



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

"UNA PROPUESTA TERAPEUTICA PARA MUJERES  
MASTECTOMIZADAS O CON DIAGNOSTICO  
DE CANCER MAMARIO"

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
BUREOS PADRON BEATRIZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC. ROSARIO MUROZ CEBADA

**FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.,

1995





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Doy Las gracias a La Lic. Rosario Muñoz  
que sin su ayuda y dirección  
no hubiese sido posible  
la elaboración de esta tesis.*

*Un agradecimiento especial  
al Dr. Sandoval  
quien me guió en la parte médica  
de esta investigación.*

*Con profundo agradecimiento  
a todas las integrantes  
del Grupo RETO  
por permitirme compartir  
su sentir.*

*Mi agradecimiento  
a todas aquellas personas  
que de una u otra forma  
permitieron el logro  
de este trabajo.*

*Con todo mi afecto dedico esta tesis*

*A la memoria de mi padre  
quien me dio las bases  
y sus enseñanzas para vivir.*

*A mi madre  
de quien he recibido  
el apoyo en todo momento.*

*A la memoria de  
mi hermano Agustín.*

*A la memoria de  
mi hermana Gloria.*

*A mis hermanos  
Jaime Eduardo Olga  
Angel Carlos*

*A tí Sergio.*

*TUDO VENDOR*

*Todo vendor perecerá  
dijo la voz de la escritura  
como siempre  
implacable*

*pero también es cierto  
que cualquier vendor nuevo  
no podría existir  
si no hubiera cumplido su ciclo  
el vendor perecido*

*de ahí que nuestro vendor  
esa conjunción un poco extraña  
de tu primavera  
y de mi otoño  
seguramente repercute en otros  
enseña a otros  
ayuda a que otros  
rescaten su vendor  
por eso  
aunque las escrituras  
no lo digan  
todo vendor  
renacerá.*

*Mario Benedetti*

## INDICE

|  | Pag. |
|--|------|
| <i>RESUMEN</i>                         |      |
| <i>Introducción</i>                    | 1    |
| <i>CAPITULO I</i>                      |      |
| <i>Aspectos generales del cáncer</i>   | 5    |
| <i>Epidemiología</i>                   | 5    |
| <i>Etiología</i>                       | 8    |
| <i>Tipos principales o más comunes</i> | 11   |
| <i>Medios para el diagnóstico</i>      | 14   |
| <i>Tratamientos</i>                    | 15   |
| <i>Papel del médico</i>                | 18   |
| <i>CAPITULO II</i>                     |      |
| <i>Aspectos del cáncer mamario</i>     | 23   |
| <i>Anatomía de la mama</i>             | 23   |
| <i>Patologías más comunes</i>          | 25   |
| <i>Estudios para el diagnóstico</i>    | 27   |
| <i>Cáncer de mama</i>                  | 29   |

### *CAPITULO III*

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Tratamientos médicos para el cáncer mamario</i> | <i>38</i> |
| <i>Cirugía</i>                                     | <i>39</i> |
| <i>Radioterapia</i>                                | <i>45</i> |
| <i>Quimioterapia</i>                               | <i>47</i> |
| <i>Hormonoterapia</i>                              | <i>50</i> |
| <i>Inmunoterapia</i>                               | <i>51</i> |

### *CAPITULO IV*

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Implicaciones psicológicas del cáncer</i> | <i>54</i> |
|--|-----------|

### *CAPITULO V*

|   |           |
|---|-----------|
| <i>Reacciones psicológicas al diagnóstico de cáncer mamario</i> | <i>65</i> |
|---|-----------|

### *CAPITULO VI*

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Reacciones psicológicas ante la mastectomía</i> | <i>77</i> |
|--|-----------|

### *CAPITULO VII*

|   |           |
|---|-----------|
| <i>Tratamientos psicológicos a pacientes con cáncer</i> | <i>90</i> |
|---|-----------|

## *PROPUESTA TERAPEUTICA*

### *CAPITULO VIII*

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| <i>Intervención en crisis</i> | <i>98</i> |
|-------------------------------|-----------|

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| <i>CAPITULO IX</i>                    |            |
| <i>Psicoterapia de apoyo</i>          | <i>118</i> |
| <br>                                  |            |
| <i>CAPITULO X</i>                     |            |
| <i>Terapia cognitivo - conductual</i> | <i>128</i> |
| <br>                                  |            |
| <i>CAPITULO XI</i>                    |            |
| <i>Psicoterapia de grupo</i>          | <i>141</i> |
| <br>                                  |            |
| <i>Conclusiones</i>                   | <i>161</i> |
| <br>                                  |            |
| <i>Sugerencias</i>                    | <i>169</i> |
| <br>                                  |            |
| <i>Bibliografía</i>                   | <i>170</i> |
| <br>                                  |            |
| <i>Glosario</i>                       | <i>182</i> |
| <br>                                  |            |
| <i>Anexo</i>                          |            |



## RESUMEN

*El cáncer mamario es una enfermedad que sigue un proceso desde su detección hasta aún después de los tratamientos entre los cuales se incluye la mastectomía. La mujer que lo padece presenta una serie de reacciones emocionales como angustia, negación y depresión entre otras, las cuales requieren ser atendidas desde la perspectiva psicológica.*

*En este sentido, se hizo una revisión bibliográfica de las técnicas de Intervención en crisis, Psicoterapia de apoyo, Terapia cognitivo-conductual y psicoterapia de grupo para ofrecer una propuesta terapéutica a los profesionales de la salud que responda a las necesidades emocionales de la mujer mastectomizada y/o diagnosticada con cáncer mamario en cada etapa del proceso de la enfermedad.*

## *INTRODUCCION*

INTRODUCCION

La palabra "cáncer" es el nombre de una enfermedad - que al escucharla apenas, inmediatamente se asocia con muerte y, a pesar de que la ciencia médica ha tenido avances y logros en éste tópico, no ha sido posible erradicar el padecimiento y mucho menos el impacto psicológico que causa en la gente en general, ya que su imagen popular está fuertemente estructurada y relacionada con lo "maligno".

Cuando en un diálogo se menciona que una persona padece cáncer, la representación que se forman de ella es que sufre fuertes dolores, tratamientos sumamente agresivos y deterioro físico que inevitablemente lo asocian con una muerte pronta. Con ésta idea, la primera --reacción es de temor por padecerlo y esto es válido pues existe un condicionamiento cultural y social tal, que la gente adopta actitudes y conductas respecto al cáncer dándole un significado muy personal que a la vez --comparte con los demás miembros de su comunidad. El prejuicio social sobre el cáncer aunado al daño físico que ocasiona, propician un fuerte impacto psicológico a quien lo padece y a la gente cercana a ella, familiares y amigos.

En México, específicamente en el Distrito Federal, la frecuencia de cáncer es alta siendo el cáncer de cérvix el de mayor incidencia con un 18.6 % y es seguido por el cáncer mamario con un 10.8 % de

La totalidad. De igual forma, éstos tipos de cáncer tienen las tasas más altas de mortalidad a nivel nacional con un 9.5 y 4.8 respectivamente aunque en el Distrito Federal en particular, es el cáncer mamario el que ocupa el primer lugar con un 7.6 del total de muertes por cáncer. Con ésto se observa que el cáncer mamario es una enfermedad que por su incidencia y por sus implicaciones, es un serio problema de salud a nivel social que debe ser atendido.

El cáncer mamario es un claro ejemplo de cómo la enfermedad afecta físicamente a la persona y la carga emocional que soporta al padecerlo. Para la mujer que padece de cáncer mamario la situación es sumamente difícil por el valor que tienen para ella los senos. Desde que es niña, aprende a "darle el pecho" a sus muñecas, luego, durante la adolescencia, va "midiendo" su desarrollo conforme crecen sus senos; como adulta, los senos ya son concebidos como indicadores de su femineidad y de su madurez, son parte importante de su atractivo como mujer, son fuente de placer sexual e inclusive puede considerarlos como símbolo de la maternidad. Todo este "aprendizaje" social sobre sus senos, la mujer lo introyecta y les da un significado muy personal pero sumamente importante ya que repercute en su autoestima y en la imagen que tiene de sí misma.

La mujer vive el cáncer mamario por un lado, como una enfermedad potencialmente mortal que atenta contra su vida y, por otro, la cirugía extirpadora del seno (mastectomía), amenaza su autoimagen y au

toestima, esto provoca una serie de reacciones emocionales que son las -- que se investigarán en este trabajo. El diagnóstico y el tratamiento, -- la cirugía, provocan que la estructura psicológica de la mujer se mueva -- por completo, y requiere ser informada y orientada, y es aquí donde el mé -- dico juega un papel de suma importancia; desafortunadamente muchos mé -- dicos atienden a la mujer sólo en el aspecto biológico, se centran en la en -- fermedad y dejan de lado el aspecto emocional, el sentir de la mujer, sus preocupaciones y necesidades pero, ¿qué es el humano, sino un ser emocio -- nal? Lo ideal sería que el médico asumiera una actitud más humanista an -- te la mujer enferma y considerara en conjunto todas sus esferas como son -- la biológica, afectiva social, etc.; esto a su vez permite ver la neces -- idad de que la mujer sea atendida por un equipo interdisciplinario, en el -- que el psicólogo juega un papel de suma importancia al ser el que puede -- dar cuenta de esas esferas y al participar de manera integral en la aten -- ción de las necesidades de la mujer.

Ante esto, el presente trabajo pretende proponer a -- los trabajadores de la salud mental, médicos, enfermeras y todo el equipo interdisciplinario que tiene contacto con la paciente, una alternativa te -- rapéutica psicológica que ofrezca a las mujeres estrategias de enfrenta -- miento, ayuda y apoyo en los diferentes momentos que ha de atravesar du -- rante los procesos de la enfermedad y los tratamientos.

La intención de este trabajo es que a través de hacer una revisión bibliográfica, se pueda rescatar información valiosa respec --

to a lo elemental del cáncer en general, particularizando sobre el cáncer mamario y sobre todo, haciendo énfasis en lo que son los tratamientos psicológicos que se han manejado para la atención a los pacientes con cáncer. De estos, se pretende retomar aquellos que han mostrado eficacia específicamente con mujeres diagnosticadas con cáncer mamario y/o que han sufrido una mastectomía y que puedan responder a las necesidades emocionales de la paciente.

Entre estas terapias se puede hablar de las diversas formas de apoyo que puede recibir en diferentes momentos tanto en forma individual como grupal, y de las técnicas usadas en la terapia cognitivo-conductual y la intervención en crisis que le permitirán aprender y desarrollar habilidades que le ayuden a enfrentar el cáncer y sus tratamientos, buscando siempre elevar su calidad de vida.

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES DEL CANCER

## ASPECTOS GENERALES DEL CANCER

## EPIDEMIOLOGIA

*Durante la larga vida de la humanidad, se ha venido luchando contra la muerte; en el pasado, la mortalidad era muy alta debido a que los problemas de salud no tenían solución, sobre todo las enfermedades infecciosas y las epidemias que arrasaban con comunidades enteras. Fué hasta el Siglo XIX que con la Revolución Industrial se dió un cambio socioeconómico muy profundo cuyas repercusiones fueron positivas para la medicina en la que se lograron muchos avances en contra de las enfermedades y su prevención.*

*La aplicación de éstos nuevos descubrimientos -- permitió detener las enfermedades infecciosas entre otras, disminuyendo así la mortalidad, sin embargo, surgieron entonces las "enfermedades degenerativas", consideradas así por el "envejecimiento de los órganos", constituyéndose en una de las grandes causas de mortalidad hasta el presente. Este tipo de padecimientos se dividen en tres grupos principales: las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, algunas del sistema nervioso y, las cancerosas. (Guy de The, 1987).*

*Actualmente, las principales causas de mortalidad se engloban en estos padecimientos, en Estados Unidos por ejemplo, la*



primera causa son las enfermedades cardiovasculares y la segunda es el cáncer, que, sumadas abarcan las dos terceras partes del total de las muertes y, las enfermedades infecciosas que antes fueron la principal causa de muerte, ahora son mínimas las que se presentan. (Cairns, 1981).

La mortalidad por cáncer y diversas enfermedades oncológicas, se comenzó a reconocer a mediados del Siglo XIX, cuando se presentaron altos índices de muerte por éstos padecimientos en diversas regiones geográficas, pero es hasta hace 25 años aproximadamente cuando se han concentrado los esfuerzos para realizar estadísticas en diferentes puntos del mundo, dando una idea general de cómo la incidencia del cáncer y la tasa de mortalidad resultante varía de país a país, de un grupo social a otro y cómo cambia en la medida en que la gente altera sus hábitos o emigra a otro lugar e inclusive, en sus manifestaciones de una época a otra, tal como sucedió en Inglaterra, en donde el número de pacientes cancerosos por millón de habitantes era el mismo en 1973 que en 1923, pero los tipos de cáncer eran muy diferentes: en 1923 abundaba el cáncer de lengua y en 1973 había desaparecido prácticamente. (op cit.).

Sin Richard Doll, durante los años sesentas, realizó un análisis sobre la frecuencia del cáncer, primero en Londres y después en Oxford, encontrando que para un tipo de cáncer en especial había grandes variaciones; si un determinado cáncer era frecuente en una región podía ser muy raro en otra. Por ejemplo, el cáncer de pulmón, de seno y de intestino son característicos del mundo industrializado (Estados Uni--

dos, Europa, etc.) mientras que el de hígado, de esófago y el de rinofaringe, así como el de cuello uterino son más frecuentes en los países en vías de desarrollo. (Guy de The, 1987).

Una explicación que se ha dado para esto se refiere a los hábitos de la gente, esto es por ejemplo, la incidencia de cáncer de pulmón que es el más común, es mayor en gente fumadora o que ciertos hábitos alimenticios pueden predisponer a determinando tipo de cáncer.

Las variaciones que se encuentran en la frecuencia del cáncer de un lugar a otro, hablan de la necesidad de saber si estas diferencias se deben a factores ambientales, potencialmente alterables, o por variación genética, inalterable. Al respecto, se observa -- por ejemplo que los japoneses siempre han mostrado la propensión al cáncer de estómago más alta del mundo, pero es muy baja en cuanto al cáncer de seno. Pero los que comenzaron a emigrar a Hawai y California a partir de los 50's, han empezado a perder propensión al cáncer de estómago y a adquirir la del que predomina entre los norteamericanos, que es el cáncer de colon. Las mujeres por su parte, se han vuelto propensas al cáncer de seno, aunque el riesgo sigue siendo menor que en las mujeres norteamericanas quienes tienen el más alto del mundo. Esto habla de cómo los factores ambientales participan en la incidencia y tipos de cáncer.

En México particularmente, un intento serio de -

registro de tumores, es el que llevó a cabo la Dirección General de Epidemiología de la S.S.A., en 1982: el "Registro Nacional del Cáncer" que abarca de 1982 a 1988 e incluye los reportes de instituciones de salud tanto públicas como privadas. En este estudio se refiere la frecuencia de todos y cada uno de los tipos de cáncer en el Distrito Federal, encontrándose que el cáncer de cérvix es el que ocupa el primer lugar con un 18.6% seguido por el cáncer de mama con un 10.8%. (Ver Anexo, Cuadro 1).

Se observa además que la mortalidad a nivel nacional, es mayor en las mujeres con estos mismos tipos de cáncer, que ocupan los dos primeros lugares con una tasa de 9.5 y 4.8 respectivamente. -- (Ver Anexo, Cuadro 2). Sin embargo, la mayor incidencia de mortalidad -- al menos en el Distrito Federal, la tiene el cáncer de mama de la mujer -- con una tasa de 7.6 del total de muertes ocasionadas por cáncer en dicha entidad. (Ver Anexo, Cuadro 3).

## ETIOLOGÍA

De las enfermedades oncológicas aún no se conocen a ciencia cierta sus causas a pesar de que se tengan referencias muy antiguas de su existencia. Esto ha llevado a mucha gente a investigar -- la génesis del cáncer desde épocas remotas; uno de los primeros y más importantes por sus aportaciones es Hipócrates, ya que se le considera el -- autor de los términos "cáncer" y "sarcoma" que son los que se utilizan --

hasta la fecha. En sus observaciones de algunos tumores encontró semejanza con la carne de pescado por lo que propuso denominarlos tumores carnosos o sarcomas y, para aquellos tumores que por su distribución y forma semejaban el despliegue de las patas de un cangrejo, sugirió el nombre de cancerosos.

Peterson (1982), refiere que en el libro del Siglo XVIII, "La leyenda de cómo se denomina médicamente cada enfermedad", - sus autores, el Doctor Andrón y el curandero Wolf escriben: "El cáncer - es una pupa podrida, que anda por el cuerpo, para de un lado para otro, - tiene malos olores y muy maligna es". (pag. 7). El mismo autor cita otro libro que refiere "...sus causas lejanas son: la irritación externa de esos endurecimientos por medicinas fuertes, rozamiento y compresión y - resentimiento prolongado y grande del alma..." (pag. 8). En esta definición es importante destacar que desde entonces ya se consideraba factor importante el estado emocional de la persona en el desarrollo del cáncer, como se verá más adelante.

Al principio de los estudios del origen del cáncer, surgieron dos teorías principales: la Teoría clonal y la Teoría del campo. La primera se refiere a que el cáncer nace de una sola célula -- desviada, y la segunda, a que se origina de un campo de células afectadas simultáneamente. (Robbins, 1975).

Posteriormente surgieron otras teorías, algunas-

se dirigen a que tiene su génesis desde el desarrollo fetal, cuando -- hay malformaciones congénitas por irritación de la célula (con agentes -- químicos y físicos) por mutaciones de la célula o incluso cuando hay un proceso inflamatorio crónico, sin embargo, éstas han carecido de comprobación científica. Existen otras teorías que por sus bases científicas se han mantenido vigentes y ahora constituyen los principios de las concepciones contemporáneas acerca del origen del cáncer, éstas son:

a) Teoría vírico genética o de los virus oncogénicos. Se basa en la premisa de que los virus como causantes de diversas enfermedades lo pueden ser también del cáncer; cuando se integran al genoma de la célula dan lugar a transformaciones neoplásicas.

b) Teoría de los carcinógenos químicos. Se refiere a que diversos productos químicos son agentes carcinógenos cuando -- tienen una conversión metabólica o "activación" como la llama Peterson -- (1982), y su efecto es blastógeno. Puede haber carcinógenos químicos -- tanto endógenos, cuando son producidos por el propio organismo como resultado de anomalías en sus procesos y, exógenos que son aquellas sustancias externas que irritan al organismo. (Robbins, 1975).

c) Teoría polietiológica y carcinógenos diversos. En éstas se habla de que las enfermedades oncológicas pueden ser -- provocadas por diversos factores físicos, químicos y biológicos y dependiendo de las condiciones en que se encuentra el organismo. (Perez, 1984)

A pesar de las investigaciones realizadas y los resultados encontrados, aún se especula sobre el origen del cáncer, sin embargo, Robbins (1975) plantea a manera de conclusión, que los datos -- reunidos "...sugieren fuertemente que la transformación cancerosa no ocurre durante la vida de una sola célula. Probablemente nace por adquisición seriada de desviaciones cada vez mayores, generación después de generación, acabando por escapar de los controles normales de crecimiento". - (pag. 139).

De esta forma, se puede decir que la carcinogénesis ocurre a nivel celular individualmente o dentro de un campo de células inquietas afectadas simultáneamente por influencias carcinógenas tanto ambientales como genéticas o de ambos tipos. Pero la medicina aún -- tiene muchas lagunas en cuanto al origen del cáncer y sus causas, sin embargo, es un problema que existe y requiere de una atención médica en primera instancia, por lo que su tratamiento se ha tenido que basar entonces en los síntomas que presenta y las características generales y particulares de la enfermedad.

#### TIPOS PRINCIPALES O MAS COMUNES

Los tumores son el síntoma más representativo de la enfermedad oncológica, y por eso generalmente se habla en base a la -- clasificación de los mismos, esto hace que en ocasiones se deje de lado -

La serie de trastornos del organismo característicos de la enfermedad, además de que hay padecimientos oncológicos en los que no hay tumor como - por ejemplo, las leucemias.

La gran diversidad de las neoplasias requieren - de una clasificación precisa y única. Desde el Siglo II D. C., Claudio-Galeno, médico griego, retomó el estudio de Hipócrates sobre los tumores y los dividió en tres categorías:

- Primera, los tumores que van "de acuerdo con" lo natural, como es el abultamiento de los senos en la pubertad, del útero durante el embarazo, etc.;
- Segunda, los tumores que van "más allá" de lo natural; éstos son los - callos óseos después de una fractura o los pequeños quistes de grasa - (llamados lipomas) y, por último,
- Tercera, los tumores que van "contra" lo natural; que a su vez los sub dividía en benignos y malignos siendo éstos últimos mortales.

Esta clasificación se mantuvo intacta hasta el - Siglo XIX cuando se intensificaron las investigaciones sobre el tema. Ac - tualmente, la clasificación que se utiliza se basa en los síntomas clínicos y las características histogénicas y morfológicas de la enfermedad y - una clasificación de los tumores según el órgano o tejido donde se locali - za.

Desde el punto de vista clínico y morfológico, -

Los tumores se dividen en los grandes grupos: benignos y malignos. El tumor benigno se caracteriza por su crecimiento lento, tiene gran similitud morfológica con el tejido de origen, está bien delimitado por una cápsula que lo separa de los tejidos circundantes y no los comprime ni a las estructuras anatómicas adyacentes, su crecimiento es limitado y, sobre todo, no amenaza la vida de la persona.

El tumor maligno en cambio, se caracteriza por una anaplasia mayor, crece rápidamente con infiltración y destrucción de los tejidos circundantes, su crecimiento genera una destrucción local, metastatizan y sobre todo, amenazan la vida de la persona.

Los trastornos dishormónicos en particular, pueden conducir a la hiperplasia nodular específicamente de los órganos endocrinos o endocrino-dependientes por ejemplo, la mama (ocasiona mastopatía o dolor de la mama, pero no tumores con las características antes mencionadas).

Algunas enfermedades pseudotumorales tienen tendencia a la malignidad, o sea, a la degeneración en una u otra neoplasia maligna o cáncer. El término "cáncer" se utiliza para designar los tumores malignos de origen epitelial.

Cairns (1981) explica que la mayoría de los cánceres malignos pueden clasificarse en tres grandes grupos: carcinomas, -



sarcomas y los que se originan en las células productoras de leucocitos.

### MEDIOS PARA EL DIAGNOSTICO

El diagnóstico precoz es una condición importante para el tratamiento efectivo de cualquier enfermedad y sobre todo, en la oncología, pues es más probable la cura de un tumor maligno en sus primeras fases que si es en un estadio avanzado que es ya casi imposible; se considera que es más probable curar un cáncer precoz o in situ que cuando se encuentra ya avanzado; la desventaja es que en algunos casos su desarrollo primero cursa asintomático y es diagnosticable sólo bajo el microscopio.

Peterson (1982) menciona que la morbilidad y mortalidad del cáncer dependen en ocasiones de una serie de factores entre ellos el sexo y la edad, por lo que el médico general debe estar alerta al tipo de padecimiento y poder remitirlo al especialista indicado quien para llegar al diagnóstico cuenta con diversos elementos. En primera instancia está la anamnesis, que es de suma importancia por los datos históricos personales que arroja sobre el paciente; enseguida está la inspección que se hace de la zona afectada para determinar el órgano donde se origina la neoplasia. En los pacientes oncológicos hay que reconocer siempre el hígado y los huesos porque son los principales órganos a donde metastatizan (sobre todo en el cáncer de pulmón, próstata y mama).

Otros medios para el diagnóstico y conocer la etapa de desarrollo en la que se encuentra el cáncer, son los estudios de laboratorio, citológico y endoscópicos; luego vienen los métodos de imagen en los que se incluyen Rayos X, termografía y ultrasonido entre otros. Un método bastante eficaz es la biopsia, con la que se hace un análisis histológico del tumor.

La formulación precisa del diagnóstico permite hacer un pronóstico correcto sobre el curso del padecimiento y elegir con mayor certeza el tratamiento. El proceso de la enfermedad del cáncer tiene una clasificación clínica por estadios que van del I al IV en orden creciente por la gravedad, siendo el estadio IV cuando el tumor ha invadido órganos vecinos y hay metástasis a distancia. Para precisar aún más el diagnóstico, desde 1953, se elaboró la Clasificación Internacional de los Tumores Malignos instalando así el Sistema TNM que es una codificación que refleja las particularidades individuales de la enfermedad oncológica: el símbolo T (tumor) caracteriza el tumor primario; el símbolo N (nodulus) refleja la extensión de la afección de los ganglios linfáticos y, el símbolo M (metástasis) indica la existencia o ausencia de la enfermedad a distancia. Actualmente, el Sistema TNM, es el más usual y cuando el cáncer ha sido confirmado con estudios citológicos.

## TRATAMIENTOS

El tratamiento para el cáncer ha sido desde siem

pre una preocupación de la humanidad como refiere la literatura en la que se menciona el uso de infusiones de distintas hierbas y raíces y, las indicaciones sobre la profilaxis del cáncer son en términos generales, que debe tenerse cuidado de no irritar el cáncer con rozamientos o sustancias evitan todo lo caliente como bebidas y comidas e inclusive el aire caliente y, sobre todo, evitan las intranquilidades del alma, el movimiento corporal fuerte y las constipaciones. (Peterson 1982).

El tratamiento quirúrgico para el cáncer fue propuesto desde los tiempos de Hipócrates por Avicena que proponía que el tumor debía extinguirse saliendo de sus bordes y después quemar el fondo de la herida con un hierro candente. (Peterson, 1982). Los intentos se continuaron y fue hasta el Siglo XIX cuando Halsted (médico estadounidense), en 1879, propuso una operación con reglas concretas para la extirpación en bloque del cáncer, sus estructuras regionales y las cadenas de ganglios linfáticos, sin embargo, la cirugía era un riesgo muy grande para el paciente, pero actualmente éste se ha reducido con el uso de la anti-sepsia y la anestesia.

Actualmente, el tratamiento es planeado en base a los datos obtenidos y el diagnóstico (utilizando el Sistema TNM) y, algo muy importante es que cada paciente debe ser considerado como único. El tratamiento médico para los pacientes oncológicos puede ser radical, paliativo o reconstructivo. Radical se denomina al tratamiento mediante el cual se desaparecen los síntomas que pudiesen ser registrados por los

diversos métodos dinámicos y sobre todo, su intención fundamental es quitar el proceso neoplásico.

*El tratamiento paliativo es aquel con el cual no se liquidan todos los focos del proceso maligno, sino intenta aliviar los sufrimientos del paciente y eliminar los síntomas más desfavorables de la enfermedad o las complicaciones para la vida.*

*El tratamiento reconstructivo tiene la intención de rehabilitar al paciente y tratar de devolverle función o integridad física que quedó alterada a consecuencia de la enfermedad, de los tratamientos o de ambos.*

*Según la UICC (Unión Internacional Contra el Cáncer, 1978), son tres las formas de tratamiento que se utilizan: la cirugía, la radioterapia y, la quimioterapia que incluye el tratamiento hormonal, con finalidad curativa. Estas formas de tratamiento se utilizan por separado o en combinación según sea el caso (estadio del cáncer, pronóstico, etc.) y su éxito depende en mucho del momento en que fue detectado y atacado; un diagnóstico temprano ofrece un mejor pronóstico y tratamiento.*

*A continuación se describen brevemente cada uno de los tratamientos:*

- *Cirugía:* es el tratamiento más antiguo y consiste en hacer la resección del órgano afectado dentro de los límites de los tejidos sanos.

- *Radioterapia: utilizada así a fines del siglo pasado. Consiste en el uso terapéutico de radiaciones ionizantes dirigidas sobre el tumor con el fin de reducir su tamaño; este tratamiento es bastante efectivo cuando no es posible la cirugía o se combina con ésta antes y o después de la misma.*
- *Quimioterapia: a escasos cincuenta años de su uso como tratamiento, ha resultado ser bastante efectiva. Se hacen preparados medicamentosos antitumorales que al entrar al organismo por vía sanguínea puede actuar sobre todos los focos de la afección maligna y no sólo local como los anteriores.*
- *Tratamiento hormonal: aunque se considera dentro de la quimioterapia se diferencia porque su uso es principalmente para el tratamiento de tumores hormonodependientes como el cáncer de mama, próstata y cuerpo uterino.*
- *Inmunoterapia: aún en fase experimental, supone que diversos factores inmunológicos pueden influir en una regresión o reducción de los tumores igual que influyen en su crecimiento.*

## *EL PAPEL DEL MEDICO*

*Cuando una persona padece una enfermedad, se conjugan dos aspectos muy importantes: el orgánico, que se refiere a todo aquello como son los síntomas que presenta, el tratamiento que requiere, etc. y, el segundo, el psicológico, que se relaciona con los conceptos y*

juicios que tiene la persona respecto a la enfermedad y las actitudes que ella toma con base en éstos conceptos durante las diferentes etapas que debe atravesar. En el caso de los pacientes oncológicos específicamente, esto es algo muy importante pues es en este punto donde interviene un tercer factor determinante que es la relación que establece con el médico y cómo se maneja éste ante el paciente.

Cuando la persona acude al médico ante la aparición de un síntoma (en este caso generalmente el tumor) habrá de llegar hasta el especialista quien debe ser honesto en primera instancia con él al darle el diagnóstico; esto no quiere decir que lo haga de una manera agresiva o cruda e indiferente sino que debe tener capacidad de empatía para entenderlo y brindarle confianza sobre todo; además, ofrecerle un tratamiento que a su vez le dé esperanza de vida, mas no falsas ilusiones basadas en engaños sobre la enfermedad. Las necesidades del paciente en este momento son de información y de sentir un apoyo, y la primera persona a la que acude es el médico que lo atiende, quien debe ofrecerle tiempo y respuestas claras y precisas a todas las preguntas del paciente permitiendo así la comunicación en la relación, en este caso la familia también debe considerarse pues también tiene dudas de cómo ha de atender a su familiar.

Al proponer el tratamiento, el médico debe exponer al paciente la efectividad del mismo, sus efectos secundarios, las posibilidades de cura y la necesidad de que participe activamente durante -

todo el proceso para alcanzar el éxito del tratamiento. Un punto importante es que el médico debe tratar de buscar en lo posible el menor trauma psíquico en el paciente y procurar que los tratamientos afecten lo menos posible su vida cotidiana, pues el aspecto emocional será determinante en el proceso de enfermedad del paciente. Schavelzon (1978) comenta que el decirle o no al paciente la verdad sobre su enfermedad es un eterno dilema por lo que explica "...es muchísimo más importante dejar hablar al enfermo, darle oportunidad de expresar su propia interpretación de la enfermedad, permitiéndole descargar su angustia y corregir sólo los errores más graves y perjudiciales de su pensamiento." (pag. 25).

En la relación médico-paciente, se da lo que el Dr. Puente Silva (1984) llama adherencia terapéutica y la define como "el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas" (pag. 2) y, describe como falta de adherencia "aquella situación en la que el paciente no sigue por alguna razón el programa establecido - por el médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento". También menciona que cuando el paciente siente mayor satisfacción con su terapeuta, habrá un mejor y mayor cumplimiento a los programas del tratamiento y una menor probabilidad de deserción.

