

183
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
Zej



**"ESTUDIO COMPARATIVO DE CAMBIO DE
ACTITUDES EN PACIENTES CON CANCER MAMARIO
A TRAVES DE UN GRUPO DE AUTOAPOYO"**

TESIS PROFESIONAL

SILVIA PIMENTEL AGUILAR

FALLA DE ORIGEN

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.

DEDICATORIA.

Realmente es difícil escribir la dedicatoria de un trabajo que implica la intervención de tantas personas importantes en mi vida y que tienen la misma importancia jerárquica y emocional, por lo cual cabe aclarar que el orden en que sean nombradas no sugiere en forma alguna que unas sean más importantes que otras, simplemente que por cuestiones temporoespaciales no puedo nombrarlas a todas al mismo tiempo. A todas ellas gracias por formar parte esencial de mi vida.

A mi tía la Sra. Cristina Aguilar de Urrutia y a la Arq. Cecilia Vildosola de Sepúlveda (fundadora y presidenta del grupo RETO); por su valentía, su amor a los que las rodeaban, su confianza hacia mí y su gran ejemplo. Descansen en paz.

A mis padres:

Profra. Bertha Aguilar de Pimentel: Por ser la inspiración de este trabajo, por que te doblas pero no te quiebras, por tu valor, por tus lágrimas cada vez que me ayudabas, por tu apoyo incondicional, por tu fe en mí, por que te quiero mucho.

M.C. Luis Pimentel Bribiesca: Por tus regaños, por tus consejos, por enseñarme a bastarme a mí misma y a ser independiente, por ser mi investigador favorito, por que te quiero mucho.

A mi esposo:

Por tu confianza, por tu gran paciencia, por que sin tu apoyo simplemente no hubiera terminado este trabajo, por tus porras, porque eres el esposo más increíble del mundo, por tu buena onda, por el amor que te tengo y que me tienes.

A mis hermanas:

Por que a pesar de nuestras temporales desavenencias, siempre estamos al pendiente unas de otras, por que nos apoyamos moralmente: festejamos nuestros triunfos y rumiamos ,juntas nuestros fracasos; porque cada vez seamos más unidas y mejores seres humanos.

Al Dr. Juan I. Romero Romo y al Dr. Juan Bustamante Riojano:

Porque independientemente de asesorarme y/u orientarme, han sido grandes amigos para mí. Por su apoyo incondicional e ilimitado, su cariño y aprecio. Por los tacos después de las largas jornadas de trabajo, por su hospitalidad y comprensión.

A la Dra. Ma. Teresa Ramirez.

Porque su gran capacidad profesional y su humanismo son un gran ejemplo a seguir.

AGRADECIMIENTOS.

Un trabajo de esta magnitud, no hubiera sido posible, sin el apoyo institucional y moral de muchas personas. En primer lugar del Instituto Nacional de Cancerología, que sin su aprobación, simplemente no se hubiera llevado a cabo. De todas las personas que laboran en él, de la Dra. Ramírez (quien revisó la parte médica inicial del presente trabajo, y quien estuvo vigilando, tanto la parte teórica como la empírica del mismo), el Dr. Francisco García, El Dr. Sobrevilla, las enfermeras del consultorio de mama, la enf. Teodora Ruiz cuya colaboración a este trabajo ha sido primordial e inapreciable y a quien tengo un gran aprecio, a todo el personal de servicio, técnicos, recepcionistas, laboratoristas, quienes siempre estuvieron dispuestos a colaborar en cualquier necesidad e imprevisto, al Dr. Armando López quien a pesar de conocerme poco, estuvo pendiente del avance de mi trabajo, a la Dra. Catalina Tenorio, Al Dr. Sergio Candelario, quienes siempre fueron buenos compañeros.

Estoy muy agradecida hacia tres personas en especial, a mi directora de Tesis: la Dra. Ruth González Serratos por, sus correcciones tan acertadas, sus sugerencias siempre pertinentes, su interés y su profesionalismo en la dirección de este trabajo. Al Dr. Juan Ignacio Romero Romo, quien asesoró la parte de psiconcología y quien ha sido un gran

maestro tanto en la parte médica como en los aspectos psicoterapéuticos de los pacientes con cáncer en general y con cáncer mamario en particular. A la Mtra. Corina Cuevas Renaud, quien asesoró la parte metodológica y estadística, por su siempre abierta disposición a recibirme a cualquier hora y en cualquier lugar, por su gran capacidad de análisis y de síntesis; por su excelente dominio en la estadística y su experiencia de aplicación a las ciencias sociales. A quien gracias a su incondicional apoyo, se estructuró y depuró el instrumento de evaluación, y por supuesto se analizaron los resultados, después de interminables piloteos.

Y por supuesto, no puedo dejar de agradecerle a la Sra. Margarita Jiménez Elizalde, quien se encargó de la mayor parte de la mecanografía, y de la casi interminable corrección del total del escrito; por su buena disposición, su comprensión y su buen carácter ante las miles de correcciones del presente trabajo.

A todos ellos, muchas gracias.

INDICE

Página.

RESUMEN	i
INTRODUCCION.....	ii
1. ENFERMEDAD Y CANCER.....	1
2. ANTECEDENTES	13
2.1. Fundamentos históricos del cáncer	13
2.2. El cáncer antes de la era cristiana	14
2.3. Platón y Aristóteles en la medicina	15
2.4. Teoría humoral	16
2.5. La edad media	20
2.6. Renacimiento	20
2.7. Teoría linfática	21
2.8. Teoría celular	25
2.9. Teoría embrional	27
2.10. Teoría parasitaria	28
2.11. Principios de la época moderna	29
2.12. Evolución de la cirugía	33
2.13. Radioterapia	37
2.14. Quimioterapia	45
3. ASPECTOS ETIOLÓGICOS DEL CANCER	54
3.1. Detección y diagnóstico	60
3.2. Clasificación	63
3.3. Estadio anatómico	64
3.4. Principios de tratamiento	65
4. CANCER DE LA MAMA	67
4.1. Consideraciones generales	67
4.2. Factores etiológicos involucrados	71
4.3. Detección y diagnóstico	74
4.3.1. Detección	74
4.3.2. Procedimientos diagnósticos	76
4.4. Histopatología	79
4.5. Síntomas y signos generales	82
4.6. Características del tumor	84

	Página.
4.7. Estadio	86
4.8. Tratamiento	86
4.8.1. Cirugía	87
4.8.2. Radioterapia	89
4.8.3. Tratamiento médico	90
4.8.4. Terapia combinada	92
5. REACCIONES PSICOLÓGICAS AL CÁNCER MAMARIO	94
5.1 Fase prediagnóstica	98
5.2 Fase diagnóstica	99
5.3 Fase del tratamiento	102
5.3.1 Cirugía	103
5.3.2 Terapia adyuvante	107
5.4 Fase de seguimiento	111
5.5 Fase de recurrencia y su tratamiento	112
5.6 Fase paliativa terminal	114
6. IMPACTO AL DIAGNÓSTICO	115
7. MECANISMOS DE CONTENCIÓN	123
8. APOYO SOCIAL	140
9. AUTOESTIMA	150
10. SEXUALIDAD	158
11. LA FAMILIA	167
11.1. Proveyendo apoyo emocional.....	171
11.2. Compartir la responsabilidad de tomar decisiones.....	172
11.3. Concretando el cuidado.....	173
11.4. Costos financieros y sociales.....	174
11.5. Mantener la estabilidad en medio del cambio.....	174
12. RELACION MÉDICO-PACIENTE	179
13: ALTERNATIVAS PSICOTERAPÉUTICAS DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA	185

14. GRUPOS DE AUTOAYUDA.....	193
14.1 Grupo de autoapoyo reto.....	199
14.1.1. Area de rehabilitación de grupo reto	202
15. ACTITUDES.....	206
15.1. Enfoques funcionalistas	211
15.2. Congruencia cognoscitiva	214
15.3. Teoría del refuerzo	215
16. METODOLOGIA	219
16.1. Planteamiento del problema	220
16.2. Hipótesis	221
16.2.1. Hipótesis conceptual	221
16.2.2. Hipótesis de trabajo	222
16.2.3. Hipótesis nula	222
16.2.4. Hipótesis secundarias	222
16.3. Variables	228
16.3.1. Variable independiente	228
16.3.2. Variable dependiente	228
16.3.3. Variables control	228
16.3.4. Variables extrañas	228
16.3.5. Variables sociodemográficas	228
16.3.6. Operacionalización de variables	228
16.4. Creación del instrumento	230
16.4.1. Pasos de depuración para conseguir el instrumento final.....	230
16.4.2. Aclaraciones sobre la constitución del instrumento	232
16.4.3. Escala del diferencial semántico	234
16.5. Muestreo	235
16.6. Procedimiento	235
16.7. Análisis de la información	236
17. RESULTADOS.....	237
17.1. Estadísticas globales de las variables sociodemo- gráficas	237
17.2. Estadísticas sociodemográficas del grupo control y grupo experimental	242
17.3. Resultados de la comprobación de la hipótesis ...	247
17.3.1. Resultados intragrupos	247
17.3.2. Resultados intergrupos	251

18. CONCLUSIONES	252
19. LIMITACIONES Y APORTACIONES	259
19.1. Sugerencias.....	259
20. BIBLIOGRAFIA CITADA	261
21. ANEXOS	269

RESUMEN.

El presente trabajo, es una investigación comparativa realizada con dos grupos (experimental y control) de pacientes mastectomizadas, obtenidas de una muestra total de 92 pacientes de las cuales 32 fueron excluidas por no cumplir con los factores de inclusión del estudio, el resto, de forma autoseleccionada, conformaron los dos grupos antes mencionados.

En este estudio se intenta comprobar, si la intervención de un grupo de autoapoyo promueve un cambio de actitud positivo del proceso emocional que produce el cáncer y sus tratamientos. Estos cambios fueron clasificados en siete áreas específicas: Actitud hacia la enfermedad, actitud hacia sí mismas, actitud de impacto hacia el diagnóstico, actitud hacia la sexualidad, actitud hacia la familia, actitud social y actitud hacia la relación médico-paciente.

