lo más mínimo y no sentir el miedo que podría provocar ver el deterioro en los demás y preguntarse si eso le podría pasar a ella.

Es posible pensar que no tome conciencia por completo de su enfermedad. Esto podría tener que ver con la activación de un mecanismo de negación, tal como lo describe Alizade (1996), en términos de respuestas que se pueden presentar, ya que salvando las diferencias, ella se encuentra en una situación similar a las demás personas de la sala. Es factible que dicho mecanismo tenga la función de evitarle un mayor monto de angustia.

Cualquiera sea el tipo de intervención quirúrgica indicada en patologías mamarias, siempre tienen consecuencias psicológicas sobre las personas, produciendo modificaciones en la imagen corporal como en el autoconcepto, tal como lo describen García Viniegras y González Blasco (2007).

Si bien tanto la mastectomía como el tratamiento de quimioterapia se realizan con el fin de aumentar la posibilidad de curación y reducir el riesgo de recidivas, ellas causan efectos enormemente nocivos para la calidad de vida de la paciente.

El agotamiento, el stress, el cansancio, la pérdida de concentración, parecieran ser síntomas que demuestran un empeoramiento y no una mejoría. Existe una controversia entre tratamientos y síntomas. El curarse no tiene relación con el sentimiento de bienestar. Estos efectos secundarios impiden que continúe con una vida lo más normal posible.

Su cuerpo ya no es fuente de placer, ya que cotidianamente recibe pinchazos y siente malestar. Además pareciera estar desarmándose, ya no tiene una mama, se le cae el cabello. Una batalla parece haberse desencadenado en/con su cuerpo, como lo menciona Restrepo Forero (2000).



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

Rosaura está preocupada por su cuerpo deformado, en el cual vivencia el desgano y el cansancio, y no por aquello que deja de ser o existir y quizá nunca vuelva a ser como antes.

“...Ya hace dos meses que vengo con miedo y más miedo. No salgo en todo el día. Estoy muy sensible. Llora por cualquier cosa. Todo me pone mal. Todo comenzó con la muerte de mis padres. Hace cuatro años fallecieron y hace cuatro años me salió el cáncer también...Yo siempre pienso:¿ cómo mis padres siendo tan viejitos se pudieron bancar la muerte de mi hermano?, y yo, no me puedo bancar la muerte de mis viejos...Ésto me sigue afectando mucho, siempre que hablo de ello llora bastante...”

“...Estaba enojada con Dios por lo que pasó con mis padres... Ahora, me levanto y le digo: ¡Dios ayúdame! Yo soy de Dios. Para mí las cosas grandes están en Dios, aunque a veces no sé qué pensar con todo esto que me pasó. Creo que todo tiene un porqué en la vida. En un primer momento no lo sabés, pero con el pasar del tiempo te das cuenta por qué tuvo que pasar todo...”

Rosaura se encuentra realizando diferentes duelos, específicamente por la muerte de su único hermano y la de sus padres. Ella crea su propia explicación acerca de cuál es la causa de su enfermedad. Es así que por esta razón refiere que tras el sufrimiento y el estrés que le provocaron estas situaciones, puede que se haya desencadenado su enfermedad.

Aparentemente la paciente no logró resolver el duelo de sus padres, razón por la cual dice haber estado enojada con Dios por ello, aunque la muerte de ambos podría haberse considerado “esperable”, “natural”, debido a sus edades.

Se pregunta cómo sus padres ancianos pudieron soportar la muerte de su hermano, pérdida que a ella podría haberla afectado aún más, ya que se trataba de su par, y al menos en su discurso no se presenta así. Muerte que quizá no



estaba entre las “esperables”, si de edad se trata. Vale mencionar, igualmente, que la muerte no tiene en cuenta edad, religiones, etc., como lo menciona Alizade (1996) la muerte es una enemiga desprolija, a quien nada le importa.

Así como puede pensar que las cosas suceden por alguna razón, y que con el tiempo llegará a comprenderlas, también ocurre lo mismo con el inicio de su enfermedad, es decir, logra preguntarse *el para qué*. Así es que menciona que todo lo que sucede, sucede por algo, y cree que esta situación la llevará a aprender cómo vivir de un modo diferente. De esta forma reflexiona y así se hace presente su cosmovisión individual.