En relación a la adherencia terapéutica con el paciente oncológico, el Dr. López, Subdirector del Instituto Nacional de Cancerología en México, menciona que muchos de los enfermos no acuden a -

consulta por el temor a un diagnóstico que para ellos equivale a cáncer, dolor y muerte, en tanto que los que sí asisten muestran con frecuencia un alto índice de deserción en cualquiera de las fases del proceso (diagnóstica, terapéutica, de seguimiento y de rehabilitación) afectando sobre todo al propio paciente en sus diferentes ámbitos. Como causas de la deserción considera el concepto de la enfermedad, las condiciones generales del paciente e incluso el aspecto y funcionalidad de la institución a la que acude, en el sentido de que un contacto frío, impersonal y poco comprensivo con médicos, enfermeras y trabajadoras sociales, aumentará la tasa de abandono siendo esto algo que se puede salvar con la adherencia terapéutica, con una relación más humanista entre el médico y el paciente y, claro, aunada a una difusión de información a través de campañas en todos los medios y educación a todos los niveles. (idem).

Así, se puede ver que la relación que establece el médico con el paciente es sumamente importante y se determina desde el primer contacto clínico que hay del uno con el otro. En esta relación es fundamental la actitud que tiene el médico, la que idealmente debe ser más humanista, al punto de que le permita ver al paciente en su integridad bio-psico-social, y no sólo desde la perspectiva médica.

Esto permite observar la necesidad de formar equipos interdisciplinarios en el que el médico como un elemento del mismo puede apoyar a los demás y ser apoyado en la relación con el paciente para su atención integral. Aquí nuevamente se nota la importancia que tie



ne el psicólogo, pues como parte del equipo interdisciplinario, puede fun  
gin como apoyo al médico, como apoyo al paciente y, como vínculo entre an  
bos.

*CAPITULO II*

*ASPECTOS DEL CANCER MAMARIO*

## ASPECTOS DEL CANCER MAMARIO

### ANATOMIA DE LA MAMA

En el humano, específicamente en la mujer, el desarrollo de las mamas se inicia en la pubertad, continúa durante la adolescencia y alcanza su máximo desarrollo cuando el crecimiento corporal termina. Este crecimiento, desarrollo y funcionamiento de la mama, son el resultado de la estimulación de varias hormonas secretadas por diversas glándulas como la pituitaria.

Particularmente en la mujer, la mama tiene forma cónica protuberante distintiva y singular -se considera inclusive diferenciadora entre el sexo femenino y el masculino-, es notorio sobre todo en las mujeres jóvenes y sin hijos, conforme la edad aumenta, suelen aplanarse un poco y tornarse péndulas y menos firmes. Frecuentemente hay una pequeña diferencia en el tamaño de ambas mamas, pero esto es normal; en general la dimensión depende proporcionalmente a la constitución de la mujer. (Haagensen, 1987).

Internamente la mama o seno, está formado por cuatro tipos de tejido: glandular, fibroso, graso y de los conductos, cada uno con diferentes funciones pero relacionados entre sí para cumplir la función total del mismo como glándula. Fisiológicamente, su función-

principal es la de producir y secretar leche durante y después del embarazo. (Cope, 1987).

Como toda glándula, la mama cuenta con las células linfoides, parte importante del sistema inmunológico del cuerpo; estas células se encuentran principalmente en los ganglios linfáticos cuya función es la de ser un cedazo que al fluir la linfa a través de ellos, filtra bacterias y desechos quedando atrapados en los vasos linfáticos, entre ellos, las células cancerosas, que se nutren de ellos formando colonias de las cuales las células pueden ser arrastradas por la corriente sanguínea hasta órganos distantes como los pulmones, hígado, huesos y cerebro. (idem). Ver Figura 1 y 2.

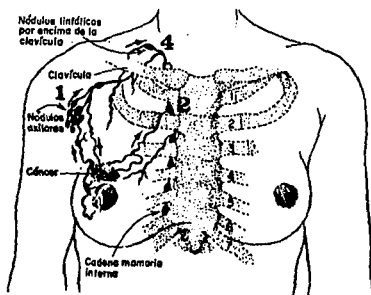


Figura 1. Vista frontal de la mama derecha. Se observa un tumor canceroso y los grupos de nódulos linfáticos: (1) axilares, (2) mamilarios internos y (4) supraclaviculares. Los del grupo (3), que conforman por la parte de atrás de la pared del pecho, se pueden observar en la siguiente figura que es una vista de costado. (Tomado de Cope, 1987, páginas 234 y 235).

## PATOLOGIAS MAS COMUNES

Los problemas más comunes que afectan a los senos o mamas, son las alteraciones fibroglásticas que, consisten en una exageración de los cambios que se dan en el seno con cada ciclo menstrual durante la fase activa de la vida ovárica menstrual, es por eso que disminuyen con la menopausia. Estos trastornos se pueden manifestar de diferentes formas según sea el tejido que más reacciona al estímulo, que puede ser el tejido fibroso, glandular o de los conductos (lo que da nombre-

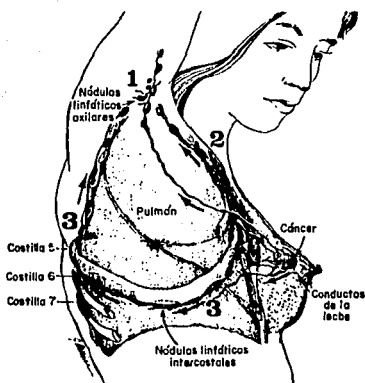


Figura 2. Vista lateral de la mama derecha.

a cada trastorno) y, en la mayoría de los casos se remedian con el embarazo, la menopausia o incluso con la disminución de la tensión provocada -- por una vida agitada. (Cope, 1987).

Los trastornos fibroquísticos pueden alterarse cuando el ciclo menstrual se vuelve irregular, particularmente si el intervalo se prolonga. Si la ovulación no se presenta, el fluido puede acumularse y formar quistes o rellenarlos. La preparación normal para la preñez y la lactancia presenta una sobrecarga funcional que puede dar lugar a endurecimientos y bolitas. El seno a diferencia del útero, no elimina con rapidez su preparación para el embarazo pues tiene que reabsorber las células, en cambio, el útero las elimina con la menstruación.

Las bolitas que se forman en los senos pueden deberse a la retención de fluidos o a la proliferación de células y se les llama quistes; generalmente son pequeños y múltiples, aunque pueden llegar a crecer tanto como una pelota de golf o más y son fácilmente palpables al tacto. Estos quistes son llamados "hiperplasias" que significa mayor número de células y están sujetos a control hormonal.

Diferentes a éstas, están las "neoplasias" que significa tejido nuevo y son originados por un crecimiento desenfrenado de las células. Estas nuevas formaciones celulares pueden ser benignas o malignas; las primeras están constituidas por una cápsula y los problemas que causan sólo se relacionan con la presión que ejercen y la preocu-

pación que genera su naturaleza. Las células malignas desconocen toda barrera e invaden los tejidos mamarios y de otras partes del cuerpo interfiriendo con el funcionamiento de los órganos conforme va creciendo. (Haggen, 1987).

### ESTUDIOS PARA EL DIAGNOSTICO

Presentar una tumoración en el seno estresa completamente a la mujer por lo que es necesario que acuda al médico especialista para que le dé un diagnóstico preciso del mismo, para ello cuenta con todos los estudios que se utilizan con los pacientes oncológicos en general, aunque en el caso del cáncer de mama cuenta con formas precisas como son:

a) El examen clínico: constituido por

- anamnesis, que es la historia clínica de la paciente y en la que se consideran los factores de riesgo de padecerlo;
- inspección, directamente sobre la zona afectada para identificar los síntomas que presenta y la palpación con el fin de identificar la zona en que se ubica y poder precisar sus características y dimensiones.

b) Mamografía o mastografía: es el estudio radiológico de las mamas, muy preciso, y se usa cuando hay signos clínicos que hagan sospechar de cáncer al presentarse algún nódulo independientemente de la edad. Este estudio es recomendado como control anual a las mujeres después de los 35 años aproximadamente. Ver Figura 3.



Figura 3. Mamografía típica de un carcinoma mamario sólido.  
(Tomado de Hexágono "Roche", 1983, No 3, pag. 2).

c) *Citología:* al confirmarse la presencia del tumor con la mamografía se realiza el estudio citológico de muestras tomadas directamente de las secreciones de la lesión o del tumor.

d) *Biopsia:* que puede ser por punción tomando muestras del tumor o bien la ablación del tumor que es la extirpación del mismo para su estudio.

e) *Ultrasonido o ecografía:* es uno de los medios más recientes que consiste en la obtención de la imagen del órgano empleando la técnica del eco-pulsátil. Ver Figura 4.

f) *Autoexamen:* es de los más importantes y más simples pero a la vez el menos usado, por la falta de información a la población en general. Consiste en la inspección que hace la mujer de sus propios senos. (Ver Anexo).

Es importante aclarar que ningún método es infa-



libre por lo que se han de combinar para poder emitir un diagnóstico seguro, y el médico precisará la presencia del cáncer en base al Sistema TNM.



Figura 4. Imágen de una placa de ultrasonido.  
(Tomado de Hexágono "Roche", 1983, No 3, pag. 7).

#### CANCER DE MAMA

"Carcinoma" es el término médico que significa - cáncer, se deriva de la palabra latina "cangrejo"; se extiende a lo largo en líneas que con imaginación, se asemejan a las patas de un cangrejo. -- Se les llama carcinomas a todos los tumores malignos que se originan en - el epitelio de tejidos especializados como los conductos y las glándulas, se extiende en forma desordenada siguiendo las rutas de la sangre y la -- linfa y a lo largo de los nervios hasta invadir otras partes del cuerpo, - de ahí que el cáncer de mama sea también llamado carcinoma mamario.

En algunos países, el cáncer de mama es el más frecuente de las enfermedades oncológicas, en Estados Unidos por ejemplo, tiene un índice de 7.1 en 100,000 habitantes; siendo uno de los más altos (Cope, 1987); a la inversa es en Japón, en donde el índice es de 3.7 por cada 100,000 habitantes (Peterson, 1982). En México en particular, la tasa es de 4.8 por cada 100,000 mujeres a nivel nacional (Ver Anexo, Cuadro 2) y, en el Distrito Federal específicamente, es el que ocupa el primer lugar de las causas de mortalidad por tumores malignos en las mujeres con una tasa de 7.6. (Ver Anexo, Cuadro 3).

No obstante a que el cáncer de mama se presenta principalmente en mujeres, también se presenta en hombres y va del 1 al 2 % de la totalidad de todos los tumores de la mama, siendo de un 0.07 -- por 100,000 varones por año en Estados Unidos y se supone que tiene relación con problemas hormonales. (Peterson, 1982). En México no se especifica su frecuencia.

En la patogénesis del cáncer mamario, se consideran muchos factores de riesgo en los que coinciden la mayoría de los médicos e investigadores, aunque algunos le dan más peso a uno o a otro. Por ejemplo, el Dr. Hammond en 1978, (citado por Haagensen, 1987), plantea -- que el principal factor de riesgo de padecer cáncer de mama es la edad, a mayor edad más posibilidades de padecerlo. La frecuencia se incrementa a partir de los 35 años y la mayoría de los oncólogos coinciden en esto. -- Para Peterson (1982) y otros investigadores, el principal factor es el es

tado hormonal del organismo, que al haber un determinado problema, puede favorecer el desarrollo del cáncer.

Los factores de riesgo para el cáncer de mama, en general se resumen en el siguiente esquema:

### Factores de alto riesgo

|  |                        |
|--|------------------------|
| Edad   | Mayor de 35 años       |
| Historia familiar de cáncer<br>mamario             | Presente               |
| Multiparidad                                       | Presente               |
| Edad en que ocurre el primer<br>embarazo           | Después de los 30 años |
| Raza   | Blanca                 |
| Antecedentes de padecimientos<br>mamarios benignos | Presente               |
| Edad de la primera regla                           | Menos de 12 años       |
| Edad de la menopausia                              | Más de 45 años         |
| Tratamientos hormonales                            | Presente               |
| Nivel socio-económico                              | Alto                   |

En la génesis del cáncer de mama en la mujer, se considera la mastopatía como la base más frecuente para el desarrollo del cáncer en sus dos formas: difusa y nodular, sin embargo, la diferenciación entre éstos padecimientos y el cáncer no es fácil por lo que se sugiere el estudio histológico para precisar el diagnóstico.

Uno de los motivos por los que no es posible atacar el cáncer inmediatamente de su aparición es, que en muchas ocasiones, en los primeros tiempos cursa asintomático, además de que como explica Cope (1987), "... las células cancerosas proliferan a distintas velocidades. La velocidad del crecimiento se denomina 'tiempo de duplicación', - o sea, el tiempo necesario para que una célula se convierta en dos, dos en cuatro, cuatro en ocho, etc. El tiempo de duplicación de los cánceres de la mama es más o menos lento en comparación con los de otras neoplasias, ya que van de 50 a 150 días. En vista de que deben pasar aproximadamente 20 tiempos de duplicación para que un cáncer alcance un centímetro de diámetro, el cáncer mamario de crecimiento más rápido tarda un millar de días, o cerca de tres años, en alcanzar este tamaño, ... de manera que la mayor parte de los cánceres de la mama ya tienen más de tres años al ser localizados... el problema es que pueden desprenderse células del tumor cuando éste tiene apenas 12 o 13 tiempos de duplicación, ... estas células son llevadas a todo el organismo a través de los conductos tisulares ... y forman metástasis" (pag. 38).

Existen diversos tipos de carcinoma mamario, en-

entre los tipos principales se encuentran:

a) *Cáncer nodular*: es el que se registra con mayor frecuencia; su característica principal es el denominado síntoma -- del "queso", que es de gran importancia para el diagnóstico diferencial, -- además de secreción ocasionada por la presión del tumor. (Petnovski, 1982).

b) *Cáncer infiltrativo*: éste se "infiltra" en los tejidos de la mama provocando bloqueo en las vías linfáticas, que a su vez provoca edema, inflamación y ulceraciones; una parte de la mama o toda la glándula está difusamente densa y la piel tiene el aspecto de corteza de naranja o de limón; se distingue por el desarrollo precoz y exuberante de metástasis; existen dos tipos principales que son el erisipeloides o inflamatorio y el infiltrativo edematoso. (Petnovski, 1982). Ver Figura 5 y 9.



Figura 5. Forma infiltrativo edematoso de cáncer.  
(Tomado de Peterson, 1982, pag. 200).

c) *Enfermedad de Paget o cáncer del pezón:* es la forma menos frecuente, el tumor se localiza debajo del pezón y crece hacia la profundidad de la mama provocando su retracción y alteraciones en la piel. (Peterson, 1982). Ver Figura 6.



Figura 6. *Enfermedad de Paget (estado muy avanzado).*  
(Tomado de Peterson, 1982, pag. 201).

d) *Cáncer de Acherman:* éste se clasifica en -- cuatro tipos. En el I, las células crecen lentamente y carecen de poder invason; en el tipo II, el crecimiento es lento pero con poder invason -- fuera del tumor original. El tipo III, se concentra en los conductos y nódulos que drenan la mama, se diseminan en toda la glándula y puede inva -- dir a distancia con gran rapidez; en el tipo IV, las células cancerosas -- del tumor, se diseminan principalmente por vía sanguínea, por lo que inva -- den todo el organismo rápidamente. (Cope, 1987).

En general, el cáncer de mama metastatiza primordialmente por vía linfática asentándose primeramente en las regiones cercanas y luego en órganos distantes como hígado, pulmones y huesos principalmente. Después del tratamiento, las metástasis pueden aparecer en cualquier momento, pero más a menudo durante los primeros dos o tres años siguientes o hasta veinte años después.

La evolución del cáncer mamario, es precisada -- por los médicos oncólogos en base a la clasificación del Sistema TNM y -- por estadios que caracterizan el momento de la enfermedad:

#### Estadio I

- Tumor de pequeño tamaño (menos de 2 cm en su diámetro máximo), localizado en el grosor de la mama, sin extenderse al tejido adiposo celular y los tegumentos externos, sin presencia histológica de metástasis.

#### Estadio II

- a) Tumor que sobrepasa los 5 cm en su diámetro máximo, se extiende de los tejidos de la mama al tejido adiposo celular subcutáneo, con síntomas de adherencia a la piel (síntoma de anclamiento), pero sin metástasis;
- b) Tumor del mismo tamaño y aspecto, o menor con afección de algunos linfonodos axilares de la primera etapa.

#### Estadio III

- a) Tumor de más de 5 cm en su diámetro máximo, con invasión o ulceración

ción de la piel o extensión en los estratos fasciomusculares subyacentes, sin presencia de metástasis regionales.

- b) Tumor de cualquier tamaño con metástasis en los linfonodos apicales o presencia de metástasis paraesternales.

#### Estadio IV

- Extensión de la afección de la mama, con diseminación de la piel y amplia ulceración. Tumor de cualquier tamaño fijado sólidamente a la pared torácica, con metástasis en linfonodos regionales o sin ellas. - Tumor de la mama con metástasis distantes. La ubicación del estadio se hace en base a la clasificación del Sistema TNM.

Algunos de los síntomas característicos del cáncer de mama son los siguientes:



Figura 7. Síntoma de umbilicación o retracción.  
(Tomado de Petreson, 1982, pag. 198).





*Figura 8. Síntoma de "plazoleta".  
(Tomado de Peterson, 1982, pag. 199).*



*Figura 9. Síntoma de "cáscara de naranja".  
(Tomado de Peterson, 1982, pag. 198).*

*CAPITULO III*

*TRATAMIENTOS MEDICOS PARA EL CANCER MAMARIO*

## TRATAMIENTOS MEDICOS PARA EL CANCER MAMARIO

Desde siempre se ha luchado contra el cáncer tratando de lograr curar a los pacientes; en la antigüedad, se preparaban infusiones y ungüentos para su tratamiento, luego, la cirugía fue la que se consideró en primer lugar para eliminarlo.

El cáncer de mama no ha sido la excepción y, hasta la fecha, la cirugía es el primer tratamiento que se da a las pacientes que lo presentan. Al paso del tiempo, ésta cirugía, llamada mastectomía, ha tenido modificaciones en su procedimiento, sin embargo, su objetivo ha sido siempre el mismo: erradicar el cáncer.

Asimismo, han surgido diversas alternativas de tratamiento como la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia y la inmunoterapia, las cuales son controladas por médicos experimentados en su uso y son administradas a las pacientes según sea el tipo de cáncer que presentan, el estadio en el que se encuentra la enfermedad, las condiciones orgánicas de la paciente, etc.

Se manejan de tres maneras principales: como -- tratamiento primario, cuando es con el que se inicia para combatir el mal; como tratamiento adyuvante, que es el que se administra a continuación -- y/o como complemento a otro tratamiento y, tratamiento paliativo, llamado

así porque se administra principalmente para eliminar los síntomas más molestos del paciente cuando el mal está muy avanzado.

Todos tienen efectos colaterales que afectan mucho a los pacientes y se han hecho investigaciones para comparar la efectividad de uno y otro tratamiento, encontrándose que todos tienen un promedio semejante en tiempo de sobrevida y recurrencias.

A continuación se describen de manera general cada uno de los tratamientos usados en la lucha contra el cáncer de mama.

## CIRUGIA

La cirugía es el primer tratamiento que se ha dado al cáncer desde la antigüedad, acompañado en ocasiones de linimentos y ungüentos para su curación, y no fue sino hasta mediados del Siglo XIX -- con el descubrimiento de la anestesia y el uso de la asepsia que las intervenciones quirúrgicas pudieron ser mejoradas y ofrecer una mejor atención al paciente durante la operación y después de ella. (Cope, 1987).

Para el cáncer mamario comúnmente la cirugía ha sido el principal tratamiento desde siempre. Esta cirugía que consiste en la extirpación de la mama, llamada mastectomía, es el tratamiento recomendado por cirujanos y médicos e incluso por la American Cancer Society. (The breast cancer digest, 1979). Su objetivo es el de curar el cáncer

al enraizarlo del organismo.

Halsted es el principal exponente de la mastectomía pues además de que describió una manera de realizarla, estableció los principios del llamado "seguimiento" de las pacientes durante algún tiempo después de la operación. (Haagensen, 1987).

Halsted describió la llamada mastectomía radical que consiste en la extirpación de la mama que contenía el cáncer, los nódulos linfáticos de la axila, los músculos pectorales mayor y menor y toda la grasa que se localiza bajo la piel de la que además se deja sólo la suficiente para poder cerrar la herida. Ver Figura 10. La eliminación de los músculos además de ocasionar un defecto importante en la porción superior del tórax, constituía un gran impedimento para los movimientos del brazo. Además, muchas veces se presentaba dolor y edema en el brazo al haber eliminado los nódulos linfáticos. Recomendaba además que no se hicieran cortes en un área cancerosa o directamente sobre el tumor para evitar la diseminación de las células malignas. (Haagensen, 1987). Ver Figura 11.

En una época los cirujanos suponían que si la paciente salía del hospital sin infección en la herida y con buena cicatrización ya estaba curada, sin embargo, tiempo después las pacientes acudían nuevamente con cáncer, bien en la herida o en alguna otra parte del organismo por lo que Billroth, cirujano austriaco, afirmaba que si el cáncer

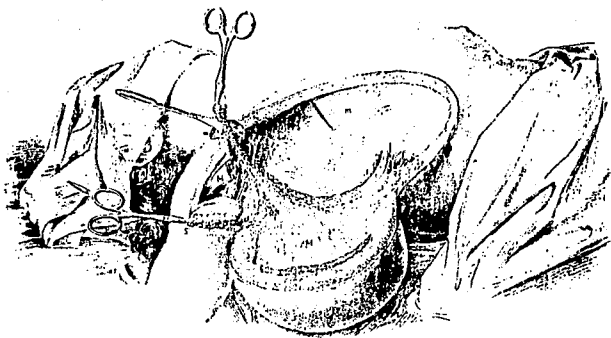


Figura 10. Ilustración original de Halsted con la pieza operatoria al costado de la paciente mientras disecciona la axila en el paso final de la operación. (Tomado de Haagensen, 1987, p. 911).

no había reaparecido en el siguiente año, la paciente estaba curada y si aparecía un año y medio después se trataba de un cáncer nuevo; Halsted por su parte, daba tres años para considerar curada a la paciente pero al continuar sus estudios se dió cuenta que requeria de cinco años por lo menos para considerar su curación. Este tiempo es el que hasta la fecha se sigue como norma para considerar exitosa la intervención aunque es muy arbitrario cuando se trata de un comportamiento tan variado como lo es el cáncer mamario. (Citado por Cope, 1987).

La búsqueda de curación al cáncer de mama, y la cirugía como único tratamiento en un primer momento, hizo pensar que mejorando las técnicas quirúrgicas se elevarían las posibilidades de éxito y las pacientes se curarían. Se hicieron una gran variedad de modificaciones e innovaciones a la mastectomía radical de las que muchas se han desechado porque estadísticamente no aportaron mucho para evitar las consecuencias negativas de la operación ni lograron aumentar la supervivencia de las pacientes.

Una de las formas que se mantuvo es la mastectomía radical extensa o mastectomía superradical, en la que además del procedimiento de la mastectomía tradicional, se contaron los cartílagos costales junto al esternón para extraer los nódulos linfáticos afectados loca-

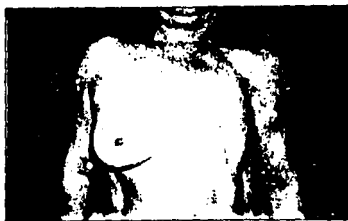


Figura 11. Mastectomía radical de Halsted.

(Tomado de Tribuna Médica, 1985, p. 24).

Ligados debajo de él. Esta fue muy usada por los cirujanos en los años 50's y 60's como tratamiento a pacientes con tumores localizados en el área de la mama entre el pezón y el esternón.

La mastectomía radical extensa se practicaba hasta hace poco a pesar de que resultaba ser más incapacitante para la paciente y no tenía mejores resultados que la mastectomía tradicional de Halsted a 5 y 10 años después de la cirugía.

Otra variante, es la mastectomía radical modificada; en ésta, se remueve la mama y los nódulos linfáticos axilares pero los músculos pectorales se mantienen intactos. La mastectomía radical modificada es técnicamente más difícil y se lleva más tiempo que la de Halsted, porque su procedimiento requiere de más precisión. Es más estética al no producir tanto desfiguramiento, porque no deja hueco debajo de la clavícula además de que se reduce el edema del brazo y éste es más fuente después de esta operación que después de la de Halsted.

En la mastectomía simple, sólo se extirpa la mama, los nódulos axilares y los músculos pectorales se mantienen intactos. Con esta variante se evita el hueco que resulta de las mastectomías de Halsted y superradical y reduce la posibilidad de edema porque los nódulos linfáticos no fueron movidos.

En 1948, el Dr. Mc Whinter comparó la sobrevida-



de mastectomía radical de Halsted combinada con radiación postoperatoria; encontró que el porcentaje era de un 62.1 % de sobrevida a 5 años lo que indicaba que no es necesario hacer una operación tan extrema, aunque si el cáncer se desarrolla en los nódulos, deben ser extirpados quirúrgicamente. (Citado por Cope, 1987).

Se han hecho investigaciones comparando pacientes que sufrieron mastectomía radical de Halsted, con pacientes con mastectomía simple y radioterapia, con y sin metástasis en los nódulos linfáticos, en lo que se ha encontrado que la mastectomía de Halsted no tiene ventaja significativa sobre la otra, por lo que la mastectomía simple seguida de radioterapia es una alternativa de tratamiento con igual o más funcionalidad. (idem).

Otra forma que ha comprobado ser funcional combinándola con radioterapia, es la mastectomía parcial, denominada así porque se extirpa el tumor y el tejido que lo rodea, conservando parte de la mama. Aunque esta cirugía es conservadora, también ocasiona desfiguración que si es manejada adecuadamente, se puede salvar con cirugía plástica aumentando su tamaño o reduciendo el de la otra mama. Se recomienda siempre la radioterapia para controlar las células cancerosas que puedan permanecer en la mama o en los nódulos linfáticos.

La mastectomía parcial es una alternativa para las mujeres al ofrecerles una sobrevida comparable a la de otras operaciones

nes más extensas pero sin la pérdida total de la mama. El conocimiento de este procedimiento puede reducir el número de mujeres que retrasan la búsqueda de tratamiento por miedo a la cirugía extensa.

La cirugía menos desfigurante de la mama y menos traumática para la paciente es en la que sólo se hace la escisión local del tumor, se le llama lumpectomía o cuadrantectomía. En esta operación se extirpa solamente el tumor y una pequeña cantidad de tejido que lo rodea, no afecta en nada músculo, piel ni nódulos. De acuerdo a los estudios realizados, se observa que el éxito de la lumpectomía es mayor en etapas tempranas del cáncer (I o II) pues después es casi seguro que se presenten recurrencias y el porcentaje de sobrevida a 5 años se reduce.

#### RADIOTERAPIA

Con el descubrimiento de los Rayos X a principios del siglo, en Estados Unidos y otros países como Alemania e Inglaterra entre otros, se comenzaron investigaciones de su empleo como tratamiento al cáncer con el cobalto radioactivo que es un rayo cuyo poder de penetración es similar a los Rayos X pero su costo es sumamente inferior, lo que permitió que se generalizara su uso en hospitales y centros contra el cáncer.

La radiación se empezó a emplear como tratamiento en pacientes con cáncer de mama en los estadios iniciales y como tratamien

paliativo en los cánceres avanzados o cuando no era posible la cirugía; - al principio era muy poco el éxito que se lograba pero conforme se fueron mejorando las técnicas, éste aumentó. Médicos y radioterapeutas creen -- que la radiación puede ser tan efectiva en el cáncer de mama como la mastectomía, ya sea usada sola o combinándola con los diferentes tipos de cirugía. (Cope, 1987).

Considerando que la vulnerabilidad de las células es al final del proceso de división (fase mitótica), si se administra la radioterapia justo cuando la célula está en ese momento, la radiación podrá detener la división y a poco morirá. Dado que en un adulto la reproducción de células sanas es mínima (se presenta principalmente en la sangre) y en las células cancerosas es constante y rápida, éstas últimas son más susceptibles a la radiación.

La radiación directa a la pared torácica, en la axila y en los nódulos supraclaviculares puede ayudar a reducir el tamaño de un tumor que por sus dimensiones haya rebasado la posibilidad de realizar una cirugía en un estadio avanzado. Es recomendable en la mayoría - de los casos, combinar cirugía y radiación y en otros, cuando se aplica - sola la radiación, es en pacientes a las que no es posible hacer una intervención quirúrgica por razones médicas o cuando se intenta eliminar el dolor en los huesos causado por metástasis al sistema óseo. Se sugiere que después de una excisión local o mastectomía simple, se administre radioterapia pues se cree que de esta forma es posible destruir las células

del cáncer que puedan permanecer aún después de la cirugía ya que reduce considerablemente la posibilidad de recurrencia local aunque no sea de me tástasis distantes. (idem). Ver Figura 12.

La desventaja principal de la radiación es que destruye el tejido normal adyacente, produce quemaduras y tiene efectos secundarios como alopecia, náuseas, vómito y afecta las vías respirato---  
rias.

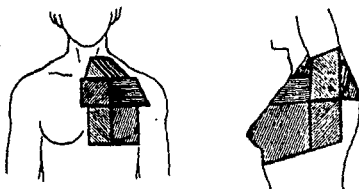


Figura 12. Zonas de irradiación en el cáncer mamario.

(Tomado de Peterson, 1982, pag, 207).

## QUIMIOTERAPIA

Quimioterapia se refiere a la utilización de fáar

macos contra el cáncer. Inicialmente se utilizaban sólo en las pacientes en quienes habían fallado todos los demás tratamientos, el estado de la enfermedad era avanzado y las metástasis extensas y aunque podían disminuir el tamaño de un tumor, no lo desaparecían; se utilizaban como paliativos, sin embargo, con el tiempo ha demostrado efectividad contra el cáncer.

La quimioterapia se refiere al tratamiento a base de medicamentos (sustancias químicas) que son capaces de matar las células cancerosas diseminadas en el torrente sanguíneo y el sistema linfático por el tumor original y que escapan a la cirugía.

Este tipo de medicamentos casi no se usan como tratamiento primario sino que se prescriben combinados con radioterapia o cirugía (llamada quimioterapia adyuvante) y en caso de recurrencia o metástasis. Se hacen combinaciones de diferentes drogas y se administran oralmente o por vía intravenosa o muscular en ciclos semanales o mensuales y ocasionalmente por algunos días consecutivos buscando siempre el mayor beneficio.

La quimioterapia ataca indistintamente las células cancerosas y las sanas al igual que la radioterapia pero bajo la misma premisa de que las células son más vulnerables durante su duplicación y dado que las células sanas se reproducen en menor proporción que las cancerosas, éstas últimas son más susceptibles al ataque de las drogas. --

Así, las células cancerosas son un mejor blanco para la quimioterapia que reduce su actividad y a poco mueren. Como todas las células no están en el mismo estadio de crecimiento ni al mismo tiempo, la quimioterapia se administra a diferentes intervalos para reducir al máximo el número de células cancerosas.