Se considera que la importancia de la presente investigación radica principalmente en los siguientes puntos:

El denotar que las enfermedades amenazantes a la vida, en este caso específico: el cáncer, afectan no solo el estado físico de la paciente, sino también el estado psicológico. El mostrar científicamente que un grupo de autoapoyo, promueve cambios positivos de actitud ante una situación estresante como lo es el cáncer. El dar a conocer que el grupo de autoapoyo es una opción efectiva y digna de ser impulsada en el tratamiento holístico; no solo de la paciente mastectomizada, sino en el tratamiento de cualquier paciente con una enfermedad amenazante a la vida. Y el apoyar la postura que sostiene lo conveniente de aplicar Instrumentos mexicanos por mexicanos, por lo cual se realizó la construcción de un instrumento actitudinal basado en la escala del diferencial semántico del idioma español, diseñado específicamente para esta investigación.

Dicho instrumento fue pilotado y depurado en cinco ocasiones, hasta que se llegó a un instrumento final, posteriormente se procedió a realizar la investigación propiamente dicha.

Se realizaron dos mediciones en dos tiempos diferentes: en el momento mediato a la comunicación del diagnóstico y/o tratamiento, y después de transcurrido el período de cuatro a ocho semanas posteriores al momento de la cirugía.

El rango de edad muestral varió de 28 a 79 años de edad, siendo la edad media de 48 años, el 58 % de las pacientes eran casadas y el 18.3% viudas; el nivel escolar promedio fue de primaria, siendo el 73.3% dedicadas al hogar, al 80% de las pacientes se les realizó la mastectomía por padecer de carcinoma canalicular infiltrante (el otro 20% fueron de otros tipos de cáncer).

Al procesar los datos obtenidos se realizaron dos tipos de comparaciones: intragrupos e intergrupos.

En los resultados intragrupos, se encontró lo siguiente:

Con respecto a la actitud hacia la enfermedad, no hubo cambios significativos en el grupo control (*0.288) mientras que el grupo experimental sí hubo cambios significativos (*0.000), con respecto a la actitud hacia sí mismas, en el grupo control no se encontraron cambios significativos (*0.320), sin embargo en el grupo experimental sí se dieron cambios (*0.002); en el área de actitud de impacto hacia el diagnóstico no se encontraron cambios significativos en ninguno de los dos grupos (*0.328 para el grupo control y *0.839 en el grupo experimental). En la actitud hacia la sexualidad, se observó que el grupo experimental (*0.005) conduce a un cambio de actitud intragrupal positivo, (el grupo control *0.237); en lo que respecta a la actitud hacia la familia, hubo cambios significativos de actitud en ambos grupos, *0.045 y *0.026 en el grupo control y experimental respectivamente. En cuanto a la actitud social, se encontró que el grupo control mostraba una significancia estadística de 0.833 y el grupo experimental mostró una significancia de 0.008, por lo cual el grupo de autoapoyo sí cambia significativamente la actitud intragrupal en esta área. En lo que concierne a la actitud en la relación médico-paciente, el grupo control muestra una significancia de 0.324 mientras que en el grupo experimental fue de 0.009, por lo cual se muestra que, intragrupalmente, el grupo de autoayuda cambia positivamente la actitud en esta área.

En cuanto a los resultados intergrupos, se encontró que solo se acepta la hipótesis alterna No. 10, la cual sostiene que existen diferencias favorables estadísticamente significativas, entre el grupo control y el grupo experimental con respecto a la actitud hacia la enfermedad. Por lo cual la hipótesis de trabajo, no se comprobó, excepto en el área de actitud hacia la enfermedad.

* significancia probabilística.

INTRODUCCION.

La mastectomia y sus respectivos tratamientos generan en la paciente secuelas tanto fisicas como psicologicas, debido a esto, se han realizado innumerables estudios alrededor de los efectos secundarios que genera la mastectomia. Entre estos estudios, se han hecho reportes anecdoticos, sobre la importancia del apoyo psicologico y moral que produce la intervencion de los grupos de autoayuda, pues facilita una mejor calidad de vida. Sin embargo, no se ha realizado un estudio empirico, que demuestre por medio del metodo cientifico, que dichos grupos apoyan y mejoran las reacciones psicologicas de la paciente mastectomizada, especificamente en lo que se refiere al tema de actitudes. De ahi que exista la inquietud de investigar si efectivamente el grupo de autoapoyo, especificamente el grupo RETO, conduce a un cambio de actitudes favorables, en el proceso de la enfermedad del cancer, en especial en el procedimiento llamado mastectomia.

Por siempre y en el transcurso de las epocas la enfermedad ha sido objeto de estudios cientificos, filosoficos, psicologicos y culturales. El cancer ha sido desde tiempos remotos una enfermedad muy temida por la humanidad, la cual a pesar de los avances de la ciencia medica, aun sigue teniendo un alto indice de mortalidad. Año tras año mueren

en el mundo aproximadamente 4,300 000 personas victimas del cáncer y un poco más de la mitad de este total corresponde a los países en vías de desarrollo. En cuanto al cáncer de mama se refiere, muere el 25% de los casos.

Desde Galeno de Pérgamo en el siglo I hasta la fecha, el tratamiento seleccionado por los médicos para el cáncer mamario ha sido la mastectomía. Al paso de los siglos dicha intervención estuvo realizándose en forma tal, que se fue ampliando hasta llegar a ser una mastectomía radical. A pesar de la deformidad que dicha operación provoca, no ha sido sino hasta los últimos 15 años que se ha preocupado el equipo terapéutico por las secuelas psicológicas que esto desencadena.

El cáncer es una enfermedad neoplásica en la cual una célula madre sufre un cambio genético de naturaleza tal que se multiplica ilimitadamente; este tipo de células pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo y siendo este estudio sobre cáncer mamario, se deducirá que la localización será en la glándula mamaria. Actualmente, el tratamiento para la paciente con carcinoma mamario es multimodal, ya que se incluyen tanto la quimioterapia, la radioterapia, la cirugía y la hormonoterapia; cada uno de estos procedimientos per-se generan múltiples secuelas tanto físicas como psicológicas en estas pacientes.

Durante los años 40's se inició la formación de grupos de autoayuda para pacientes de cáncer, y alrededor de los

años 60's se formó el primer grupo de autoayuda para pacientes mastectomizadas, dando lugar a la gestación de otros grupos de autoapoyo en diferentes partes del mundo incluyendo México en 1984. Sin embargo aún no existe en la literatura tanto nacional como internacional, un estudio que valore objetivamente la eficacia de dichos grupos en este tipo de población en particular.

Como dijimos anteriormente, en México se fundó el primer grupo de autoapoyo en el año de 1984, en el Instituto Nacional de cancerología; dicho grupo se denomina Recuperación Total (sic.) o grupo RETO. Este grupo tiene diferentes funciones en pro de la paciente, su familia y actualmente de la pareja. Tanto a nivel hospitalario como en la consulta externa, la intervención terapéutica de este grupo se desarrolló primariamente por pacientes de cáncer mamario, mastectomizadas que recibieron diferentes apoyos de índole psicológico. Para que, siendo ellas mismas las líderes del grupo y de la sesión ayudasen a otras pacientes: tanto en el momento posterior al diagnóstico, como en su internamiento hospitalario pre y post-operatorio inmediato; además de apoyarlas por medio de sesiones grupales que se llevan a cabo semanalmente y, finalmente; a través del apoyo económico para la obtención de los productos necesarios para complementar el tratamiento integral propuesto desde un inicio.

Los reportes anecdóticos de la eficiencia de la intervención del grupo RETO, han sido el motivo de la realización de esta investigación, intentando estudiar los cam-

bios de actitudes en las pacientes. La vasta extensión de los cambios que se generan tanto en los procesos terapéuticos oncológicos como por los procesos psicoterapéuticos proporcionados por el grupo de autoapoyo, guiaron al presente trabajo a los siguientes objetivos de estudio:

1. La elaboración de un cuestionario que midiera las actitudes que pudieran generarse en las pacientes mastectomizadas, para después volver a evaluar dichas actitudes y detectar si hubiera cambio o no.

2. Evaluar los cambios de actitudes tanto en el grupo que contó con la intervención del grupo RETO, como en el grupo que no contó con su apoyo.

Respecto a este procedimiento se procedió a evaluar a la paciente en dos tiempos concretamente definidos en el continuum de la enfermedad:

1. Se evaluó a las pacientes de los dos grupos en el momento post-diagnóstico inmediato sin que haya recibido cualquier tipo de apoyo. y

2. Se evaluó a las pacientes en un periodo de cuatro a ocho semanas después de operadas, tanto a las del grupo control como a las del grupo experimental.

Una vez valorada a la paciente y analizados los datos, se puede utilizar la información obtenida para retroalimentar al grupo y a las instituciones donde labora dicho grupo con el fin de sensibilizar al cuerpo médico, para que a su

vez sean ellos quienes utilicen la fuerza de los grupos de autoapoyo en pro de la rehabilitación holística.

La intención del presente estudio es probar que existen diferencias estadísticamente significativas en el cambio de actitud de las pacientes mastectomizadas cuando son apoyadas por un grupo de autoapoyo, en este caso el grupo RETO; haciendo una comparación con un grupo control que autoselectivamente no contó con su intervención.

Se evaluaron siete tipos de actitudes diferentes:

1. Actitud hacia la enfermedad.
2. Actitud hacia sí mismas.
3. Actitud de impacto hacia el diagnóstico.
4. Actitud hacia la sexualidad.
5. Actitud hacia la familia.
6. Actitud social.
7. Actitud hacia la relación médico-paciente.

El instrumento de medición se elaboró en base a la escala del diferencial semántico del idioma español. La muestra fue formada por 60 mujeres que fueron mastectomizadas, autoseleccionadas, 30 formaron el grupo experimental y 30 formaron el grupo control.

Las mediciones se efectuaron en dos tiempos concretamente diferentes: en el momento mediano a la comunicación del diagnóstico y/o tratamiento; y después de transcurrido un periodo de 4 a 8 semanas posteriores a la mastectomía.

Esta es una investigación comparativa realizada con dos grupos (experimental y control) de pacientes mastectomizadas, obtenidas de una muestra total de 92 pacientes de las cuales 32 fueron excluidas por no cumplir con los factores de inclusión del estudio; el resto, de forma autoseleccionada, conformaron los dos grupos antes mencionados.

En este estudio se intenta comprobar, si la intervención de un grupo de autoapoyo promueve un cambio de actitud positivo del proceso emocional que produce el cáncer y sus tratamientos. Estos cambios fueron clasificados en siete áreas específicas, nombradas anteriormente.