“...Trabajo en una obra social. Soy secretaria, pero trabajé mucho tiempo de enfermera. De Hurlingham hasta mi trabajo tengo dos horas para ir y dos horas para volver. Es agotador. El día que tenga que volver a trabajar, porque ahora no lo estoy haciendo, mi vida va a ser un drama. En este momento no me afecta mucho, porque sigo cobrando mi sueldo. Por el momento no tengo ganas de volver a trabajar, por todo el viaje que tengo que hacer, ¡un viaje de locos! Son dos horas que tengo que ir parada porque nunca hay lugar... tengo miedo que me lastimen, que me roben, que me pase algo...”

“...Después que me operé no fui más a trabajar. Los médicos no me dijeron nada y yo tampoco pienso hacerlo. Que sea lo que Dios quiera. Cuando ellos decidan que tengo que volver, volveré. Supongo que será cuando termine con la quimioterapia, la verdad que no lo sé. Ni pregunto. No me siento segura de viajar, de andar sola por la calle...”

Parece afligida al pensar qué pasará cuando tenga que volver al trabajo. Vale mencionar que los medios de transportes fueron siempre peligrosos y las distancias largas, podría anteriormente haber corrido riesgo también, pero es evidente que el sentimiento de vulnerabilidad está más presente ahora. Todo lo



que antes parecía no importar o no poder afectarla, ahora sí la afecta, y en demasía.

Rosaura se angustia al pensarse viajando en colectivo, esto la atemoriza. Surge entonces la pregunta sobre si ese sentimiento de vulnerabilidad está en relación a la enfermedad. Ella podría perder la vida en su hogar, en un hospital, etc., lo que se consideraría más esperable para un paciente con cáncer. Pareciera estar pensando en que no será esta enfermedad la que le ponga fin a su vida.

Este sentimiento de inseguridad, que inicia según parece luego del diagnóstico, más la incertidumbre que Rosaura dice sentir, hacen que se paralice, como ella misma lo menciona. Ésto la lleva a sentirse limitada, pero quizás las limitaciones que siente no tienen una relación real con la enfermedad, y mucho menos la impiden ser feliz, como lo describe la García Viniegras y González Blasco (2007).

Se siente vulnerable, que puede ser dañada. De alguna forma vislumbra la idea de que como ser humano es un ser solo y finito.

La vida social y psíquica de Rosaura también dio un giro, el cual no fue favorable. Ella dice sufrir de “fobias”, las que no le permiten salir de su hogar sola, la mayor parte del tiempo. Esto aumenta su angustia y su ansiedad. Cuando menciona su temor a la muerte, en realidad se refiere al temor de depender de otros. Socialmente llevaba una vida muy activa, hasta el momento en que recibe el diagnóstico. Desde que se sometió a la cirugía dejó de ir a trabajar. Sin embargo, recibe su sueldo mensual, lo cual le da cierta tranquilidad económica.

“...Creo que me cambió el humor y el estado de ánimo con todo el tema de la enfermedad y del tratamiento. Con mi pareja, por ejemplo, estoy insoportable, sobre todo la semana pasada, ¡no lo podía ni ver!, pero todo es por locura mía, después le pido disculpas...”



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

“... A mi pareja, ¡a veces lo quiero matar, me saca que no sepa escuchar! Él, antes de que vos termines de hablar, ya te está respondiendo. Yo le digo: te tenés que callar un poco y escuchar...”

“...Antes yo era más paciente. No me molestaban tantas cosas como me molestan ahora. Estoy cansada y no tengo ganas de aguantar ciertas boludeces. A veces a mi pareja o a mis amigos les hablo por compromiso. Con mi pareja hay semanas que andamos de maravillas y otras que no lo puedo ni ver. Él también se pone muy ansioso por todo lo que me está pasando, creo que eso hace que no escuche. No sé qué le pasa cuando le quiero hablar. Por ejemplo cuando intento hablarle de mi enfermedad, cosa que también a mí me cuesta mucho, él me sale con cualquiera o siento que me esquivo el tema. ¡No sé qué le pasa! Antes yo podía hablar con él...”