Cope (1987) considera algunas características en las pacientes para la prescripción de quimioterapia:

- la demora de la consulta,
- un tumor mayor de 3 cm de diámetro,
- imposibilidad de extraer todo el tumor,
- fijación del tumor (por ubicación),
- invasión de vasos sanguíneos,
- invasión de los nódulos linfáticos,
- invasión de los vasos sanguíneos en el tumor,
- invasión hacia las vainas nerviosas,
- cáncer indiferenciado,
- ausencia de una pared fibrosa que limite el tumor, y
- ausencia de linfocitos en los límites de la invasión.

La quimioterapia es un tratamiento muy agresivo para el organismo, precisamente su efectividad depende de su toxicidad -- por lo que tiene efectos colaterales considerados como desventajas, los más comunes son los problemas gastrointestinales, náusea y vómito y pérdida del apetito; efectos sobre los glóbulos rojos, blancos y plaquetas, en

la piel, el vello corporal, en la función respiratoria y cardiaca.

En ocasiones la administración intravenosa de --cientos medicamentos causa una sensación de ardor en las venas durante va--rios días, además como los folículos del cabello tienen un rápido creci--miento, son susceptibles al efecto de la quimioterapia por lo que el cabe--llo puede caerse (alopexia). Aunque éstos efectos son temporales, el mé--dico puede prevenelos e informar a la paciente pues ésto propicia diver--sas reacciones en ella además de aclararle que terminado el tratamiento --su organismo se estabilizará nuevamente. El Grupo RETO tiene para sus --pacientes un folleto en el que informa qué es la quimioterapia y cuales --son sus efectos, lo que le ayuda bastante.

#### HORMONOTERAPIA

Algunos de los tumores cancerosos de la mama son hormonodependientes, esto es, que su evolución depende de la secreción de hormonas en el organismo.

Cuando a través de los diferentes medios de diag--nóstico se encuentra que un tumor es estrógeno-receptor (dependiente de --las hormonas femeninas), el balance de estrógenos en el cuerpo de la mu--jer puede ser manipulado ya sea por cirugía o por largas dosis de hormo--nas las cuales son prescritas como tratamiento adyuvante o si reaparece --

el cáncer. En algunos casos es indicada la ingestión de algunas hormonas sintéticas (como estrógenos, andrógenos o progesterona) por periodos prolongados o de por vida, y en otros, el tratamiento consiste en la combinación de algunas de ellas en periodos alternados.

Las desventajas de este tipo de tratamiento son las consecuencias que acarrea como la alteración hormonal en el organismo de la mujer y sobre todo que en muchas ocasiones se presentan recurrencias del cáncer.

#### INMUNOTERAPIA

La inmunoterapia está basada en la teoría de que si una sustancia en el sistema inmunológico del cuerpo puede estimular la formación de células cancerosas, también una respuesta inmunológica puede destruir la invasión de células cancerosas.

Se han hecho una serie de investigaciones aplicando este principio en el combate de algunos tipos de cáncer mamario pero no se ha logrado obtener conclusiones irrefutables porque los grupos de pacientes que se manejan son muy pequeños, el diagnóstico preliminar es muy dudoso por falta de una comprobación microscópica, o bien, se pierden el contacto con las pacientes y se desconoce entonces el resultado final.



El desempeño inmunológico depende de muchos factores entre los que está el estado emocional de la persona, que es un factor considerado importante en el funcionamiento del sistema inmunológico e inclusive se ha relacionado con la frecuencia de algunos tipos de tumores. Al respecto, Cope (1987) refiere al Dr. Young, cirujano de Boston durante la primera mitad del Siglo XX, quien dice que "...mientras más vivía dentro de la medicina más convencido estaba de que los pacientes con problemas emocionales son más susceptibles al cáncer, y que los pacientes con cáncer que se encontraban bajo una tensión emocional especial reaccionaban mal y la enfermedad evolucionaba con mayor rapidez". (pag. 168).

Hasta ahora la inmunoterapia se encuentra todavía a nivel experimental, sin embargo, se espera que en un futuro pueda ofrecer alternativas de tratamiento para el cáncer mamario.

A pesar de la diversidad de tratamientos que hay para combatir el cáncer mamario, no siempre se logra el éxito con las pacientes que lo presentan pues depende de una serie de factores que muchas veces están fuera del control del médico, por ejemplo el estadio en el que se encuentra la enfermedad, el tipo de cáncer del que se trata, el estado general de la paciente y la respuesta que tiene al tratamiento. Otro factor que es de suma importancia, es el estado emocional de la paciente, sus actitudes ante la enfermedad, su reacción al tratamiento y la relación que establezca con el médico.

*La combinación de todos estos factores obliga al médico a tomar a cada paciente como único y a su vez al paciente a responder de determinadas maneras para lograr el mayor beneficio de los tratamientos, por eso es importante la información a toda la población en general.*

*CAPITULO IV*

*IMPLICACIONES PSICOLOGICAS DEL CANCER*

## IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DEL CÁNCER

*El papel que juega el aspecto psicológico en los pacientes con cáncer es sumamente importante y de diversas formas. En base a los estudios que se han hecho, se encuentra cómo es importante la situación emocional de la persona para que en su organismo se desarrolle un tumor canceroso y luego, es la reacción que muestra ante el diagnóstico de cáncer y cómo afecta éste en él, de acuerdo a su personalidad.*

*El progreso de la cirugía y los grandes adelantos de las radiaciones parecieron dar la respuesta al problema del cáncer. Estas técnicas orientan la atención del médico hacia el cáncer como un fenómeno local. El antiguo concepto global de los Siglos XVIII y XIX fue abandonado y la enfermedad era considerada más como un problema específico de un área del organismo que como una enfermedad global.*

*Schavelzon (1978) hace una revisión de los estudios hechos respecto a la relación entre el aspecto psicológico y el cáncer y se mencionan a continuación. Kehner en 1922 y Mohr en 1925 sostienen que los trastornos hormonales podían influir en la eclosión de un carcinoma y que estos trastornos hormonales podían producirse por trastornos emocionales.*

*En 1921, Willy Meyer el hombre que introdujo el*

radium en la terapia anticancerosa en los Estados Unidos de América, defendía el concepto del cáncer como un problema general del organismo siendo esto lo que permitió la reaparición de la vieja concepción psicosomática.

Hacia 1926, aparece un libro de Elida Evans denominado "Estudio psicológico del cáncer", donde se refieren los resultados de cien pacientes profundamente estudiados. Dice Evans que el paciente con cáncer típico ha perdido una parte importante de sus relaciones emocionales previamente al desarrollo de la neoplasia. En el mismo año aparece un estudio estadístico de Hoffman considerando la epidemiología del cáncer y llama la atención sobre la coincidencia sobre los números, de la elevada mortalidad por cáncer en los pacientes con trastornos psiconeuróticos.

James Ewing, uno de los pioneros de la oncología científica en los Estados Unidos, creador de la Clínica de tumores y puntal de la organización del Memorial Hospital de Nueva York, en su libro "Oncology" de 1931, destaca la influencia del estado psíquico en la eclosión de un cáncer, en su evolución y en el resultado de algunas terapéuticas. En el mismo año, Foque plantea una importante cuestión: cree que si bien existen numerosos agentes cancerígenos, la célula debe estar "receptiva" y en esa etapa interviene en forma definitiva el estado psíquico del individuo.

Peller en 1940 y 1952, en una serie de estudios estadísticos demuestra en su libro "Cáncer in men" que las personas que han perdido a su cónyuge están más predispuestas a contraer un cáncer, separando todos los elementos genéticos, clases sociales, edad, y sólo queda en pie un especial estado psíquico.

Estas conclusiones han sido reforzadas con estudios como los de Lombard y Potter en 1950, ;; Donn en 1943 y Millen y Jones en 1948. Leriche en Francia, también creía firmemente en la influencia del trauma psíquico y así lo publicó en su libro dedicado al tema.

Leshan y Worthington en una tesis de trabajo estadístico, reúnen información sobre la influencia del estrés psíquico en el desarrollo del cáncer; plantean que si todo esto fuera verdad, la incidencia del cáncer en los diferentes grupos sociales deberá variar en relación con la frecuencia con que se hubiera producido una alteración en su vida de relación o una pérdida sentimental grave, por ejemplo, en diferentes relaciones conyugales. Así, las viudas figurarían en primer lugar, luego el grupo de divorciados, después el grupo de casados pero que mantienen forzosamente el vínculo por razones religiosas, financieras u otras y, finalmente, el grupo de los solteros. Todos los estudios relacionados, estadísticamente han mantenido esta curva de frecuencia.

Asimismo, por medio de profundos estudios psicoterapéuticos, Leshan y Worthington, encontraron una historia clínica típica

ca y, a través de la evolución del paciente hallan que existe un periodo de seis meses a ocho años entre el "accidente traumático y psíquico" y la eclosión del cáncer.

Por su parte en Alemania, Von Esren en 1952, encuentra iguales historias clínicas típicas, pero plantea que no se debe depender de vista en exámen clínico o un estudio radiológico en el intento de investigar factores neuronóticos.

Es hasta el año 1951, cuando aparece por primera vez en escena el psicólogo clínico, con su instrumental adecuado de tests proyectivos, técnicas para entrevistas psicológicas, determinaciones de nivel mental, etc.; encabezan la lista dos psicoterapeutas austriacos emigrados a Estados Unidos, Tarlau y Smalheiser que aportan el uso del test de Rorschach y dibujos de la figura humana en su investigación y hablan de las implicaciones sexuales que tiene el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama.

En Inglaterra en 1954, Stephenson y Grace, estudian la influencia de la personalidad y la ubicación del cáncer en los órganos sexuales o fuera de ellos. Los resultados de este estudio dan la impresión de que si una mujer va a padecer cáncer, casi podría predecirse a través del estudio psicológico, si la lesión se ubicará en los órganos sexuales o fuera de ellos. En Estados Unidos, Fisher y Cleveland en 1956 obtienen las mismas conclusiones.

Byron Butler, en 1954, publicó en la revista --  
 "Cáncer", su experiencia con el uso de la hipnosis en la terapéutica anti-  
 algica, cree en la existencia de una personalidad definida en el paciente  
 con cáncer. Bacon, Rennecker y Cutler en 1952, obtienen historias clíni-  
 cas psiquiátricas de 40 mujeres con cáncer de mama y encuentran ciertas -  
 características de conducta, que numerosos autores confirmaron después. -  
 De las 40, 35 tenían una estructura masoquista y no disponían de posibili-  
 dades de descargar su ira directamente o bien en forma sublimada y por --  
 otro lado, presentaban conflictos de hostilidad familiar no resueltos.

Stenn y Dixon en 1961, en un estudio psicológico  
 con cinco parámetros de test y estudios de la personalidad de 6,058 muje-  
 res con cáncer, han determinado una mayor incidencia de la enfermedad en-  
 forma tempranamente invasora en aquellas pacientes con "inestabilidad emo-  
 cional" y con problemas familiares prolongados, en especial maritales. -  
 (op. cit.).

Por su parte, Vargas Tentoni (1963), en la inves-  
 tigación de su tesis de maestría, encontró que las mujeres con cáncer cer-  
 vicouterino, expresan preocupación autodestructiva en relación con la imá-  
 gen de sí misma, muestran sentimientos de culpa y rechazo a la aceptación  
 de sus funciones biológicas femeninas con dependencia familiar; en tanto-  
 que las mujeres con cáncer mamario, cuello y cabeza, expresan agresión y-  
 hostilidad ante sus necesidades afectivas probablemente por temor a caer-  
 en dependencia, pero también muestran alteración en la imagen de sí misma.



*Flandens Dumban en su Libro de 1954 sobre "Emociones y modificaciones orgánicas", cree que la evolución de la enfermedad está profundamente influida por el estado emocional del paciente.*

*West, Cutler y Ellis a través de la interpretación del test de Rorschach realizado en colaboración con el experto Bruno Klopfer se atreven a pronosticar la respuesta a la terapéutica en pacientes aparentemente similares. Los casos rápidamente evolutivos pueden -- ser descritos como de un nivel de ansiedad mayor, poca capacidad para reducir su tensión. Cuanto más neuróticas sus defensas, más posibilidades de que el cáncer evolucionara más rápidamente. (citado por Schavelzon, -- 1978).*

*En una revisión crítica de Leshan, publicada por el National Cancer Institute se llega a las siguientes conclusiones:*

- *Primero, parece existir una correlación entre enfermedades neoplásicas y ciertos tipos de situaciones psicológicas;*
- *Segundo, el factor psíquico registrado con mayor firmeza ha sido la -- pérdida de un nexo emocional importante en la época anterior al probable comienzo de la enfermedad;*
- *Tercero, parece haber ciertas relaciones entre la organización de la -- personalidad y el tipo de la localización del tumor. La evidencia de que diferentes personalidades desarrollan diferentes tipos de cáncer, -- es sumamente sugestiva, (op. cit.).*

Así, por otro lado, se encuentra la actitud que toman los pacientes ante la probabilidad de padecer cáncer; Schavelzon (1978), hace una revisión de algunos aspectos de la influencia del cáncer sobre las reacciones psicológicas de diferentes grupos o personas. Comenta que se puede observar la actitud del paciente en tres momentos claves: cuando descubre el síntoma y acude o no a la consulta; cuando debe decidir el tratamiento y, tercero, en el periodo de postración especialmente quirúrgico, y también en los estados finales.

Desde que el paciente siente que algo existe en su organismo que le llama la atención, primero y luego se preocupa, se crea en él una serie de pensamientos, actitudes y sensaciones, conscientes o no. Todo esto está en relación directa con su estructura psicofísica previa, que ha venido formando a lo largo de su vida y determinado además por múltiples factores propios de su medio.

A pesar de los esfuerzos médicos y educativos, gran número de pacientes siguen llegando con retraso a la consulta y al tratamiento. Al respecto, Titchner (referido por Schavelzon, 1978) dice que el retraso es una forma de conducta determinada por factores psicológicos conscientes e inconscientes que actúan antes, durante y después de la aparición de un síntoma y esto no es solamente interpretado como una agresión física, sino que es tomado por el paciente como un elemento capaz de alterar o deshacer sus estructuras psicofísicas.

De toda la gama de actitudes que puede tomar el paciente, se consideran principalmente dos: el que busca la consulta de inmediato, llamados "prontos" o "rápidos" y el "demonado". Las características de ambos se pueden mencionar en forma general de la manera siguiente: el grupo de los "rápidos" está formado por gente más joven, a-- lenta y que aspira subir en la escala social, en tanto que los "demonados" era gente mayor que tendía a adoptar un tipo de vida de clase baja sin aspiraciones. En el trabajo de psicoterapia profunda a los pacientes, en el Anderson's Hospital, se encontró como común denominador miedo en ambos grupos sólo que la forma en que interviene en sus actitudes es diferente: el miedo de los "demonados" es irrazonable, se tornan negativistas, niegan evidencias y el pensamiento de peligro es a nivel superficial y consciente; en los "prontos", el miedo tiende a ser inteligente y controlado, siendo un agente organizador e instigador de consulta, sin embargo, existe una ansiedad de consultante temprano que describe Sutherland, es el -- que busca ayuda porque está inundado de pánico; suele hablar con aparente displacencia de "mi cáncer" o "mi problema", simula ser una persona realista y razonable pero está muy próxima a la desorganización total por su miedo. Este paciente debe ser tratado con mucho cuidado porque la ansiedad lo puede destruir o si no, escapa del tratamiento y desaparece.

Asimismo, se encontró que ambos grupos recurrían al médico cuando consideraron que su enfermedad era "seria" pero la diferencia radica en lo que uno llama "serio" y aquí, la educación jugó un papel importante. En los "demonados" es frecuente el pensamiento má-

gico: "creí que si no hacía caso, desaparecería".

Otra causa de retraso se basa en la falta de fe en la profesión médica, así como un sentimiento de incomodidad por la mala relación médico-paciente de experiencias anteriores.

Un factor importante que influye en el retraso de búsqueda de atención médica es el sentimiento de culpabilidad, el paciente muestra una necesidad de encontrar una causa a su enfermedad actual, la mayoría se culpa a sí mismo y, en algunos casos a través de una compleja fantasía concluyen en la culpabilidad del médico, esta es la primera forma como manifiestan este sentimiento. Suele también expresarse como el sentimiento de un castigo divino y es evidente aún en aquellos -- que dicen no ser religiosos.

La necesidad de considerar estos sentimientos de culpa, radica en que influyen en tres formas posibles en la conducta del paciente: primera, provoca una negación de los síntomas y lleva al retraso en el diagnóstico y tratamiento; segunda, estimula actitudes de inferioridad, dependencia y sentimientos de rechazo o repudio y, tercera, inhibe a los pacientes para reestructurar sus esquemas corporales y sociales e impide la comunicación y la readaptación social.

Cuando por fin el paciente acude a consulta, la relación que establece con el médico es determinante para que continúe, -

ya que los tratamientos los vive como agresiones a su persona, sobre todo el quirúrgico y las ideas varían dependiendo de la ubicación del cáncer.

Las ideas que tiene el paciente dependen también del órgano afectado, por ejemplo, Rennecker en 1952, "sostiene que, por el papel que juegan las mamas, la mujer con un tumor en el pecho tiene el sentimiento traumatizante de que las bases de su femineidad están en peligro y primero cuida sus mamas, sin tomar en cuenta el peligro de su vida. La relación con la enfermedad y las posibilidades de peligro sólo surgen después de la operación". (referido por Schavelzon, 1978).

Esto demuestra que en ocasiones, las personas - contemplan primero las consecuencias de los tratamientos y cómo les afectarán viendo siempre lo negativo de ellos, y no el peligro inmediato que representa el cáncer en su vida.

La persona a quien le es diagnosticado un cáncer, recibe un fuerte impacto psicológico que a su vez genera una serie de -- reacciones que van desde la negación en un primer momento, hasta una de-- presión profunda casi permanente.

Menciona Cope (1987), que "el cáncer origina -- preocupaciones. Inicialmente hay sorpresa y negación, resentimiento, fu-- nia y una depresión inevitable. Posteriormente afloran las obligaciones hacia la familia; los trabajos aún no terminados, los sueños y las ambicio

nes que todavía no se cumplen, la incertidumbre y la preocupación sobre el dolor y la muerte". (pag. 177).

De esta forma, se puede entender el papel tan importante que juega el factor psicológico en la enfermedad oncológica por lo que se hace necesaria la rehabilitación en ésta área para los pacientes.

*CAPITULO V*

*REACCIONES PSICOLOGICAS AL DIAGNOSTICO*

*DE CANCER MAMARIO*

## REACCIONES PSICOLÓGICAS AL DIAGNOSTICO DE CANCER MAMARIO

Hasta aquí se ha hablado del cáncer y específicamente del cáncer mamario desde el punto de vista médico, sin embargo, el cáncer mamario es una enfermedad que debe considerarse desde diferentes puntos de vista, ya que para la mujer que lo padece representa un gran problema, por un lado, es una amenaza potencial para su vida al igual que cualquier otro tipo de cáncer pero, su tratamiento amenaza la imagen que tiene la mujer de sí misma por la "desfiguración" que implica.

Renneken y Cutler en su investigación de 1952, se basan precisamente en esta idea; explican que una mujer con cáncer de mama enfrenta dos conflictos psicológicos: por un lado, la adaptación a la mutilación de la mama y por otro, la adaptación a la invasión por una enfermedad potencialmente mortal. De esta forma, la mujer hace un manejo psicológico de la situación, con actitudes que dependen de la etapa de la vida en la que se encuentra.

Para un mejor entendimiento de esto, es necesario ver que para la mujer, sus senos tienen una importancia considerable ya que son el símbolo de varios aspectos en su vida. Los senos para la mujer son representativos de la maternidad y de su función como mujer; desde la infancia aprende a "dar el pecho" a sus muñecas y conforme va --



creciendo, al desarrollarse los órganos sexuales secundarios los senos -- son la parte más notoria y que de alguna manera va mostrando su femineidad; mide su madurez de acuerdo al crecimiento de sus senos. Además, -- sexualmente le ofrecen sensaciones placenteras cuando tiene relaciones -- con su pareja ya que son una de las partes erógenas en la mujer como lo describe la literatura especializada.

Socialmente, a los senos de la mujer se les ha dado un papel importante en su cuerpo, como explican Masters y Johnson en su libro "La sexualidad humana" (1987): "En la sociedad norteamericana y, en general, en el resto de occidente los pechos de la mujer tienen un atractivo erótico singular y son el símbolo de la sexualidad, la femineidad y la seducción" (pag. 73). Los medios masivos de información, la moda y la publicidad, enfatizan los senos como parte importante y sugieren que el tamaño de los senos de una mujer es proporcional a su potencial -- sexual (a mayor tamaño, mayor potencial sexual), sin embargo, aunque no hay relación en esto, los varones norteamericanos y del resto del continente, lo consideran así y ha provocado inseguridad en las mujeres por el atractivo sexual que les es adjudicado a los senos.

Por otra parte, los senos de la mujer forman parte de su belleza personal y, aunque en este aspecto pueden intervenir diversos factores como la educación familiar, la idiosincrasia de la sociedad a la que pertenece y la publicidad en general, entre otros, basta con remontarse a las antiguas esculturas griegas en las que los artistas y es

cultores plegaban el vestido en la escultura para mostrar un seno o bien, durante la época del arte renacentista, los pintores esbozaban finamente los vestidos escotados y telas vaporosas que permitían ver el surco entre ambos senos o incluso un seno completo al descubierto; con ésto, se puede decir que no es sólo la mujer quien asegura la importancia de los senos - para la belleza física, sino es el hombre también quien lo afirma.

De esta forma, se puede ver cómo la mujer recibe socialmente los mensajes de la importancia de sus senos y a su vez ella - les dá un valor propio; se siente obligada a darles ciertos cuidados y -- atención que no siempre generaliza a todas las partes de su cuerpo.

Entre estos cuidados debe considerarse el aspecto-médico, bien acudiendo directamente al especialista o realizando ella misma el autoexamen de sus senos, pero no siempre lo hace, ya sea por desidia, por ignorancia o por temor a encontrarse algo anormal y sobre todo - porque pudiera ser cáncer.

El hecho de que una mujer se encuentre una "bolita" en el seno le sorprende, es algo que nunca espera, y la posibilidad - de que sea cáncer le afecta tremendamente y afloran miedos y preocupaciones respecto a la enfermedad y a su vida personal.

Cope (1987), explica que "el cáncer origina muchas preocupaciones. Inicialmente hay sorpresa y negación, resentimien-

to, furia y una depresión inevitable. Posteriormente afloran las obligaciones hacia la familia, los trabajos aún no terminados, los sueños y las ambiciones que todavía no se cumplen, la incertidumbre y la preocupación - sobre el dolor y la muerte". (pag. 177). Esto puede ocasionar que la mujer retrase su consulta al médico.

Al respecto, Cameron y Hinton (1968), encontraron que antes de la primera consulta con el médico, hay una demora debido a una gran variedad de razones y temores que las pacientes presentan, aunque esta demora puede ser posterior a la primera consulta. Explican que la interrelación entre el conocimiento y la negación, ansiedad e indiferencia al cáncer es compleja y no permite predecir si las personas con síntomas asistirán prontamente al médico, a pesar de que aparentemente -- aquellas que reconocen su mal buscar oportunamente tratamiento, en tanto que aquellas que el miedo o la negación les hace ignorar los síntomas, -- tardan más en buscar atención.

En el mismo sentido, Gold (1964), reportó en su estudio de 150 pacientes con enfermedades de las mamas, de las cuales muchas tardaron en buscar tratamiento. Encontró que las razones de su retardo versan sobre la ignorancia acerca del cáncer, falta de recursos económicos para acudir al médico, miedo al cáncer, ausencia de dolor y la esperanza de que el dolor desapareciera "milagrosamente". Por otra parte, los factores emocionales que contribuyeron a esta demora fueron miedo y ansiedad, falsa modestia, narcisismo, indecisión, negativismo, compulsión

y culpabilidad.

Una vez que acude a la consulta, comienza el largo camino de atención. Desde el momento en que es sometida a la serie de estudios de laboratorio necesarios para conocer el comportamiento del tumor, esto ya conlleva una carga emocional para la paciente, presenta angustia constante y temor por los resultados además de lo que implica el propio estudio como es el caso de la biopsia que aunque no es una cirugía mayor, con el simple hecho de ser una operación que requiere anestesia ya contiene una gran carga emocional. El tiempo que requiere para conocer el resultado final es difícil de soportar para la paciente por la incertidumbre que la absorbe, se comporta irritable, tensa, e intolerante a situaciones triviales que antes pasó por alto. Está completamente estresada.

El proceso de diagnóstico con diferentes estudios es una etapa angustiante para la paciente, es una experiencia traumática, y puede despertar sentimientos de culpa. Algunas pacientes sienten que están siendo castigadas por algo que hicieron en el pasado, mientras que otras pueden reaccionar con angustia y hostilidad hacia los médicos.

Al terminar la serie de estudios, el resultado va a ser uno entre dos: uno es que la presencia de cáncer es negativa, con esto la paciente siente un gran alivio, como si se quitara un peso de encima y accede fácilmente a los tratamientos que le digan que debe some-

terse.

El otro resultado que puede recibir es que presenta un cáncer en su organismo; esto despierta una serie de reacciones ante el cáncer, además de que el tratamiento implica en la mayoría de los casos la amputación del seno. El encontrar una tumoración es un impacto muy fuerte porque puede significar cáncer y, si se confirma, la paciente empieza a preguntarse con qué velocidad crece, si morirá y qué tan pronto; esto se torna en una serie de preocupaciones que al momento pueden ser -- prácticamente desechadas y ocultadas en lo más profundo del pensamiento -- por el mismo temor que despierta en la paciente; de esta forma, se abre paso al mecanismo de negación que según Cope (1987), cuanto más dure es mejor, en el sentido de que el miedo se va reduciendo y el conocimiento emerge pudiendo ser más manejable. De esta manera, como dice Cope, la negación en un primer momento puede ser útil y no nociva para la paciente clavo; si no excede en tiempo y entonces interfiere en la búsqueda de ayuda médica especializada por parte de la mujer.

Al respecto, Watson y colaboradores (1984), reportaron en su investigación sobre las respuestas psicológicas de pacientes diagnosticadas con cáncer mamario considerando el estrés que ocasionó su diagnóstico y el papel que jugó la negación en ese primer momento. Los resultados indicaron que las pacientes que negaron la seriedad de un diagnóstico de cáncer, experimentaron menor perturbación durante ese periodo que aquellas quienes aceptaron las implicaciones de su diagnóstico.

Esto sugiere que una negación antes de enfrentar dicha situación, puede reducir efectivamente a corto plazo la angustia experimentada durante este periodo inicial.

Estudios posteriores, coinciden en que el uso de la negación como estrategia de enfrentamiento, puede ayudar a las pacientes. Orr (1986), encontró que cuando las reacciones emocionales son intensas después de la mastectomía, medidas como la negación para hablar acerca de la amenaza que representa el cáncer y la negativa para aceptar nuevas implicaciones, se relacionan con una mejor adaptación.

Por su parte, Dean y Suter (1989), en un estudio de seguimiento a pacientes mastectomizadas (evaluadas entre tres meses después de la cirugía y 6-8 años después), encontraron que el uso de la negación como estrategia de enfrentamiento permitió tener una mayor oportunidad de permanecer libres de recurrencia que las pacientes que usaron otras estrategias.

Una vez que hace contacto con el hecho, debe consultarse con el médico para conocer la naturaleza de su tumor y cuáles son los tratamientos que existen, tiene el derecho y la obligación de recibir y buscar información sobre todo esto y tomarse el tiempo necesario para pensar las diferentes opiniones que puede recibir y poder tomar una decisión en base a su situación individual. Debe darse tiempo para buscar opiniones, hablar con familiares y amigos y, sobre todo, poder ella tomar

una decisión (siempre que esté dentro de las posibilidades médicas). Así mismo, el médico debe ofrecer a la paciente por un lado, la información - que necesita y aclarar sus dudas y por otro, debiera darle la oportunidad de participar en la elección de su tratamiento y las condiciones del mismo en base a los que el médico le aconseje y sugiera.

La participación de la paciente en la búsqueda - de tratamiento, es determinante en ello, pues en la medida que siente control sobre ella misma y control sobre la enfermedad, se facilita su recuperación.

Owens y colaboradores (1987), demostraron que -- cuando las pacientes tienen oportunidad de elegir su propio tratamiento - (siempre que médicamente sea posible), la adaptación psicológica posterior a la mastectomía o a la lumpectomía es buena. Basándose en los principios del análisis de decisiones de Bayesian, ayudaron a las pacientes que lo necesitaron, a elegir su propio tratamiento y a quienes requirieron de mastectomía se les ofreció la reconstrucción del seno, mostrando así que una ayuda previa que prepare psicológicamente a las pacientes para la cirugía y la libertad de elegir su tratamiento, puede prevenir problemas -- posteriores.

Resultados semejantes hallaron Morris e Ingham - (1988). Cuando las pacientes pueden elegir el tipo de cirugía, se mejoró la adaptación con respecto a la habilidad para emprender trabajos y ac

titudes hacia el futuro y un mejor funcionamiento físico y psicológico.

El temor que la mujer tiene hacia el cáncer es muy importante, pero a veces, la idea de la pérdida del seno es aún mayor, Renneker (citado por Schavelzon, 1965), dice que "por el papel que juegan las mamas, la mujer con tumor en el pecho tiene el sentimiento traumático de que las bases de su femineidad están en peligro y primero cuida sus mamas, sin tener en cuenta el peligro de su vida, la relación con la enfermedad y las posibilidades de peligro surgen después de la operación" y aclara que el cirujano debe tener presente que el foco emocional es diferente antes y después de la operación.

Huges (1982), investigó las reacciones emocionales ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, encontrando que las pacientes desarrollan síntomas de enfermedad depresiva y la mayoría expresó angustia relacionada con el diagnóstico o con la pérdida de la mama.

Las reacciones que tiene la mujer y la forma como enfrenta el cáncer depende en mucho de su personalidad, por eso, es importante considerar el estilo que tiene para enfrentar las diversas situaciones y momentos en su vida, la forma como soluciona los problemas y el manejo que hace de los mismos para obtener la solución y, sobre todo, la capacidad que tiene para expresar sus sentimientos pues ésto será la base para su recuperación y readaptación posterior.



Grassi y Molinari (1988), investigaron la relación entre la supresión de sentimientos negativos y la reacción psicológica al cáncer en doce pacientes que fueron estudiadas antes de la operación, una semana después de la mastectomía y a los seis meses siguientes. Un patrón de control emocional mostró menor correlación con ansiedad antes de la biopsia del tumor, y mayor con síntomas depresivos después de la mastectomía especialmente seis meses después. Seis meses después de la operación, hostilidad, inhabilidad para expresar sentimientos a otros, una tendencia a percibir los efectos somáticos de la enfermedad y menor preocupación por la misma, fueron también asociados con represión emocional. Así, aunque las personas represivas reportaron menos síntomas de ansiedad en confrontación a la situación tensional de la biopsia del tumor, su tendencia a reprimir las reacciones emocionales parecieron ser dañinas a lo largo del proceso, favoreciendo dificultades psicológicas después del diagnóstico de cáncer.

