

**Título:** Calidad de vida de pacientes con cáncer de mamas en la comunidad

Title: Quality of live in patients with breast cancer

**Autora:** Ana Lucía Martínez Hernández \*

\*Alumna de 2do año de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus.

### Resumen

**Fundamentación:** El cáncer de mama implica para muchas mujeres una situación que afecta física y psicológicamente su calidad de vida; además, produce un importante deterioro, debido a los efectos secundarios, y secuelas dejadas por el tratamiento.

**Objetivo:** Describir la afectación que produce en la calidad de vida de las mujeres el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mamas.

**Metodología:** Se llevó a cabo un análisis utilizando 35 fuentes de datos bibliográficas y estadísticas internacionales de uso frecuente.

**Conclusiones:** El cáncer constituye una situación vital que produce en la persona un gran impacto psicológico. La intervención psicooncológica debe tener en cuenta las necesidades de la persona en cada fase de la enfermedad y fomentar en ella los recursos que le faciliten la adaptación. La atención médica en la comunidad juega un rol importante en el redimensionamiento de esta intervención.

**Palabras clave:** cáncer de mama, calidad de vida, impacto psicológico, intervención psicooncológica.

### Introducción

En la actualidad, la aparición de nuevas enfermedades crónicas ha impactado a muchas personas alrededor del mundo, además de que los métodos que se han empleado para combatirlas cada vez son más agresivos para las personas.

Se ha puesto importante interés en desarrollar tecnologías que disminuyan la incidencia y progresión de diferentes enfermedades, sin embargo, también es importante desarrollar y proveer a las poblaciones de habilidades que fomenten un mejor cuidado de la salud, no sólo para prevenirla, sino también para llevar un mejor control sobre éstas.

De entre las enfermedades crónicas que existen, estudiar el cáncer se ha vuelto de suma importancia, debido a que desde ya hace varias décadas, es una enfermedad que a nivel mundial es un problema de Salud Pública (Organización Mundial de la Salud, 2008) (1).

La palabra cáncer hace referencia a un conjunto de trastornos que tienen como característica común el crecimiento descontrolado de células de diferentes órganos y tejidos. Con frecuencia, popularmente se asocia el diagnóstico de cáncer a muerte, y sufrimiento, dado el elevado nivel de mortalidad por esta causa, y la dureza de los tratamientos médicos que se requieren para combatirla, si bien, éstos han ido progresando, siendo cada vez menos invasivos y tratando de lograr una mayor calidad de vida para el paciente.

Según datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2), el cáncer es la principal causa de mortalidad a escala mundial. Se le atribuyen 7,6 millones de defunciones (aproximadamente el 13 %) ocurridas en todo el mundo en 2008. (3) Más del 70 % de las defunciones por cáncer, se registraron en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que las muertes por cáncer en todo el mundo seguirán aumentando, y pasarán de los 11 millones en 2030(3)

El cáncer de mama en la mujer ocupa el 1<sup>er</sup> lugar con 4 585 030 defunciones para un 12,4 de fallecidas por cada 100 000. (4, 5) Una de cada 8 mujeres está afectada hoy en día por este flagelo, para una incidencia del 38,9, de aquí a 20 años esta cifra podría subir a una de cada 7 féminas. Cada año en el mundo, un millón de cánceres de mama son descubiertos y alrededor de 400 000 mujeres mueren. Se ha estimado que una mujer muere de cáncer de mama, cada 53 minutos y cada 30 minutos, se diagnostica. (4, 5)

Dos de cada tres casos de cáncer de mama se declaran después de la menopausia, pero también, y cada vez con más frecuencia, afecta a mujeres jóvenes, es decir, con edades comprendidas entre los 40 y 45 años. (4, 5)

En España, como en el resto del mundo, es el más frecuente en la mujer, existe alrededor de un 10 % de probabilidades de que una mujer desarrolle a lo largo de su vida, dicha patología, además de ser una de las primeras causas de mortalidad, cuya incidencia en cuanto a la edad, es mayor entre los 50 y 60 años. (6) En las Américas los países con mayor morbilidad por esta entidad en el año 2005, fueron los Estados Unidos, seguido de Uruguay y Canadá, que mostraron tasas ajustadas de 101,1; 83,1 y 81,1 por 100 000 habitantes respectivamente. (4, 5)