Se considera que la importancia de la presente investigación radica principalmente en los siguientes puntos:

EL denotar que las enfermedades amenazantes a la vida, en este caso específico: el cáncer, afectan no solo el estado físico de la paciente, sino también el estado psicológico. El mostrar científicamente que un grupo de autoapoyo, promueve cambios positivos de actitud ante una situación estresante como lo es el cáncer. El dar a conocer que el grupo de autoapoyo es una opción efectiva y digna de ser impulsada en el tratamiento holístico; no solo de la paciente mastectomizada, sino en el tratamiento de cualquier paciente con una enfermedad amenazante a la vida. Y el apoyar la postura que sostiene lo conveniente de aplicar instrumentos mexicanos para mexicanos, por lo cual se realizó la construcción de un instrumento actitudinal basado en

la escala del diferencial semántico del idioma español, diseñado específicamente para esta investigación.

Dicho instrumento fue piloteado y depurado en cinco ocasiones, hasta que se llegó a un instrumento final, posteriormente se procedió a realizar la investigación propiamente dicha.

Se realizaron dos mediciones en dos tiempos diferentes: en el momento mediato a la comunicación del diagnóstico y/o tratamiento, y después de transcurrido el periodo de cuatro a ocho semanas posteriores al momento de la cirugía.

El rango de edad muestral varió de 28 a 79 años de edad, siendo la edad media de 48 años, el 58 % de las pacientes eran casadas y el 18.3% viudas; el nivel escolar promedio fue de primaria, siendo el 73.3% dedicadas al hogar, se encontró la medida modal de 6 meses en lo que se refiere al retraso al diagnóstico; al 80% de las pacientes se les realizó la mastectomía por padecer de carcinoma canalicular infiltrante (el otro 20% fueron de otros tipos de cáncer).

Al procesar los datos obtenidos se realizaron dos tipos de comparaciones: intragrupos e intergrupos.

En los resultados intragrupos, se encontró lo siguiente:

Con respecto a la actitud hacia la enfermedad, no hubo cambios significativos en el grupo control (*0.288) mien-

tras que el grupo experimental si hubo cambios significativos (*0.000), con respecto a la actitud hacia si mismas, en el grupo control no se encontraron cambios significativos (*0.320), sin embargo en el grupo experimental si se dieron cambios (*0.002); en el área de actitud de impacto hacia el diagnóstico no se encontraron cambios significativos en ninguno de los dos grupos (*0.328 para el grupo control y *0.839 en el grupo experimental). En la actitud hacia la sexualidad, se observó que el grupo experimental (*0.005) conduce a un cambio de actitud intragrupal positivo, (el grupo control *0.237); en lo que respecta a la actitud hacia la familia hubo cambios significativos de actitud en ambos grupos, *0.045 y *0.026 en el grupo control y experimental respectivamente. En cuanto a la actitud social, se encontró que el grupo control mostraba una significancia estadística de 0.833 y el grupo experimental mostró una significancia de 0.008, por lo cual el grupo de autoapoyo si cambia significativamente la actitud intragrupal en esta área. En lo que concierne a la actitud en la relación médico-paciente, el grupo control muestra una significancia de 0.324 mientras que en el grupo experimental fue de 0.009, por lo cual se muestra que, intragrupalmente, el grupo de autoayuda cambia positivamente la actitud en esta área.

* significancia probabilística.

En cuanto a los resultados intergrupos, se encontró que solo se acepta la hipótesis alterna No. 10, la cual sostiene que existen diferencias favorables estadísticamente

significativas, entre el grupo control y el grupo experimental con respecto a la actitud hacia la enfermedad. Por lo cual la hipótesis de trabajo, no se comprobó, excepto en el área de actitud hacia la enfermedad.

Se considera que esto probablemente se debe, a que las actitudes llevan cierto tiempo en establecerse y mantenerse en ese cambio, y es posible que el lapso transcurrido entre el test y el retest, no haya sido suficiente para el establecimiento de todos los tipos de actitudes, ya que se han observado anecdóticamente los cambios positivos en todas las diferentes actitudes planteadas.

Muchos profesionales de la salud evitan enfrentarse a pacientes con cáncer debido a los mitos que se han desarrollado hasta la actualidad alrededor de esta enfermedad, como son el dolor, la angustia y la muerte, entre otros. Más lo cierto es, que, debido al desarrollo de técnicas y nuevos métodos médicos de tratamiento, existe una sobrevida importante en estas pacientes y es en esta situación, cuando se debe intervenir con la ayuda psicológica, ya que se puede contribuir benéfica y positivamente en la calidad de vida.

El propósito de esta investigación es el proporcionar un panorama acerca de los aspectos psicológicos que rodean a la paciente mastectomizada, sus actitudes ante el problema y los cambios que el grupo de autoapoyo RETO promueve con su intervención en estos aspectos. Al mismo tiempo que, el

promover la formación de grupos de autoayuda para la importante complementación del equipo terapéutico y, ambiciosamente, el alentar a otros condiscipulos y futuros colegas a iniciarse y especializarse en este apasionante nuevo campo de la psicología: LA PSICONCOLOGIA.

Probablemente pudiera pensarse que, al principio del trabajo, la revisión teórica es excesivamente médica, la razón de esto es que debemos pensar y conocer ante todo que estamos tratando con una paciente que no está mentalmente enferma, sino que, debido a una enfermedad y sus procedimientos médicos, la paciente tiene por resultado una alteración psicológica consecuente a dichos procedimientos y al contexto psicológico que la enfermedad del cáncer lleva intrínseca; es por esto que también se realiza una revisión histórica de la enfermedad y sus tratamientos, pues si no se tiene un conocimiento claro de la enfermedad y sus tratamientos puede caerse en el error de malinterpretar síntomas y mecanismos psicológicos que pudiera presentar la paciente victima de cáncer mamario. De hecho la historia del cáncer y su desarrollo fue reducida al máximo y tratada de enfocar en lo posible, solo al cáncer mamario, para evitar hacer todavía más extenso el presente trabajo.

Espero que al leer y conocer este trabajo, lo disfruten y se interesen tanto, como yo al hacerlo.

1. ENFERMEDAD Y CANCER

"No se muere de haber nacido, ni de haber vivido, ni de vejez. Se muere de algo" (Simone de Beauvoir, 1988).

Para la mayoría de las personas, el saber que se tiene cáncer es muy angustiante; al respecto de esta enfermedad, se toman apreciaciones reales e imaginarias. La enfermedad se ha caracterizado por ser difícil de controlar, y en ocasiones imposible. Para adquirirla no hay edad, ni sexo, ni clase social, ni profesión. Es una enfermedad de la que nadie puede afirmar estar libre de contraerla.

Aún en nuestros días, el cáncer es identificado como el matador; "donde las células malas atacan y destruyen las células buenas, o las células nuevas crecen tan rápido, que comprimen o estrangulan a las células viejas". (Shmale, 1978).

"No pasa un día, sin que las noticias contribuyan a la impresión de que el cáncer está potencialmente en nosotros, en el aire que respiramos, en los alimentos que comemos y en el material con que trabajamos". (Shmale, 1978) y si se agrega a todo esto, que las estadísticas reportan que esta enfermedad (en sus diferentes formas), es la segunda causa de muerte en nuestra sociedad, y que una de cada cuatro

personas tendrá cáncer en algún momento de su vida; es lógico que la enfermedad por sí misma lleve una carga emocional muy fuerte.

Sobre las enfermedades en general, se manejan fantasías punitivas y sentimentales, como si la enfermedad fuera el lado nocturno de la vida. En las diferentes épocas de la historia de la humanidad, varias enfermedades han representado para el pueblo, la realidad de la mortalidad de cada uno de los individuos, y más particularmente las limitaciones en el control de los eventos de nuestra vida. Enfermedades como la lepra, la peste bubónica, la tuberculosis y la sífilis, han sido consideradas como enfermedades misteriosas, mientras no tuvieron explicación acerca de su origen y un tratamiento curativo.

Tanto los hombres de ciencia como los curanderos, en el tiempo de aparición de estas enfermedades, ignoraban la etiología de éstas, y obviamente, se encontraban indecisos en cuanto al curso de la enfermedad y a la forma de propagación de las mismas. Tales misterios siempre fomentan que las personas formulen diversos razonamientos para explicar su infortunada enfermedad, sus orígenes y sus alcances.

Los misterios resultantes del sufrimiento personal tienden a estar asociados con castigo, por las transgresiones cometidas conocidas o desconocidas. Los

psicólogos sociales han encontrado que la gente cree en la hipótesis del "mundo justo", en la que se maneja que las personas generalmente reciben lo que se merecen, que en su largo camino, las cosas buenas le pasan a la gente buena, y que las cosas malas les ocurren a las personas malas. (Lerner y Simons, cit. por Geraldine, 1988) Consecuentemente y en base a este planteamiento, si algo malo ocurre, se debe a la conducta o al carácter de la víctima.

En la Iliada y en la Odisea, la enfermedad aparece como un castigo sobrenatural, como posesión demoniaca o como acción de agentes naturales. Para los griegos la enfermedad podía ser gratuita o merecida (falta personal, transgresión colectiva o crimen cometido por los ancestros). Con la llegada del cristianismo que, como en todo, impuso ideas más moralizadoras acerca de las enfermedades, la correspondencia entre una enfermedad y su "víctima" fue haciéndose más estrecha. La idea de enfermedad/castigo cedió su lugar a la de que una enfermedad podría ser un castigo particularmente apropiado y justo. Durante el siglo XIX, la idea de que la enfermedad concuerda con el carácter del paciente, como el castigo con el pecador, se modificó: se empezó a pensar que la enfermedad es una expresión del carácter, un resultado de la voluntad. La enfermedad es la voluntad que habla por el cuerpo, un lenguaje que escenifica lo mental: una forma de expresión personal (Sontag, 1985).

Así, al considerar los aspectos psicológicos en pacientes con cáncer, se debe estar consciente tanto del estigma social al cual el individuo se enfrenta, como a sus efectos potenciales que dicha marca tiene sobre sus relaciones, su vida laboral y la sensibilidad misma del paciente (Hersh, 1985). Para ejemplificar de alguna manera este aspecto, se presenta un comentario de una paciente de ocupación secretaria, en una sesión del grupo RETO, en 1986: "Una compañera de trabajo me dijo...: 'después de tu mastectomía, ya no vas a poder trabajar', ... pero si yo escribo con las manos, no con otra cosa!".