Ante la indicación ya de un determinado tipo de tratamiento, la reacción que predomina en la paciente es el enojo, difícil de tolerar tanto para ella misma como para la gente que la rodea. Puede presentarse de diferentes formas: renegando de su situación, mostrándose rebelde ante su religión, quejándose de los médicos argumentando que no hacen bien las cosas o que no están disponibles cuando los necesita. - Cope (op. cit.), dice que este enojo desaparece gradualmente dando paso a las angustias sobre el futuro y sobre todo a la depresión.

En 1987, Kinkaldy y Kobylinska, realizaron un estudio comparativo de las características psicológicas de las pacientes con cáncer mamario. Los resultados indicaron que los dos grupos de cáncer mamario presentaron mayor depresión que el que estaba libre de la enfermedad y de ellos, fue más alto el promedio de depresión en el grupo -- tratado por mastectomía que el atendido con quimioterapia.

Este estudio se complementa con el realizado por Deadman y colaboradores (1989). Ellos observaron que la presencia de una amenaza como el cáncer mamario y la probable pérdida del seno, puede propiciar ansiedad y depresión. Encontraron que las pacientes que perdieron un seno estaban más deprimidas (después de un año de la cirugía) que aquellas que de alguna forma habían logrado conservarlo. Así, la depresión se finca sobre las bases de poder tener un cierto control en el tratamiento y sobre todo en lo concerniente a la apariencia posterior.

La depresión al igual que toda la serie de emociones que presenta la mujer ante el diagnóstico de cáncer de mama y durante todo el proceso de la enfermedad, hace necesario proporcionarle paralelamente apoyo psicológico y social.

En este sentido, Silberfarb (1984) en su estudio sobre los problemas psiquiátricos en cáncer de mama, explica que aunque -- hay problemas emocionales comunes en todos los pacientes con cáncer, para

Las pacientes con cáncer mamario se debe considerar la intervención en tres categorías: la psicosocial, la somática y la psiquiátrica.

Es preciso atender tanto a la paciente como a sus familiares cercanos, esposo e hijos, hacerle sentir confianza en todos los profesionales que la están atendiendo (médico, radioterapeuta, trabajador social, psiquiatra) y que están accesibles -con una visita o llamada por teléfono- para resolverle dudas, dar atención de momento o simplemente tranquilizarlos y prepararlos para las diferentes reacciones y situaciones que se presentarán ante los tratamientos y principalmente ante la mastectomía.

*CAPITULO VI*

*REACCIONES PSICOLOGICAS ANTE LA MASTECTOMIA*

## REACCIONES PSICOLOGICAS ANTE LA MASTECTOMIA

*El valor que la mujer da a sus senos, a pesar de ser subjetivo, es un hecho real y que no puede dejarse de lado; como ya se explicó en el capítulo anterior, son la parte de su cuerpo que muestra su femineidad y belleza, son fuente de sensaciones sexuales y sobre todo, son parte importante en la maternidad, representan sus funciones como mujer y lo que la identifica como tal.*

*Verse en la situación de perder un seno por cáncer mamario, es algo que mueve su estructura por completo en todos aspectos, su autoconcepto, la imagen que tiene de sí misma, las relaciones -- afectivas que mantiene, su desempeño social y familiar y sobre todo, su bienestar.*

*Existen dos formas de realizar la mastectomía, - una es que a veces, por cuestiones médicas, es necesario practicar una -- biopsia y enseguida, dado el resultado del patólogo, la mastectomía; algunas cirujanas prefieren esta forma habiendo puesto en antecedentes a la - mujer de que si el resultado de la biopsia es cáncer, realizará la mastectomía en ese momento. Este trauma emocional puede ser incrementado en - algunas mujeres porque la decisión de llevar a cabo la mastectomía es tomada mientras ella está bajo anestesia. Otras mujeres sin embargo, prefieren esta forma porque así es menor la ansiedad anticipatoria de la ci-*

rugía.

La segunda forma en el procedimiento quirúrgico consiste en dar un intervalo (una semana aproximadamente) entre la biopsia y la mastectomía. La paciente entonces tiene la oportunidad para -- discutir los resultados con el médico, buscar consejo médico adicional si lo desea, solucionar asuntos personales y adaptarse emocionalmente a la idea de tener una mastectomía y decidir sobre el tratamiento de ser posible. Dar la oportunidad a la mujer de participar en la decisión del tratamiento, le da un fuerte sentimiento de control sobre su cuerpo y su vida. Este puede ser un factor crucial en sus actitudes y su manera de enfrentar el cáncer antes y después de la cirugía.

La manera en que enfrenta esta situación y luego cómo se adapte psicológica y socialmente a su vida después de la mastectomía, dependerá en gran medida de cómo se ha desenvuelto durante toda su vida, las actitudes que ha tomado ante situaciones conflictivas y la forma como las afronta. Al momento de la mastectomía mostrará una serie de reacciones emocionales que al paso del tiempo irán cambiando o permaneciendo según su personalidad, no se presentan una a la vez sino todas simultáneamente, predominando una u otra en diferentes momentos.

La mayoría de las reacciones emocionales que presentan tienen una base afectiva de ellas, las primeras que presenta y que más perduran son angustia y miedo por lo que le representa el cáncer y lo

## ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

que pueda suceder durante la cirugía y después de ella. Con la base de que la angustia es el estado afectivo que se presenta en primera instancia como reacción al peligro y la impotencia del trauma, Freud (1980) define la angustia como "...la reacción al peligro de la pérdida del objeto" (pag 103). Se presenta como una reacción emergente ante un peligro real y tiene relación con la espera de algo, de un trauma, que en este caso es la cirugía. Algunas mujeres se angustian incluso por la anestesia, porque temen perder el control o tienen miedo de morir. Las necesidades -- emocionales de la paciente antes y después de la cirugía son muy importantes y se le debe animar a hablar sobre ellas, ya sea con sus familiares, con las enfermeras o con los médicos; lo fundamental es hacerle saber que ninguna de sus preocupaciones son exageradas, que se le entiende y, sobre todo, hacerle sentir afecto, que se sienta amada. Si ella nunca ha sido capaz de discutir sus emociones y enfrentarlas de manera constructiva, -- así lo hará antes y después de la mastectomía. El explicarle paso a paso el procedimiento de la cirugía y ofrecerle todos los cuidados que pueda necesitar puede ayudar tanto a reducir la angustia como en la rehabilitación emocional.

Inmediatamente después de la mastectomía, el enojo es la emoción que predomina, muestra coraje contra todo y contra todos, se siente agredida y ésta es su respuesta. El coraje disminuye poco a poco, aunque no desaparece, y surge la depresión que puede permanecer simultáneamente por largos periodos. Schavelzon (1978), explica que la depresión es la situación más grave en el paciente oncológico, y que se ca-

caracteriza por "una impotencia que lo hace sufrir", tiene dos elementos -- fundamentales, primero que es claramente consciente y segundo, que suele acompañarse de culpa, tan frecuente en los pacientes con cáncer. (pag 83). Como se mencionó, muchas mujeres que padecen cáncer tienen sentimientos de culpa y lo consideran como un castigo a acciones pasadas. Por otra parte, está la pérdida del seno que para muchas personas la pérdida de alguna parte del cuerpo es muy similar a la muerte o pérdida de una persona significativa; ante una situación así, es necesario aprender a vivir sin el ser amado y elaborar el duelo pero, si tiene pérdidas pasadas que no ha resuelto o sólo parcialmente, éstas se pueden reactivar e intensificar el dolor y la aflicción.

Como elementos de la depresión en la mastectomía se encuentran el dolor y la tristeza. Si se considera al dolor como la reacción afectiva a la pérdida del objeto y la tristeza como la reacción afectiva también que surge bajo la influencia del examen de la realidad, que impone la reparación del objeto puesto que el mismo no existe ya, se entiende entonces, que la pérdida del seno y enfrentar esta realidad van a provocar en la mujer mastectomizada inevitablemente estas reacciones y se deprime. (Freud, 1980).

La depresión es normal por algún tiempo después de la cirugía en algunas pacientes, o puede no ocurrir sino hasta varios meses después o presentarse de vez en vez. La depresión de la paciente depende de su edad, estado civil, historia previa de depresión, habilidad



para enfrentar situaciones estresantes y grado de satisfacción con la información que recibió. Algunas mujeres deprimidas por la mastectomía, pueden tener ideas suicidas después de la cirugía, otras en cambio, pueden aparentar una excesiva alegría después de haber sufrido una severa de presión, pero esto puede ser una "frágil máscara" de una seria depresión; en estos casos, el personal médico y familiares deben sugerir a la paciente que asista a ayuda psicológica o psiquiátrica.

En este sentido, las reacciones emocionales de la mujer ante la mastectomía han sido bastante estudiadas: Heeringer y colaboradores en 1990, encontraron que la confrontación con el resultado potencialmente letal del diagnóstico es decisivo para causar depresión pero, en las mujeres mastectomizadas está además la depresión por la pérdida del seno. Igualmente, Gottschalk y Hoigaard (1986) en un estudio comparativo sobre el impacto emocional de la mastectomía, hallaron que el grupo de mujeres mastectomizadas (evaluadas 1-3 y 10-12 meses después de la cirugía), tuvo significativamente mayor ansiedad total, ansiedad por la mutilación y muerte, hostilidad ambivalente, negación y depresión, de tal forma que el grupo de mastectomía en comparación con los otros (con cirugía menos mutilante), mostró más respuestas psicopatológicas.

Por su parte, Hughes (1982), realizó un estudio sobre las reacciones al diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario en el año siguiente a la mastectomía, encontrando que las mujeres desarrollan síntomas depresivos y la mayoría expresó angustia relacionada con el

diagnóstico y sobre todo con la pérdida del seno.

El tiempo es determinante en la adaptación de la mujer a la mastectomía sin embargo, no es posible afirmar que a determinado tiempo ya debió superar el impacto que le ocasionó y tampoco es prudente generalizar que cuando una lo hizo en determinado momento, para todas deba ser así. En los estudios antes mencionados, se observa que después de un año promedio, las mujeres aún presentaban reacciones emocionales, - en contraste, está la investigación de Achte y colaboradores (1987), que encontraron que al cabo de un año, el impacto emocional experimentado por la mastectomía había sido superado por la mayoría de las pacientes.

Ante la crisis de la mastectomía, al enfrentar - la realidad, la paciente presenta dos grandes problemas emocionales: el miedo al cáncer y la posibilidad de muerte y, la adaptación a la pérdida del seno. Algunas pacientes no pueden enfrentar la realidad inmediatamente, para ellas la negación del cáncer y la pérdida del seno puede ser una defensa inmediata necesaria que le permita adaptarse durante algún -- tiempo. Desde la perspectiva psicoanalítica, la negación como mecanismo de defensa, es una forma de huir de la realidad y surge cuando existe algo que amenaza con la estabilidad emocional de la persona y es necesario negarlo o creer que no existe.

Efectivamente, en base a las investigaciones realizadas, se ha observado que la estrategia de enfrentamiento más utiliza-

da por las mujeres mastectomizadas (al igual que al enfrentar el diagnóstico de cáncer mamario), es la negación, como lo demostraron en sus estudios Meyerowitz en 1983 y Achte y colaboradores en 1988.

Otra forma de enfrentar la mastectomía es la represión como lo encontraron Goldstein y Antoni (1989) en un estudio comparativo; las mujeres mastectomizadas y con metástasis tienden a usar la represión como un estilo de enfrentamiento.

De una u otra forma, las mujeres tienden a negar la existencia del cáncer en ellas, y una forma de hacerlo es por ejemplo, eliminando la palabra "cáncer" de su vocabulario, sustituyendo la desagradable verdad con eufemismos tales como "eso", "el tumor", "la enfermedad", o bien, hablando en tiempo pasado: "yo tuve cáncer" y evitando hablar de su situación.

Tiene diversas razones para negar que tiene cáncer, la principal es el miedo a la muerte, al dolor, a sufrir, a estar viviendo con incertidumbre constante, a perder atractivo sexual, a perder independencia y llegar a ser una carga para los demás; ahora su futuro es impredecible. También teme que amistades cercanas se alejen porque tiene cáncer y lo niega; otra razón es porque se preocupa porque vaya a tener alguna complicación resultante de la cirugía o que la zona donde estaba su seno sea vulnerable a infecciones o enfermedades y entonces evita aglomeraciones o realizar actividades fuera de su casa, tiende a retraer-

4e.

Todos estos temores y sentimientos (de ansiedad, vengüenza, hostilidad y culpa), a veces son combinados con miedo y negación y pueden resultar en una retirada emocional y evitar el contacto físico. Este tipo de actitudes lo primero que afectan es la relación marital -si es el caso-, puede haber un rechazo para con la pareja y en general la dinámica familiar se altera; las percepciones de la paciente respecto a su familia cambian y viceversa.

En muchas ocasiones los miembros de la familia -entienden por ejemplo, a atender tanto a la paciente que caen en la sobreprotección y le impiden que trate de realizar actividades que antes de la cirugía realizaba. Al respecto, Baiden y Kaplan de Noun (1986), en su estudio encontraron que hay una fuerte relación entre la percepción que tiene la mujer de su ambiente familiar y su adaptación, sin embargo, destacan que presentaban la necesidad de independencia y a la vez de cohesión.

En el caso de las mujeres casadas, los esposos -son los que resultan igualmente afectados emocionalmente. O'Hare y Wi--sing (1988), compararon el efecto de la mastectomía en las mujeres y sus esposos con parejas donde la mujer tuvo biopsia solamente, encontraron --que en el grupo de las mujeres mastectomizadas tiende a ser más defensivas que el otro, indicando además una necesidad de apoyo para ambos.

*La mujer vive la mastectomía como un insulto a su femineidad y un ataque a su persona y bienestar. Ve afectada su imagen corporal y autoconcepto. El autoconcepto es una estructura que se construye tanto a partir de la propia observación de uno mismo como de la imagen que los demás tienen de uno y se asocia con juicios de valor, de tal forma que la alteración que causa la mastectomía en su cuerpo y su efecto en la imagen personal propia, dependen en parte de la importancia emocional que la mujer da a sus senos y cómo se percibe a sí misma. Los sentimientos de muchas mujeres como autoestima, discapacidad y sexualidad, están relacionados estrechamente con sus senos y a su juicio pierden todo esto al perder el seno. La imagen corporal se refiere al concepto que resulta de las experiencias y relaciones establecidas entre la persona y su medio.*

*El desarrollo de la imagen corporal va unida al desarrollo general de la personalidad y del yo. Así, alguna alteración puede originar perturbaciones de la imagen. La mastectomía es una alteración que va a afectar la imagen corporal y el autoconcepto de la mujer. Al respecto, Salokari y colaboradores en su estudio de seguimiento publicado en 1986, sobre imagen corporal e identidad con mujeres mastectomizadas, hallaron que aunque algunas ya tenían distorsiones permanentes de la imagen corporal, cuando no fue así, el equilibrio psicológico se pudo restaurar, por el cambio que hubo en el esquema corporal.*

*Aunque la amputación de cualquier parte del cuer*

po es traumática, la mujer que cree que cree que sus senos son los que la representan como mujer y la principal fuente de su propio valor, está a menudo más deprimida después de la mastectomía que la mujer que basa su autoestima en otros atributos tales como realización, inteligencia, personalidad o incluso habilidades atléticas. Hablar con su médico antes de la operación sobre prótesis y la posibilidad de reconstrucción, puede ayudar a que la paciente vea en sus pensamientos más factible la rehabilitación y retomar las actividades normales de su vida.

La forma como afecta a la imagen corporal y autoconcepto de la mujer el tratamiento quirúrgico, depende en gran medida -- del tipo de cirugía que recibe. Por ejemplo, en el estudio realizado -- por Wellish y colaboradores (1989), hallaron que las mujeres que tuvieron una lumpectomía, tienen más intacta la imagen corporal y un mayor sentido de deseo sexual que aquellas que tienen mastectomía.

Resultados semejantes encontraron Margolis y colaboradores (1990). Las mujeres mastectomizadas se sintieron menos atractivas, menos deseables sexualmente, más avergonzadas de sus senos y con menos placer en sus relaciones sexuales que las que fueron tratadas -- por Lumpectomía Plus Radioterapia.

De esta forma, si médicamente la mujer tiene la oportunidad de elegir el tipo de cirugía que le han de realizar, tiende a elegir la más conservadora, sobre todo las pacientes jóvenes. (Leinster y

y colaboradores, 1989).

Otro factor de suma importancia en la rehabilitación y adaptación de la mujer mastectomizada, es el ambiente social en el que se desenvuelve. Jones y Reznikoff (1989) en su estudio hallaron que una mastectomía tiene el potencial para influir en la adaptación social, sexual y psicológica en el corto plazo después de la cirugía, por lo que hacen énfasis en la importancia del apoyo medioambiental para la adaptación.

La mastectomía cambia la vida de la mujer y la percepción que tiene de la misma, como lo demuestran Bloom y colaboradores (1984) en su estudio comparativo entre mujeres mastectomizadas y sin ella. Encontraron que las mujeres mastectomizadas perciben su funcionamiento social menos satisfactorio y con más cambios en su vida que aquellas que no han sufrido una mastectomía.

Para muchas mujeres la mastectomía no es lo único que han de enfrentar como tratamiento, sino que a veces es combinada con tratamientos adyuvantes como quimioterapia o radioterapia. Los beneficios médicos y físicos de estos tratamientos adyuvantes en ocasiones son subestimados por las mujeres y sus efectos colaterales pueden impedir que la mujer regrese a su vida normal afectando negativamente su bienestar físico y emocional; además, la necesidad de uno u otro tratamiento puede ser interpretada por las pacientes como un signo de que su condi---

ción ha empeorado basándose en sus miedos al cáncer, dolor y muerte.

Resumiendo, la mastectomía es una operación quirúrgica que la mujer vive con mucho miedo, principalmente a la muerte y a por la pérdida del seno. La siente como una agresión a su imagen como mujer y esto altera definitivamente toda su estructura emocional. Se ve afectada su imagen corporal, sus relaciones sexuales, su funcionamiento social, su vida familiar y su concepto de sí misma.

Todo esto propicia a su vez, una serie de reacciones emocionales como miedo, angustia, depresión que pueden ser consideradas positivas en el sentido de que son una forma saludable de expresar sus sentimientos sobre la cirugía, de ahí que sea tan importante que los exprese y así, poder entender y aceptar las razones de la cirugía, dando un giro a su pensamiento hacia la recuperación.

La paciente puede hacerse más dependiente de lo que era antes, con familiares, amigos y personal médico; esta dependencia puede ser interpretada como un "grito" de necesidad de apoyo después de la cirugía.

La dependencia es el primer paso para recuperar la estabilidad después de una experiencia traumática y no se debe forzar a la paciente a romperla inmediatamente, sino que para reducirla, se le debe animar a cuidar de ella misma y a restablecer su autoimagen; se re-



quiere sobre todo de su participación.

*Algunas mujeres dicen que recibir apoyo en el -- hospital y volver a su casa fue traumático, porque se vieron abandonadas por sus familiares y amigos, para otras en cambio, afortunadamente no es así, y consideran que el apoyo afectivo recibido por el personal médico y de sus familiares, pueden ayudarles a sofocar sus miedos y asegurar que -- les ayuda a sentirse una mujer valiosa y amada por sí misma y no sólo por la apariencia.*

*El periodo de adaptación a la mastectomía pueden ser difícil, pero los profesionales de la salud mental -- psicólogos y psiquiatras -- pueden ayudar a la paciente y a su familia, apoyándola al en---frentar la situación y manejar las reacciones emocionales que presenta. -- Cabe señalar que para poder ayudar adecuadamente a la paciente, es necesario considerar como punto medular su personalidad y su historia pasada, -- pues en ello se basa el pronóstico de su recuperación.*

*CAPITULO VII*

*TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS A PACIENTES CON CANCER*

## TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS A PACIENTES CON CÁNCER

Se ha observado que una enfermedad, cualquiera que sea, tiene tres aspectos importantes: el primero, se refiere a la parte biológica y que es la alteración en sí en una parte del organismo; el segundo es la parte psicológica que viene a ser el valor que le da la persona y cómo afecta ésta en su vida y el manejo que hace de ella y que además se ve influenciado por el tercer aspecto que es el social que se refiere a la importancia que tiene ese padecimiento en un determinado grupo social.

En el caso de los pacientes con cáncer, se ha de considerar lo conotativo de la palabra desde el punto de vista cultural y por otro, la actitud que asume el paciente ante el mal, es por eso que al estructurar un plan de rehabilitación debe ser desde el principio, a partir del momento del diagnóstico o del comienzo del tratamiento y no esperar a que haya terminado además de considerar cada caso como único y concreto; en este sentido, Dietz (citado por Bayés, 1985) sugiere que deben tomarse en cuenta cuatro niveles de rehabilitación (además del tipo de cáncer y estadio, edad, sexo, profesión, familiares etc.):

a) Preventivo; cuando se puede prevenir la incapacidad a la que el paciente tendrá que enfrentar más adelante, es posible llevar un adiestramiento previo que disminuya la intensidad del déficit cuando éste aparezca.

b) *Restaurativo*; cuando la incapacidad del paciente sea mínima o temporal.

c) *De apoyo*; si se prevé que el paciente enfrentará una incapacidad importante y prolongada o permanente, pero hay la posibilidad de que realice progresos en el control de su ambiente a través de programas de aprendizaje.

d) *Paliativo*; cuando el mal se halle avanzado, la incapacidad sea básica y no se cuente con los medios para corregirla.

Es importante subrayar que el factor psicológico juega un papel de suma importancia en la rehabilitación del paciente y, como objetivo esencial deberá considerarse el que el paciente posea la máxima independencia y autonomía posibles, de tal forma que debe ser asistido y no controlado en la medida posible tanto por sus familiares como por el personal médico. Para el logro de esto, se requiere que el paciente tome un papel participativo y activo en su tratamiento, que realice por sí mismo todo aquello de lo que es capaz.

La gama del trabajo terapéutico con pacientes cancerosos no es muy extensa ya que queda a nivel de investigación y aún se encuentran como estudios piloto; de estos trabajos se pueden mencionar algunos como son el de Hall, Longo y Dixon de 1981 (referido por Bayés, 1985), que han demostrado experimentalmente que en algunas personas existe un incremento real de linfocitos tras sesiones de hipnosis destinadas a mejorar el funcionamiento de su sistema inmunitario. En estas sesiones

se pedía a la persona, mientras estaba en estado hipnótico, que imaginara a sus glóbulos blancos "fuertes y poderosos" destruyendo a gérmenes nocivos "débiles y vulnerables", logrando efectivamente elevar los linfocitos en comparación con los datos obtenidos antes de la sesión.

Usando también la visualización como parte del tratamiento psicológico de apoyo, complementario al tratamiento médico -- convencional, Simonton y Matheus-Simonton en 1981 (citado por Bayés, 1985), lograron aumentar la sobrevida en pacientes con cánceres avanzados de mama, colon y pulmón. La técnica de los Simonton proporciona a los pacientes un medio para participar activamente en su propio tratamiento y va en caminata a fortalecer su confianza en que poseen cierto grado de control real sobre la evolución de su enfermedad. Dos de sus estrategias centrales, practicadas tres veces al día en sesiones de 10 a 15 minutos de duración, consisten por una parte, en relajación y por otra, en tratar de visualizar mentalmente la acción positiva de las defensas naturales de su organismo frente a la proliferación de células cancerosas; ellos consideran que para que esta visualización sea realmente eficaz, debe tener las ocho características siguientes:

1. "Las células cancerosas deben aparecer débiles, poco cohesionadas, -- blandas y fácilmente vulnerables, como la carne de una hamburguesa o huevos de pez.
2. El tratamiento médico debe ser visto como fuente y poderoso, claramente capaz de combatir y destruir el cáncer. Si, por ejemplo, se imagina el cáncer como un conglomerado de blandas células grises,as,

- puede visualizarse el tratamiento médico como un fluido viscoso o --  
 amarillento que envuelve a las células grises resquebrajándolas y --  
 menmando su vigor, de forma que los glóbulos blancos --símbolo de po-  
 der cunador del propio organismo pueden terminar por destruirlas y -  
 eliminarlas fácilmente.
3. Las células sanas, que también reciben los embates del tratamiento -  
 médico, no deben tener dificultad en reparar con rapidez cualquier -  
 daño posible producido mientras que las células cancerosas, más débi-  
 les, tienen que ser incapaces de ello.
  4. Los glóbulos blancos aparecen vigorosos y sobrepasan en número a las  
 células cancerosas. La victoria de los glóbulos blancos debe apare-  
 cer inevitable.
  5. Los glóbulos blancos tienen que mostrarse en todo momento fuertes y-  
 agresivos, imponiéndose de forma clara a las células cancerosas, a -  
 las que vencen y destruyen.
  6. Es importante visualizar cómo las células cancerosas muertas son ex-  
 pulsadas del organismo de forma normal y natural, sin que este proce-  
 so biológico requiera ningún esfuerzo especial o mágico.
  7. Al término de la visualización, el paciente debe imaginarse a sí mis-  
 mo lleno de salud y libre de cáncer.
  8. El paciente debe también verse a sí mismo consiguiendo el objetivo -  
 que se ha propuesto en la vida, lo cual lo confirmará en el hecho de  
 que posee poderosas razones para vivir". (Bayés, 1985, pag.119).

*A pesar de que los Simonton con el componente de*

"relajación/visualización" de su programa, han observado resultados positivos en sus pacientes, como una mejor adaptación a su situación, disminución de la ansiedad y un aumento en la sensación de bienestar y en el sentimiento de control, no ha sido posible demostrar su hipótesis de manera empírica. Por otra parte, existe el riesgo de que el paciente al sentirse mejor de salud y por su excesiva confianza en el método, abandone los tratamientos médicos convencionales por lo que hacen énfasis en la necesidad de continuarlos.

En 1983, Newton (citado por Bayés, 1985), presentó los resultados de cinco años de trabajo con pacientes cancerosos a los que administraba una combinación de psicoterapia, hipnosis y visualización. El tiempo de supervivencia para los pacientes que habían recibido un mínimo de 10 sesiones fue de 2 a 3 veces superior al que podía predecirse de acuerdo con la literatura. Por otra parte, la evolución de este grupo de pacientes, fue comparada con la de otro grupo equivalente que había recibido un menor número de sesiones, encontrando al final del trabajo, que el 51% de los enfermos del primer grupo seguían con vida mientras que sólo vivía el 16% de los del segundo.

En estos estudios la visualización es la base de la terapia aplicada y ésta varía de un trabajo a otro, por ejemplo, Mears (1978 y 1983), utiliza la meditación intensiva como punto medular en su tratamiento y Pelletier (1979), el biofeedback, con resultados alentadores en cuanto a la rehabilitación del paciente. (op. cit.). La hipnosis

también ha tenido un lugar importante como técnica psicológica para los pacientes con cáncer, por ejemplo, Lindo (1985), a través de sesiones de hipnosis, logró eliminar el dolor causado por recurrencia de la enfermedad, en una paciente con doble mastectomía.

En general, el objetivo de la psicología con los pacientes oncológicos es ayudar a su adaptación, después de haber sufrido un cambio en su vida ocasionado por el cáncer. Para ello, la psicoterapia bajo cualquier orientación, se encamina a ayudar al paciente a superar un déficit o trastorno consecuencia del cáncer.

El estado emocional en que se encuentra el paciente posterior a los tratamientos médicos, ha hecho ver la necesidad de que requieran de un apoyo psicológico. En la literatura se refieren investigaciones en las que se han incluido psicoterapias de diversos enfoques para la adaptación de los pacientes oncológicos; los resultados de todos ellos coinciden en que esta ayuda es sumamente benéfica porque se logra reducir el estrés, la depresión y sobre todo, se facilita la adaptación. Wendenlein (1982) con los resultados de su investigación confirma que el tratamiento del cáncer debe ser acompañado por psicoterapia; él sugiere que sea encaminada a reforzar patrones de personalidad de extroversión ya que los pacientes oncológicos tienden a la introversión.

Otro enfoque que se ha trabajado con pacientes oncológicos es el de la terapia cognitivo-conductual. El trabajo de Gol



den y Gersh (1990), describe cómo la terapia y la hipnoterapia son usados para tratar pacientes con cáncer en las áreas de estrés y manejo de la ansiedad, el tratamiento de depresión y control del dolor. Un programa de desensibilización o manejo del estrés incluyen el uso de técnicas de relajación, métodos cognitivos para reducir la tensión y el uso de la imaginación o ensayo mental. Los procedimientos de reestructuración cognitiva en depresión incluyen el uso del procedimiento Simonton, el cual compromete al paciente a desarrollar una imagen personal y un tiempo de proyección. Aunque estos procedimientos son todavía discutidos, la investigación se ha continuado.

Así, se encuentra en el mismo año el trabajo de Constantini (1990), que plantea el uso de programas de terapia cognitivo-conductual para pacientes con cáncer. Su modelo considera la ocurrencia del cáncer con un evento estimulante, la persona tiene mecanismos de enfrentamiento para el trato con los eventos que son derivados de factores de personalidad y experiencias previas. Estos mecanismos de enfrentamiento se desarrollan durante un proceso de evaluación cognitiva y reacciones emocionales.

El sistema inmunológico actualmente se ha considerado un blanco importante, como se ve en algunos de estos estudios; se espera que a través de diversas técnicas psicológicas se logre reforzar para que a su vez, el organismo tenga una respuesta en contra del cáncer y por ende en favor de su salud.

Como se mencionó al principio del capítulo, el cáncer como cualquier otra enfermedad, tiene además del factor orgánico, el social y el emocional individual, por lo que para poder ayudar al paciente oncológico a su adaptación, es necesario considerar además de la fase del proceso en la que se encuentra, la etapa de su propia vida y de qué manera específicamente le está afectando. Es por esto que se han usado diversas técnicas y enfoques buscando proporcionar al paciente el apoyo que requiere para superar el problema.

De esta forma, aunque los resultados de las investigaciones mencionadas han sido fuertemente criticadas desde el punto de vista metodológico, se espera que se consideren sus resultados y, si se supone que unas buenas expectativas, una alta motivación y una sensación de control pueden modificar un pronóstico, debe entonces el equipo de salud, hacer un esfuerzo por diseñar programas éticamente aceptables y que contemplen las variables antes mencionadas.

*PROPUESTA TERAPEUTICA*

*CAPITULO VIII*

*INTERVENCION EN CRISIS*

## INTERVENCIÓN EN CRISIS

*La mujer que recibe un diagnóstico de cáncer mamario experimenta un choque emocional tremendo, es una situación imprevista que mueve por completo su estructura personal.*

*Este momento y situación que está atravesando la mujer, se identifica como crisis, que Slaikeu (1989) define como "...un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo". (pag 11).*

*En esta definición se incluyen aspectos como es el trastorno emocional, el desequilibrio y el fracaso en la solución de problemas además del tipo de enfrentamiento de la persona como enfatiza Caplan (196, referido por Slaikeu, 1989). Por otro lado, está también el componente cognoscitivo como subraya Taplin (1971, idem) que se refiere a la alteración de las expectativas de la persona durante la crisis, sobre su vida por algún suceso traumático y la incapacidad para manejar situaciones nuevas y dramáticas. La mujer que enfrenta un diagnóstico de cáncer y todas sus implicaciones, vive una situación así y requiere de una atención urgente.*

En este sentido, existen dos conceptos teóricos-principales que forman la base de la psicoterapia breve: la teoría psicoanalítica y la teoría de la crisis; en este trabajo se mencionan principalmente a Bellak y a Slaikeu, por ser los más representativos de cada uno de ellos respectivamente.