Por otra parte, en Cuba, los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte desde hace más de tres décadas, razón, entre otras, por lo que se han publicado varios trabajos metodológicos en este campo, y otros con aplicaciones a grupos de enfermedades específicas. (7)

El cáncer de mamas, constituye la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer, y se diagnostican cada año 1 600 casos nuevos. (7) En el año 2002 se registraron 2 437 casos nuevos, lo cual representó una tasa de 43,3 por 100 000 habitantes, con mayor incidencia en mujeres mayores de 60 años, que representaron una tasa de 147,9 por 100 000 habitantes. (9, 10) Mantiene el primer escaño, en el grupo de 15 a 49 años con una ascenso de la tasa de mortalidad de 28 por 100 000 en el año 1970, a 31 por 100 000 en 2007, además de que en este grupo etario, se genera la mayor cantidad de años de vida potencial perdidos (AVPP), por decesos de manera prematura. (7)

El curso de la enfermedad trae consigo diversas complicaciones que se presentan de manera novedosa en la vida de quien lo padece, lo cual implica un cambio en los estilos de vida, y la mayoría de las veces dicho cambio trae consigo diversos conflictos psicológicos que afectan tanto su desarrollo personal como su calidad de vida y posición frente a la enfermedad.

Sobre todo, si los procedimientos oncológicos, como la cirugía conlleva secuelas que limitan y potencializan el desgaste cognitivo, emocional y conductual de las pacientes. Las consultas sobre enfermedad mamaria son frecuentes en el ámbito de Atención Primaria, generando ansiedad en la mujer ante el miedo a padecer esta enfermedad (8, 9). El médico de familia ha de conocer los nuevos procedimientos diagnósticos, colaborar en la realización y elaboración de los programas de prevención y diagnóstico precoz, y derivar a atención especializada a las pacientes con enfermedad mamaria indicativa de malignidad (8, 9). Asimismo, ha de ofrecer consejo terapéutico y soporte emocional a las pacientes con el fin de mitigar el sufrimiento y la incertidumbre que esta enfermedad produce. Por lo anterior, resulta relevante analizar dichas temáticas.

Es por eso, que el presente artículo hace una revisión de la literatura e indaga en los principales aspectos psicológicos que se derivan del cáncer de mama y de su terapéutica, así como las principales alternativas de tratamiento psicooncológico desde la comunidad, que disminuyen el impacto negativo de la enfermedad y mejoran la calidad de vida de las mujeres afectadas.

#### **Objetivos:**

- Describir la afectación que produce en la calidad de vida de las mujeres el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mamas.
- Caracterizar desde el punto de vista psicológicooncológico a las pacientes y la intervención desde la comunidad.

#### **Material y métodos:**

##### **Desarrollo:**

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido que forman una masa de aspecto abultado, también llamado tumor. Los

tumores pueden ser benignos o malignos; la diferencia estriba en que los primeros están formados por células de aspecto normal, y carecen de la capacidad de invadir tejidos circundantes y difundirse a otras partes del cuerpo; en cambio los tumores malignos están conformados por células de aspecto anormal, capaces de invadir tejidos cercanos y difundirse a otras partes del cuerpo (10).

Es importante mencionar que no todos los casos de cáncer de mama son iguales, se diferencian tanto por las células anormales que les dieron origen como por la ubicación dentro del seno, sin embargo una de las diferencias más importantes que se debe detectar a tiempo, es el estadio en el que se encuentra, es decir, se debe describir cuál es su tamaño y si existen o no células cancerosas en los ganglios linfáticos y otros sitios del cuerpo (10).

Aún no se conoce cuáles son las causas por las que se origina el cáncer mamario, sin embargo, se sabe que es un problema multifactorial, en el caso de este tipo de cáncer hay algo que parece cierto y es que el estrógeno desempeña una función importante en la aparición de esta enfermedad, al inducir el crecimiento de las células mamarias, lo que aumenta el potencial de errores genéticos y por lo tanto su aparición (11).