Cuando el estigma se convierte en el proceso activo social que se denomina "estigmatización", el estrés que debe soportar el paciente puede ser insoportable, mas que suficiente para causarle depresión, pérdida del apetito, decaimiento, y quizá, mala tolerancia o mala respuesta a los tratamientos médicos. Más aún, este estigma combinado con el miedo generado por la pérdida del control implícito en el diagnóstico, es causa de muchas conductas manifiestamente intrigantes. Entre ellas podemos citar la "conducta de retraso" y el rechazo o incapacidad de una persona con síntomas para atreverse a efectuar una visita de diagnóstico (Hersh, 1985).

Cualquier enfermedad importante, cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz, tiende a hundirse en significados (Sontag, 1985). Las fantasías inspiradas por la tuberculosis en el siglo pasado, y por el cáncer hoy en

dia, son reacciones ante enfermedades consideradas -irritables y carpichosas -enfermedades incomprendidas- sobre todo en el presente siglo, en una época en la que todas las enfermedades pueden curarse. Actualmente se vive el nacimiento de la mitificación del SIDA debido a las características que rodean a esta enfermedad.

La enfermedad (cualquiera que sea), se percibe como un "algo" que viene de fuera; "la dolencia ajena a la entidad humana debe ser puesta en manos del médico para que éste la desaparezca" (Ortiz, 1988). Como consecuencia de esta visión enajenada, la enfermedad, "se concibe como una cosa que proviene de fuera y que puede ser curada con dinero. La salud se convierte en una mercancía con la que puede comerciarse" (...) "Esta actitud frente a la salud y la enfermedad se observa cada vez con mayor frecuencia en nuestro medio. Los enfermos ricos pagan por su salud y exigen el cumplimiento, la satisfacción de un contrato o convenio -cliente/proveedor, en que se ha convertido la relación médico/paciente - o la devolución de su dinero. No se percatan que tanto la salud como la enfermedad son procesos inherentes a la vida del ser humano, quien es corresponsable de estos procesos" (op. cit.).

Existen múltiples hipótesis y puntos de vista relacionados a las posibles causas del cáncer, que se reflejan en la opinión pública y prensa, tanto científica como popular, que implican más la metodología de la cura del cáncer. Se

pueden citar como ejemplos algunos agentes que pueden producir cáncer, como ciertas sustancias químicas, incluyendo el alcohol; el descubrimiento de que una cierta diferenciación cromosómica transmisible, puede aumentar de manera importante la probabilidad en personas de ciertas líneas genéticas a sufrir cáncer; las posibles relaciones de infecciones por virus lentos; y por último la hipótesis de que algunos estados emocionales producidos por el estrés, pueden predisponer a un cierto tipo de personas a sufrir alguna forma de cáncer (Kaplan y Edlund cit. por Hersh, 1985). De la antigüedad clásica, Galeno, entre otros, mencionó que las mujeres melancólicas, son más propensas a contraer cáncer que las de temperamento sanguíneo y, en nuestro siglo, han aparecido diversos comunicados que señalan que en casos de leucemia existe como antecedente común la presencia de sentimientos de desesperanza y desamparo, fenómeno que también ha sido descrito en pacientes con cáncer (Greene, citado por Ortiz, 1988).

Atribuir el cáncer a una falta de expresividad equivale a condenar al paciente: "muestra de piedad que al mismo tiempo es manifestación de desprecio" (Sontag, 1985).

No conformes con el peso que la enfermedad del cáncer lleva por sí misma, la humanidad ha utilizado a ésta para evocar todo tipo de catástrofes económicas, políticas y morales: "desde ese día inolvidable, jura que luchará por la justicia y, con los muchos millones que hereda, se prepara para la gran batalla contra el hampa que es el cáncer de

ciudad Gótica" (Tele Guia, 14-20 de octubre, 1989); "La corrupción es el cáncer de los gobiernos" (La Jornada, 17 de octubre, 1989).

La utilización tanto del lenguaje del cáncer como el de la tuberculosis, han servido para expresar groseras fantasías en materia de contaminación, así como también producir sentimientos relativamente complejos, sobre la fuerza, la debilidad, la energía. "Durante más de siglo y medio, la tuberculosis fue el equivalente metafórico de la delicadeza, la sensibilidad, la tristeza, la impotencia; mientras que todo lo brutal, lo implacable y lo rapaz, se emparentaba con el cáncer" (Sontag, 1985).

Durante los últimos dos siglos, las enfermedades que más se han usado como metáforas del mal, han sido la sífilis, la tuberculosis, el cáncer, y actualmente el SIDA.

Se admitía que la sífilis no sólo era una enfermedad terrible sino que era degradante y vulgar. Los adversarios de la democracia, la usaban para anatemizar las profanaciones de una era igualitaria. Baudelaire escribió: "todos llevamos el espíritu republicano en las venas, como la sífilis en los huesos - estamos democratizados y venerealizados - " (Op. cit.).

La sífilis ofrecía la posibilidad de una metáfora limitada, porque no se le consideraba misteriosa, sólo horrible. El cáncer se presta mucho más que la sífilis a la

Cuando se habla de cáncer, las metáforas maestras no sólo provienen de la economía, sino del vocabulario de la guerra con terminología militar: las células cancerosas no se multiplican y basta, además "invaden". A partir del tumor original, las células cancerosas "colonizan" zonas remotas del cuerpo. Se habla de las "defensas" del cuerpo, de intervenciones "radicales", de "reconocimientos" físicos, de "invasión" tumoral.

También el tratamiento del cáncer se asemeja a un ejército. La radioterapia usa metáforas de la guerra aérea: se bombardea al paciente con rayos. Y la quimioterapia es una guerra química, en la que se utilizan "venenos". El tratamiento "apunta" a "matar" las células cancerosas (op. cit.).

A menudo se vive el cáncer como una forma de posesión demoniaca, los tumores son "malignos" o "benignos", como las fuerzas ocultas y más de un paciente con cáncer acude aterrorizado a los curanderos en busca de exorcismos. Algunas personas apoyan con más entusiasmo a las curas "alternas" como el Laetrile, el cual fue comprobado fraudulento en un análisis que le realizó la "Federal Food and Drug Act" en Estados Unidos de Norteamérica (Janssen, 1979), sin embargo, todavía muchas personas lo utilizan en busca de una cura milagrosa. Y a las personas que la promocionan, las curas milagrosas les vienen muy bien, como

la creencia en los ovnis.

El lenguaje sobre el cáncer cambiará radicalmente cuando por fin se comprenda la enfermedad y sea mayor la probabilidad de cura. Cuando suceda esto, el cáncer, como metáfora caerá en desuso.

Todo lo anterior se ve muy aumentado por la ansiedad y el miedo que suscita entre la gente ignorante. El cáncer hoy en día, está asociado con cualquier cosa, "desde un castigo por los pecados, hasta problemas derivados de la consaguinidad, mala suerte, mal de ojo, malos pensamientos, malos genes y gente malvada que ensucia irresponsablemente el ambiente" (Hersh, 1985). El cáncer parece que está en todas partes y es causado por cualquier cosa.

"Las reacciones de estrés al cáncer son universales. El tipo de tumor, la dificultad en localizarlos y el lugar en que está situado son factores que influyen en la respuesta psicológica del paciente y su familia e incluso a veces, en la actitud de los médicos" (op. cit.). Como describiría Simone de Beauvoir en 1983, "El doctor N., pasó delante de mí; iba a entrar en el cuarto cuando lo detuve: era un hombre joven con rostro hermético, de delantal y gorro blanco. ¿Por qué esa sonda?, ¿por qué torturar a mamá si ya no hay esperanza? Me fulminó con la mirada: "Hago lo que debo hacer" Empujó la puerta. al cabo de un momento, una enfermera me hizo entrar" (Simone de Beauvoir, 1988).

De manera específica, la reacción inicial al cáncer, si

éste se haya en un lugar visible, lejos de los órganos internos, tiende a causar menos miedo y mayor esperanza, pues se supone que en ese caso es mayor su control y curación. Los tumores asociados a órganos vitales, producen más miedo e inseguridad. Los tumores asociados a órganos sexuales presentan una carga emocional añadida, pues se trata de la intimidad de la masculinidad o feminidad del individuo.

Los problemas emocionales y sociales que acompañan al cáncer mamario, son parte de la enfermedad, y tienen que ser tratados tan seriamente como los aspectos médicos. Para tratar estos problemas psicosociales, es de extrema importancia, que el profesional tome muy en cuenta que está tratando con un paciente médicamente enfermo, y no mentalmente enfermo, en una etapa en la que el paciente necesita ajustarse a su enfermedad.

Inmediatamente después de la cirugía, la crisis de la mastectomía asume su realidad cuando la mujer enfrenta sus problemas emocionales: el miedo al cáncer, la posibilidad de muerte y el ajustarse a la pérdida de su mama.

El miedo al dolor, es el temor más frecuente entre pacientes y sus familiares, ya que la mayoría señala "no temerle a la muerte sino al dolor". Jaques Choron, referido por Ortiz Quezada (1988), refiere que existen tres temores asociados a la idea de muerte o a la posibilidad de morir: el dolor, el sufrimiento psíquico y la posibilidad de tener una muerte poco digna (Ortiz, 1988). La posibilidad de la

muerte crea una gran sensación de incertidumbre: "Era la luz y ahora son las tinieblas. ¡Antes estuve aquí, ahora voy allá! ¿A dónde? Y se ponía frío, su respiración se cortaba. Sólo sentía los latidos de su corazón" (Tolstoy, 1886).

La Dra. Elizabeth Kübler Ross, quien ha estudiado a varios miles de personas moribundas (tanto niños como adultos), ha descrito las fases por las cuales se pasa al enfrentar un diagnóstico de muerte; éstas son: negación y aislamiento, ira, pacto, depresión y la aceptación, dichas fases no son omnipresentes en todo ser humano, además que pueden aparecer en diferentes momentos en una misma persona y cualquiera de éstas puede estar presente. Si revisamos conforme a estos parámetros a la paciente mastectomizada, desde el momento en que se le comunica el diagnóstico de cáncer, (o la posibilidad de tenerlo) y la posible pérdida de su mama, hasta que logra ajustarse a la pérdida de ésta, podriase afirmar que la paciente pasa por estas etapas. No obstante, a diferencia de lo que maneja Kübler Ross, la aceptación de la paciente, es una aceptación activa, ya que no pierde la vida, pierde una mama y continúa viviendo.