La intervención en crisis tiene su origen en los trabajos de Lindemann y colaboradores a principios de los años 40's con el incendio del centro nocturno Coconut Grove en Boston, en el que centenares de personas perdieron la vida. Lindemann vio la necesidad de ayudar a los sobrevivientes y a las personas que perdieron un ser querido en el desastre. Los principales síntomas psicológicos que encontró fueron la base para formular teorizaciones posteriores sobre el proceso de duelo, tomado como una serie de etapas mediante las que el progreso del doliente equivale a aceptar y resolver la pérdida.

Para los años 60's, la intervención en crisis de utilizó mucho en la prevención para suicidios. Centros especializados de diversos lugares de Estados Unidos, proporcionaban esta ayuda durante las 24 horas de todos los días del año por vía telefónica directa; los voluntarios de las vías telefónicas de urgencia, estaban entrenados para prevenir de cometer un suicidio a quienes llamaban. Se supone que trabajando apropiadamente con el proceso de duelo, se puede prevenir una inadaptación en la vida futura.

Por su parte, Bellak y Small (1986), plantean -- que la gente acude a terapia sólo cuando se encuentra en crisis, y una -- vez superada, desaparece la motivación para continuar la terapia, de ahí -- que ven la necesidad de una terapia que responda a los problemas urgentes de la persona, llamándola Psicoterapia breve y de emergencia y la describen como "...un método de tratamiento para síntomas o desadaptaciones que exigen el alivio más rápido por su naturaleza destructora o peligrosa, ... La meta es reducir un síntoma determinado; no se propone la reconstrucción de la personalidad... su intención es mejorar la situación psicodinámica-individual lo suficientemente como para permitir a la persona que continúe funcionando, permitiendo a la 'naturaleza' que continúe el proceso de curación, y en los casos que esté indicado, aumentando la capacidad de autoapoyo del individuo suficientemente para que se habilite para continuar una psicoterapia más extensiva". (pag. 14).

En sus comienzos, la intervención en crisis tuvo un enfoque preventivo al evitar que las personas cometieran un suicidio, sin embargo, a nivel general en el área de salud pública, la prevención -- puede tomar tres formas que según Slaikou son: la prevención primaria, -- dirigida a reducir la incidencia de trastornos; la prevención secundaria, -- dirigida a reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos y, la pre -- vención terciaria, dirigida a reparar el daño hecho después de que el su -- ceso original se ha presentado (Cuadro 4). En este contexto, la inter -- vención en crisis es secundaria en el sentido de que el proceso tiene lu -- gar después de que los sucesos críticos ya han ocurrido, su intención es --

|                                 | Prevención primaria   | Prevención secundaria   | Prevención terciaria   |
|---------------------------------|---|---|--|
| Objetivos                       | Reducir la incidencia de los trastornos mentales<br>Mejoramiento del crecimiento y desarrollo humanos a través del ciclo de la vida.        | Reducir los efectos debilitantes de la crisis de la vida. Facilitar el crecimiento por medio de la experiencia de crisis.                             | Reparar el daño hecho por una crisis en la vida no resuelta, esto es, tratamiento mental/trastornos emocionales. |
| Técnicas/estrategias            | Educación pública, cambio públicos, políticos, tensiones ambientales<br>Instrucción para habilidades en la resolución de problemas en niños | Intervención en crisis: Primera ayuda psicológica; Terapia en crisis  | Psicoterapia a largo plazo Reentrenamiento modificación, rehabilitación  |
| Poblaciones blanco              | Todos los seres humanos con atención especial a los grupos de alto riesgo   | Víctimas de experiencias de crisis y sus familiares   | Pacientes Psiquiátricos accidentales.  |
| Duración                        | Antes de que los sucesos de crisis ocurran  | Inmediatamente después del suceso de crisis   | Años después del suceso de crisis  |
| Ayudantes/sistemas Comunitarios | Gobierno (poderos legislativos, judicial, ejecutivo) ; escuelas, iglesias, medios de comunicación, sinagogas.                               | Profesionales al frente, (a abogados, clero, maestros, médicos, enfermeras, policías, etc.<br>Familias, sistemas sociales psicoterapeutas y consejero | Profesionales de la salud y salud mental en hospitales y clínicas de consulta externa.                           |

#### Cuadro 4. Formas de intervención.

(Tomado de Slaikeu, 1989, pag. 9).

reducir la probabilidad de efectos debilitantes, y aumentar la probabilidad de crecimiento o dominio para la persona.

Por su parte, Bellak (1987) en sus principios básicos de la Psicoterapia breve intensiva y de urgencia (PBIU), también la considera como prevención en tres fases: prevención primaria, cuando la persona se encuentra en riesgo psicológico la PBIU puede usarse para trabajar con los problemas por adelantado, es decir, de manera preventiva --

(por ejemplo cuando una persona va a someterse a una cirugía o a enfrentar un duelo). La prevención secundaria, en la que se trata con las condiciones agudas ya existentes que pueden detenerse antes de que desarrollen condiciones más graves y crónicas; por último, la prevención terciaria se refiere a la curación de las condiciones crónicas, esto es, en la práctica psiquiátrica, tratar los síntomas más perturbadores de psicóticos crónicos.

De esta forma, la intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore, y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones) se incremente (Slaikeu, 1989). Esta definición describe claramente el momento en que una mujer es diagnosticada con cáncer mamario o le es indicada la mastectomía; la ayuda psicológica se hace necesaria tanto para la mujer como para su familia ante la amenaza que representa el cáncer y sus implicaciones, pero que además sea visto como una experiencia en la vida que permita a la mujer crecer (en el sentido como aquí se explica) y revisar diferentes situaciones antes desapercibidas.

Así, se dice que "... todos los seres humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de -



crisis está limitado en tiempo (el equilibrio se recupera de cuatro a - seis semanas), casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones secuenciales de desarrollo a través de diversas etapas, y tener el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, incluyendo la gravedad del suceso precipitante, re cursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis an teriores), y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible - de otros significantes)". (Slaikeu, 1989, pag. 12).

Las crisis que sufre la gente pueden ser clasificadas en dos rubros principales: las crisis de la vida durante el desarrollo y las crisis circunstanciales en la vida. Las crisis en la vida durante el desarrollo son consideradas en base a la teoría de Erikson - principalmente; él formuló la idea de que la personalidad continúa a través del desarrollo de las etapas de la vida, de ésta forma, cada etapa ca racterizada por ciertas actividades o preocupaciones, deben ser superadas por la persona para poder funcionar completamente en la siguiente, sin em bargo, la transición de una etapa a otra, o la influencia de ciertos factores en la historia personal, pueden generar una crisis.

El otro tipo de crisis, las llamadas circunstanciales, tienen la característica principal de que el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o con la etapa de desarrollo. Las crisis circunstanciales pueden afectar virtualmente a -

cualquier persona en cualquier momento.

En este sentido, el diagnóstico de cáncer mamario y la mastectomía son eventos que propician una crisis (considerada -- circunstancial) en la mujer puesto que ella nunca espera vivenciar una situación así.

Las características principales de las crisis -- circunstanciales son:

- Trastorno repentino; no es posible prevenirlo.
- Lo inesperado; no hay anticipación ni preparación, la mayoría piensa que "le sucederá a alguien más".
- Calidad de urgencia; en muchas ocasiones este tipo de crisis amenaza el bienestar físico y psicológico por lo que se inician como una urgencia que requiere de acción inmediata.
- Impacto potencial sobre comunidades completas; otras veces se deben a un suceso que afecta a un gran número de personas a la vez.
- Peligro y oportunidad; el peligro puede ser la principal señal de las crisis circunstanciales pero también se da una reorganización que tiene el potencial para que la persona y la familia cambien sus niveles de funcionamiento a más altos o más bajos.

Lindemann en 1944, (referido por Slaikau, 1989)- engloba en seis categorías generales las posibles crisis circunstanciales que se pueden presentar en los sucesos relacionados con cada una y sus re

curso clave como se ve en el Cuadro 5.

*El diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía, como se puede observar en el cuadro, son incluidas en la primera hilera y así tan textual como se describe, todos los sucesos circunstanciales -y no sólo uno- coinciden en el tema de esta tesis, ésto es, desglosándolo, el cáncer es una enfermedad que amenaza la vida además de que la*

| Categoría general                              | Recursos Circunstanciales   | Recursos Clave   |
|--|---|--|
| Enfermedad física y tensión                    | Cirugía, pérdida de un miembro del cuerpo, enfermedad que amenaza la vida, incapacidad física.                            | Profesionales de la salud, clero, miembros de la familia, empleados, maestro   |
| Muerte repentina/ intempestiva                 | Accidentes y enfermedades mortales homicidio, suicidio  | Profesionales de la salud, clero, miembros de la familia, personal del servicio de urgencias, directores de funeral, policía.                        |
| Crimen víctimas y delinquentes                 | Asalto (robo, violación) violencia doméstica (niño y cónyugo maltratados/abuso): encarcelamiento/libertad de delinquentes | Policía, profesionales de la salud, vecinos, miembros de la familia, clero, abogados, vigilantes de la libertad bajo palabra, trabajadores sociales. |
| Desastros naturales y provocados por el hombre | Incendio, inundación tornedo, huracán, accidente nuclear, choque aéreo.   | Trabajadores del servicio de urgencia, equipos de salud mental capacitados, medios de comunicación   |
| Guerra y hechos relacionados                   | Invasión u otra acción militar, toma de rehenes prisioneros de guerra.  | Personal médico, capellanes, familias, psicoterapeutas.  |
| Crisis circunstanciales de la vida moderna     | Experiencia con drogas psicodélicas, contrariedades económicas (inflación, desempleo), migración, separación/divorcio     | Amigos, profesionales de la salud, trabajadores privados, patrones, abogados, clero, consejeros, amigos.   |

*Cuadro 5. Crisis circunstanciales.*

*(Tomado de Slaikeu, 1989, pag. 49).*

mastectomía es una cirugía que implica la pérdida de un miembro del cuerpo y puede ocasionar incapacidad física, no por el órgano que se pierde - (en este caso el seno) sino porque se afecta el brazo del lado correspondiente.

"Desde el punto de vista de la teoría de la crisis, la enfermedad física y las lesiones son sucesos que desafían la habilidad del individuo y de la familia, para enfrentarlos y adaptarse" (Slavchev, 1989, pag. 50).

En este sentido, el estilo de enfrentamiento de cada persona es sumamente importante, pues como se ha encontrado en diversos estudios, "quienes tienden a negar o evitar las situaciones de estrés, no obtienen provecho de la información sobre la cirugía y su impacto". -- (idem). Esto se corrobora con los estudios mencionados en el capítulo sobre las reacciones a la mastectomía. Por eso es que la intervención en crisis debe dirigirse a los pacientes y sus familias, por un lado hacia el uso efectivo de la negación (el manejo de la ansiedad opresiva en el principio de la enfermedad), y por otro, hacia el desarrollo de las estrategias de enfrentamiento efectivo para las consecuencias de la enfermedad (actividades de la vida que se han modificado pero no dominado por la enfermedad), basado en un amplio rango de intervenciones incluyendo apoyo, reestructuración cognoscitiva y consulta familiar. Debe además atenderse la enfermedad y sus consecuencias, ubicarse en el contexto de la vida general del paciente y su vida social.

Hasta este momento, es difícil resumir principios comprobados o estrategias de la intervención en crisis pues los resultados de los estudios se refieren a informes clínicos de números reducidos de casos y no tanto sobre el proceso que siguieron. A pesar de esto, Slaikou (1989) refiere las características distintivas o principios clínicos de la intervención en crisis:

a) La duración es una de las características importantes; la terapia está limitada en tiempo hasta seis semanas, tiempo en el que la persona recobre el equilibrio después del suceso de crisis. La ventaja de un plazo corto además de la económica, es que aumenta las oportunidades del paciente para crecer a través de una crisis, al asistirlo y ayudarlo para que domine la situación ... "El énfasis en el tiempo es para calcular tanto la reducción del peligro como para aprovechar la motivación del paciente para encontrar algún nuevo enfoque (sea de actitud o conductual), para enfrentarse con las circunstancias de la vida". (Slaikou, 1989, pag. 69).

b) El objetivo principal es ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis a través de la reducción del síntoma, reorganización de la personalidad o un cambio conductual. Existe la opinión de que la persona nunca regresa al nivel anterior de funcionamiento pues al resolver adecuadamente la crisis, aprende nuevas formas de enfrentamiento en situaciones futuras.

c) La evaluación es otra característica de la intervención en crisis y se refiere a que considerando a la persona en --

diferentes contextos (familiar, laboral, comunitario, etc.) el clínico -- identifique la variable que suscitó la crisis, los factores o sistemas que la mantienen y qué es lo que se puede movilizar para facilitar un cambio-constructivo en la situación.

d) El asesor de la conducta o terapeuta, es de suma importancia por el papel que juega en la intervención; su trabajo debe ser más orientado a los objetivos y direcciones en la resolución de la crisis y alentar a los pacientes a que hagan todo lo que puedan por ellos mismos, siendo esto el principio básico de la intervención. El asesor debe tener un entrenamiento que le permita llevar a cabo estas orientaciones y desarrollar la capacidad para hacerlo adecuadamente y en el momento.

Así, la intervención en crisis tiene dos formas: la intervención de primer orden que es la primera ayuda psicológica y, la intervención de segundo orden que es la terapia en crisis.

La primera ayuda psicológica se describe como la primera ayuda inmediata al suceso de crisis, es una intervención breve tomándose donde sea, desde algunos minutos hasta horas, dependiendo de la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y la capacidad del asesor. Su enfoque principal es el enfrentamiento inmediato con la situación de la crisis mas no la resolución de la misma; sus principales objetivos son: proporcionar apoyo, reducir la montañalid y vincular recursos de ayuda (referir a un asesor). Se basa en -- cinco componentes o pasos que son: 1) hacer contacto psicológico, 2) exa

miran las dimensiones del problema, 3) explorar las soluciones posibles, 4) ayudar a tomar una acción concreta y 5) registrar el progreso de seguimiento. Ver Cuadro 6.

La intervención en crisis de segundo orden o terapia en crisis, se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y dirige mejor la resolución de la crisis, esto significa ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis (expresando sentimientos, obteniendo dominio cognoscitivo de la situación, etc.) de modo que el suceso de crisis llegue a integrarse en la estructura de la vida. Es un proceso terapéutico a corto plazo (algunas semanas o meses) hasta que se restaure el equilibrio después de la crisis.

Una de las diferencias con la intervención de primer orden, es su procedimiento, la de segundo orden se apoya en el trabajo de Lazarus en 1976 y 1981 (referido por Slaikeu, 1989), la terapia multimodal de la crisis que examina aspectos conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivos (CASIC) de cualquier crisis en el paciente. La tentativa terapéutica completa se estructura alrededor de cuatro actividades de resolución de crisis: supervivencia física, expresión de sentimientos, dominio cognoscitivo y adaptación conductual/interpersonal. Ver Cuadro 7.

Aunque la Psicoterapia breve intensiva y de urgen

| Componente  | Ayudante de la conducta  | Objetivo  |
|---|--|---|
| 1. Hacer contacto psicológico   | Invitar al paciente a platicar;<br>Estar atento a hechos y sentimientos;<br>Resumir/reflejar hechos y sentimientos;<br>Declaración de empatía;<br>Comunicar interés;<br>Tocar/tomar físicamente;<br>Proporcionar "control de calma" a una situación intensa  | Hacer sentir al paciente escuchado, comprendido, aceptado y apoyado.<br>Intensidad de la angustia emocional reducida. Capacidades para la solución de los problemas reactivados   |
| 2. Examinar las dimensiones del problema  | Preguntar por:<br>Pasado inmediato;<br>Suceso precipitante;<br>Funcionamiento CASIC de la pre-crisis (fuerzas y debilidades);<br>Presente:<br>Funcionamiento CASIC del presente (fuerzas y debilidades)<br>Recursos personales (internos);<br>Recursos sociales (externos);<br>Mortalidad<br>Futuro inmediato:<br>Decisiones inminentes - esta noche<br>fin de semana, proximos días/semanas | Orden de rango:<br>a. Necesidades inmediatas; y<br>b. Necesidades posteriores   |
| 3. Examinar las soluciones posibles   | Preguntar al paciente lo que ha intentado de hasta ahora;<br>Explorar lo que puede/pudo hacer ahora<br>Proponer otras alternativas; nueva conducta del paciente, redefinición del problema; ayuda externa (3a. reunión); cambio ambiental  | Identificar una o más soluciones a necesidades inmediatas y posteriores   |
| 4. Ayudar a tomar una acción concreta   | Ver más abajo  | Implementar soluciones inmediatas intentadas al encontrar necesidades inmediatas  |
| Acción concreta: Ayudante de la conducta  |  |   |
| SI: (a) La mortalidad es baja, y (b) la persona es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces<br>Actitud facilitadora:<br>"Hablemos";<br>"Acción"; y<br>El convenio para la acción es entre el ayudante y paciente.<br>Rangos desde el escuchar activo hasta dar consejo. | SI: (a) la mortalidad es alta o (b) la persona no es capaz de actuar en su propio beneficio, entonces<br>Actitud directiva<br>"Hablemos";<br>"Puedo actuar en su beneficio"; y<br>El convenio para la acción puede incluir a la familia y otros recursos comunitarios<br>Rangos desde la movilización de recursos de modo activo hasta controlar la situación                                |   |
| 5. Seguimiento  | Identificar información segura;<br>Explorar posibles procedimientos de seguimiento;<br>Establecer el contrato por el contacto.   | Adquiere la retroalimentación de los otros sub-objetivos de la primera ayuda psicológica;<br>Apoyo recibido;<br>Mortalidad reducida;<br>Enlace con recursos consumados<br>Establece de la fase siguiente en movimiento, Soluciones posteriores.<br>Si (a) las necesidades inmediatas se encontraron por soluciones inmediatas y acción concreta tomada, y si (b) el enlace para necesidades posteriores se realiza, entonces, deténgase. Si no, regrese a la Etapa 2 (Dimensiones del problema) y continúe. |

Cuadro 6. Cinco componentes de la primera ayuda psicológica.  
(Tomado de Slaikeu, 1989, pag 77).



cia aparentemente tiene diferencias gruesas con la intervención en crisis, en esencia son semejantes en el sentido de que van dirigidas a ayudar a una persona con una necesidad urgente de ser atendida. En los principios básicos de la PBIU, Bellak (1986) destaca que esta es una alternativa de atención al paciente con un problema determinado y como proceso "... debe involucrar una anamnesis completa, una apreciación psicodinámica y estructural de la persona, tan completa como sea posible, y una consideración de los aspectos sociales y médicos" (pag. 9). Por otra parte, men-

|                   | Intervención de primer orden:<br>Primera Ayuda Psicológica   | Intervención de segundo orden:<br>Terapia en Crisis   |
|-------------------|--|---|
| ¿ Cuánto tiempo?  | Minutos a horas  | Semanas a mese  |
| ¿ Por quienes?    | Asistentes en la línea del frente (padres, policía, clero, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, supervisores, etc). | Psicoterapeutas y asesores (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, asesores pastorales y escolares, enfermeras psiquiátricas, etc).                          |
| ¿ Dónde?          | Ambientes comunitarios: casa, escuela, trabajo, líneas de urgencia, etc.   | Terapia/Ambientes de asesoría: clínicas y centros de salud mental, acceso a instituciones, Iglesias, etc.   |
| ¿ Objetivos ?     | Reestablecimiento Inmediato del Enfrentamiento; dar apoyo; reducir la mortalidad; -- vincular a los recursos de ayuda                          | Resolución de la crisis; enfrentar el suceso de crisis; integrar el suceso a la estructura de la vida; establecer la sinceridad/disposición para enfrentar el futuro. |
| ¿ Procedimiento ? | Cinco componentes de la Primera Ayuda Psicológica (capítulo 6)   | Terapia Multimodal en la Crisis. (capítulo 8).  |

#### Cuadro 7. Intervención en crisis.

(Tomado de Slaikeu, 1989, pag. 72).

ciona que puede ser considerada el primer método a elegir sobre todo, por su economía en costo y tiempo; menciona además que no sólo elimina síntomas sino que puede hacer que los pacientes alcancen un nivel superior de resolución de problemas para el futuro y esto lo marca como una diferencia con la intervención en crisis cuyo principal objetivo es restituir al paciente al estado de precrisis, sin embargo, Slaikou plantea que la crisis es una oportunidad para crecer y tomar estrategias de enfrentamiento futuro de niveles más altos o más bajos según se resuelva la crisis.

Bellah (1986) da una guía de los pasos a seguir (mas no obligatoria) para la PBIU; menciona el papel de la PBIU en algunos trastornos frecuentes como es la depresión, tendencias suicidas, en estados psicóticos y ante enfermedades físicas o cirugía entre otros. Considerando el cáncer mamario como una enfermedad física y la mastectomía una cirugía, la PBIU puede ayudar en su enfrentamiento.

En una enfermedad como es el cáncer mamario en este caso, la necesidad de PBIU, puede surgir en varias formas y en diferentes etapas. Al ser informada la paciente de su diagnóstico y de la posible intervención quirúrgica, la mastectomía, una intervención breve de psicoterapia preoperatoria y postoperatoria puede ayudar.

Afirma que es esencial comprender la naturaleza del problema en términos de la historia general de la vida de la persona, el significado específico que la enfermedad y o cirugía tiene para ella y

*Las reacciones que tiene ante el impacto (negación, depresión, ansiedad).*

*La cirugía por sí misma es un trauma físico y psicológico y en esta situación el terapeuta puede ser el vínculo entre el paciente, su familia, el cirujano y el personal del hospital que participa. El terapeuta puede ayudar a abrir canales de comunicación que de otra manera permanecerían cerrados; de ninguna forma podría reemplazar al médico pero sí puede ser el que dé al paciente la información necesaria de la enfermedad y la cirugía, sobre todo cuando el paciente no accede a la comunicación con el médico, puede ser un vínculo de aclaración y ayudar en la resolución de ansiedades y conflictos.*

*Bellah (1987) describe una serie de factores específicos en el manejo terapéutico de las enfermedades físicas o cirugía que son las siguientes:*

*1) Explorar el concepto del paciente sobre la enfermedad o cirugía inminente. Esto se refiere al significado específico que el paciente tiene de la enfermedad o cirugía y que se debe identificar de manera terapéutica. Aquí, su idea sobre el cáncer mamario y sobre la mastectomía y sus expectativas.*

*2) Explorar el significado personal y el papel que juega la enfermedad. Se refiere a la ganancia secundaria que se puede presentar, muchas enfermedades pueden ser para la persona una forma de*

ganar atención, evadir responsabilidades, controlar y o tinarizar a la familia, de tal forma que si la enfermedad representa ciertas ventajas, puede operar inconscientemente para retardar su recuperación. Muchas veces el cáncer de mama puede generar este tipo de situaciones en una paciente.

3) Educar al paciente. Las ideas (preconcientes, inconscientes o conscientes) del paciente deben establecerse en base a sus antecedentes -se puede auxiliar de diversas técnicas proyectivas- y una vez identificadas las concepciones erróneas iniciar la "educación" al paciente en el sentido de que una mayor comprensión por parte de él, puede redituar en una mayor cooperación. En la medida de que el paciente entiende su padecimiento, se puede esperar una mejor participación de su parte en la lucha contra el cáncer.

4) Establecer contacto con el médico o cirujano. Al menos por cortesía profesional, el terapeuta debe informar de sus visitas a la paciente, al cirujano o médico responsable; si ellos perciben al terapeuta como una "ayuda", se facilitará su papel pues a menudo la situación no es así, además de que como se mencionó antes, puede ser el vínculo de comunicación entre uno y otros.

5) Explorar el significado de la anestesia. En ocasiones los miedos específicos del paciente respecto a la anestesia pueden ser muy problemáticos; algunos temen por las sensaciones que tenga, otros temen perder el control general y prefieren mantenerse conscientes-

por medio de una anestesia local a diferencia de los que prefieren no saber nada y eligen una total. Es importante informar al paciente de cómo será su reacción al despertar y el lugar donde estará, además de darle pautas de orientación para ese momento como un calendario o reloj. En el caso de la mastectomía, a veces el tiempo que dura la intervención es el indicador de la presencia de cáncer o no.

6) Ideas y miedos específicos a la muerte. Para la gente la muerte tiene diversos significados por lo que es necesario explorar en el paciente su miedo particular y el significado. El cáncer es un mal que socialmente enseguida se relaciona con muerte, por lo que habrá que reconocer el significado que da la paciente a esta situación.

7) Clases específicas de enfermedades y cirugías. Las cirugías pueden precipitar alteraciones en la persona, por lo que se deben explorar las fantasías del paciente sobre la intervención que requiere. Las amputaciones son representativas de estos problemas. La mastectomía es una cirugía que genera y destapa una serie de reacciones emocionales por todo lo que pueda implicar la pérdida del seno para la paciente.

8) Órganos con significado sexual. Una enfermedad o cirugía que involucre los órganos sexuales, toma un significado particular por el papel libidinoso, social y moral que juega en la sexualidad, por ejemplo, las operaciones de los senos, se perciben a menudo como

una amenaza para la femineidad de la paciente por lo que es necesario discutin con ella todos los aspectos estéticos y las ventajas de la operación además de las posibles complicaciones que puedan surgir. La idea de la pérdida del seno y lo que conlleva debe entenderse además desde la perspectiva particular de la paciente.

9) Afecciones malignas. Ante el diagnóstico de una enfermedad maligna, la persona puede responder ajustándose a su estado a su manera, o bien negando la situación cuando no se puede adaptarla a ella; en ambas respuestas, el paciente lleva la dirección, sin embargo, se le debe hacer sentir siempre la presencia de apoyo del terapeuta. Le hablará de los avances médicos sobre su mal pero nunca debe dar o provocar falsas esperanzas de vida en el paciente.

Vuelve a ser necesario identificar el significado específico de la afección maligna. "Para algunos pacientes con cáncer, las características agresivas orales de su personalidad, pueden exagerarse en esta enfermedad, de manera que la perciben como un fenómeno devorador, taladrante y destructivo. Para otros, en quienes predominan las características sadomasoquistas, el cáncer puede percibirse como una introyección brutal sádica y agresiva. En forma similar hay que afrontar el significado de muerte". (Bellak, 1987, pag. 89).

En la atención que se da a los pacientes con cáncer mamario debe considerarse siempre la etapa en que se encuentra el pa-

decimiento, su tipo y sobre todo, el estado emocional en que se halla la paciente por el impacto que le ocasionó. De esta forma, la psicoterapia breve, sea bajo la teoría de crisis o la psicoanalítica, pueden ayudar a que la paciente integre el padecimiento a su vida, de la mejor forma, y a la vez le permita aprender estrategias para enfrentar todo aquello que se le presente como consecuencia del mismo.

*CAPITULO IX*

*PSICOTERAPIA DE APOYO*



## PSICOTERAPIA DE APOYO

Desde el momento en que la mujer descubre una tu moración en el seno y comienza con una serie de consultas médicas, su integridad emocional está siendo afectada y recibir ya un diagnóstico de -- cáncer de mama además de saber que es inminente la mastectomía, rompe con sus esquemas completamente por lo que necesita de ayuda y la psicoterapia de apoyo puede proporcionársela.

Son muchas las definiciones que se han dado de - la psicoterapia sin embargo, actualmente las definiciones más aceptadas - son aquellas que contemplan varios factores como son: el fin, la forma, - los medios psicológicos y el terapeuta. La definición que Wolberg (1977) da de la psicoterapia en 1954, es una definición que llena estos requisitos al explicar que la "...Psicoterapia es una forma de tratamiento de -- problemas de la naturaleza emocional, en la que una persona, formada previamente, establece deliberadamente una relación profesional con un pa--- ciente, con el fin de remover, modificar o detener los síntomas existen-- tes, corregir los tipos de conducta perturbados y promover una maduración y desarrollo positivos de la personalidad".

Es importante remarcar que la psicoterapia, como dice Wolberg (1977), se acompaña con otros términos, que son los que indi can el método que se usa a lo largo del tratamiento. Esto es, que proba

blemente todas las psicoterapias contengan elementos de insight, de apoyo y de relación, pero se diferencian principalmente por el énfasis y prioridad relativos que el terapeuta concede a cada elemento; en este sentido, en la psicoterapia de apoyo éste, el apoyo, tendrá más peso que los otros elementos.

Las técnicas de apoyo son indicadas bajo ciertas condiciones como son:

1. El paciente debe poseer una personalidad bien integrada pero temporalmente sufre un decaimiento por estar expuesta a estrés severo, en tonces con un periodo corto de psicoterapia paliativa puede bastar para restaurar su estabilidad habitual. El diagnóstico de cáncer mamario es algo que estresa completamente a la mujer. Las técnicas de apoyo pueden también ser eficaces cuando el problema no ha sido todavía estructurado, por ejemplo, en un desorden de conducta.
2. La psicoterapia de apoyo puede ser como una medida de emergencia para aquellos pacientes que requieren de una terapia más intensa.
3. La psicoterapia de apoyo es indicada cuando los síntomas del paciente interfieren drásticamente con su propio funcionamiento o constituye una fuente de peligro para él mismo y o para los demás, como por ejemplo, una depresión severa, impulsos suicidas u homicidas, etc.; la mujer diagnosticada con cáncer mamario y con la indicación de una mastectomía, se encuentra en esta situación.

4. Cuando una terapia prolongada, carece de un problema específico, la terapia de apoyo puede proveerlo o ser un periodo preparador para la terapia needucativa o reconstructiva.
5. La terapia de apoyo puede ayudar a estabilizar a la persona cuando ha sido severamente dañada su personalidad durante los primeros años de su vida.
6. La terapia de apoyo puede ser indicada cuando el paciente carece de una inteligencia adecuada, cuando el tiempo y el dinero son limitados o cuando la personalidad del paciente es muy rígida o requiere de una autonomía que lo guíe. Con frecuencia las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama o mastectomizadas se encuentran en una o varias de estas situaciones.

En general, la psicoterapia de apoyo tiene gran valor en condiciones psiquiátricas como las siguientes: personas relativamente maduras con síntomas limitados basados en gran medida en importantes presiones ambientales; personas que, en general, han llevado a cabo un ajuste más bien satisfactorio y que se encuentran en lo que parece ser solamente un periodo pasajero de tensión, confusión, tentación o indecisión; personas que han sido bastante responsables y que han prestado un apoyo razonable a los demás en su ajuste a la vida, pero que en un momento dado necesitan dar más allá de sus posibilidades psicológicas y por ello necesitan que se les dé a fin de poder tener algo que dar a cambio;

personas extremadamente resistentes a la terapia expresiva o a la terapia de insight y aquellas cuya enfermedad parece estar demasiado avanzada para responder a la terapia expresiva; finalmente, pacientes que no sientan la necesidad de un cambio fundamental en su ajuste y que estén interesados solamente en restablecer un ajuste previo más cómodo para ellos. Esto permite ver cómo la psicoterapia de apoyo es indicada para una gran diversidad de personalidades por lo que puede ser ofrecida a las mujeres -- diagnosticadas con cáncer mamario o mastectomizadas, según sea su personalidad.