Otros factores que se han relacionado con la aparición del cáncer de mama son presentados en la Tabla 1 (11).

Por otro lado, Austrich y González (2007) (12) refieren los factores de riesgo que están relacionados con los estilos de vida de las personas, entre los más frecuentes encontramos los expuestos en la Tabla 2

Tabla 1: Factores biológicos del cáncer de mama

- Edad mayor a 40 años.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Cáncer de mama previo.
- Antecedentes reproductivos: mujeres que nunca dieron a luz o tuvieron a su primer hijo después de los 30 años de edad.
- Menarquia antes de los 12 años.
- Menopausia tardía, después de los 52 años.
- Enfermedades benignas de mama como quistes y tumores cancerosos.

Tomado de Cárdenas y Sandoval (13).

Tabla 2: Factores de riesgo y estilos de vida relacionados con el cáncer de mama

- Dieta rica en grasas.
- Ingesta de alcohol.
- Obesidad.
- Tabaquismo.
- Uso de hormonas por más de 10 años.

Tomado de Austrich y González (12).

Es importante remarcar que todos estos factores potencializan la aparición del cáncer, más no son las causas directas que lo generan.

Con respecto al tratamiento del cáncer de mama, la American Cancer Society y National Comprehensive Network (2007) (14), mencionan que el tratamiento al que se somete cada mujer es diferente y esto va a depender del avance de la enfermedad, las **principales formas de tratamiento** conocidas son:

- La radioterapia: es la aplicación de energía producida por un aparato de rayos X que ataca directamente a las células malignas.
- La quimioterapia: se basa en el uso de medicamentos que destruyen las células malignas que podrían reproducirse y formar otro cáncer.
- Los tratamientos hormonales: consiguen que las células cancerosas no puedan reproducirse más, este tratamiento al igual que la quimioterapia es en forma de medicamentos.

- La cirugía: se ofrece como primera opción para aquellas mujeres que presentan tumores pequeños, sin embargo también es una opción de tratamiento adyuvante. En especial, de los tratamientos mencionados anteriormente, la cirugía impacta fuertemente en la estructura física y funcional de las mujeres, sobre todo cuando se trata de una mastectomía radical, pues resulta ser una intervención que visualmente no es agradable.

### **Mastectomía**

La cirugía, es considerada como un procedimiento estándar en el tratamiento del cáncer de mama, es indicada para la enfermedad multicéntrica y algunos carcinomas ductales in situ.

Siguiendo esta misma línea, la mastectomía consiste en la extirpación de la mama, gran parte de piel de la pared torácica y nódulos (15). Se puede hablar de una mastectomía uni o bilateral, cuya secuela física inmediata y permanente en muchos casos es una mutilación (14). Dicha mutilación, desemboca diferente conflictos, ya que culturalmente los senos son concebidos como símbolo de mujer, femineidad y capacidad reproductora, entre otros (16); sin embargo, por medio de relatos de pacientes mastectomizadas, Pires y Norbe (2003) (17) encontraron que los senos también expresan erotismo, sensualidad y sexualidad.

Esta concepción es valorada por las mujeres de manera significativa, es por eso que ante la pérdida de un seno, las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en la autoimagen, porque física y visualmente constituye una deformidad importante sobre el cuerpo de la mujer y se ha comprobado que mientras una paciente presente mayor deformidad y disfunción, la probabilidad de que desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales es alta (18).

Además de que la manera en la cual las pacientes enfrenten dicho impacto va a ser mediado por lo que hagan o dejen hacer con respecto a su salud. Es por eso, que el comportamiento humano es parte esencial en la calidad de vida ya sea en la salud como en la enfermedad.

El término de comportamiento humano incluye emociones, cogniciones y conductas y son estas 3 esferas las que se ven afectadas de manera drástica, tal como se ejemplifica a continuación. (19, 20)

### **A nivel emocional**

Sánchez Sosa (2002) (20) plantea que las emociones, pueden ser vistas de 2 maneras. La primera, "son la expresión interpersonal o social de las emociones y sentimientos, tales como el miedo, rabia, placer, tristeza, etc.". La segunda, "las emociones también involucran reacciones psicofisiológicas, por ejemplo el miedo y la ansiedad son asociados con el incremento de la tasa cardíaca, presión arterial sistólica, circulación sanguínea en músculos o decremento de la irrigación sanguínea en la piel". De lo anterior, se puede observar el impacto que causa la mastectomía sobre la mujer, produciendo diferentes emociones, y la intensidad con la que se presenten éstas, va a estar mediada por los estilos de afrontamiento con los que se cuentan.