“...Mi pareja es así, cree que lo sabe todo. Nunca se deja ayudar por nadie y eso me agota. A él no le gusta que nadie le marque lo que hace mal. Es muy cabeza dura. Contesta mal por pelotudeces que no tienen sentido. Tendría que ser más responsable. Se tiene que cuidar por sí mismo, porque yo en este momento no estoy en condiciones de eso, no voy a poder cuidarlo si le pasa algo, si se enferma o algo. Yo le dije: crecé, porque yo no soy tu mamá...”

“...Son muchas peleas que tenemos por pavadas, pero que a mí me agotan. Él nunca acepta nada de lo que le digas. Cada vez que le comento algo me dice: y vos, y vos, y vos... y me da una bronca...”

“...A pesar de todo, es muy respetuoso, es muy considerado conmigo, no le molesta mi nuevo aspecto. Yo soy la que no quiere que me vea pelada. Hasta duermo con el pañuelo. Él trata que me relaje, que me sienta cómoda, que éste tranquila. En algunas cosas es un divino. También tengo que aceptar eso...”



“...Reconozco que estoy más ansiosa, nerviosa, estoy como irritable, pero bueno nadie me entiende, ¡a veces exploto!”

Cuando se escucha y se analiza el relato parecería que una vez más el mecanismo de proyección se hace presente poniendo adjetivos calificativos en su pareja, cuando quizás es ella quien muchas veces es poseedora de ellos, no escuchando, no dejándose ayudar por los que la rodean.

Dice sentirse sola, que no siempre se siente escuchada, ni comprendida por su pareja. Aunque reconoce haber sufrido cambios que obviamente repercuten en su relación.

Más allá de esto sabe que cuenta con su pareja y con sus hijas, aunque no las ve tan seguido como quisiera. Es indudable que no poder ver a su familia, con la frecuencia que ella desearía, la angustia. Por su parte, las distancias son largas y ella no se siente apta para movilizarse como lo hacía antes. Es evidente el cambio anímico que presenta Rosaura, luego de compartir tiempo con sus nietos y sus hijas.

Rosaura está aprendiendo a pedir, está aprendiendo a necesitar de los demás y también a expresarlo, ya que al haber sido una persona independiente (trabajaba, hacía las cosas del hogar, se trasladaba sola, entre otras cosas), siempre pareció no necesitar nada, pero actualmente manifiesta que estar cerca de su familia le hace muy bien.

Es importante mencionar que le cuesta hablar con sus hijas sobre su enfermedad y lo que le sucede. Refiere que es para no preocuparlas, para cuidarlas. Se podría pensar que esto se debe a que no hay aceptación de la enfermedad o quizá no encuentre el lugar o el momento para hacerlo. También podría ocurrir que ella no cuente aún con las herramientas como para hablar de lo que le sucede.

Por último, en cuanto a lo religioso y lo espiritual, la paciente dice asistir a misa, aunque menciona que su relación con Dios es complicada desde la muerte de sus



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

padres. A pesar que parece existir cierta ambivalencia en este aspecto, ella cree en un Dios, al cual le pide ayuda. Ésta es una herramienta con la que cuenta la paciente y puede ser muy útil en el trabajo psico-oncológico.

Finalizando es válido aclarar nuevamente que todos los aspectos analizados están entrelazados, por lo cual el aspecto psicológico se hace presente a lo largo de todo el análisis.

Se entiende, como lo describe Issa Fonnegra de Jaramillo (1999), que el trabajo psico – oncológico es sumamente necesario para intentar mejorar la calidad de vida, brindándole a Rosaura un espacio con el fin de ayudarla a transitar de la mejor manera posible este proceso.



CONCLUSIONES GENERALES

En principio es necesario aclarar que las conclusiones que siguen a continuación sólo son válidas para el caso clínico descrito y analizado en el presente estudio de caso.