Wolberg (1977) señala que el objetivo de la terapia de apoyo es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible, con la aminoración de los síntomas, de tal forma, que pueda funcionar aproximadamente a su nivel normal. Se hace un esfuerzo para reforzar las defensas existentes y elaborar mejores mecanismos de control; a la vez, se intenta remover o reducir los factores externos que actúan como fuentes de estrés. Esto no es un intento para cambiar la estructura de la personalidad, aunque se pueden construir alteraciones caracterológicas que pueden desarrollarse cuando el dominio ha sido resistido y logra nuevas adaptaciones. El estrés, la depresión y ansiedad que vive la mujer con cáncer mamario y/o mastectomizada, son síntomas que la psicoterapia de apoyo puede atender.

En ocasiones, la terapia de apoyo es suficiente para llevar al paciente a un adecuado funcionamiento, tal es el caso, - -

cuando la estructura básica del ego es esencialmente sana, pero se ha roto por el impacto de una severa tensión que agota la vitalidad de la persona; en este caso, un periodo corto de terapia de apoyo, podrá ayudar a restaurar el equilibrio; esta situación es la que vive la mujer diagnosticada con cáncer mamario o mastectomizada.

Así, esta terapia proporciona apoyo por parte de una figura de autoridad durante un periodo de enfermedad, de confusión o de descompensación temporal, que es el que sufre la mujer con diagnóstico de cáncer de mama o mastectomizada. Tiene como objetivo restaurar o reforzar las defensas y capacidades integradoras que han resultado dañadas. Proporciona un periodo de aceptación y de dependencia a un paciente que tiene una extrema necesidad de ayuda para enfrentarse a las frustraciones o presiones externas, demasiado fuertes para poder manejarlas él mismo, situaciones en las que frecuentemente se sienten estas mujeres.

Existen diversas denominaciones para la psicoterapia como psicoterapia paliativa, terapia social, situacional y ambiental, sin embargo, todas caen dentro de la categoría de apoyo. Entre los principales procedimientos utilizados en la terapia de apoyo, se encuentran los siguientes:

a) Guía. La guía está basada en una relación de autoridad entre el terapeuta y el paciente, donde el primero es el que la ejerce. Esta técnica consiste en que el terapeuta forma un régimen -

diano de actividades para el paciente contemplando trabajo, sueño, recreación, etc. pero no deja tiempo para ociosidad o numiar ideas destructivas. Es usada principalmente cuando hay un problema específico que interfiere con la adaptación del paciente. Una desventaja inherente es -- que el paciente puede hacerse dependiente y sobreestimar la capacidad del terapeuta a un punto donde no participe activamente.

b) Control y alivio de la tensión. La tensión puede activar alteraciones psicológicas y conductuales, por ejemplo la ansiedad es un componente que a menudo se registra en el sistema nervioso - autónomo y afecta el funcionamiento de varios órganos y ésto es un signo de disturbio emocional. La tolerancia a los efectos de la tensión varían de una persona a otra, habiendo algunas que utilizan mecanismos repressivos para poder funcionar en tanto que otras su sensibilidad es tan extrema que están en constante incomodidad; algunas mujeres con diagnóstico de cáncer mamario o mastectomía tienden a utilizar este tipo de enfrentamiento por lo que presentan este tipo de alteraciones. Para el alivio de la tensión se han utilizado diversos elementos contingentes pero que - tienen un potencial destructivo como por ejemplo el alcohol y las drogas. En la terapia de apoyo para regular la tensión se sugieren actividades de ejercicios de relajación muscular, incluyendo masajes corporales y diversos juegos entre otros, una disciplina espiritual, meditación y recientemente se ha incluido el entrenamiento de biofeedback.

c) Manipulación ambiental. Dado que la conduc

ta humana se ve constantemente influenciada por una serie de estímulos específicos, la manipulación ambiental intenta construir fuerzas en el ambiente que ofrezcan un apoyo e incentivos acordes a las necesidades del paciente. Para lograr su éxito, es importante considerar la habilidad del personal involucrado, cómo actúa el medio en las demandas del paciente y las reacciones propias de cada persona.

d) Externalización de intereses. La depresión y ansiedad, pueden provocar en el paciente una retirada de sus intereses y diversiones que son un componente saludable en la vida; cuando esto ocurre se sugiere que como parte de un programa de psicoterapia vuelva a realizar actividades que antes le fueron importantes o a desarrollar nuevas diversiones en su tiempo libre; entre estos se encuentran los deportes, juegos, actividades manuales y artísticas e innumerables entretenimientos que pueden ser recursos disponibles. Esta técnica además de ser una estimulación para el ejercicio físico y la creatividad, permite el contacto con otras personas que reducen el aislamiento social.

e) Tranquilizar. La sola presencia de un terapeuta es una forma de auxiliar al paciente sobre todo cuando se encuentra trastornado y carece de la capacidad para manejar su ansiedad con sus propios recursos por lo que busca el apoyo de una figura paterna idealizada y esto le ofrece una esperanza. La tranquilización verbal, da al paciente un apoyo, aclara sus dudas y al discutir sus miedos y creencias irracionales, al aceptar la autoridad del terapeuta y confiar en él, el pa---

ciente puede ser ayudado a manejar sus conceptos erróneos y sobreponerse a su problema.

f) Presión y coerción. Estas son medidas auto-riatrias que son calculadas para llevar al paciente a rendirse en un premio o castigo que lo estimulará hacia acciones para él. Estas formas se sugieren para aquellos pacientes de personalidad dependiente que evitan enfrentarse a la vida en cualquier circunstancia en que sea forzado a cumplir y habitualmente se ubican lejos de la realidad.

g) Persuasión. En esta técnica el terapeuta juega un papel autoritario que persuade al paciente a revisar sus valores y la filosofía de la vida; el objetivo es cambiar el significado de actitudes habituales que tiene el paciente en contra, por nuevos motivos y modos de adaptarse a la realidad. Se basa en la creencia de que el paciente tiene el poder para modificar su proceso emocional patológico con la utilización del sentido común; apela a la razón e inteligencia del paciente para que abandone sus síntomas y trate de ayudarse y hacer algo por sí mismo.

h) Terapia de grupo inspiracional. Esta se refiere a la técnica utilizada por los grupos en los que se reúnen personas con un problema común y unos a otros se ayudan a superarlo, es también -- llamado grupo de auto-ayuda o de ayuda mutua.



*El apoyo que necesitan las mujeres mastectomizadas es indudable, además de que la incidencia indica que los factores psicológicos pueden influir en una recurrencia, sobrevida y la respuesta inmune del paciente; esto hace ver la necesidad de disponer de servicios -- psiquiátricos de enlace y apoyo que puedan ayudar a las pacientes con cáncer de mama en su recuperación emocional como lo mencionan Dean y Hopwood (1989) en su comentario sobre un artículo de Ramírez de 1989.*

*Watson y colaboradores (1988), en su investigación compararon dos grupos de mujeres mastectomizadas en las que uno recibió una rutina de apoyo plus dado por una enfermera, encontrando que las pacientes del segundo grupo estaban significativamente menos deprimidas a los tres meses después de la operación que aquellas que recibieron el apoyo de rutina, además de que reportaron creen tener un mayor control de su salud, aunque al cabo de un año las diferencias entre ambos grupos no -- eran significativas. También sugieren el servicio de enfermeras de apoyo para ayudar a reducir la angustia experimentada como resultado del -- diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.*

*Por su parte, Nesci y colaboradores (1980), encuentran cómo cuando alguno de los médicos juega el rol de un confidente-comprendivo y figura de apoyo, las pacientes se sienten mejor haciendo esto patente la necesidad de asistencia psiquiátrica para la recuperación -- psicológica de las pacientes mastectomizadas después de la cirugía, además de la rehabilitación física que es dada por los médicos.*

Así, se observa que el apoyo que requieren las -  
mujeres antes y después de la operación, lo pueden recibir de diferentes-  
fuentes como lo demuestra el estudio de Zemon y Shepel (1989) en el que-  
los resultados obtenidos indican que los amigos y familiares pueden ofre-  
cerlo ayudando a su adaptación social y emocional.

*CAPITULO X*

*TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL*

## TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL

Las mujeres diagnosticadas con cáncer mamario, ven pasando por una serie de situaciones para su tratamiento antes y después de la cirugía, estas situaciones son percibidas por cada mujer desde su particular forma de interpretar los eventos que enfrenta por ejemplo, la mastectomía en sí, será vivida de manera muy diferente por una mujer de 60 años de edad que por una de 30; de igual forma, la quimioterapia -- puede ser concebida por una como un aliado en su lucha contra el cáncer, en tanto que otra la puede considerar un enemigo más por los efectos secundarios que tiene. Estas ideas cada mujer las va formando en base al aprendizaje social y a sus experiencias pasadas; pero el problema radica en que por esos pensamientos, la mujer no acceda a sus tratamientos, los abandone o bien, sea más difícil su adaptación después de la cirugía.

Ante esta situación, se propone ofrecerles atención psicológica en base a las técnicas cognitivo-conductuales; se sugiere esta terapia por las bases técnicas que la subyacen. La terapia cognitiva se basa en la presunción de que cada persona etiqueta sus reacciones emocionales con las propias evaluaciones e interpretaciones de los eventos, así, su objetivo es modificar el pensamiento de la persona teniendo como efecto un cambio en su conducta observable. (Dominguez, 1979). -- Considerando esto, es posible ayudar a las pacientes mastectomizadas modificando sus pensamientos o ideas irracionales hacia una actitud más po-

sitiva en ese momento.

*El surgimiento de la Terapia cognitivo-conductual se deriva de dos líneas principales que son: La primera es la teoría cognitivo-semántica representada por Kelly, Ellis y Beck, y la segunda es la terapia basada en la teoría del aprendizaje contemplando los trabajos de Bandura, Mahoney y Meichenbaum. (Rimm, 1984).*

*La terapia cognitivo-semántica dirige su punto de acción a modificar los patrones erróneos de pensamiento de la persona y las premisas y actitudes subyacentes a éstas condiciones; su foco de atención está en el contenido ideacional envuelto en el síntoma. Una noción característica de este enfoque es el que da Shaffer en 1947 (referido por Rimm, 1984) sobre la terapia y la define como "un proceso de aprendizaje mediante el cual una persona adquiere la capacidad de hablar sobre sí mismo de modos adecuados a fin de controlar su propia conducta".*

*La teoría del aprendizaje social plantea en primer lugar, que una gran parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente y, segundo, el humano responde no a las consecuencias ambientales sino a las representaciones cognitivas de dichos eventos. Bandura en 1977, (referido por Mahoney, 1988), utilizó el término "determinismo recíproco" para describir la interacción continua entre las variables conductuales, cognitivas, afectivas, fisiológicas y ambientales; esto es importante ya que se deben considerar todos los aspectos que intervienen en la*

conducta de una persona.

Beck (1979) señala que como se ha desarrollado - en los últimos años la terapia cognitiva, es notablemente diferente a los métodos tradicionales en varios aspectos, entre ellos están:

- la entrevista, que es más estructurada,
- el tratamiento tiende a enfocar síntomas abiertos de manera más amplia,
- no pone tanta atención a las experiencias infantiles del paciente ni a constructos tradicionales como el inconsciente, la sexualidad infantil etc. sino a la problemática presente y,
- no supone que la introspección en los orígenes de un problema, por sí misma, sea necesariamente para su alivio.

Estas son características que diferencian a la terapia cognitiva de los enfoques tradicionales, pero a su vez son compartidas con la terapia de la conducta, de esta forma, los terapeutas cognitivo-conductuales intentan integrar los puntos de interés de ambas escuelas con el fin de combinar la comprensión clínica de los terapeutas semánticos con la tecnología de los terapeutas de conducta, aunque consideran que las cogniciones de la persona son únicamente uno de los diversos factores que contribuyen a la etiología y mantenimiento de la conducta anormal.

En su terapia cognitiva, Beck (1979) da tres conceptos básicos:

- a) Los eventos cognitivos; que son la conciencia

de pensamientos e imágenes que la persona tiene pero a la que se le presta poca atención, esto es porque emergen automáticamente;

b) Los procesos cognitivos; que se refieren a -- cómo piensa la persona, es decir, los procesos automáticos del sistema -- cognitivo, cómo son la búsqueda y almacenamiento de información y procesos de inferencia y recuperación; y,

c) Las estructuras cognitivas; que se refieren a los esquemas o premisas que determinan a qué evento se presta atención y cómo se interpretan estos. Estos esquemas están al servicio del sí -- mismo, predisponiendo la recepción de la información y siendo procesada -- con más facilidad la que es congruente con el autoconcepto que la que no lo es.

Además, Beck (idem) explica que las habilidades psicológicas como integrar, etiquetar e interpretar experiencias, pueden ser aplicadas para corregir los desórdenes psicológicos. Al ser el problema central psicológico, y el remedio psicológico, ambos conciernen a -- las creencias (o cogniciones) del paciente. La terapia cognitiva consiste en corregir los conceptos erróneos que originan angustia, sin embargo, énfasis que se hace en las creencias y pensamientos de la persona, no están importancia a las reacciones emocionales que generalmente son la -- fuente inmediata de angustia.

Al respecto, Ellis (1957 y 1962), con la terapia racional emotiva (TRE), supone "...que los desordenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento". (referido por Rimm, 1984, pag. 452). Cuando los sentimientos que genera el juicio de una determinada situación son congruentes con la realidad, es muy probable que la persona tenga una conducta satisfactoria, sin embargo, puede suceder que los sentimientos no sean congruentes con la realidad objetiva, entonces habrá dos tipos de pensamiento: Ellis diferencia los que corresponden objetivamente a la realidad que llama pensamientos racionales y los que distorsionan la valoración de la realidad que llama pensamientos irracionales. (referido por Domínguez, 1979). Este autor considera que son éstos últimos los principales causantes de los problemas emocionales por lo tanto, la acción terapéutica deberá estar encaminada principalmente a enseñar a la persona a detectar dichos pensamientos y a sustituirlos por otros de tipo racional. (idem).

Es importante señalar que no es imprescindible saber cómo ni cuándo adquirió la persona las ideas irracionales, sino que en este momento está perturbada y su autopercepción de la situación se mantiene con sus autoverbalizaciones. Al respecto, Meichenbaum en 1971, destaca la importancia que los sistemas de creencias y autoverbalizaciones tienen para el tratamiento de los pacientes; su técnica consiste en modificar "lo que las personas se dicen a sí mismas". (referido por Mahoney, 1988).



De este modo, la terapia cognitivo-conductual es en sí, un conjunto de técnicas específicas de intervención que el terapeuta ajustará a las necesidades individuales de la persona para lograr un cambio. Este proceso de cambio consta de tres etapas que tienen cierta secuencia en unos momentos y en otros se superponen y vuelven a ocurrir consistentemente. En la primera etapa se ayuda al paciente a que defina sus problemas en términos de problemas resolubles; se hace a partir de un autoregistro que hace el paciente de su propia conducta y una vez identificado el problema, se formulan objetivos.

Durante la segunda etapa del cambio, el paciente debe desarrollar pensamientos y conductas adaptadas e incompatibles con las anteriores, los cambios serán en tres áreas principalmente: cognitiva, emocional y conductual. La tercera etapa se centra en la consolidación, generalización y mantenimiento de los cambios de conducta y la evitación de recaídas o su afrontamiento si se dan.

Resumiendo, algunas de las características más importantes de la terapia cognitivo-conductual es que generalmente son activas, de tiempo limitado y, considerablemente estructuradas; su objetivo es ayudar al paciente a identificar, hacer pruebas de realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas e inadecuadas y las creencias irracionales.

Dentro de las técnicas que se agrupan en la tera

pia cognitivo-conductual, se enfatizan diferentes aspectos de la experiencia cognitiva, por ejemplo, creencias, expectativas, cogniciones de resolución de problemas, autodeclaraciones de afrontamiento, imágenes; se ofrecen diferentes prescripciones como el mejor punto de intervención en el complejo "cognición-afecto-conducta-consecuencia" y por último, se utilizan diferentes estrategias de intervención dirigidas a las creencias irracionales y a fomentar las habilidades de afrontamiento. Entre las principales técnicas se encuentran las siguientes:

a) Reestructuración cognitiva. Está diseñada para ayudar a la persona a identificar, contrastar con la realidad y corregir las conceptualizaciones distorsionadas y las creencias disfuncionales. Este enfoque se basa en la premisa de que el afecto y la conducta de una persona están determinados fundamentalmente por la forma en que ésta construye el mundo. Con base en que los sentimientos son el resultado de la forma de interpretar los eventos, se entrena al paciente para que identifique los pensamientos automáticos autodemostrativos y los reemplace por pensamientos y conductas más objetivas, autoestimulantes y dirigidas a la resolución de problemas, un ejemplo claro es la TRE, terapia racional emotiva que maneja Ellis.

Por su parte, Mahoney (1988) menciona que en la adquisición y utilización de las habilidades de reestructuración cognitiva, es importante el uso de ayudas mnemotécnicas que denomina como RDEPP (para signalizar y seguir la secuencia que plantea Ellis):

- R *reconocimiento de la sensación de malestar (ansiedad, depresión, ira, etc.)*
- D *discriminar los eventos privados (tanto pensamientos como imágenes) que acaban de ocurrir*
- E *valuar las bases lógicas y la función adaptativa de sus imágenes y autodeclaraciones*
- P *presentar alternativas, es decir, generar monólogos privados o imágenes de contenidos más apropiados*
- P *ensar en un premio, es decir, recompensarse a sí mismo por haber ejecutado toda la secuencia" (Mahoney, 1988, pag. 191).*

*Esta secuencia es semejante a la que Meichenbaum llama ensayo cognitivo, en el que la persona imagina o visualiza cada uno de los pasos en la secuencia conductual (referido por Mahoney, 1985).*

*b) Autoinstrucción. Meichenbaum (iedn) plantea que lo que se dice a sí mismo la persona es muy importante para lograr el cambio; aunque inicialmente se dirigió a niños "impulsivos", con adultos también ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de ansiedad principalmente. Esta técnica consiste en "pensar en voz alta" siguiendo una secuencia para realizar la tarea considerando los siguientes aspectos: de finición del problema, atención dirigida, autorenforzamiento y; habilidades autoconectivas, de esta forma, la persona lleva el cambio bajo su propio control.*

c) *Habilidades de afrontamiento en la inoculación del estrés.* Con esta técnica se enseña a las personas una serie de habilidades de afrontamiento con el fin de capacitarlos para enfrentarse más efectivamente con las situaciones estresantes. El programa incluye tres fases: La primera fase está diseñada para ayudar a la persona a desarrollar una mejor comprensión de la naturaleza del estrés y del afrontamiento. En la segunda fase se enseñan habilidades específicas de afrontamiento y se asegura que tales habilidades ya poseídas sean en efecto utilizadas. La tercera fase y final del entrenamiento está diseñada para proporcionar la práctica gradual de diversas habilidades por parte de la persona, en la clínica o en vivo, y para permitir la evaluación de los resultados de estos experimentos personales. (Linn, 1988). En este sentido, Goldfried (1971) sugirió que la desensibilización sistemática fuera conceptualizada como una estrategia terapéutica mediacional ya que la persona sometida a esta técnica, puede adquirir una habilidad de autorelajación general y así se entrena en las habilidades de superación y afrontamiento.

La inoculación del estrés, Meichenbaum y Cameron (1973), la describen como otro sistema de enfrentamiento de habilidades de superación; esta se deriva de la autoinstrucción e incluye:

- una discusión acerca de las reacciones de estrés (con énfasis en la denominación, atribución y autodeclaraciones inductoras de activación);
- entrenamiento en relajación (presentado como una habilidad de superación activa);

- práctica instruída en la emisión de autodeclaraciones de superación -- (automanejo cognitivo, preparación para el estrés, autorenforzamiento, etc.), y,
- práctica supervisada en la utilización de las habilidades de superación anteriores, en una situación de estrés real (por ejemplo, una situación impredecible). (referido por Mahoney, 1989, pag. 213).

d) Entrenamiento en la resolución de problemas.

D'Zunilla y Goldfried en 1971, definen "solución de problemas como "...un proceso conductual, bien sea explícito o cognoscitivo por naturaleza, que a) hace posible una variedad de alternativas de respuestas potencialmente efectivas, y, b) incrementa la probabilidad de selección de la respuesta más efectiva de entre tales alternativas diferentes". (referido por Mahoney, 1989, pag. 217).

Los mismos autores propusieron un modelo para la resolución de problemas consistente en cinco habilidades: a) orientación general (es decir, la predisposición para resolver los problemas); b) definición y formulación del problema; c) generación de alternativas; d) toma de decisión; y e) verificación (es decir, la evaluación del resultado de la solución en la vida real).

Al respecto, Sabel (1982) presentó un ejemplo de este enfoque de resolución de problemas de la terapia cognitivo-conductual con pacientes con cáncer, consistente en enseñarles las habilidades de re

*solución de problemas para manejar diversos acontecimientos estresantes - relacionados con la enfermedad con la que obtuvo buenos resultados.*

*Como se observa, en la terapia cognitivo-conductual se combinan las técnicas cognoscitivas y las técnicas conductuales - como relajación, entrenamiento asertivo, desensibilización sistemática, y métodos de imaginera o visualización con los que es posible lograr un -- cambio favorable para los pacientes.*

*Golden y Gersh (1990) en su estudio describen -- claramente el uso de la terapia cognitivo-conductual y la hipnoterapia en el tratamiento a pacientes con cáncer en diversos aspectos como el manejo de estrés y ansiedad, tratamiento de depresión y control del dolor. Para manejar el estrés se sugiere desensibilización y relajación; métodos - cognitivos para reducir la tensión y la ansiedad y el uso de imaginera o ensayo mental. Los procedimientos de reestructuración cognitiva en la - depresión, incluyen el uso del procedimiento de los Simonton, el cual com promete al paciente a desarrollar una imagen personal y un tiempo de proyección. Para el control del dolor se incluyen procedimientos de relaja ción y anestesia hipnótica.*

*En cuanto a pacientes mastectomizadas específica mente, también se han llevado a cabo investigaciones entre las que se ha lla la de Tannier, Maguire y Kinsey (1983) que trabajan con pacientes ma tectomizadas en un programa de terapia cognitivo-conductual (tcc) y TCC -*

además de la administración de un medicamento antidepresivo. Los resultados muestran una gran mejoría clínica en el pretratamiento de la TCC, - concluyendo que la medicación antidepresiva puede ayudar al programa de - la TCC.

De igual forma, se encuentra la aplicación de la terapia cognitivo-conductual con pacientes mastectomizadas en el estudio de de L. Honne y McCormack (1984), ellos atendieron a mujeres con mastectomía radical y quimioterapia adyuvante que presentaron fobia a la aguja y a la sangre y recientemente adquirieron náusea condicionada como respuesta ante el hospital y las situaciones médicas. Un programa de terapia cognitivo-conductual que incluyó entrenamiento de relajación, desensibilización con imágenes y moldeamiento en imagen, permitió que las pacientes completaran sus ciclos de quimioterapia y sintieran menos ansiedad en el hospital ante situaciones médicas.

Por otra parte, Hopwood y Maguire en el Segundo Simposio de Psicopatología (1986, Leeds, England), discuten los problemas de evaluación, detección e intervención cuando los pacientes fallan para adaptarse a la pérdida de una parte del cuerpo o función como resultado de un tratamiento de cáncer. Los disturbios de imagen corporal contribuyen al desarrollo de trastornos afectivos y problemas sexuales, que pueden amenazar una relación marital, sin embargo, estos problemas pueden no ser revelados por el paciente en la práctica médica, por lo que plantean que el uso de enfermeras entrenadas para controlar la adaptación de pa---

*cientes al cáncer mamario, es una ayuda efectiva en la detección de éstos problemas psicológicos y de esta forma prueban la utilidad de la terapia-cognitivo-conductual en el tratamiento de problemas de imagen corporal.*

*De esta forma se puede ver cómo es efectiva la -  
terapia cognitivo-conductual en la atención a pacientes mastectomizadas -  
en los diferentes momentos de su padecimiento.*



CAPITULO XI

PSICOTERAPIA DE GRUPO

## PSICOTERAPIA DE GRUPO

*La mujer que sufre una mastectomía la primera -- pregunta que se hace es: "¿Por qué a mí?" y, al no encontrar respuesta se siente sola, abandonada como si ella fuera la única en el mundo en esta -- situación y única víctima del cáncer y sus implicaciones. Sin embargo, -- la misma situación la conduce a encontrarse con gentes que conocen a al-- guien con un problema semejante o incluso mujeres en iguales condiciones -- lo que le da la posibilidad de comenzar a percibir de manera diferente su situación. El reunirse con mujeres que han pasado por las mismas expe-- riencias, le puede ayudar a expresar su sentir y a no encontrarse sola. -- La terapia de grupo es una opción para la mujer mastectomizada ya que le -- ofrece una atención psicoterapéutica dentro de un grupo, a sus desordenes -- emocionales.*

*Kadis (1986) explica que cualquier grupo que se -- forma con propósito terapéutico, es un grupo porque existe alguna forma -- de relación interactiva, interpersonal o afectiva entre sus miembros (pag -- 96), mientras no la haya no se considera un grupo como tal. En el proce -- so del grupo, un punto importante es la comunicación que puede darse en -- diferentes niveles: uno es el literal, que trata del contenido manifiesto -- de lo dicho; el segundo nivel es el interpersonal, interesado en ele -- mentos como el status y la posición, así como en el contenido más formal -- de una comunicación y su dirección y, el tercer nivel, que se ocupa del --*

significado inconsciente de lo dicho y, por ende, de la participación simbólica de los otros miembros del grupo. Por otra parte, está también la comunicación no verbal que es un punto muy importante ya que a pesar de no haber una expresión en forma oral, sí la hay con las actitudes y posturas de la persona y es una forma de comunicarse.

Esta comunicación dentro del grupo, en el nivel que sea, es también una forma de comunicación emocional que se da entre los miembros del grupo en la que se puede presentar amor y odio, agresividad y pasividad, frialdad y calor, acción y reacción y con esto se cumple con la tarea de fortalecer la cohesión terapéutica del grupo.

La comunicación entre los miembros del grupo, -- las interrelaciones y las emociones que se presentan, dan lugar a una serie de fenómenos dentro del proceso del grupo que pueden ayudar al terapeuta o líder a manejar la dinámica que se da en el grupo según sea su objetivo. El primero de éstos es la tendencia que tiene el grupo a mantener un equilibrio (llamado homeostásis) apropiado para el mismo en cualquier momento dado, cada evento que suceda al interior del grupo, debe -- ser resuelto para el provecho del grupo y no solo para uno de los miembros. El segundo es que todas las personas al ingresar a un grupo, con cualquier tipo de objetivo, lo primero que presenta es una resistencia ante cualquier cambio que implique una modificación en su forma usual de hacer las cosas y por ende surgen los mecanismos de defensa como una forma de mantener la seguridad y o para apartar la angustia.

Otro factor sumamente importante que se presenta en el proceso de grupo es la transferencia, que como la refiere González (1992), es una proyección sobre el analista de las emociones sentidas hacia los miembros de la familia anterior o actual del paciente, en este -- sentido, se refiere a las emociones sentidas en situaciones anteriores; -- así en el grupo se da la llamada transferencia múltiple, pues cada pacien te tiene una reacción transferencial hacia cada uno de los integrantes -- el grupo lo que afecta positiva o negativamente en sus interacciones.

Muchos de los factores que se presentan en el -- proceso de grupo como es la homogeneidad o heterogeneidad del mismo, la -- formación de subgrupos, la llegada de nuevos miembros, la movilidad tera-- péutica que tiene el grupo internamente y una serie de fenómenos persona-- les de cada uno de los integrantes, sin embargo, la meta ha de ser común, lo que permite y favorece la cohesión y unión entre los miembros.

El origen de la psicoterapia de grupo generalmen-- te se ubica en 1907, con los trabajos que realizó Joseph Pratt, internista de Boston con pacientes tuberculosos. En 1905, este investigador fun dó la Clínica del control del pensamiento para pacientes tuberculosos en Boston, en el Hospital de Massachusetts. Pratt, pensando que los miem-- bros de un grupo constituido por individuos con problemas similares po-- drían ayudarse entre sí y dado que los tuberculosos, rechazados por la po-- blación en general y con una afcción que los unía, formaban un grupo, de cidió tratarles en grupo a fin de acelerar su recuperación.

*El método utilizado por Pratt, es conocido como "método de clase", consistente en reunir a los pacientes en grupos en el que un médico impartía una conferencia acerca de su padecimiento y las medidas higiénicas necesarias para su recuperación. Daba a los pacientes indicaciones específicas que éstos debían seguir, y en cada clase se "calificaba" a los pacientes según su acatamiento a las indicaciones médicas. Estableció además un sistema de premios, pasando a "los mejores de la clase" a ocupar los primeros lugares del salón, utilizando la competencia entre los miembros del grupo para acelerar su recuperación. Además de la conferencia dictada por el médico, quien funcionaba como líder benévolo y paternal, se daba oportunidad a los enfermos para que formularan preguntas acerca del tema tratado, a fin de aclarar sus dudas. (Cappon, 1984).*

*Pratt se basaba además en que los factores emocionales desempeñaban un papel importante en la recuperación de las enfermedades, aceptando que la psicoterapia dependía completamente de la influencia benéfica de una persona sobre otra. Posteriormente varios médicos utilizaron este método para el tratamiento a pacientes con diversas enfermedades como hipertensión, úlcera péptica y con niños desnutridos. (referido por Cappon, 1984).*

*Diferentes autores fueron desarrollando diversas técnicas de atención a través de los grupos, entre ellos, por ejemplo, -- los trabajos de Jacob Moreno (a principios de la década de 1920), que fue el primero en utilizar el término "terapia de grupo" y que incluyó las --*

técnicas de representación dramática y actuación espontánea, llamadas psicodrama. En el psicodrama, la terapia toma la forma de una representación dramática en la que un miembro del grupo ("protagonista") representa espontáneamente papeles frente al líder ("director") o los miembros del grupo ("audiencia"), los cuales representan a las personas significativas de la vida de aquel. Frecuentemente se intercalan escenas reales o imaginarias del pasado, presente o futuro del protagonista, en una representación cargada de emoción. A pesar de encontrarle algunas desventajas a la técnica del psicodrama como por ejemplo que al centrarse el drama en una persona, se resta interacción con los demás miembros, ésta técnica se sigue utilizando hasta la fecha, principalmente por terapeutas de la conducta - en el entrenamiento de la asertividad, por terapeutas de la gestalt y líderes de grupos de encuentro quienes enfatizan la expresión emocional como vía para el crecimiento personal.