Diferentes autores han recopilado datos de las emociones que más se presentan como consecuencia de la mastectomía. Por su parte, Amayra, Exteberria y Valdosedá (2001) (21) mencionan que ante la mastectomía se producen sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal, entre otros. La pérdida de un seno, también está asociada a diversas emociones, como frustración, tristeza, enojo, etc. Sin embargo, diversos autores Fernández, 2004 (18); Gil y Costa, 2005 (22); Deanna, 2004 (23) y Lentz, 2005 (24) coinciden en que las pacientes mastectomizadas presentan con mayor regularidad trastornos de ansiedad y depresión.

En un estudio realizado por Engel, Kerr, Schlesinger, Sauer y Hölzel durante el 2004 (25), se encontró que las mujeres después de la cirugía reportan haber experimentado

síntomas depresivos y estos se correlacionaron con el estrés, pues existían percepciones del cáncer como un evento estresante con pensamientos intrusivos y eventos estresantes como el nivel socioeconómico. Otro aspecto importante, mencionado en el estudio de Engel et al. (25) es en el aspecto emocional, pues es conveniente considerar que la edad es un factor determinante, pues se ha visto que las pacientes jóvenes se preocupan más por las cuestiones financieras y sobre su salud en el futuro, también tienden a tensarse y deprimirse con mayor frecuencia.

Con base en la literatura, se puede plantear que la cirugía no es la única causa de todas las emociones que experimenta una paciente, también existen otras circunstancias en la vida de las personas como los problemas económicos, pérdidas recientes (como un ser querido, un divorcio, etc.), las cuales favorecen la presencia de otras emociones y las ya existentes se intensifiquen. En este sentido, se puede deducir, aquellas mujeres que poseen altos niveles de autoestima, apoyo social y mejores estilos de afrontamiento, tendrán un mayor bienestar psicológico, según García y González (2007) (26).

### **A nivel cognitivo**

Las cogniciones, mejor conocidas como creencias, ideas y pensamientos, son otro componente psicológico a considerar; éstas regulan las emociones y por ende las conductas. Según (Ellis, 1975) (27) las cogniciones son la interpretación de la realidad, inferencias o evaluaciones que se hacen las personas sobre sí mismos, sobre los demás y el mundo que los rodea. Es importante aclarar, el sufrimiento emocional de las pacientes se debe principalmente, no sólo a las circunstancias o eventos de la cirugía, sino más bien al significado que las personas le atribuyen a estos sucesos, la valoración está mediada por las creencias que cada individuo tiene con respecto a la imagen corporal y de sí mismo; y la intensidad con la que se vivan éstas va a depender de las habilidades de afrontamiento y características de personalidad de cada paciente (27).

Si las cogniciones son irracionales, es decir, interpretaciones poco funcionales, ilógicas, poco empíricas, inconsistentes con la realidad empírica, dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo Ellis (2002) (27), en el caso de la salud pueden llegar a afectar las oportunidades de mantener un estado físico saludable, así como también llegan a producir emociones poco funcionales para las pacientes. Una de las distorsiones cognitivas que presentan estas pacientes, se da principalmente por la atención selectiva que se tiene sobre la zona afectada (seno o senos mutilados), la alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad” según Rojas (2006) (28), de igual manera, suelen magnificar el tamaño de las cicatrices, y esto a su vez, provoca creencias disfuncionales relacionadas con la pérdida del atractivo personal, de su valor como persona y de la identidad sexual. Flórez (1994) (29), Die T y Die G (2003) (30), señalan que el pensarse deformada impide en muchas ocasiones mantener relaciones sociales adecuadas (la mujer evita determinadas situaciones, como la interacción con otras personas) y puede producir un estado de alerta continuo acerca del propio aspecto, aun cuando la deformidad no sea obvia para los demás.