El diagnóstico de cáncer es muy preocupante para la mayoría de la gente, implica complicaciones existenciales y de otros tipos como son: laborales, desajustes en la familia, vida social, sexualidad, etc. Esto, aunado a la ansiedad, presenta nuevos retos para algunos pacientes, aunque no todos se ven afectados de la misma manera. Para

algunos enfermos resulta ser una experiencia devastadora, mientras que para otros, significa una lucha a la que logran ajustarse razonablemente.

2. ANTECEDENTES

2.1. FUNDAMENTOS HISTORICOS DEL CANCER

"La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar" (Sontag, 1985).

Existen referencias tan remotas acerca de la enfermedad del cáncer, como tan lejanos son los primeros documentos escritos en la historia de la humanidad. Por todos los siglos, los sufrimientos de esta enfermedad han sido objeto de casi todas las formas concebidas de experimentación. En sus inicios, la medicina se apoyó en la filosofía natural, en donde no existía una clara distinción entre el pensamiento científico y el concepto metafísico.

Los médicos interesados en el cáncer, saben que ésta es una enfermedad antigua. Desde tiempos remotos, el origen y la enfermedad del cáncer, por sí misma, han sido causa de controversia, así como de múltiples teorías y métodos para su curación.

Los reportes más antiguos datan de los papiros de

Ebers, de Smith y de Petri, los cuales fueron escritos antes de la era cristiana (Donegan, 1988; Kardinal, 1979).

2.2. El cáncer antes de la era cristiana.

Los papiros de Edwin Smith, datan de la época de las pirámides egipcias, 3000 a 2500 años A.C. en estos papiros se describen ocho casos de tumores o úlceras de la mama. Tumores que eran duros, frios al tacto y contenían fluido. Se distinguían de inflamaciones y abscesos. Los tumores o úlceras de la mama, fueron tratados con cauterización, utilizando un instrumento llamado la "barrena de fuego" (Donegan, 1988; Kardinal, 1979).

Los papiros de Ebers, fueron descubiertos por George Ebers en 1873 y transcritos por Bendiz Ebbell en 1937. En estos documentos los verdaderos tumores no eran diferenciados de las protuberancias o de las ulceraciones crónicas. El tratamiento recomendado era una cataplasma seguida de una incisión, aun cuando se aclaraba que este tratamiento, para cierto tipo de tumores, podía ser fatal (Kardinal y Yarbro, 1979).

Parecer ser que la medicina egipcia fue empírica y observacional. Los egipcios dieron una contribución significativa a la terapia del cáncer, pues descubrieron el valor del tratamiento de las lesiones superficiales de la piel con pastas de arsénico, que continuó practicándose hasta principios del siglo XX.

Los escritos hindúes, fechados en el año 2000 A.C., mencionan el tratamiento de crecimientos tumorales con extirpación quirúrgica, cauterización y arsénico. Los escritos asirios del mismo periodo, sólo mencionan la aparición del cáncer de mama (Stjernsward, y Cols, 1985).

Herodoto, da crédito a Demócades, (Médico persa, que vivía en Grecia en ese tiempo), por haber curado a la esposa del rey Darío, de un tumor en el pecho, el cual se había ulcerado y expandido (Donegan, 1988).

2.3. Platón y Aristóteles en la medicina.

No se puede hablar del concepto cáncer del antiguo Egipto, sin discutir la influencia de Platón y Aristóteles en la medicina. Como se dijo al principio de este capítulo, en sus inicios, la medicina se apoyó en la filosofía natural.

Platón enfatizó lo inmaterial con el alma, la mente, las ideas, cualidades y relaciones interpersonales.

Aristóteles, extendió estos conceptos a forma (inmaterial) y materia (material). Explicó los procesos fisiológicos en los términos básicos de Empédocles (aire, fuego, tierra y agua) en: temperamentos, humores, espíritu, facultades y generación. También propuso cuatro causas: la causa formal, la material, la eficiente y la final; en donde todas las cosas, tienen una forma inmaterial y una sustancia material, de la cual están hechas (Kardinal y Yarbrow,

1979).

El acercamiento racionalista de Platón y Aristóteles fue tan abrumador, que ese pensamiento dominó durante casi 2000 años.

2.4. Teoría humoral.

Dentro de los principales expositores de la teoría humoral del cáncer, se encuentran: Hipócrates (460-370 A.C.) Aurelius Cornelius Celsus (año 30 D.C. aprox.), Aglacon (siglo II D.C.), y Galeno (año 200 D.C. aprox.), discípulo de Aglacon.

De acuerdo con Shimikin (Weissman, 1979), Hipócrates no sólo pueden ser considerado como el padre de la medicina, sino también como el padre de la Oncología. Fue quien usó por primera vez el término karkinos (-cangrejo-) e hizo la analogía de los carcinomas con la de un cangrejo que se arrastra alargando sus tenazas calladamente hacia todas direcciones. (La utilización del término carcinoma, también ha sido atribuida a Galeno y a Paulus de Aegina). "El nombre probablemente guarde también alguna relación con la astrología" (Op. cit.).

En cuanto a la descripción que en este tiempo se refiere... "el cáncer es un tumor regordete, desigual, duro y livido; generalmente situado en las partes glandulares del cuerpo" (Kardinal y Yarbro, 1979).

Hipócrates, enseñó que esta enfermedad, era causada "por un humor particular que prevalece en el cuerpo" (Donegan, 1988). De acuerdo a esta teoría, existen en el hombre cuatro humores básicos: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Los excesos o deficiencias en uno o más de éstos, son la causa de la enfermedad. La salud puede ser obtenida cuando la proporción de los humores es restaurada.

En cuanto al cáncer se refiere, Hipócrates propuso, que el cáncer era causado por un exceso de bilis negra, y clasificó los tumores en dos tipos: carcinoma apertus (úlceras malignas) y carcinoma occlusus (tumores profundos u ocultos).

El recomendaba no operar nunca los tumores profundos, pues la operación podía empeorar al paciente, aun cuando fuera tratado, éste podría morir rápidamente. Hipócrates describió el cáncer de piel, de mama, cervix y recto, y trató los tumores superficiales con cauterización y pastas cáusticas, que apoyaba con algunas purgas (Kardinal y Yarbrow, 1979).

Aurelius Cornelius Celsus, dió una descripción detallada del cáncer e intentó separar los neoplasmas de las protuberancias inflamatorias.

Anglacon, era de la opinión de que, cuando se incrementaba la temperatura del hígado, éste en vez de generar sangre normal, generaba sangre descompuesta. Esto

hacia que la sangre se hiciera más densa y turbia, y según su distribución, era el mal que causaba. Así, si ésta viajaba por las venas hacia la parte inferior del cuerpo, resultaban las hemorroides; si se extendía hacia la piel, resultaba la lepra; si se impulsaba hacia un órgano en el cual la sangre pudiera estancarse, el cáncer se iniciaba.

Galeno (200 D.C. aprox.) fue indudablemente el médico de todos los tiempos; fue la autoridad médica del oeste del mundo por cerca de 1700 años. Galeno fue a la medicina como Aristóteles a la filosofía. Su influencia abarcó todas las áreas de la medicina, incluyendo la oncología. Expandió y refinó la teoría de Hipócrates, atribuyendo el cáncer a un exceso de Atrabilis* en el cuerpo, llamándola una manifestación local del disturbio constitucional denominado "melancolía". "Los tumores cancerosos, se desarrollan con gran frecuencia en el pecho de la mujer," decía, "estos tumores no naturales, tienen su origen en la bilis negra, un residuo del cuerpo" (Kardinal y Yarbrow, 1979). El recomendaba una cirugía en la que la extirpación fuera amplia, abarcando tejido sano para evitar la recurrencia (Donegan, 1988).

Los conceptos de Galeno implicaban que si el cáncer era causado por un exceso de humor corporal, entonces, el

*Atrabilis. Del latín, negra; y biblis, cólera. Nombre dado a un humor negro, espeso, que suponen secretado por las glándulas suprarrenales y el cual contribuía a la melancolía e hipocondría. (Dicc. Terminológico de las Ciencias Médicas, 1983).

cáncer sería una enfermedad sistémica; que debía tratarse tanto sistemática, como localmente. El recomendaba tratamiento con dieta, específicamente, con nueces y purgantes.

Galeno fue el primero en usar el término "sarcomas", para tumores carnosos, e intentó también separar los tumores verdaderos de protuberancias inflamatorias, edemas localizados y gangrena (Kardinal y Yabro, 1979).

Este médico clasificó los tumores en:

1. *Supra naturum* (excediendo a la naturaleza), formación de callos unidos a las fracturas.
2. *Secundam naturum* (de acuerdo a la naturaleza), como las protuberancias del tejido mamario en la pubertad.
3. *Praeter naturum* (contrario a la naturaleza), una gran categoría que incluía tumores verdaderos, edemas y gangrena (Kardinal y Yabro, 1979).

Leonidus, (108 D.C.) alternaba el corte y la cauterización, intentando con esta última erradicar cualquier residuo tumoral. El uso del cuchillo y cauterización descrito por Leonidus, persistió por más de mil años (Donegan, 1988).

2.5. La edad media.

Durante la edad media poco progresó la medicina y por consecuencia lógica la oncología. El "Council of Tours" en 1162, estuvo en contra de la cirugía del cáncer de la mama. En aquella época se utilizaron toda clase de métodos; desde la utilización de arsénico, hasta el tratamiento por medio de las manos, el cual consistía en que el enfermo era tocado por personas de la realeza con el objeto de ser curado. También se utilizaba la leche, vinagre, mezclas elaboradas a base de cebolla, estiércol de cabra, aplicación cutánea de ranas, pollos o partes frescas de otros animales en la zona afectada del seno (Donegan, 1988). El resultado de todos estos métodos permanece oscuro.

2.6. Renacimiento.

El renacimiento en la sociedad europea, tuvo su origen alrededor del año 1500, pero el renacimiento en la medicina probablemente se inició cien años después. En general se puede considerar el renacimiento médico, como una transición entre el racionalismo aristoteliano y galénico (con su respectiva base metafísica) y el empirismo baconiano-newtoniano (con una base experimental); esta transición realmente empezó en el año 1543, con la publicación de Copérnico en astronomía y la de Vesalius en anatomía (Kardinal y Yarbro, 1979). Con estas publicaciones se hizo evidente que tanto las teorías de Aristóteles como las de

Galeno eran vulnerables.