Otro tipo de grupos que se dió fue el de los grupos psicoanalíticos, en 1924 cuando Bunnow, Wenden, Slavson y Wolf, incluyeron elementos de la teoría o técnica psicoanalítica en la terapia de grupo como son la interpretación, la libre asociación y el análisis de la transferencia y la resistencia. (referido por Cappon, 1984).

Actualmente, los analistas de la terapia de grupo relegan los procesos dinámicos del grupo a un segundo plano y enfocan en su lugar la dinámica de la personalidad y las defensas de la persona, - tal como aparecen reveladas en las reacciones de los miembros ante el te-

apeuta y los demás miembros del grupo.

Por su parte, Bion, creó al grupo Tavistock o = Bion en la Clínica Tavistock en Gran Bretaña que mantiene una orientación psicoanalista y el grupo en conjunto es tratado como un paciente en el -- sentido de que las interpretaciones se dirigen al grupo como un todo y la meta del encuentro es alcanzar el insight sobre las reacciones de transferencia que surgen. (referido por Linn, 1988).

Después de la Segunda Guerra Mundial, la dinámica de grupo tomó gran importancia desarrollando una serie de técnicas, para su aplicación, sobre todo en la práctica de los Estados Unidos de Norteamérica, que se consideran precursoras de los utilizados ahora en las "nuevas terapias de grupo"; de ellas la más representativa es el llamado Grupo T, representado principalmente por Kurt Lewin en 1976. Lewin se había interesado en las posibilidades de cambio de conducta y sostenía -- que las creencias y las actitudes pueden cambiarse cuando la persona es -- capaz de examinarlas y aceptar que no son satisfactorias. Bajo el esquema de talleres de aprendizaje, las tareas del grupo se orientan en torno de la resolución de problemas individuales y de grupo, la producción de -- alternativas y la discusión de las consecuencias de las alternativas propuestas, la planificación de actividades entre los miembros y la utilización frecuente de retroalimentación interpersonal, así como el análisis -- de la experiencia en el aquí y ahora.

Cabe aclarar que el Grupo T surgió no como una técnica terapéutica, sino como una técnica educativa y de investigación del comportamiento con las metas de que : a) Los participantes comprendieran y cambiaran su conducta y b) se investigara la dinámica del grupo. La intención primordial era enfocada a los procesos de cambio en sistemas sociales y constituido por miembros con la misma ocupación y profesión y la aplicación de los logros en el Grupo T a sus problemas específicos de trabajo. Sin embargo, con frecuencia en las sesiones se presentaban catarsis emocionales que propiciaron que el interés en la esfera cognitiva fuera disminuyendo y el interés en la esfera emocional y en las interrelaciones del grupo fue aumentando de tal modo que (en el estado de California) el Grupo T comienza a utilizarse con miras terapéuticas, llegándose a llamar "terapia de grupo para gente normal". (Cappon, 1984).

Posteriormente, surgieron nuevos enfoques en las terapias de los grupos, entre ellos están los "grupos de encuentro" que nace del intento de ampliar el rango de las funciones y metas del Grupo T. Los objetivos de los grupos de encuentro se refieren a "crecimiento y cambio, nuevas dimensiones de conducta, el logro de una autoconciencia mayor y una percepción más rica de las circunstancias de uno, así como de las circunstancias de otros" (idem). En este tipo de grupos, a diferencia de los grupos tradicionales de psicoterapia, no existe un trastorno psicológico sino que se incluyen personalidades normales que desean crecer, -- cambiar y desarrollarse.



Otra técnica, semejante a la de los grupos de -  
 encuentro, es el Grupo Manatón, desarrollada por Stoller y Bach en la dé-  
 cada de los 60's. Estos grupos tienen una duración de 24 horas o más y  
 se basan en la premisa de que la meta de las interacciones no es que es-  
 tas se comprendan sino que se reaccione ante ellas. A medida que la se-  
 sión progresa, se construye el momento emocional; aumenta la tolerancia a  
 la ansiedad, la fatiga hace caer las resistencias y estimula las respues-  
 tas auténticas y espontáneas y, hacia el final se facilita la descarga e-  
 mocional y la catarsis. (idem).

Recientemente, se ha desarrollado otra forma de  
 atención en grupos que es el grupo de terapia de conducta; en éstos, no -  
 se busca la expresión emocional sino que los terapeutas de la conducta se  
 centran en extraer el potencial del grupo para estimular el cambio de con-  
 ducta; dentro de esta corriente más reciente aún, es la tendencia de la -  
 modificación cognitivo-conductual en un contexto de grupo.

Así, se puede observar que a pesar de los dife-  
 rentes enfoques del tratamiento en grupo, la intervención del terapeuta y  
 la intensidad de las emociones expresadas, todos convergen en un punto --  
 que es el que su impacto terapéutico se ve aumentado por las interaccio-  
 nes, las múltiples relaciones y el sentido de unión o cohesión que el pro-  
 ceso de grupo facilita.

La psicoterapia de grupo es muy provechosa para-

un gran número de personas que necesitan y buscar ayuda para sus problemas emocionales, sin embargo, es importante considerar que no es un método de tratamiento adecuado para todo tipo de condición clínica o patología de la conducta, por lo tanto, cada problema clínico debe ser evaluado en función del individuo y de las circunstancias existentes por ejemplo, un problema de homosexualidad no puede ser tratado de igual forma que uno de adicción o de enfermedades psicósomáticas por lo que es de suma importancia la selección de los pacientes para el ingreso a un grupo.

En el caso particular de las mujeres mastectomizadas, el problema emocional que presentan es sumamente específico por lo tanto el tratamiento al interior del grupo, debe considerar esa situación. Por otra parte, el tener la oportunidad de compartir sus experiencias les permite desahogarse y vivenciar la situación de otras y la propia, de tal forma que se ayudan unas a otras a superar su problemática emocional.

Este tipo de grupos en donde el líder surge del mismo grupo, con problemática similar a la de los demás y la meta es ayudarse mutuamente a superar un problema común son denominados grupos de ayuda mutua, de ayuda mutua o como originalmente se llamaron de apoyo-inspiracional (*inspirational-supportive groups*).

La técnica utilizada por Pratt, fue de este tipo precisamente, él fue el primero que usó las pláticas inspiracionales para tratar grupos de pacientes médicos; el primero que trabajó fue de pacien-

tes tuberculosos, extendiéndolo más tarde al tratamiento de pacientes diabéticos y cardíacos y, posteriormente lo empleó en el tratamiento de pacientes psiquiátricos.

Los grupos de apoyo-inspiracional son usados en ambientes específicos tales como en las reuniones de Alcohólicos Anónimos, actualmente se está practicando en hospitales con pacientes externos y algunas prácticas privadas. La idea subyacente de estos grupos es que la autoestima del paciente es afirmada no por el cambio caracterológico y -- por un fúente ego independiente, sino por el ánimo directo el terapeuta -- que actúa benévolaente con todos los integrantes.

Existen elementos característicos importantes en este tipo de grupos: uno, es la identificación, por ejemplo si un miembro realiza una hazaña o logra superar algo por mínimo que sea, habla de sus experiencias al respecto, elevando los ánimos de los demás porque se identifican con él. En los grupos de ayuda mutua, las personas que tienen alterada su autoestima son expuestas a miembros con autoestima alta porque han alcanzado una meta especial; cuando las dudas o sentimientos -- de uno de los miembros son apoyados por otro se le llama identificación -- porque puede ser un punto de partida para autodesarrollarse.

Una segunda característica importante es la idealización; en estos grupos se idealiza tanto al líder como a los demás -- miembros y se mantiene intacta, esto es un contraste con los grupos orien-

tados psicoanalíticamente, la idealización es gradualmente entendida a través de interpretaciones y se constituye una evaluación del líder y los miembros.

Una tercera característica y que es determinante en los grupos de apoyo-inspiracional es el apoyo mutuo. Cada persona es un líder que anima a los demás para hablar, señala a los otros lo que hacen bien o que tienen algo bien. Este afecto de apoyo mutuo es diferente del afecto que ocurre en los grupos orientados psicoanalíticamente, -- pues los miembros son ayudados frecuentemente por otros, pero el primer intento es para examinar las motivaciones de conducta y modificarla, lo que puede provocar ansiedad en tanto que en estos grupos se motiva para -- desear hacer bien las cosas al ver cómo otras personas con problemática -- semejante han logrado superarla. (Wolberg, 1977).

Si los miembros del grupo tienen una fuente de identificación con el líder o coordinador, con la causa o con otros miembros, el tratamiento del grupo de apoyo-inspiracional trabaja bien, pero si la naturaleza espiritual del grupo se gasta o los miembros se desaniman poco a poco declinan. En resumen, los grupos de autoayuda están compuestos -- por personas que están preocupadas por la solución de un problema o crisis específica. Generalmente organizados con una tarea, los grupos no intentan cambiar el funcionamiento de la personalidad de forma significativa.

Una característica distintiva del grupo de auto-

ayuda es su homogeneidad; Los miembros padecen el mismo trastorno y comparten las mismas experiencias buenas y malas, con éxito y sin él entre sí. Al hacerlo, se educan y ayudan mutuamente y alivian el sentimiento de alienación que habitualmente siente la persona que participa en este tipo de grupo.

La dinámica implícita en los grupos de autoayuda, subraya el papel importante que desempeña la identificación en facilitar la cohesión, que es excepcionalmente fuerte en estos grupos. Como los problemas y los síntomas son similares, se desarrolla un fuerte vínculo emocional y se ve al grupo como poseedor de unas características propias a las que se atribuyen cualidades curativas mágicas; el ejemplo claro y específico de este tipo de grupos es el de Alcohólicos Anónimos.

El movimiento de grupos de autoayuda está en pleno desarrollo. Los grupos satisfacen las necesidades de sus miembros proporcionando aceptación, apoyo mutuo y ayuda para superar las pautas de conductas adaptadas de conducta o los sentimientos que no han podido curar los profesionales de la salud mental.

La psicoterapia de grupo es una alternativa para atender a las mujeres mastectomizadas y que les puede ayudar efectivamente como lo demuestra el estudio de Clarke y colaboradores (1982) en el que compara dos grupos de mujeres que han tenido una mastectomía; un grupo estaba formado por 20 mujeres en lista de espera y el otro participó -

en diez sesiones semanales de psicoterapia de grupo; al término, los resultados mostraron (a través de inventarios) que ambos grupos presentaron cambios positivos, sin embargo, las mujeres que estuvieron en el grupo de psicoterapia continuaron mostrando cambios positivos aún después de terminado el tratamiento.

Los problemas de autopercepción, imagen corporal y sexualidad que presentan las mujeres mastectomizadas, han sido tratados también con terapia de grupo como lo mencionan Kniss y Kramer en su estudio reportado en 1986. Encontraron que las mujeres mastectomizadas presentaban una diferencia significativa con mujeres no mastectomizadas respecto a imagen corporal y adaptación sexual. Un punto importante en su estudio es que las mujeres mastectomizadas mostraron abnorración por la región de la mama amputada y disminuyó el placer de autotocarse ahí, viéndose afectada la receptibilidad sexual y los afectos positivos. La terapia de grupo mejoró significativamente los afectos positivos y la adaptación sexual, aunque no mejoró la actitud hacia la zona del seno amputado y tampoco incrementó la frecuencia de actividad sexual.

La orientación que tiene la psicoterapia de grupo también es importante, por ejemplo se encuentra el informe de Goldman (1985), en el que relata su experiencia en un programa de postmastectomía en grupo con aproximación psicoanalítica y otro de apoyo, y en él concluye que el grupo de apoyo es más efectivo.

Los grupos de autoayuda como son más conocidos, son una alternativa eficaz para la atención de pacientes con cáncer de se no y con mastectomía como lo mencionan Van den Bonne y colaboradores --- (1986), quienes hicieron un análisis de 18 artículos en los que se exploró el contacto entre pacientes con cáncer. Encontraron que el contacto entre los miembros tiene efectos positivos como mayor conocimiento acerca del cáncer de seno, mejor movimiento del brazo después de la mastectomía y mayor uso de prótesis; una fuente mejoría en la percepción de salud general, menos disturbios de autoimagen y mayor reducción de sentimientos negativos y fobias. No se identificaron consecuencias negativas al contacto.

En Los Estados Unidos de Norteamérica se han creado numerosos grupos de ayuda para mujeres que han tenido cáncer de mama y que han sufrido una mastectomía. En la investigación de Hailey y colaboradores (1988) con mujeres mastectomizadas, se hizo énfasis en los aspectos emocional y psicológico de las experiencias pasadas desde que se descubrieron el tumor en el seno hasta que alcanzaron su completa recuperación. Muchas de ellas sintieron que no fueron preparadas adecuadamente por los profesionales de la salud para enfrentar la mastectomía por lo que apoyaron "abrumadoramente" la idea de formar un programa coordinado por pacientes postmastectomizadas, para garantizar que sus necesidades se rían entendidas.

De esta forma, se observa cómo el tener un pro--

blema común (la mastectomía) y experiencias semejantes en el grupo, puede contribuir al mejoramiento emocional de las mujeres. En este sentido, la investigación de Silverman (1989-90), demostró cómo los grupos de autoayuda pueden ayudar a aliviar el sentimiento de aislamiento, común para las mujeres después de la mastectomía. Menciona que las visitas a la paciente por parte de las voluntarias del grupo "Recuperación al alcance", son percibidas como positivas por las mujeres y aunque al pertenecer al grupo tienden a tener mayores dificultades, es menor la angustia que tienen por ello.

En México existe un importante grupo de autoayuda para mujeres mastectomizadas llamado "Grupo RETO" (Recuperación Total) cuya función, formación y organización es explicada en el informe con el que participaron en la XI Reunión Nacional de Citología Clínica (1990), en el que además se puede observar claramente el aspecto psicológico de la enfermedad y la importancia y necesidad de su atención:

"Grupo Reto' fue fundado desde 1983 por la Sra. Cecilia Vildósola de Sepúlveda con siete señoras más que habíamos sido --operadas de cáncer del seno teniendo todas el mismo deseo de apoyar a otras mujeres en este trance tan difícil ... Nuestra experiencia a través de las vivencias personales, después de haber pasado problemas psicológicos, tanto personales como familiares y sociales por haber padecido ésta enfermedad, fue lo que nos unió para fundar un grupo que trabajara ayudando a mujeres con este mismo problema".



El Grupo Reto cuenta actualmente con diversos -- programas, cinco en total, para la ayuda a pacientes mastectomizadas, sin embargo, se inició sólo con el programa de rehabilitación y los otros han sido creados para subsanar las necesidades que enfrentan como grupo. El programa de rehabilitación lo llevan a cabo mujeres mastectomizadas, y -- tiene como objetivo principal, el ayudar a la mujer que sufre una mastectomía, ofreciéndole confianza, entendiéndola y ayudándola a integrarse a su vida normal lo más pronto posible. "Este trabajo consiste en visitar a la paciente en el hospital antes y después de la operación. Además de escuchar sus dudas y temores, les proveemos de una bolsa de recuperación -- que contiene un librito en donde se les da consejos entre otras cosas para el tratamiento de su brazo, así como ejercicios para rehabilitación -- del mismo, lo elementos necesarios para dichos ejercicios y una prótesis -- provisional.

La visitadora del 'grupo Reto' solo con su presencia y con el antecedente de haber estado en las mismas condiciones, ayuda a la paciente en una forma irigualable, pues ve en ella, un modelo a seguir y descarta la idea de que todos los que padecen cáncer mueren y es to les da esperanza de vida.

Además de las visitas hospitalarias se brinda a todas las pacientes mastectomizadas y a sus familiares una reunión semanal en la cual estamos, durante una hora a su disposición, médicos del hospital y algunos miembros del 'Grupo Reto' para aclarar todas las dudas tan-

to médicas como físicas y emocionales; es estas sesiones pueden extendizar sus angustias e intercambian experiencias dándose apoyo unas a otras, pues todas nos encontramos en diferentes etapas de recuperación, de tratamiento o de recurrencia, pero todas en proceso de aprender a convivir con el cáncer.

En las sesiones se dan cuenta que no están solas, que somos muchas las que enfrentamos este problema y tendrán una experiencia positiva, revalorando su autoestima tratando de superarse, asimismo - sirven estas sesiones para canalizar problemas especiales e inquietudes - que deben ser referidas al profesional adecuado.

Las integrantes del 'Grupo Reto' que trabajamos en el Programa de Rehabilitación hemos sido capacitadas para ofrecer una mejor ayuda a las pacientes, cada año se organiza un curso de capacitación sobre aspectos generales del Cáncer de Mama. Es impartido por el personal médico de las instalaciones del Instituto Nacional de Cancerología. - También se nos proporciona un laboratorio de Relaciones Humanas, preparación muy necesaria para saber escuchar, entender, comprender y empatizar con las enfermas.

Los dos cursos complementarios nos aportan conocimientos y técnicas para proporcionar un apoyo más completo a las pacientes.

*El Programa de Rehabilitación Lo Llevamos a cabo en los hospitales del Instituto Nacional de Cancerología, Hospital General de México y Casa RETO".*

*El programa educativo, surge como una necesidad de informar a las mujeres de la importancia que tienen el autoexamen de la mama mensualmente, el acudir a consulta con un especialista y cómo puede ser curable el cáncer si es tratado tempranamente; esta actividad se apoya en la proyección de una película y con folletos editados por el mismo grupo en conjunto con otras instituciones. (Ver Anexo).*

*El grupo tiene también un programa de elaboración de prótesis, y el programa de recaudación de fondos por medio de donativos que sustenta al programa de quimioterapia cuyo objetivo es la adquisición de los medicamentos necesarios para los tratamientos tan costosos. Las pacientes que los reciben son seleccionadas en base a la valoración del médico que las atiende y con un estudio socioeconómico de su condición.*

*La situación emocional de la mujer es expresada claramente en el mismo documento: "El impacto psicológico que recibimos en el momento del diagnóstico, es tan fuerte que nos hace perder, no solo la seguridad personal sino el sentido de la realidad.*

*¿Qué piensa la mujer cuando se le dice que probablemente tiene Cáncer y perderá un seno?, ¿Pensará en la muerte? en mu-*

tilación? en la soledad? en el dolor?

Se presenta el panorama de una enfermedad, de la cual hasta ahora hemos evitado hablar. Desconocemos todo acerca de ella y a la cual tememos como a ninguna otra. Pensamos en ocasiones: ¿Por qué me tenía que suceder a mí? ¿Mi marido me querrá y respetará igual -- que antes? ¿Me causará honor mi nuevo aspecto físico? ¿Como madre, podré seguir siendo útil a mis hijos? ¿Será muy costoso? ¿Estaré en posibilidad de pagar mi tratamiento? ¿A quién Le podré platicar todas mis angustias? y lo más angustiante ¿Moriré pronto? Pues es muy común que cánccer esté asociado a muerte.

Somos muchas las mujeres que nos enfrentamos a - esta realidad y sentimos que nadie puede entendernos. Nos sentimos - - intensamente solas!

Nuestras familias nos proporcionan un incentivo con cariño, afecto, y simpatía, pero el manejo de una paciente en este estado de confusión es muy importante. Normalmente no quieren escuchar, - pues se encuentran en el centro de un remolino de emociones.

Es por eso que la función primordial de 'Grupo - Reto' es acabar con la angustia de la paciente, así como la de sus familiares. Al platicar con ella queremos que cada una llegue a sus propias soluciones. Que marque sus metas y encuentre un sentido a la vida, pues

creemos que es muy importante, el saber porque, luchamos".

## *CONCLUSIONES*

## CONCLUSIONES

*El cáncer es una enfermedad que además de el sufrimiento físico que produce en la persona, es un fuente impacto psicológico por toda la carga emocional que tiene y el condicionamiento cultural que existe del mismo. El cáncer mamario es un claro ejemplo de esta situación pues como se ha visto a través de la revisión hecha en este trabajo, es una enfermedad potencialmente mortal que amenaza la vida de la mujer y, a pesar de que existen diversas técnicas que ayudan a que la mujer preserve su vida, tendrá que sufrir los efectos psicológicos que la mastectomía produce y que trae como consecuencia alteración en la imagen corporal y la autoestima.*

*Al hacer una revisión bibliográfica al respecto, se encontró que cuando la mujer ve amenazada su integridad física (orgánica y corporalmente), su estructura psicológica se mueve por completo y se desorganiza emocionalmente.*

*La información recopilada permite observar que este padecimiento es un proceso con etapas o momentos que la mujer atraviesa presentando en cada uno de ellos una serie de reacciones emocionales que necesitan ser atendidos psicológicamente además del aspecto médico.*

El primer momento que se identifica es cuando -- aparece un síntoma de cáncer en el seno. En este momento el psicólogo -- no puede tener una intervención directa con ella, sin embargo, la informa ción al respecto dada por parte de los trabajadores de la salud y la educación que se pueda dar a nivel social a través de los medios masivos de comunicación son de suma importancia ya que buscará atención médica en -- primera instancia para evitar que el mal avance.

Desde este momento surge un primer mecanismo de defensa en la mujer que es la negación, por temor a enfrentar lo que puede ser cáncer y sus implicaciones.

Ante el diagnóstico de cáncer mamario, la mujer recibe un fuerte impacto psicológico, su estructura emocional se mueve y desorganiza completamente presentando una serie de reacciones como ansiedad, conaje, culpa y miedo principalmente, que desembocan en una crisis. -- En este momento del diagnóstico, se sugiere para la paciente, atención en base a la técnica de Intervención en crisis con el fin de proporcionarle apoyo, ayudándole a acrecentar sus fuerzas buscando que haga por ella misma lo necesario, para que tome el dominio de la situación y que reorganice su vida.

Se sugiere que esta atención sea inmediatamente después de que le es informado el diagnóstico o inclusive simultáneamente; de esperar mucho tiempo, se corre el riesgo de que la mujer por las mismas



reacciones e ideas que tiene, atente contra su vida. Posteriormente, se puede continuar con la terapia llevando a la paciente a la resolución de la crisis.

Otra alternativa para este momento es la Psicoterapia de apoyo, cuyo objetivo primordial será el de reducir la tensión y mantener la angustia a un nivel que le permita enfrentar lo mejor posible el problema que la altera, que en este caso es el diagnóstico de cáncer - mamarario que acaba de recibir.

Al dar el diagnóstico, el médico juega un papel de suma importancia, pues tiene una responsabilidad muy grande para con la mujer: primero, debe explicarle claramente el tipo de cáncer que presenta, su estadio y el pronóstico que tiene, ya que de la forma en que le dé esta explicación dependen la respuesta y la actitud de la mujer ante la enfermedad y ante la vida misma. Esto da pie a un segundo punto y -- quizá el más importante: el aspecto emocional; el médico ha de considerar a la mujer no sólo como un órgano enfermo, sino como un ente emocional que siente, piensa, ama y en ese momento sufre. En este sentido, se sugiere que el psicólogo trabaje de manera interdisciplinaria con el médico al igual que los demás especialistas involucrados en la atención de la mujer.

Dependiendo del tipo y estadio del cáncer que -- presenta la mujer, el médico indicará los tratamientos médicos a los que

habrá de someterse siendo en la mayoría de los casos combinaciones de Radioterapia, Quimioterapia y Cirugía, en este caso la mastectomía.

De los tratamientos, la mastectomía es el más difícil para la mujer pues la sola idea de "perder" el seno, es otro factor que influye en el rompimiento de sus esquemas; en este momento, la Psicoterapia de apoyo puede ser una alternativa, ayudándole a controlar la ansiedad y las demás reacciones que tiene, ofreciéndole el apoyo que requiere para no "sentirse sola". Cabe señalar que el foco emocional es bien diferente antes que después de la cirugía, por lo que al ofrecerle el apoyo se debe considerar esta situación y preparar psicológicamente a la mujer en cada momento.

Es importante hacer notar que el mecanismo de negación que presenta desde el primer momento del proceso, se sigue presentando en todas las etapas alternándose con las otras reacciones; en la atención psicológica se debe tener cuidado del manejo que se hace de este mecanismo pues es lo que muchas veces permite a la mujer mantener un equilibrio emocional ya que es una estrategia de enfrentamiento para algunos tipos de personalidad.

Al llevar a cabo la mastectomía se produce un serio impacto psicológico en la mujer, porque al quitarle el seno, se altera la autoimagen y autoestima que tiene de sí misma y, entre las principales reacciones que presenta están la ansiedad, angustia, hostilidad, cul-

pa y sobre todo, se sume en una fuerte depresión con dolor y tristeza. - En este momento se recomienda nuevamente la Intervención en crisis, dirigida a que la paciente exprese sus emociones y lo que siente, ayudándole a que trate de retomar el dominio de la situación, con el fin de que logre integrar este suceso a su vida.

Entre las reacciones que presenta la mujer mastectomizada, las más frecuentes y que predominan son la depresión y la ansiedad y, para su tratamiento desde el punto de vista psicológico, se propone la Psicoterapia de apoyo como vía para superarlas a través de sus diversas técnicas como son que pueda controlar la tensión, tranquilizarse, que trate de recuperar las actividades que antes hacía y, sobre todo, que externalice sus sentimientos para prevenir psicopatologías posteriores. - Es muy importante que elabore el duelo de todo lo que está perdiendo pues de lo contrario, su readaptación será sumamente difícil.

También en este momento, la Terapia cognitivo-conductual puede contribuir en mucho con la paciente, porque puede por un lado, aprender diferentes formas de enfrentar el problema buscando la mejor solución para ella misma, por medio de una reestructuración cognitiva respecto a las ideas que tiene sobre el cáncer, autoconcepto e imagen corporal y, por otro lado, se le puede dar un entrenamiento con diferentes técnicas como la relajación, para reducir la tensión que sufre o, desensibilización para aquellos miedos específicos que presenta como consecuencia de la enfermedad, inclusive los que son "aprendidos" por los trata---

mientos médicos como es el caso del vómito ocasionado por la quimioterapia. Por ejemplo, al reorientar la creencia de lo agresivo de la quimioterapia hacia la idea de que es un aliado en su lucha contra el cáncer, aunado a desensibilización y relajación, el medicamento puede ser más tolerado por la mujer y se reduce el vómito anticipatorio y como efecto secundario, da do el estado emocional favorable en el que ella se encuentra.

La depresión, la ansiedad y el sentimiento de so ledad, son las reacciones que la mujer presenta principalmente, por lo -- que reunirse con mujeres que padecen del mismo mal, que han tenido expe-- riencias semejantes y han logrado vencer las dificultades que se les pre-- sentan en los diferentes momentos, son para ella un aliciente para supe-- rar sus problemas; en éstos términos, una psicoterapia de apoyo retomando lineamientos de los grupos de ayuda mutua, son una alternativa para la mu-- jer que sufrió una mastectomía o que tiene probabilidades de sufrirla. -- El identificarse con alguien que ha pasado por situaciones parecidas a -- las de ella, le permite tener una esperanza de vida. (Ver Anexo).

Estas terapias han mostrado efectividad en el -- tratamiento psicológico a mujeres mastectomizadas como lo demuestran las-- investigaciones mencionadas, por lo tanto, se propone que se ofrezcan des-- de que le es informado el diagnóstico y no esperar a que se presenten los problemas.

Por otra parte, las terapias propuestas son una--

respuesta a la etapa que atraviesa la mujer, ella no busca un tratamiento tradicional ortodoxo con el fin de revisar su pasado, sino lo importante es solucionar el conflicto emocional que está pasando, por la vivencia -- traumática como son el cáncer mamario y la mastectomía.

Cabe aclarar que estas terapias no se excluyen -- unas a otras sino que se pueden considerar complementarias utilizándose -- como sea necesario dependiendo del momento del proceso de la enfermedad -- en que se encuentra la mujer, su personalidad y la necesidad que tiene en cada ocasión.

El fin de estas terapias propuestas es reducir -- los problemas emocionales y será siempre elevar la calidad de vida de la -- mujer mastectomizada y/o con diagnóstico de cáncer mamario.

Es importante considerar siempre la vida de la -- mujer pues con el médico que la atiende está en un espacio y tiempo dete-- minados y, la mujer desempeña toda una serie de actividades diariamente -- que se ven en muchos casos, afectadas por la enfermedad, por las conse-- cuencias de la misma o por el estado emocional en el que se encuentra; de esta forma, proporcionarle una atención psicológica que le permita mejorar su situación emocional, le va a ayudar a ir superando las implicaciones -- emocionales de la enfermedad.

Por otra parte, se consideran el aspecto psicoló

gico del cáncer mamario y de la mastectomía, puede contribuir a subsanar la separación que hay entre la Medicina y la Psicología, permitiendo atender a la paciente de manera integral junto con las demás disciplinas relacionadas, además de que se rescata la importancia del psicólogo como un profesional que puede ayudar en la recuperación emocional de la mujer y su readaptación posterior.

## *SUGERENCIAS*

## SUGERENCIAS

*Ante la necesidad de un trabajo conjunto, se sugiere la formación de equipos interdisciplinarios donde cirujanos, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras, entre otros, participen para poder dar un apoyo integral a la paciente y entenderla como un ser humano que sufre y necesita encontrar un alivio físico y psicológico que a su vez redundará en un mejor pronóstico y calidad de vida.*

*Una limitante que se observa en esta propuesta terapéutica, es que se aboca a la atención individual de la mujer con diagnóstico de cáncer mamario y o mastectomizada, por lo que se sugiere que la atención se dé también a nivel de pareja y familiar, ya que esta es un tipo de enfermedad que afecta a toda la gente que rodea a la paciente.*



*BIBLIOGRAFIA*

## BIBLIOGRAFIA

1. Achte, K.; Lindfors, O.; Salokari, M.; Vaukkonen, M. (1987). "Psychological adaptation in the first postmastectomy year" Psichiatria Fennica Vol 18 pag 193-112.
2. Achte, K.; Salokari, M.; Lindfors, O.; Vaukkonen, M.; et al. (1988) "Denial or successful coping? Evaluation problems in the psychological study of breast cancer adaptation" Psichiatria Fennica Vol 19 pag 87-93.
3. Baidar, L.; Kaplan de Noun, A. (1986) "Family perception and adjustment in postmastectomy women" International Journal of Family Psychiatry Vol 7 (4) pag 439-447.
4. Bandura, A.; Blanchard, E.B.; Ritter, R. (1969) "The relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes" Journal of Personality and Social Psychology pag 173-199.
5. Band, M. and Sutherland, A. (1955) "Psychological impact of cancer and its treatment. IV Adaptation to radical mastectomy" Cancer July August Vol 8 No 4 pag 656-672.
6. Bayés, R. (1985) Psicología oncológica (Prevención y terapéutica -- psicológicas del cáncer). Ed. Martínez Roca. Barcelona.
7. Beck, A. T. (1979) Cognitive therapy and the emotional disorders - New York, USA: New American Library.