También es importante identificar que la percepción del impacto ante la pérdida o deformidad de los senos varía dependiendo de la edad de la paciente, pues se ha visto que la amenaza al autoconcepto de femineidad sería más intensa en las mujeres jóvenes cuyo atractivo y fertilidad está en auge, especialmente en aquellas que son solteras y no disponen de pareja (21). Aunado a lo anterior, Olivares, Naranjo y Alvarado (2007) (31), mencionan que existen mujeres que se consideran más bellas, atractivas y en general mejores personas siempre, cuando tienen unas mamas intactas, sin embargo ante la mutilación se genera un importante deterioro en la autoestima.

Como se puede observar, el aspecto cognitivo hace referencia principalmente a la percepción corporal y a la valoración que se tiene del autoconcepto de mujer; en otras

pacientes es interesante señalar que existen factores (como la edad y el estado civil) que influyen en la magnificación o adaptación de dichas creencias.

### **A nivel conductual**

Las conductas o el comportamiento consisten en toda actividad que “sirve como instrumento para afectar el ambiente (interno o externo) dejando consecuencias relativamente específicas”, es decir hace referencia a todo lo que hacemos y decimos (19). La conducta de un individuo se ve afectada por las emociones, creencias, ideas y pensamientos que se tengan. Las creencias funcionales pueden provocar conductas como la adherencia terapéutica, la adaptación y reconocimiento de la enfermedad, que permiten mejorar el bienestar físico y psicológico; o de manera contraria, las creencias irracionales pueden generar conductas desadaptativas, como la inconsistencia al seguir el tratamiento médico, no acudir a las citas, etc. Las cuales conllevan diversas complicaciones físicas y psicológicas (19).

En el caso de las mujeres mastectomizadas se pueden identificar ciertas conductas desadaptativas, tales como las refiere Fernández (2004) (18):

- Comportamientos de evitación de las relaciones sociales y aislamiento: debido a la vergüenza y temor al rechazo por parte de las personas del entorno.
- Evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada: a menudo tienden a magnificar la percepción y tamaño de las cicatrices, así como ver de deformidad en su cuerpo.
- Cambio en el estilo de ropa: sobre todo para ocultar la parte operada.
- Problemas sexuales: dado que los senos tienen un valor cultural importante sobre la sexualidad y la percepción corporal.

Por ejemplo, la aparición del cáncer de mama en una mujer en edad reproductiva que oscila entre los 29 y los 39 años, resulta más difícil, debido a que este periodo se caracteriza por la búsqueda de pareja y la procreación para muchas mujeres se vuelve un tema relevante (18). Henson, 2002 (32) plantea que un significativo número de mujeres llegan a experimentar diversas dificultades sexuales, por ejemplo, la disminución en frecuencia de la actividad coital y anorgasmia, ya sea por recibir el diagnóstico de cáncer o por los efectos de los tratamientos oncológicos. Entonces, la sexualidad se vuelve un tópico difícil de sobrellevar, debido a los cambios en la imagen corporal y las creencias disfuncionales sobre la reproducción en la mujer, lo cual entorpece el disfrute de las relaciones sexuales y la relación de pareja en general. Gil y Costa (2005) (22), encontraron que la deformidad física altera el establecimiento de relaciones íntimas, sobre todo en mujeres jóvenes sin parejas estables, o en aquellas que mantienen relaciones que ya eran conflictivas. Además evitan o se sienten evitadas en estas relaciones íntimas (18), y el creer que han dejado de ser sexualmente atractivas, trae como consecuencia que “no vuelvan a ser capaces de sentir ni dar placer, e incluso su capacidad de amar y ser amadas está mermada definitivamente” Rojas (2006) (28), es por eso que la aparición de trastornos sexuales y los conflictos maritales se dan de manera regular. De las mujeres mayores, se piensa que en el aspecto sexual, el impacto de la mastectomía pudiera ser “menor”, dado que en diversas ocasiones, las relaciones íntimas han disminuido o desaparecen, tal vez porque ya no tienen una pareja. Sin embargo, de acuerdo con un estudio realizado por Mandelblatt, Figueiredo y Cullen (33) en el 2003, se encontró que 15.1% mujeres de su muestra habían sido sexualmente activas antes de padecer cáncer, y posterior al diagnóstico reconocían un impacto negativo sobre sus intereses sexuales.