En el siglo XVI, volvió a resurgir la cirugía, y en los siguientes dos siglos, se desarrollaron técnicas para la mastectomía, siendo su ejecución cada vez más eficiente.

Sin embargo, a partir del resurgimiento de la cirugía y la investigación, aumentaron los fundamentos en contra de las teorías de Galeno, y esto provocó el caos en la medicina al inicio del siglo XVII, donde se propusieron teorías y tratamientos bizarros para todas las enfermedades, incluyendo el cáncer.

Fabricius Hildenus (1560-1634), ha sido considerado el padre de la cirugía alemana y fue el primero en realizar disecciones axilares en el tratamiento del cáncer de mama.

Durante este periodo, los tumores fueron descritos como una enfermedad asociada con incremento del tamaño de la parte exterior del flemon*, y fue clasificada en catorce tipos; aneurisma, várices, equinoma, escirro, cáncer, sarcoma, bubón, verruga, clavo, lupia, ganglio, hydrartus, hydrartus y exostosis (Kardinal y Yarbro, 1979).

2.7. Teoría linfática.

Los estudios meticulosos de anatomía de Andreas Vesalius (cerca del año 1540), sobre la "atrabilis", como

*Flemon. Inflamación del tejido conjuntivo, especialmente del subcutáneo o subaponeurótico. (Dicc. Terminológico de las Ciencias Médicas, 1983).

base de la teoría etiológica del cáncer no fue probada; a cambio, fueron encontrados sangre y linfa*. El concepto linfa reemplazó al de bilis negra, y fue descrito, como uno de los mayores humores biológicos. Conceptualmente el cáncer permaneció como un fluido que causaba la enfermedad sistémica y el reemplazamiento de la bilis negra por el de linfa, no alteró la forma que ahora se percibe como la clave: el cáncer es una enfermedad sistémica (Kardinal y Yarbro, 1979).

La patología anatómica se convirtió en la primera ciencia médica bien establecida, y con este cambio, la teoría linfática fue abandonada; desafortunadamente el concepto del cáncer, como una enfermedad sistémica, también se abandonó, resurgiendo hasta un siglo después con el advenimiento de la quimioterapia adyuvante.

Henry Francois Le Dran (1685-1770), fue un hombre de enorme discernimiento. Consideró, que el cáncer era una enfermedad local en su etapa inicial, y sostuvo que la única esperanza de cura era la cirugía temprana; descubrió la vía de los nódulos linfáticos en pacientes con cáncer del seno.

La teoría linfática del cáncer tiene una obvia similitud con la teoría alquimista de Paracelsus, y con la teoría humoral de Hipócrates y Galeno. La teoría linfática fue aceptada porque era consistente con la estructura del

*Linfá. Líquido claro, transparente, alcalino, amarillo pálido u opalescente, de sabor salado, que llena los vasos linfáticos (Dicc. Terminológico de las Ciencias Médicas, 1983).

conocimiento filosófico-científico del día, y proveía una explicación satisfactoria del proceso que necesitaba ser explicado.

René Descartes, fue quien fundamentó la teoría linfática en el siglo XVII, (Harris y Cols, 1985). John Hunter (1728-1793), seguidor de la teoría linfática, enseñó que cuando existía un defecto coagulado en el sistema linfático, entonces se formaba el cáncer de mama. (Donegan, 1988).

La denominación de "tumor", que significa en latín "hinchazón o bulto" fue propuesta por René Theophile Hyachintle Laennec (1781-1826), clínico francés inventor del estetoscopio (op. cit.)

La cirugía de la mama siguió evolucionando poco a poco, sin lograr ofrecer una verdadera posibilidad de cura; aún cuando la distinción entre tumores benignos y malignos permitía guardar una esperanza de vida. Las cirugías fueron llevadas a cabo por medio de diferentes técnicas, quienes contribuyeron a desarrollarlas fueron Scultetus (1595-1645), Wilhem Fabry (1560-1634), Godefrides Bidloo (s.f.), Gerard Tabor (s.f.), Jean Louis Petit (1674-1750), John Hunter (1728-1793) (op. cit.).

Scultetus, se valía de dos cordones insertados en dos largas agujas, las cuales traspasaba en la base de la mama; mientras jalaba los cordones, amputaba la mama con un

cuchillo, continuando con una hemostasis* y una cauterización. Wilhem Fabry, cirujano germano, utilizaba el mismo método, acompañado por un anillo metálico el cual hacía que la tracción de la mama fuera más estrecha, facilitando la extirpación de la mama desde la base. Godefrides Bidloo y Gerard Tabor, contribuyeron a mejorar estas técnicas hasta que Jean Louis Petit, (considerado como el mejor cirujano de su tiempo), escribió un "tratado sobre las operaciones de carcinoma del seno", donde describía que todos los tejidos debían ser movidos en una sola pieza. El removía los nódulos linfáticos de la axila, los de la fascia y el músculo pectoral, si parecían estar involucrados (op. cit.).

El concepto de la teoría linfática, aun cuando gradualmente reemplazó a la teoría humoral, no logró que esta última muriera fácilmente. Sir Chard Guy, afirmó que el cáncer de mama, se observaba en mujeres sujetas a "quejas histéricas y nerviosas", particularmente en aquellas que sufrían de melancolía (Guy, 1759).

Durante el periodo de 1761 a 1845, la medicina tuvo una gran expansión en su base científica. El evento más importante relacionado con la oncología, ocurrió en el área de patología anatómica. El primer impulso a este "renacimiento médico", podría adjudicarse a Giovanni Battista Morgagni, con su publicación "On the Sites and Causes of Disease", en donde correlacionó descubrimientos de la autop-

* Hemostasis. Del griego haima, sangre y staxis, detención. Detención de una hemorragia en una operación quirúrgica (Dicc. Terminológico de las Ciencias Médicas, 1983).

sia con registros clinicos en 700 casos. Morgagni diferenci6 los neoplasmas malignos de las protuberancias benignas, tales como aneurismas, struma, gumma y exostosis. Tambi6n describi6 el c6ncer de pulm6n, de es6fago, est6mago, recto y 6tero (Kardinal y Yarbro, 1979).

2.8. Teor6a celular.

El siguiente evento importante, ocurri6 en 1838 cuando Johannes M6ller (1801-1858), estableci6 la patologia microsc6pica como la base para el entendimiento de la enfermedad. M6ller demostr6 que los c6nceres estaban compuestos de c6lulas, no de linfa coagulada. Fue asi como la teor6a linf6tica fue desplazada.

Rudolph Virchow (1821-1902), alumno de M6ller, public6 "Die Cellulla Pathologie" en 1858. En este trabajo, estableci6 a la c6lula, como la unidad fundamental con la cual la enfermedad se desarrolla. Tambi6n propuso que todas las c6lulas provienen de otra c6lula (omnis cellula e cellula), y no de un blastema* amorfo. El consideraba que la teor6a del blastema era un vestigio de la teor6a humoral de Galeno. Virchow propuso una teor6a general de la generaci6n del tejido neopl6sico:

1. Una predisposici6n constitucional o hereditaria, la cual debe existir en el hu6sped, y

*Blastemo. Conjunto de c6lulas embrionarias que llegan a formar un 6rgano determinado (Dicc. Terminolog6a de las Ciencias M6dicas, 1983).

2. una irritación crónica que induce la granulación del tejido, la cual, como el tejido embrionario, es indiferenciada y puede desarrollar un tumor.

La naturaleza específica del tumor depende del tipo del irritante, también como de la predisposición de su huésped (Kardinal y Yarbrow, 1979).

Sir James Paget, (1814-1899), propuso la "Teoría Constitucional del Cáncer", la cual tiene una gran similitud con la teoría de Virchow. La teoría constitucional requirió de dos condiciones coexistentes:

1. una predisposición hereditaria o constitucional alrededor de la recepción de los impetus neoplásicos, y
2. una causa de excitación, la cual era un material mórbido específico, diseminado por todo el sistema vascular (op. cit.).

Tanto Paget como Virchow, consideraron que el cáncer se expandía por medio de un líquido. De ahí se derivó el término metástasis, que fue acuñado por Joseph Claude Recamier en 1829, cuando demostró la existencia de tumores secundarios en el cerebro de una paciente con cáncer mamario. Virchow en 1863 en su famosa edición de patología celular, explicó la diseminación metastásica como sigue: "la manera en la cual la difusión metastásica da lugar, es

por medio de ciertos fluidos, los cuales poseen el poder de producir una infección con la cual, disponen a diferentes partes a una reproducción de una masa de la misma naturaleza del tumor que existía originalmente (op. cit.).

2.9. Teoría embrional.

La teoría embrional del origen del cáncer, estuvo propuesta por Julius Friedrich Conheim (1839-1884), alumno de Virchow, quien proponía en 1874, que los tumores provienen de "restos de células", y sostenía que los "tumores se desarrollan de masas de células residuales extraviadas durante el desarrollo embrionario". "Los tumores también pueden provenir de pequeños grupos de células superfluas, que no necesariamente necesitan estar extraviadas, en las cuales, sus características embrionales están retenidas" (op. cit.).

John Beard (s.f.), embriólogo Danés, tenía la opinión que las células cancerosas podrían ser digeridas por enzimas pancreáticas. En 1911 reportó tener excelentes resultados con tratamiento oral de extracto pancreático y bilis de buey, extracto glandular pancreático en glicerina, e inyecciones de tripsina. Se evaluó el tratamiento enzimático de Beard, en una población de 100 pacientes, sin ningún resultado confirmatorio, ni con ningún efecto secundario. Sin embargo, Beard continuó promocionando su tratamiento, como una cura para el cáncer. Convirtiéndolo

en un método contribuyente a lo que se denomina "charlataneria en cáncer" (Janssen, W., 1979).

En los siglos XVII y XVIII, el cáncer se tenía como una enfermedad contagiosa, de hecho el primer hospital de cáncer "LaLutte Contre Le Cancer of Rheims", de Francia establecido en 1740 por Jean Godinot (s.f.), era forzado a mudarse continuamente de lugar, a causa del fuerte miedo al contagio que existía en los habitantes.

2.10. Teoría parasitaria.

El desarrollo de la Microbiología a finales del siglo XIX, dió el apoyo a la Teoría Parasitaria del Cáncer, cada nueva clase de microorganismo era aislado del tejido neoplásico, muchos crecieron en cultivos bacteriológicos, y algunos fueron mencionados como reproductores de la enfermedad por inoculación (Kardinal y Yarbro, 1979).