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.

El cáncer afecta indudablemente la calidad de vida de las personas que lo padecen en diversas dimensiones, tanto física, psíquica, social, profunda como espiritual. Todas estas dimensiones se ven afectadas en el caso de Rosaura. Es éste en principio, el resultado al cual se arriba luego del análisis expuesto.

Existen varias definiciones de calidad de vida, aunque particularmente quien escribe, acuerda con la postura de Martínez Contreras, quien hace referencia a la calidad de vida como la evaluación subjetiva de la vida entendida como un todo. Es decir, la valoración de los pacientes sobre la satisfacción que sienten con su nivel de funcionamiento normal, comparándolo con el que ellos creían que era posible o ideal. Más específicamente, no como la valoración que los otros pueden



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

hacer acerca de su calidad de vida, ya que si así fuera, estaría interferida por la subjetividad de quien lo mide, descentrando así del lugar primordial al enfermo.

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 llevan a cabo pueden afectarla negativamente, además de modificar la dimensión física, psíquica, social, espiritual y profunda de la paciente.

En el caso de Rosaura 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 esto 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 en Rosaura es muy evidente en cuanto a la caída de cabello y el aumento de peso. Su actitud también va



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.

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.

Con respecto a esta temática es fundamental que el psicooncólogo trabaje teniendo en cuenta que una mujer con cáncer de mama tiene que duelar, entre muchas otras cosas, que ya no es una persona sana, que quizá no tenga una mama, que se le caiga el cabello y que sufra otras modificaciones físicas. Además la paciente debe aprender a relacionarse con su nuevo cuerpo, para posteriormente poder relacionarse con otros íntimamente. Tiene que crear una nueva imagen y reorganizar su cotidianeidad.

Como profesionales "psi" se debe trabajar en pos de una buena calidad de vida proporcionando un espacio de contención y descarga, donde la paciente sienta la total libertad y confianza de hablar de sus temas más íntimos. En el caso Rosaura esto fue logrado.

Especialmente, se debe ser empático para poder contener a la paciente. 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



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

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.

Este trabajo tiene como propósito responder a la pregunta formulada al inicio del mismo, lo que se puede considerar logrado. También invita a una reflexión que llevará, en el mejor de los casos, a plantear cuestiones que se irán despejando en el desempeño profesional.

Si bien, en este ejercicio, se pueden cometer muchas fallas y errores por la inexperiencia, los temores, etc., quien escribe considera que son más que importantes los conocimientos adquiridos en la relación psicooncólogo – paciente. Lo que se logra aprender en esa experiencia, es el reconocimiento más grande que se pueda tener y la mayor fuente de aprendizaje, más allá de cualquier libro.

Las entrevistas con la paciente fueron pocas, por diferentes cuestiones, que en gran parte tuvieron que ver con dificultades propias de la salud pública. Una de ellas es que para realizar radioterapia debió concurrir a otro centro hospitalario, debido a que el Hospital donde era atendida no cuenta con este servicio.

Si bien no se continúa en la actualidad con los encuentros, se realizó un seguimiento telefónico hasta el momento en que inició tratamiento psicoterapéutico con una psicóloga que concurre a su domicilio.

Como inquietudes personales surgen los siguientes cuestionamientos: ¿qué hubiera sucedido de contarse con más tiempo para seguir con las entrevistas? ¿Hubiera sido útil correr a la paciente del lugar de queja para indagar un poco más? ¿Cuáles son los vínculos más fuertes con los que cuenta?, en vistas de poder trabajar con ellos. ¿Hubiera sido posible ocuparse de los duelos no



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

elaborados, para poder atravesar así, de la mejor forma posible, esta situación que le toca vivir?

También hubiera sido importante habilitar un lugar de escucha para que la paciente tenga la posibilidad de pensarse a sí misma, saber qué le pasa, y poder dar cuenta de su saber.

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 contribuye 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.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-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_Manuscrito-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.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

-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.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

-Giraldo Mora, C.V. (2009). *Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama*. Recuperado de: http://www.scielosp.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.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

-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.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES

-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.