La mayoría de las problemáticas sexuales relacionadas al cáncer, suelen tener un origen psicológico, puesto que “la cirugía per se no debe producir alteraciones en el deseo sexual, ni reducir su capacidad para lubricar, tener sensaciones genitales placenteras o alcanzar un orgasmo” según Die Trill (2006) (34), más bien la depresión y la ansiedad que experimentan estas mujeres repercuten en su actividad sexual, así como también los

efectos colaterales de la quimioterapia y hormonoterapia. De aquí la importancia de trabajar estos aspectos psicológicos, para mejorar las relaciones de pareja y para impedir la aparición de otros trastornos que afecten la calidad de vida de las pacientes.

### **Alternativas de tratamiento psicooncológico**

El impacto del cáncer y sus tratamientos oncológicos, limitan la vida social, familiar y personal de las pacientes, de ahí la importancia de intervenir en estas problemáticas con el fin de lograr un reconocimiento de la nueva imagen corporal y por ende, mejorar la calidad de vida las pacientes mastectomizadas y disminuir el sufrimiento emocional que presentan. Desde un modelo biopsicosocial de la salud, debemos considerar en el abordaje de una enfermedad tan compleja como el cáncer, no sólo los elementos más puramente biomédicos, sino que es imprescindible una conceptualización del proceso de enfermar que abarque también aquellos aspectos psicológicos relacionados con el cáncer.

Sin duda, el cáncer es una de las enfermedades que mayores implicaciones psicológicas tiene, habiéndose desarrollado en los últimos años un interés creciente por el tratamiento psicológico del cáncer. Al hablar de los aspectos psicológicos del cáncer adoptamos la visión de Cruzado (35), quien divide en dos áreas la contribución de la psicología a la oncología: el estudio de factores psicosociales que pueden afectar a la etiología o al curso del cáncer, y la intervención para la mejora de la calidad de vida de los pacientes de cáncer.

Este enfoque coincide con el de Bayés al considerar dos tipos de relación entre factores psicológicos y el cáncer: en la primera tomamos los factores psicológicos como variables independientes y el proceso canceroso como variable dependiente, en el segundo el proceso canceroso actúa como variable independiente y los factores psicológicos como variables dependientes.

El apoyo psicooncológico es importante para que las pacientes aprendan nuevas habilidades de autorregulación emocional, cognitivas y conductuales que les permitan disminuir los efectos de estos cambios corporales y así facilitar que la persona se pueda sentir más cómoda consigo misma y menos limitada. Estas alternativas de apoyo psicooncológico deben responder a las necesidades de las pacientes en las diferentes fases de la enfermedad como del tratamiento oncológico.

Las intervenciones deben enfocarse en la modificación de uno o más aspectos de los componentes de la conducta humana (emociones, cogniciones y conductas) (24). A pesar de que cada uno de estos componentes pueda contribuir a cambios relativos dentro de un contexto de salud-enfermedad, estos trabajan juntos y afectan unos a otros en todo momento a lo largo de la vida.

### **Se proponen algunas estrategias para las pacientes mastectomizadas como:**

1. Reestructuración de ideas disfuncionales, principalmente aquellas relacionadas con la imagen corporal, la aceptación de la nueva imagen y el cambio de ideas relacionadas con el concepto de mujer, según Ellis (2002) (27).

2. Autorregulación emocional Lazarus y Folkman (1991), en combinación con técnicas cognitivas (imaginería) pueden extinguir respuestas emocionales condicionadas a una situación, y re-condicionar sus respuestas a pensamientos, emociones y comportamientos racionales ante la misma situación, por ejemplo, la técnica de Imágenes Racional Emotivas (IRE) propuesta por Ellis (2002) (27).