Scheurlen en 1887, aisló un bacilo de cáncer mamario y mencionó haber inducido la enfermedad en perros. Reginald Harrison en 1889, notó el incremento de la incidencia del cáncer de vejiga en egipcios infectados con Bilharzia, esta ha sido la única observación válida en relación a la Teoría Parasitaria.

Con la inhabilidad para confirmar algunas investigaciones, la Teoría Parasitaria gradualmente se desintegró (op. cit.).

2.11. Principios de la época moderna.

Durante la mayor parte del siglo XIX, las operaciones del cáncer del seno, seguían siendo peligrosas. A pesar de los esfuerzos de los médicos, la cirugía seguía sin ofrecer la cura, por lo que los cirujanos continuaron con su pesimismo acerca de los resultados. La infección era la causa mayor de la mortalidad de la operación, siendo más del 20% en algunos casos. La selección de la operación para este tipo de cáncer y el cuidado postoperatorio tan pobre que podía tener la paciente, contribuyó a disminuir los resultados.

Alexander Monroe (1773-1859), revisó 60 casos con tratamiento quirúrgico de ese tiempo y encontró solamente cuatro pacientes libres de enfermedad al final de dos años. Sir James Paget en 1853, confesó no haber visto ninguna curación, y advirtió que "decidiendo a favor o en contra de la remoción del seno canceroso, en cualquier caso, debe ser quitada toda esperanza de que la operación fuera un remedio final para la enfermedad, (Donegan, 1988). Igualmente pesimista, Hayes Agnew (1818-1892), escribió ... "yo no desespero en la cura del carcinoma en el futuro, pero esto no se dará a través del cuchillo del cirujano" (Op. Cit.). Robert Liston (s.f.), opinaba en 1840, que el recurso podría ser en algunos casos, el cuchillo, pero las circunstancias debían ser muy favorables, incluso para inducir al cirujano, a recomendar que tomase cualquier operación para remover la enfermedad maligna del seno (op. cit.).

En estos años no se encontró una práctica consistente para la remoción de la piel y del seno, o para la extirpación, de los nódulos linfáticos de la axila. En Escocia, James Sims en 1842, observó: "parece que el resultado de la operación del carcinoma cuando las glándulas están afectadas, es casi siempre insatisfactoria; aun cuando pareciera que ha sido perfectamente removido el cáncer. La razón para esto probablemente es, que las glándulas no participan en la enfermedad a menos que el sistema esté fuertemente dispuesto a esto, consecuentemente su remoción libre y efectuada exhaustivamente no puede prevenir la recaída del paciente" (op. cit.)

Un acontecimiento importante en el campo de la cirugía electiva sucedió en Estados Unidos, en la frontera de Kentucky, donde se efectuó la primera cirugía abdominal electiva en 1809, por Ephraim MacDowell (1771-1830), quien realizó la primera de sus 13 ovariectomías, él removió un ovario gigante de la Sra. Jane Todd Crawford; extrajo un tumor ovárico gelatinoso de aproximadamente 22 libras, el día de navidad, en la cocina de su casa. La paciente cantó himnos durante los 25 minutos que duró la operación, mientras los habitantes del pueblo esperaban afuera de la casa. La Sra. Crawford, sobrevivió 30 años a la operación. MacDowell estudió con el afamado John Bell of Edinburgh, por lo que estaba bien preparado para esta histórica cirugía

(Hill, 1979).

El primer trabajo americano sobre tumores, fue publicado en 1838 por John Collins Warren (1778-1856), primer cirujano que utilizó éter para anestesia general, en una operación realizada en el Hospital General de Massachusetts, en 1849, la cual consistió en la excisión de la glándula submaxilar y parte de la lengua, la anestesia fue administrada por un dentista, el Dr. William T. G. Morton (1819-1868), creador de esta técnica (op. cit.).

Los avances en la medicina del siglo XIX no sólo incluyeron la introducción de la anestesia general en 1846, sino también, la asepsia* en 1867 y la Patología microscópica. Estos avances fueron en beneficio de toda la cirugía y especialmente en el tratamiento del cáncer mamario. Este periodo se caracterizó por el desarrollo de la cirugía radical y por el descubrimiento de la dependencia hormonal del cáncer mamario (Donegan, 1988).

Los tremendos desarrollos que ocurrieron durante la segunda mitad del siglo XIX, hicieron posible que la cirugía electiva mayor se ejecutara sin dolor, a causa del uso del éter, y posteriormente con cloroformo, introducido en Londres, por John Snow y por el obstetra de la reina Victoria, Sir James Young Simpson (Hill, 1979).

*Asepsia. Del griego a, privado y sepsis, infección, procedimiento para preservar de microbios; el instrumental quirúrgico (Dicc. Terminológico de las Ciencias Médicas).

La sepsis representó un problema mayor, pues debido a que no se seguía ningún método de higiene, existía una alta mortalidad a causa de las infecciones, hasta que Joseph Lister (1827-1912), aplicó, los entonces pobremente entendidos conceptos de Pasteur a la cirugía. El introdujo la terapia bactericida utilizando ácido carbólico y describió en su publicación en "The Lancet", los principios de antisepsis en el mismo año. Aún cuando las contribuciones de Joseph Lister fueron desdeñadas por algunos de sus colegas, sus principios fueron rápidamente aceptados por otros, particularmente Theodore Kocher (1841-1917), cirujano meticoloso, ganador del premio Nobel en 1909 por su trabajo de cirugía de tiroides.

Charles H. Moore, (s.f.) cirujano de el Middlesex Hospital, quien estaba a cargo del Departamento de Cáncer, formuló un nuevo principio concerniente al tratamiento del carcinoma mamario. El sostenía que la recurrencia del carcinoma después de la operación habitualmente realizada, no era debido al desarrollo de un nuevo carcinoma basado en una predisposición constitucional, sino más bien, era debido a una remoción incompleta del carcinoma primario original. Sostenía que no era suficiente remover el tumor, o sólo alguna porción, pues el cáncer mamario requería una cuidadosa extirpación del órgano entero (ganglios, tejido muscular y piel). "Cuando algún tejido que colinda con el seno está involucrado, debe ser removido junto con el seno"

(Haagensen, 1986). Esta observación está especialmente relacionada a la piel, a los nódulos linfáticos, al exceso de grasa, y al músculo pectoral. El intentar salvar la piel, es quizás, de todos los errores el más pernicioso. Recomendaba también que, cuando se detectaran prolongaciones del tumor, los nódulos debían ser incluidos en la operación.

Las ideas de Moore no fueron aceptadas por todos los médicos, a pesar de esto, en la siguiente década dos de sus colegas realizaron la operación que él había descrito: Joseph Lister y Theodore Kocher, a los que ya hemos mencionado (Haagensen, 1986).

El siguiente paso en la evolución de la cirugía del seno, fue la adición de la disección del músculo pectoral. Richard Von Wolkmann (1830-1889), fue probablemente el primero en incluir la remoción de la fascia del músculo pectoral, introdujo también el método antiséptico de Lister e hizo las salas de operaciones más seguras.

2.12. Evolución de la cirugía.

El paso final en la evolución del tratamiento quirúrgico de carcinoma mamario, se llevó a cabo en 1882, por una heroica figura de la cirugía moderna, William S. Halsted (1841-1917), primer profesor de cirugía en la Universidad de Johns Hopckins, introductor de las meticulosas técnicas de Kocher y los principios antisépticos de Lister en América (Kardinal y Yarbrow, 1979).

William S. Halseed fue un hombre notable, por lo que haremos un breve recorrido de su vida. Nacido en 1852, hijo de una próspera familia mercantil de Nueva York, asentada en Yale en 1870. Estudió la anatomía de Gray y la fisiología de Dalton, y se interesó grandemente en la medicina, por lo que ingresó en el Colegio de Médicos y Cirujanos en 1874. Durante sus dos años académicos estuvo de asistente personal tanto de Dalton, el Profesor de Fisiología, como de Parker, el profesor de Anatomía. Siempre era el primero en su clase.

En el verano de 1878, Halsted conoció a William H., Welch, quien regresaba de estudiar el postgrado en Alemania sobre investigación en Patología. Inspirado en la experiencia de Welch con la medicina alemana, Halsted decidió viajar a Europa en el otoño de 1878, y observó durante un año las operaciones de Billroth, el decano de la cirugía europea. Mas tarde, Halsted, revisó los resultados de las cirugías de carcinoma mamario de Billroth, donde la mortalidad por la operación era de 18.5% y al final de tres años, el 82% de las pacientes habían desarrollado recurrencia local, sólo el 4.7% sobrevivió. Estos resultados eran típicos de los cirujanos alemanes de esa época quienes ejecutaban la operación de tipo Von Volkman.

Doce años después, en 1894, Halsted publicó su primer artículo sobre carcinoma mamario, en donde expuso el desarrollo y su método para la mastectomía radical. En este artículo refirió, que las operaciones que había observado en

Alemania eran obviamente incompletas (Haagensen, 1986).

A su regreso de Europa, Halsted, tuvo grandes éxitos. Durante esos años, realizó varios procedimientos quirúrgicos innovatorios; hizo una transfusión de sangre a su hermana. Esta fue probablemente la primera transfusión de sangre. Un año más tarde ejecutó una colesistostomía, en la cual removió siete piedras biliares a su madre, quien se recuperó. Esta fue una de las primeras operaciones de piedras biliares (op. cit.).

Pero la más importante contribución que hizo durante esos años y probablemente durante toda su vida, fue su mastectomía radical. Su experiencia de Alemania, se mantuvo fresca en su mente, y lo condujo a idear su primera operación para el carcinoma mamario, la que ejecutó por primera vez en el Hospital Roosevelt en 1882. En ésta sacrificó toda la piel y el tejido subcutáneo, a excepción de la porción clavicular, y mantuvo que debían ser removidos en un solo bloque todos los tejidos sospechosos, porque sino la herida "puede llegar a infectarse por la división de tejido invadido o de los vasos linfáticos que contienen células cancerosas, por lo cual la mama entera junto con los músculos pectorales y todos los nódulos axilares deben ser removidos (Donegan, 1988; Nill, 1979). Halsted, preparó técnicamente el cuidado de una mejor cirugía radical del carcinoma mamario.