8. Bellak, L. (1987) Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: El Manual Moderno.
9. Bellak, L. y Small, L. (1986) Psicoterapia breve y de emergencia - México: Pax - México.
10. Bloom, G. R.; Pendegrass, S. M.; Bunnell, G. M. (1984) "Social - functioning of women with breast cancer: Validation of a clinical - scale" Journal of Psychosocial Oncology Spr Vol 2 (1) pag 93-101.
11. Bosch Garcia, C. (1980) La técnica de investigación documental. México: Trillas.
12. Cairns, J. (1981) Cáncer: ciencia y sociedad. España: Reventé.
13. Cameron, A. and Hinton, J. (1968) "Delay in Seeking Treatment for mammary tumors" Cancer June Vol 21 pag 11-22.
14. Cappon, J. (1984) El movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo. México: Trillas.
15. Clanke, D. L.; Knamer, E.; Lipiec, K.; Klein, S. (1982) "Group psychotherapy with mastectomy patients" Psychotherapy Theory, Research and Practice Fal Vol 19 (3) pag 331-334.
16. Constantini, A.; Biondi, M. (1990) (The contribution of psychological techniques in antitumoral treatment: The cognitive-behavioral -- approach) "Il Contributo delle tecniche psicologiche nei pazienti in trattamento antitumorale: L'approccio cognitivo-comportamentale". - Medicina Psicosomatica Jan - Mar Vol 35 (1) pag 39-52.
17. Cope, O. (1987) Cáncer de seno. México: La Prensa Médica Mexicana.

18. Deadman, J. M.; Newey, M. J.; Owens R. G.; Leinster, S. J.: et al. - (1989) "Treat and Loss in breast cancer" Psychological Medicine - Aug Vol 19 (3) pag 677-681.
19. Dear, C.; Hopwood, P. (1989) "Liaison psychiatry in a breast cancer unit: Coment". British Journal of Psychiatry Jul Vol 155 pag- 98-100.
20. Dear, C.; Sunteers, P. G. (1989) "Do psychological factors predict survival in breast cancer?" Journal of Psychosomatic Research Vol 33 (5) pag 561-569.
21. De L. Honne, D. J.; Mc Connach, H. (1984) "Behavioural psychotherapy for a blood and needle phobic mastectomy patient receiving adjuvant chemotherapy" Behavioural Psychotherapy Oct Vol 12 (4) pag - 342-348.
22. Dominguez, B.; Abasta, H.; Anzate, D. (1979) Instructivo de técnicas cognitivo conductuales. México: Programa de publicaciones de material didactico, UNAM.
23. Ellis, A. (1962) Reason and emotion in psychotherapy. Nueva York: Lyle Stuart.
24. Freud, S. (1980) Obras Completas de Freud. Tomo XI. México: Iztaccihuatl.
25. Gallagen, H. S. (1978) Cáncer de mama precoz. España: Editorial AC.
26. García, M. O. (1977) "Reacciones psicológicas en pacientes mastectomizadas por cáncer mamario" (Tesis) México: UNAM.

27. Gold, M. A. (1964) "Causes of patients delay in diseases of the -- breast" Cancer 17 pag 564-577.
28. Golden, W. L.; Gersh, W. D. (1990) "Cognitive behavior therapy in the treatment of cancer patients. Special Issue: cognitive-behavior-therapy with physically ill people: I" Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy Spr Vol 8 (1) pag 41-51.
29. Goldfried, M. R. (1971) "Systematic desensitization as training in self-control" Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol 37 pag 228-234.
30. Goldman, R. (1958) "Psychoanalytic and supportive approaches in the postmastectomy group" Dynamic Psychotherapy Fal - Win Vol 3 (2) - pag 145-155.
31. Goldstein, D. A.; Antoni, M. H. (1989) "The distribution of repressive coping styles among non-metastatic and metastatic breast cancer patients as compared to non-cancer patients" Psychology and Health-Nov Vol 3 (4) pag 245-258.
32. Gottschalk, L. A.; Hoigaard M. J. (1986) "The emotional impact of mastectomy" Psychiatry Research Feb Vol 17 (2) pag 153-167.
33. Gonzalez N. P. de J. (1992) Interacción grupal México: Planeta Mexicana.
34. Grassi, L.; Molinari, S. (1988) "Pattern of emotional control and psychological reactions to breast cancer: A preliminary report" Psychological Reports Jun Vol 62 (3) pag 727-732.
35. Guy de The (1987) Sobre La pista del cáncer. México: CONACYT Castell Mexicana.

36. Gyllensköld, K. (1982) Breast Cancer. USA: Tavistock Publications.
37. Haagensen, C. D. (1987) Enfermedades de La mama. Argentina: Médica Panamericana.
38. Hailey, B. J.; Lavine, B.; Hogan, B. (1988) "The mastectomy experience: Patients perspectives" Women and Health Vol 14 (1) pag 75-88.
39. Holland, J. C.; Rowland, J. H. (1989) Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer. Oxford: Oxford University Press.
40. Hopwood, P.; Maguire, G. P. (1988) "Body image problems in cancer-patients. Second Leeds Psychopathology Symposium: The psychopathology of body image (1986, Leeds, England)" British Journal of Psychiatry Jul Vol 153 (Suppl 2) pag 47-50.
41. Huges, J. (1982) "Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer" Journal of Psychosomatic Research. -- Vol 26 (2) pag 277-283.
42. Informe del Grupo RETO en XI Reunión Nacional de Citología Clínica- "Participación de asociaciones civiles en la lucha contra el cáncer" (1990) México, D. F.
43. Jones, D. N.; Reznikoff, M. (1989) "Psychosocial adjustment to a mastectomy" Journal of Nervous and Mental Disease Oct Vol 177 - (10) pag 624-631.
44. Kadis, A. L.; Krasnen, J. D.; Winick, C.; Foulkes, S. H. (1986) - Manual de psicoterapia de grupo. México: Fondo de Cultura Económica.
45. Kaplan, H. I.; Sadoch, B. J. (1987) Compendio de Psiquiatría México co: Salvat Editores.

46. Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. (1971) Comprehensive group psychotherapy. Baltimore: The Williams & Wilkins company.
47. Kinkaldy, B. D.; Kobylinska, E. (1987) "Psychological characteristics of breast cancer patients. 9th World Congress of the International College of Psychosomatic Medicine (1987, Sydney, Australia)" - Psychotherapy and Psychosomatics Vol 48 (1-4) pag 32-43.
48. Klein, R. (1970) "A crisis to grow on" Cancer Dec Vol 28. No 6 pag 1660-1665.
49. Kolb, L. C. (1976) Psiquiatria clínica moderna. México: Prensa Médica Mexicana.
50. Kniss, R. T.; Kramen, H. C. (1986) "Efficacy of group therapy for problems with postmastectomy self perception, body image, and sexuality" Journal of Sex Research Nov Vol 22 (4) pag 438-451.
51. Leinster, S. J.; Ashcroft, J. J.; Slade, P. D.; Dewey, M. E. (1989) "Mastectomy versus conservative surgery: Psychosocial effects of the patient's choice of treatment" Journal of Psychosocial Oncology - Spn Vol 7 (1-2) pag 179-192.
52. Levenson, F. B. (1986) Causas y prevención del cáncer. Colección para vivir mejor. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
53. Lindo, O. R. (1985) "U interessante caso di sollieno dalle sofferenze dovute al cancro, ottenuto con ipnoterapia. (An interesting case of relief of suffering caused by cancer through hypnotherapy)" Revista Internazionale di Psicologia e Ipnosi Oct - Dec Vol 26 (4) pag 287-290.

54. Linn, T. J.; Ganske, J. P. (1988) Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos. España: Biblioteca de psicología. Desclee de Brouwer.
55. Mahoney, M. J. (1988) Cognición y modificación de conducta. México: Trillas.
56. Mahoney, M.; Freeman, A. (1985) Cognición y psicoterapia. México: Paidós.
57. Marchadour, A. (1980) Fuente y vida en la biblia. España: Verbo-Divino.
58. Masters, W. H.; Johnson V. E.; Kolodny, R. C. (1987) La sexualidad humana. Tomo I México: Grijalbo.
59. Margolis, G. J.; Goodman, R. L.; Rubin, A. (1990) "Psychological - effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy" Psychosomatics Win Vol 31(1) pag.33-39.
60. Meyenowitz, B. E. (1983) "Postmastectomy coping strategies and quality of life" Health Psychology Spn Vol 2(2) pag.117-132.
61. Morris, J.; Ingham, R. (1988) "Choice of surgery for breast cancer: Psychosocial considerations" Social Science and Medicine Vol 27 (11) pag.1257-1262.
62. Neasi, D. A.; Ricci, L.; Ceniati, F. (1980) "Riabilitazione di -- donne mastectomizzate: primi rilievi psicodinamici per un approccio - interdisciplinare. (Rehabilitation of post-mastectomy patients: First psychodynamic observations for a multidisciplinary approach)" Lavono Neuropsichiatrico Jul - Oct Vol 67(1-2) pag.17-26.



63. Novak, E. R.; Seegar, J. G.; Jones, H. W. Jr. (1977) Tratado de ginecología. México: Interamericana.
64. O'Hare, P. A.; Wissing, M. P. (1988) "The psychosocial implications of mastectomy for married women and their spouses" South African Journal of Psychology Dec Vol 18 (4) pag 129-135.
65. Oncología clínica (1978) Editado por el comité de Educación Profesional de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC). España: Científico - Médica.
66. Orr, E. (1986) "Open communication as an effective stress management method for breast cancer patients" Journal of Human Stress Win - Vol 12 (4) pag 175-185.
67. Owens, R. G.; Ashcroft, J. J.; Leirstein, S. J.; Slade, P. D. (1987) "Informal decision analysis with breast cancer patients: An aid to psychological preparation for surgery" Journal of Psychosocial Oncology Sum Vol 5 (2) pag 23-33.
68. Perez, T. R. (1984) Texto de patología. México: Prensa Médica Mexicana.
69. Peterson, B. (1982) Oncología. URSS: Min Moscú
70. Petrovski, B. V. (1982) Enfermedades Quirúrgicas. Tomo I y II. - URSS: Min Moscú.
71. Puente, S. F. (1985) Adherencia Terapéutica. Implicaciones para México. México: Puente Silva, F.
72. Renneker, R. and Cutler, M. (1952) "Psychological problems of adjustment to cancer of the breast" JAMA March 8 Vol 148 No 10 pag 833-838.

73. Rimm, D. C. y Masters, J. C. (1984) Terapia de la conducta. México: Trillas.
74. Robbins, S. L. (1975) Patología estructural y funcional. México: Interamericana.
75. Rosenbaum, M. y Bergeen, M. (1963) Group psychotherapy and group - function. USA: Basic book. Inc., Publishers.
76. Salokari, M.; Achte, K.; Lindfors, O.; Lehtonen, R.; et al (1986) - "Self concept and body image in breast cancer. Signe and Ane Gyllenber. Foundation Symposium: Stress and Psychosomatics (1985, Espoo, - Finland)" Psychiatria Fennica Suppl pag 171-178.
77. Saunders, C. M. (1980) Cuidados de La enfermedad maligna terminal. España: Salvat, Editores.
78. Schavelzon, J.; et al. (1978) Cáncer. Enfoque psicológico. Buenos Aires: Galena.
79. Schavelzon, J. (1965) Psicología y Cáncer. Buenos Aires: Hormé.
80. Schwabel, S. T. (1987) "Pelignos de cáncer de mama" Mundo Médico Mayo Vol XIV Num 157 pag 79-88.
81. Seitz, M. (1985) "A group's history: From mutual aid to helping - others" Social Work with Groups Spr Vol 8 (1) pag 41-54.
82. Silberfarb, P. M. (1984) "Psychiatric problems in breast cancer" - Cancer February / Supplement Vol 53 No 3 pag 820-824.

83. Silverman, D. T. (1989-90) "Self-help groups for women have had - breast cancer" Imagination, Cognition and Personality Vol 9 (3) - pag 237-243.
84. Slaikeu, K. A. (1989) Intervención en crisis. México: El Manual-Moderno.
85. Taladrid, B. (1993) Guía para el paciente con cáncer. México: - Contenido S. A.
86. Tannier, N.; Maguire, P.; Kincey, J. (1983) "Locus of control and cognitive behaviour therapy with mastectomy patients: A pilot study" British Journal of Medical Psychology Sep Vol 56 (3) pag 265-270.
87. Tenorio, B. J. (1983) Técnicas de investigación documental. México: Mc Graw - Hill.
88. The breast cancer digest. (1979) A guide to Medical Care, Emotional Support, Educational Programs, and Resources. Maniland: Office of Cancer Communications National Cancer Institute.
89. Tresillian, F. M. (1985) Prevención y tratamiento del cáncer por la dieta. México: Edaf Mexicana.
90. Van den Bonne, H. W.; Pruyn, J. F.; Van Dam de Mey, K. (1986) "Self-help in cancer patients: A review of studies on the effects of con---tacts between fellow-patients" Patient Education and Counseling Dec Vol 8 (4) pag 367-385.
91. Van Heeningen C.; Van Moffaent, M.; De Cuyperne, G. (1990) "Depre---ssion after surgery for breast cancer: Comparison of mastectomy and Lumpectomy" Psychotherapy and Psychosomatics Vol 51 (4) pag 175-179.

100. Zemore, R.; Shepel, L. F. (1989) "Effects of breast cancer and --  
mastectomy on emotional support and adjustment" Social Science and  
Medicine Vol 28 (1) pag 19-27.

*GLOSARIO*

## G L O S A R I O

*Ablación oncológica: resección del órgano afectado dentro de los límites de los tejidos sanos.*

*Alopecia: pérdida del pelo, en este caso como efecto secundario de los tratamientos de Radioterapia o Quimioterapia principalmente.*

*Anamnesis: información que se obtiene del paciente en relación a su historia clínica.*

*Anaplasia: características de las células que la identifican como cancerosa.*

*Carcinoma: tumor maligno de origen epitelial.*

*Citológico: estudio de las células.*

*Displasia: crecimiento anormal de las células; se caracteriza por cantidades anormales de tejido fibroso en relación con el tejido glandular.*

*Eclosis: aparición.*

*Epitelio: tejido especializado como son los conductos y las glándulas.*

*Eritema:* enrojecimiento de la piel a causa de las radiaciones ionizantes.

*Escisión:* extracción de un órgano o tejido.

*Hiperplasia:* es una formación excesiva de tejido que aumenta el tamaño de un órgano o tejido debido a un aumento en el número de células.

*Histológico:* estudio de las estructuras microscópicas de los tejidos incluyendo el estudio de las células y los órganos.

*Linfoides, células:* son parte del sistema inmunológico que ayudan a prevenir enfermedades o infecciones.

*Linfáticos, ganglios:* también llamados nódulos linfáticos, una de sus -- funciones es la de filtrar la linfa de bacterias o partículas de desecho del organismo.

*Lipoma:* tumor benigno formado por células de grasa.

*Metástasis:* dispersión de la enfermedad desde el foco primario a órganos distantes por vía sanguínea o linfática.

*Morbilidad:* condiciones que inducen la enfermedad; tiene relación entre el número de personas enfermas y la población total de una comunidad.

*Mortalidad: tasa de defunciones de una comunidad.*

*Neoplasia: tejido nuevo, originado por un crecimiento desenfrenado de --  
las células.*

*Oncología clínica: estudio de los tumores que se presentan en Los pacien  
tes.*

*Profilaxis: prevención de la enfermedad; medidas que previenen la produc  
ción o diseminación de la enfermedad.*



*ANEXO*

CUADRO 1

EXTENSION CLINICA DE LAS VEINTE PRINCIPALES LOCALIZACIONES ANATICAS Y TIPOS MORFOLOGICOS DE TUMORES MALIGNOS  
DISTRITO FEDERAL  
1 9 8 8

| NUM<br>ORDEN | LOCALIZACION                   | IN. SITU |            | LOCALIZADO |            | METASTASICO |            | DISEMINADO |            | DESCONOCIDO |            | TOTAL |            |
|--------------|--------------------------------|----------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------|------------|
|              |                                | NUM      | PORCENTAJE | NUM        | PORCENTAJE | NUM         | PORCENTAJE | NUM        | PORCENTAJE | NUM         | PORCENTAJE | NUM   | PORCENTAJE |
| 1            | Cérvix                         | 978      | 5.5        | 1807       | 10.1       | 251         | 1.4        | 152        | 0.9        | 128         | 0.7        | 3316  | 18.6       |
| 2            | Mama                           | 36       | 0.2        | 1106       | 6.2        | 545         | 3.1        | 129        | 0.7        | 115         | 0.6        | 1931  | 10.8       |
| 3            | Linfomas                       | 0        | 0.0        | 153        | 0.9        | 139         | 0.8        | 557        | 3.1        | 82          | 0.5        | 931   | 5.2        |
| 4            | Leucemia                       | 0        | 0.0        | 5          | 0.0        | 17          | 0.1        | 824        | 4.6        | 9           | 0.1        | 855   | 4.6        |
| 5            | Próstata                       | 1        | 0.0        | 598        | 3.3        | 56          | 0.3        | 73         | 0.4        | 75          | 0.4        | 808   | 4.5        |
| 6            | Estómago                       | 11       | 0.1        | 407        | 2.3        | 155         | 0.9        | 119        | 0.7        | 99          | 0.6        | 791   | 4.4        |
| 7            | Tráquea, bronquios y<br>pulmón | 1        | 0.0        | 249        | 1.4        | 99          | 0.6        | 85         | 0.5        | 31          | 0.2        | 465   | 2.6        |
| 8            | Ovario y anexos                | 0        | 0.0        | 267        | 1.5        | 99          | 0.6        | 54         | 0.3        | 18          | 0.1        | 430   | 2.5        |
| 9            | Glándula tiroides              | 2        | 0.0        | 269        | 1.5        | 115         | 0.6        | 21         | 0.1        | 25          | 0.1        | 432   | 2.4        |
| 10           | Encéfalo                       | 0        | 0.0        | 369        | 2.1        | 10          | 0.1        | 7          | 0.0        | 49          | 0.2        | 429   | 2.4        |
| 11           | Vejiga urinaria                | 6        | 0.0        | 308        | 1.7        | 30          | 0.2        | 24         | 0.1        | 32          | 0.2        | 400   | 2.2        |
| 12           | Colon                          | 3        | 0.0        | 209        | 1.2        | 93          | 0.5        | 46         | 0.3        | 36          | 0.2        | 387   | 2.2        |
| 13           | Cuerpo del útero               | 0        | 0.0        | 312        | 1.7        | 35          | 0.2        | 15         | 0.1        | 18          | 0.1        | 380   | 2.1        |
| 14           | Tejido conjuntivo              | 0        | 0.0        | 222        | 1.2        | 27          | 0.2        | 39         | 0.2        | 40          | 0.3        | 336   | 1.9        |
| 15           | Vesícula y vías biliares       | 0        | 0.0        | 155        | 0.9        | 87          | 0.5        | 42         | 0.2        | 19          | 0.1        | 303   | 1.7        |
| 16           | Testículo                      | 2        | 0.0        | 218        | 1.2        | 18          | 0.1        | 39         | 0.2        | 19          | 0.1        | 296   | 1.7        |
| 17           | Riñón - Ureter                 | 0        | 0.0        | 185        | 1.0        | 37          | 0.2        | 38         | 0.2        | 22          | 0.1        | 282   | 1.6        |
| 18           | Recto-Ano                      | 4        | 0.0        | 181        | 1.0        | 32          | 0.2        | 30         | 0.2        | 30          | 0.2        | 277   | 1.6        |
| 19           | Melanomas de la piel           | 0        | 0.0        | 173        | 1.0        | 43          | 0.2        | 24         | 0.1        | 22          | 0.1        | 262   | 1.6        |
| 20           | Laringe                        | 8        | 0.0        | 170        | 1.0        | 48          | 0.3        | 10         | 0.1        | 16          | 0.1        | 250   | 1.4        |
|              | Piel                           | 58       | 0.3        | 1517       | 8.5        | 36          | 0.2        | 30         | 0.2        | 51          | 0.3        | 1692  | 9.5        |
|              | Las demás                      | 33       | 0.2        | 1068       | 6.0        | 250         | 1.4        | 242        | 1.4        | 177         | 1.0        | 1770  | 9.9        |
|              | No especificadas               | 11       | 0.1        | 105        | 0.8        | 226         | 1.3        | 241        | 1.3        | 251         | 1.4        | 834   | 4.7        |
| T O T A L    |                                | 1154     | 6.5        | 10053      | 56.3       | 2446        | 13.7       | 2841       | 15.9       | 1366        | 7.6        | 17860 | 10.0       |

Fuente: Registro Nacional de Cáncer/DGE/SSA.

C U A D R O 2

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS EN MUJERES  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
1 9 8 7

| NUM.<br>ORDEN    | C A U S A   | CLAVE<br>LISTA BASICA<br>DE LA C.I.E. | DEFUNCIONES  | T A S A     |
|------------------|---|---------------------------------------|--------------|-------------|
| 1                | Tumor maligno del cuello del útero                                      | 120                                   | 3835         | 9.5         |
| 2                | Tumor maligno de la mama de la mujer                                    | 113                                   | 1941         | 4.8         |
| 3                | Tumor maligno del estómago  | 091                                   | 1836         | 4.5         |
| 4                | Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios<br>y del pulmón           | 101                                   | 1370         | 3.4         |
| 5                | Leucemia  | 141                                   | 1027         | 2.5         |
| 6                | Tumor maligno del cuerpo del útero y del<br>útero parte no especificada | 122                                   | 755          | 1.9         |
| 7                | Tumor maligno del páncreas  | 096                                   | 734          | 1.8         |
| 8                | Tumor maligno del ovario y otros anexos del<br>útero                    | 123                                   | 661          | 1.6         |
| 9                | Tumor maligno del colon   | 093                                   | 550          | 1.4         |
| 10               | Tumor maligno del encéfalo  | 130                                   | 308          | 0.8         |
|                  | Los demás tumores malignos  |                                       | 6845         | 16.9        |
| <b>T O T A L</b> |   |                                       | <b>19862</b> | <b>49.1</b> |

Tasa por 100,000 mujeres.

Fuente: Tabulaciones de defunciones / INEGI / SPP.

C U A D R O 3

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS EN MUJERES  
DISTRITO FEDERAL  
1987

| HUM. ORDEN | CAUSA  | CLAVE LISTA BASICA DE LA C.I.E. | DEFUNCIONES | TASA        |
|------------|--|---------------------------------|-------------|-------------|
| 1          | Tumor maligno de la mama de la mujer                                 | 113                             | 392         | 7.6         |
| 2          | Tumor maligno del cuello del útero                                   | 120                             | 386         | 7.5         |
| 3          | Tumor maligno del estómago   | 091                             | 247         | 4.8         |
| 4          | Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón           | 101                             | 190         | 3.7         |
| 5          | Leucemia   | 141                             | 150         | 2.9         |
| 6          | Tumor maligno del páncreas   | 096                             | 146         | 2.8         |
| 7          | Tumor maligno del ovario y otros anexos del útero                    | 123                             | 138         | 2.7         |
| 8          | Tumor maligno del colon  | 093                             | 94          | 1.8         |
| 9          | Tumor maligno del cuerpo del útero y del útero parte no especificada | 122                             | 87          | 1.7         |
| 10         | Tumor maligno del encéfalo   | 130                             | 56          | 1.1         |
|            | Los demás tumores malignos   |                                 | 1050        | 20.3        |
|            | <b>TOTAL</b>   |                                 | <b>2936</b> | <b>56.8</b> |

Tasa por 100,000 mujeres.

Fuente: Tabulaciones de defunciones /INEGI / SPP.



**NETO**

RECUPERACION TOTAL

## AUTO EXAMEN MAMARIO.

Practícalo siempre, cinco días después de tu menstruación.

### 1. Examen Visual.

Frente a un espejo, con los brazos arriba, busca cualquier cambio en el contorno de tus senos, en su tamaño o en su forma; muchas mujeres normalmente tienen un seno más pequeño que el otro, tu tienes que conocer tus senos para saber lo que es normal en ti.

Con las manos sobre las caderas, presionando firmemente sobre ellas inspecciona ambos senos, observa si hay cambios en la piel, hundimientos, protuberancias, heridas o cambios en el pezón.

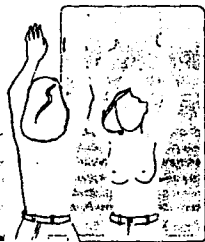
### 2. Examen Manual.

Acostada sobre tu espalda, con una almohada pequeña o toalla enrollada bajo el lado derecho de esta, y con el brazo derecho bajo tu cabeza, toca suavemente con las yemas de los dedos de la mano izquierda el seno derecho, principiando en la axila y moviendo la mano poco a poco alrededor de tu pecho como en espiral hacia al pezón, tratando de descubrir cualquier bolita o dureza.

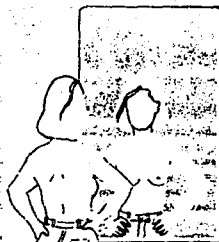
Ahora cambia de posición para examinar el lado izquierdo.

Este examen puedes hacerlo también mientras te bañas, enjabonada, los dedos se deslizan sobre la piel fácil y suavemente, solo recuerda no presionar.

### 1. Examen Visual.



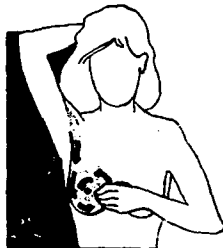
Frente a un espejo, con los brazos arriba.



Con las manos sobre las caderas, presionando firmemente sobre ellas.

### 2. Examen Manual.

Con las yemas de los dedos



El encontrar una bolita o dureza, no es motivo para asustarnos ni preocuparnos, una alteración en los senos a cualquier edad y menos en la nuestra no significa precisamente cáncer, lo único que debemos hacer es acudir inmediatamente con el doctor y SÍ, ¡TAMBIEN NOSOTRAS!

**REACCIONES EMOCIONALES MAS FRECUENTES QUE PRESENTA LA PACIENTE CON  
CANCER MAMARIO DURANTE EL PROCESO DE LA ENFERMEDAD Y LAS  
POSIBLES INTERVENCIONES DE AYUDA PSICOLOGICA.**

| ETAPAS QUE ATRAVIESA LA PACIENTE CON CANCER   | REACCIONES EMOCIONALES - DE LA PACIENTE  | INTERVENCION DEL PSICOLOGO   |
|---|--|--|
| Cuando presenta o reconoce el primer sintoma. | Sorpresa, miedo, negación  |  |
| Búsqueda de atención médica.                  | Tensión, angustia, preocupación y temor por los resultados.  | Enlace con los otros -- profesionales de la salud para hacer contacto con la paciente. |
| Ante el diagnóstico de cáncer mamario.        | Sorpresa, negación, estrés; desorganización total de sus estructuras emocionales, reacciones con ansiedad, coraje, miedo, sentimientos de culpa, desembocando en una crisis. | Intervención en crisis.  |
| Posterior al diagnóstico de cáncer mamario.   | Negación, tensión, angustia, depresión, sentimientos de culpa, preocupaciones por la familia y sueños o metas aún no cumplidos. Incertidumbre, y miedo al dolor y la muerte. | Psicoterapia de apoyo. Terapia cognitivo-conductual. Psicoterapia de grupo.            |
| Antes de la mastectomía.                      | Ansiedad, enojo, negación, miedo, sentimientos de soledad, depresión.  | Psicoterapia de apoyo. Terapia cognitivo-conductual. Psicoterapia de grupo.            |
| Inmediatamente después de la mastectomía.     | Enojo, coraje, culpas de presión, negación, se altera la autoimagen, el autoconcepto y la autoestima, hay ansiedad, an-  | Intervención en crisis.  |

ETAPAS QUE ATRAVIESA LA  
PACIENTE CON CANCER

REACCIONES EMOCIONALES -  
DE LA PACIENTE

INTERVENCION DEL PSICO-  
LOGO

|   |  |  |
|---|--|--|
|   | gustia, hostilidad, de--<br>presión con dolor y tris--<br>teza.  |  |
| Posterior a la mastecto-<br>mía.            | Negación, depresión, an-<br>gustia, tensión, altera-<br>ción del autoconcepto, --<br>imagen corporal y autoes-<br>tima, sentimientos de so-<br>ledad, miedo. | Psicoterapia de apoyo.<br>Terapia cognitivo-con-<br>ductual.<br>Psicoterapia de grupo. |
| Control médico subsecuen-<br>te y continuo. | Depresión, ansiedad, hos-<br>tilidad, inhabilidad pa-<br>ra expresar sentimientos,<br>represión emocional, an-<br>gustia, culpa, miedo, --<br>vergüenza.     | Psicoterapia de grupo.<br>Psicoterapia de apoyo.                                       |

Es importante hacer notar que las relaciones afectivas que man-  
tiene la paciente con la gente que le rodea como son familiares y amigos, son un  
sostén muy importante durante todo el proceso de la enfermedad, es por eso que -  
es necesario ofrecer ayuda psicológica también a la pareja y familia de la pacien-  
te.

**PROCESO DE LA ENFERMEDAD QUE SIGUE LA PACIENTE CON CANCER MAMARIO Y LA POSIBLE INTERVENCION DEL MEDICO, EL PSICOLOGO Y OTROS EN CADA ETAPA O MOMENTO.**

| ETAPAS QUE ATRAVIESA LA MUJER CON CANCER            | INTERVENCION DEL MEDICO  | INTERVENCION DEL PSICOLOGO  | INTERVENCION DE OTROS PROFESIONALES O FORMAS  |
|---|--|---|---|
| Cuando presenta o reconoce el primer sintoma.       |  |   | Educación e información por los medios masivos de comunicación o en centros de atención médica. |
| Búsqueda de atención médica.                        | Orientación, información y -- atención a la paciente.  | Enlace con los profesionales de la salud para hacer <u>contac</u> to con la paciente.   |   |
| Ante el diagnóstico de cáncer-mamario.              | Da el diagnóstico a la pacien- te además de una explicación -- de la enfermedad, su pronósti- co y los posibles tratamientos | Su presencia en el momento si es posible. Atención a la paciente en base a la técnica de <u>Interven-</u> ción en crisis y/o Psicoterapia de apoyo.                 |   |
| En base a la etapa y tipo de - cáncer que presenta. | Indica los tratamientos a se-- guir: Radioterapia, <u>Qui</u> miotera- pia y/o cirugía.                                      | De acuerdo al tratamiento y - situación de la paciente, <u>pue</u> de ofrecer: Psicoterapia de - apoyo, Terapia cognitivo-con- ductual y/o Psicoterapia de - grupo. |   |
| Antes de la cirugía o mastecto- mia.                | Orientación a la paciente res- pecto a las implicaciones de - la cirugía.  | Se sugiere Psicoterapia de <u>apo</u> yo y/o Psicoterapia de grupo.   |   |



**ETAPAS QUE ATRAVIESA LA MUJER CON CANCER**

**INTERVENCION DEL MEDICO**

**INTERVENCION DEL PSICOLOGO**

**INTERVENCION DE OTROS PROFESIONALES O FORMAS**

Inmediatamente después de la mastectomía.

Ofrecer a la paciente información sobre el resultado de la cirugía.

Intervención en crisis.

Posterior a la mastectomía.

Puede ser que requiera de algún tratamiento adyuvante como Quimioterapia, Radioterapia u Hormonoterapia, se lo indica y explica el por qué.

Se sugiere Psicoterapia de apoyo, Terapia cognitivo-conductual y/o Psicoterapia de grupo según sea la necesidad.

Control médico subsecuente y continuo.

Seguimiento médico de la paciente y su atención si la requiere.

Seguimiento y atención a la paciente si la requiere.