3. Cambios conductuales, Fernández (2004) (18) propone que se deben emplear los mismos recursos con los que cuenta cada paciente y así escoger algunas estrategias que se adapten a sus necesidades como el uso de prótesis adecuadas a su cuerpo, brindar diversas formas de arreglarse físicamente y la búsqueda de información principalmente.

Estas estrategias le brindan a la paciente la oportunidad de conocer otro tipo de recursos que le permitan sobrellevar los efectos de la cirugía, mantenerlas funcionales y

participativas durante su tratamiento, permite que posteriormente ellas puedan tomar decisiones sobre intervenciones que las lleven a sentirse mejor, como la reconstrucción mamaria.

Intervención para mejorar de la calidad de vida de los pacientes con cáncer

La intervención psicológica con pacientes con cáncer tiene como objetivo mejorar su calidad de vida, para ello es posible realizar diversas actuaciones a lo largo del proceso de la enfermedad. Siguiendo a Cruzado (35) podemos clasificar las intervenciones psicológicas en el cáncer de la siguiente manera:

- Intervenciones preventivas.
- Información adecuada al paciente.
- Tratamiento tras el diagnóstico de cáncer.
- Preparación para la hospitalización y tratamiento.
- Tratamientos asociados a la patología del cáncer o a tratamientos médicos.
- Intervención en fase terminal.
- Formación de personal voluntario.
- Intervención con personal sanitario (enfrentamiento del estrés)

### **Conclusiones**

El cáncer constituye una situación vital que produce en la persona un gran impacto psicológico. Tras el diagnóstico de cáncer y a lo largo de la enfermedad, la persona pasa por diferentes momentos en los que es posible que experimente un gran sufrimiento.

La intervención psicológica debe tener en cuenta las necesidades de la persona en cada fase del proceso canceroso, y fomentar en ella los recursos que le faciliten la adaptación a la enfermedad. A lo largo de este trabajo se ha revisado como un abordaje psicológico de esta situación puede permitir disminuir el daño que afecta a estas mujeres y mejorar su tránsito por el diagnóstico y tratamiento.

Es importante que las pacientes cuenten con un apoyo profesional en este momento del diagnóstico, que supone para ellas un fuerte impacto emocional. Tras la revisión de la bibliografía hemos comprobado que son numerosas las intervenciones propuestas desde diferentes orientaciones, con el objetivo de amortiguar el sufrimiento de estas mujeres y mejorar su calidad de vida. La atención médica en la comunidad juega un rol importante en el redimensionamiento de esta intervención.

### **Referencias Bibliográficas**

1. OMS. Cáncer. Nota descriptiva No. 297. [en Internet]. [Consultado: 12 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
2. Organización Panamericana de la Salud. Área de análisis de salud y sistemas de información sanitaria [base de datos en Internet]. Incidencia estimada de neoplasias malignas de mama de la mujer, ajustada por 100 000 habitantes [Consultado: 24 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>
3. GLOBOCAN. 2008. Country Fast stat. [en Internet]. More frequent cancers in women. [Consultado: 12 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
4. UK. Breast Cancer statistics [database on the Internet] [updated 2011 Dec 16; cited 19 mayo 2017]. Disponible en: <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/breast/>
5. Anuario estadístico 2009 [base de datos en Internet]. Incidencia de cáncer en población femenina de 60 años y más, según principales localizaciones y grupos de edades. [Consultado: 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/anuario/>
6. Martínez F, Téllez F, Sierra A. Protocolo unificado en el cáncer de mama [monografía en Internet]. España: Asociación Española de Cirujanos; 2006 [Consultado: 9 de febrero de 2016]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000300005&lng=en&nrm=iso&ignore=.html](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300005&lng=en&nrm=iso&ignore=.html)



7. Seuc AH, Domínguez E, López L, Gallardo U, García RM, López L. Mortalidad y años de vida potencial perdidos por muertes prematuras en mujeres cubanas: 1990, 1995 y 2000. *Rev. Cubana Salud Pública [serie en Internet]*. 2004 [Consultado: 12 de marzo de 2015]; 30(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000400002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400002&lng=es&nrm=iso)
8. M.L. Fernández, A. Mira, J. Lombardía. El dolor mamario. La mama paso a paso. *Guía práctica en patología mamaria*, 2016; pp. 37-44
9. M.L. Fernández, J. Lombardía. La secreción mamaria. La mama paso a paso. *Guía práctica en patología mamaria*, 2016: pp. 45-55
10. Lara M, Arce S, Alvarado M, et al. Cáncer de mama. En Herrera G, Granados G y González B. Instituto Nacional de Cancerología. *Manual de Oncología. Procedimientos médico quirúrgicos*. Segunda edición. 2006. p. 464-471.
11. Gammon M, Neugut A, Santella M, et al. The Long Island Breast Cancer Study Project: description of a multi-institutional collaboration to identify environmental risk factors for breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment* 2002; 1: 235–254.
12. Austrich E, González M. Una oportunidad de vida. El papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama. México: Norma; 2007. p. 15-20.
13. Cárdenas S, Sandoval G. Segunda Revisión del Consenso Nacional sobre el diagnóstico y tratamiento del Cáncer mamario. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2006; 5(2):3-20. [Consultado: 2 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/consenso/>
14. American Cancer Society & National Comprehensive Cancer Network. *Cáncer del seno versión IX*. 2007. p. 20-34.
15. McTaggart L. Cáncer de mama: la cuchillada trapera. *Revista de Medicinas Complementarias. Medicina Holística* 58:43-50.
16. Suárez V. *Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal*. Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2004. p. 1-11.
17. Pires D, Nobre A. Enfrentando a Mastectomía: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas ásexualidade. *Estudos de Psicologia*. 2003; 8(001):155-163.
18. Fernández, A. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología* 2004; 1(2-3):169-180.
19. Amayra I, Etxeberria A, Valdosedá M. Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta Médica de Bilbao* 2001; 98(1):10-15.
20. Sánchez Sosa J. Health psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. *Encyclopedia de Life Support Systems (EOLSS), Psychology*. UK: Oxford; 2002. p. 1-10.
21. Amayra I, Etxeberria A, Valdosedá M. Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta Médica de Bilbao* 2001; 98(1):10-15.
22. Gil F, Costa G. Aspectos psicológicos relacionados con la cirugía de reducción de riesgo (Mastectomía y Salpingooforectomía Profiláctica). *Psicooncología* 2005; 2(2-3):317-328.
23. Deanna M, Golden K, Andersen L. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology* 2004; 13: 211–220.
24. Lentz M, Janz K, Fagerlin A, et al. Satisfaction with Surgery Outcomes and the Decision Process in a Population-Based Sample of Women with Breast Cancer. *Health Services Research* 2005; 40(3):745-768.

25. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, et al. Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study *The Breast Journal* 2004;10(3):223–231.
26. García V, González B. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana/ Bogotá (Colombia)* 2007; 25: 72-80.
27. Lega L, Caballo V, Ellis A. *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Siglo XXI: Madrid 2002. 70-75
28. Rojas M. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Condes* 2006; 17(4):194-197.
29. Flórez I. La mujer ante el cáncer de mama: Aspectos psicológicos. Barcelona. 1994. En: Olivares B, Naranjo F, Alvarado A. *Cáncer de mama y bienestar subjetivo*. GAMO 2007; 6(4):87-90.
30. Die T, Die G. El cáncer de mama. 2003. En: Olivares B, Naranjo F y Alvarado A. *Cáncer de mama y bienestar subjetivo*. GAMO 2007; 6(4): 87-90.
31. Olivares B, Naranjo F, Alvarado A. *Cáncer de mama y bienestar subjetivo*. GAMO 2007; 6(4):87-90.
32. Henson H. Breast cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability* 2002; 20(4): 261-275.
33. Mandelblatt J, Figueiredo M, Cullen J. Outcomes and quality of life following breast cancer treatment in older women: When, why, how much, and what do women want?. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1: 1-11.
34. Die Trill M. Sexualidad y Oncología: Alteraciones en la Respuesta Sexual tras el cáncer. *Contigo* 2006; 7: 18 -21.
35. Cruzado J.A y Olivares M.E. (1996) Intervención psicológica en pacientes con cáncer. En Buceta J.M. y Bueno A.M. (1996) *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*.