Pionero de la técnica de hemostásis*, usó numerosos hemostatos pequeños, que sujetaban los vasos atándolos con fina seda negra. Su disección la realizaba con un cuchillo muy afilado y puntiagudo, cuidando de ejecutarla con mucha precisión y suavidad. Él fue uno de los pocos cirujanos de su tiempo, experto en la técnica del injerto, la cual aprendió del Tiersch en Alemania, y que le permitió remover toda la piel del seno y cubrir el defecto en la pared torácica, sin tensión en los colgajos (Haagensen, 1986).

En 1894, Halsted había ejecutado un total de 50 mastectomías radicales, reportó sus estudios preliminares con resultados a tres años y comparó sus resultados con los reportes de los cirujanos alemanes. Halsted no tuvo muertes por la operación, y su porcentaje de recurrencia local fue del 6%, y cuatro de cada ocho pacientes operadas se encontraban bien después de tres años. Halsted puntualizó que en estas 50 mastectomías radicales, todas las pacientes habían tenido metástasis axilares y en 27 los pronósticos no eran favorables.

El reporte final de las investigaciones de Halsted, en donde se hablaba de mastectomía radical, se publicó un año antes de su muerte en 1922, en este reportaba el edema del brazo como una complicación de la operación (op. cit.).

*Hemostasis. Del griego haima, sangre y stasis, detención. Detención de una hemorragia en una operación quirúrgica (Dicc. Terminológico de las Ciencias Médicas, 1983).

Willy Meyer, ejecutó una técnica similar a la mastectomía radical de Halsted, y también describió la operación. Meyer la realizó en seis pacientes tres años después de la ejecución de Halsted, sin embargo esto no debe hacer dudar que los dos concibieron la mastectomía radical independientemente. La historia enfatiza que Halsted hizo la operación en 1882, mientras que Meyer la realizó en 1891. Sólo detalles de la operación variaban. Meyer usaba una excisión diagonal que actualmente ha llegado a ser más popular que la de Halsted, que era una excisión en forma de gota o lágrima; ambos cirujanos enfatizaron en la necesidad de remover una gran cantidad de piel, la suficiente para que no haya recurrencia local. (Donegan, 1988).

2.13. Radioterapia.

Cercanamente al siglo XIX los rayos "X" y el radium fueron descubiertos y surgió la radioterapia.

La radioterapia vino a ser una nueva modalidad de tratamiento para el cáncer casi inmediatamente después del descubrimiento de los rayos "X" por Rongten (1845-1923), de la radioactividad por Becquerel (1852-1908) y del radium por los esposos Curie (Pierre Curie, 1859-1906 y Marie Klodowska 1867-1934).

En 1899, un artículo reportó la aparente cura del cáncer, (un epiteloma de células basales, tratado con esa nueva técnica), la respuesta inicial del cáncer de piel y

otros neoplasmas superficiales tratados con irradiación fueron tan dramáticos que, generaron una expectativa de la cura milagrosa, que para todos los cánceres había sido descubierta. Esta visión irreal fue rápidamente seguida por una ola de desilusión y pesimismo cuando las recurrencias de tumor y las agresiones a los tejidos normales hicieron su aparición (Kaplan, 1979).

Los primeros 25 años de esta nueva disciplina, marcaron la "Edad oscura" de su evolución, ya que no había programas de entrenamiento en radioterapia y virtualmente los primeros practicantes de esta nueva técnica fueron dermatólogos y cirujanos. Los terapeutas en radiación iniciales, no entendían la naturaleza física de los nuevos y misteriosos agentes con los cuales trabajaban, y no tenían ninguna comprensión de sus efectos biológicos, por lo que sus métodos no eran dignos de confianza; no existía la medida de la dosis y tampoco lograban ponerse de acuerdo en la unidad de dosis para su aplicación, el equipo era primitivo, y limitado en energía (Kaplan, 1979).

Los primeros radioterapeutas adoptaron técnicas de tratamiento aplicando exposiciones masivas dirigidas a la erradicación del tumor en un solo tratamiento.

Obviamente esto no suprimió la morbilidad* primaria al

*Morbilidad o morbilidad, número proporcional de personas que enferman en población en población y tiempo determinados.

igual que la aguda mortalidad, las cuales eran comparables al promedio de morbilidad y mortalidad de la cirugía mayor de esos días.

Las pacientes que sobrevivieron al periodo de post-radiación, experimentaron impresionantes regresiones de sus tumores, ya fueran parciales o completas, pero la respuesta inicial era seguida de mayores complicaciones, así como de una alta proporción de recurrencia del tumor.

Hacia el año 1920, la decepción fue tan intensa, que de no haber sido por los pioneros de investigación clínica y de laboratorio del grupo de la fundación Curie, en París, encabezado por Claude Regaud (s.f.), la radioterapia hubiera quedado en el olvido. En 1919, Regaud y sus colaboradores, iniciaron una serie de experimentos clásicos con los cuales ellos demostraron que; mientras que una sola dosis masiva fallaba (con la consecuencia de una reacción intolerable de la piel a la radiación), la radiación fraccionada lo evitaba.

Regaud mantenía, que la terapia fraccionada, justificaba la aplicación de esta técnica al tratamiento del cáncer. El y su colega Henry Coutard, aplicaron esta técnica en el tratamiento de cánceres en la región de la cabeza y cuello y otros usaron este nuevo método en el tratamiento del cáncer cérvico-uterino.

Después de algunos años, la fundación Curie, dió el

reporte de cinco años de sobrevida de los cánceres de la cavidad oral, faringe y laringe.

Igualmente impresionantes, fueron los resultados que emergieron de otros investigadores que utilizaron la radioterapia fraccionada en el tratamiento de pacientes con cáncer de cérvix. El lapso de sobrevida a largo plazo de estas pacientes, indicó que muchas de ellas habían sido curadas permanentemente; en algunas instancias, esto representó el primer conocimiento de cura del cáncer en la historia.

En la tercera década de este siglo existieron importantes avances en los aspectos físicos y tecnológicos de esta disciplina. La era del kilovoltaje de la radioterapia, fue introducida por Coolidge (1873-s.f.), quien inventó un tubo de rayos "X" al vacío, capaz de obtener energías tan altas como 200 Kv. Mejoramientos en otros componentes junto con estos tubos, condujeron rápidamente a la creación de aparatos, que llevaron a una mejor rehabilitación.

Físicos radiólogos fueron desarrollando métodos cuantitativos para la medición de la dosis de radiación, y la definición de la primera unidad de dosis física, el roentgen. Posteriores mejoras técnicas de dosificación fueron realizadas por Quimby, quien en 1956 presentó la unidad de dosis de absorción, el rad*.

*Rad. Unidad de radiación.

La era del kilovoltaje fue la era de grandes proezas. Reportes de centros de muchas partes del mundo testificaron el logro de curas sustanciales de cánceres superficiales en la piel, labio, amígdala, lengua interior, laringe y en el cérvix y útero.

Poco después varios grupos de físicos respondieron a la necesidad de la introducción de nuevos mecanismos de mucha más alta energía. El cobalto radioactivo (^{60}Co), fue un sustituto barato del radio; inicialmente este isótopo artificial fue introducido para terapia intersticial e intracavitaria, y posteriormente fueron diseñados aparatos de co-teleterapia con emisiones de energía de rayos "X" 3 MV (Kaplan, 1979).

Consecuentemente nuevos mecanismos electrónicos tales como el "betatrón" y el acelerador electrón lineal, hicieron posible la atracción de aparatos capaces de producir emisiones de muy alta energía. El acelerador electrón lineal fue rápidamente adaptado a la radioterapéutica, médica, usándose en Inglaterra y en la Universidad de Stanford, probó ser un instrumento clínico versátil, confiable y eficiente, y actualmente es el equipo de megavoltaje por excelencia.

Tales aceleradores, así también como las unidades de teleterapia de cobalto, son ahora el equipo estándar en los departamentos de radioterapia en el mundo. Los terapeutas

en radiación, también crearon métodos de Oncología Moderna, por medio de meticolosos y cuidadosos estudios de modelos de diseminación de carcinomas, sarcomas y linfomas que surgían en diferentes sitios. En muchas ocasiones tales estudios guiaron al desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas que enlazaban a la historia natural de los neoplasmas correspondientes. Un ejemplo clave es la evolución de la radioterapia linfoide para la enfermedad de Hodgkin's y otros linfomas malignos. Concomitantemente, los radioterapeutas detectaron las complicaciones agudas y crónicas del tratamiento, ampliando y completando conceptos de la tolerancia a la radiación de varios tejidos y órganos. En muchos casos se reconocieron las complicaciones, como la hepatitis por radiación, la nefritis o la pericarditis por radiación, los cuales fueron prontamente estudiados, por lo que se hicieron modificaciones a la técnica, y lograron mitigar o eliminar problemas.

El armamento radioterapéutico actual, incluye una extensa variedad de fuentes de radiación, en suma: el acelerador lineal, los aparatos de co-teleterapia, capaces de proveer rayos "X" externos y emisiones de rayos gamma, implantaciones intersticiales, cápsulas intracavitarias, agujas, tubos, fibras y otros mecanismos que contienen isótopos radioactivos naturales o artificiales que permiten modular la intensidad, la deposición localizada alta de la radiación ionizante a varias profundidades del tejido.

Varias técnicas han sido introducidas al permitir que los receptores sean localizados dentro del tumor y que, su distribución física sea evaluada y ajustada si es necesario.

La radioterapia curativa ha recibido muchos años de desarrollo, después de haberse levantado de la infortunada reputación que adquirió durante las primeras décadas de este siglo. Durante ese tiempo muchos médicos concluyeron que la radioterapia tenía utilidad como una forma de tratamiento paliativo pero no de un potencial curativo. Lo cual fue desmentido en la era del kilovoltaje.

Posteriormente en la era del megavoltaje, se mostraron porcentajes de cura, que habían incrementado sustancialmente. Lo cual hizo que el campo de la radioterapia curativa se extendiera a diferentes tipos de neoplasmas malignas que antes por razones técnicas no habían sido efectivamente tratados.

La radiación Oncológica puede citar una extensa y convincente evidencia que justifica el término "cura" con el mismo grado de certeza que la del cirujano, muchos pacientes tratados han sobrevivido durante 25 o más años, por el tratamiento de radiación para el carcinoma cérvico-uterino o para el cáncer de la región de cabeza y cuello, los cuales no han tenido manifestaciones subsecuentes de tumores.

En la transición del kilovoltaje a la técnica del

megavoltaje, ocurrió un incremento en la sobrevida, todavía aún mayor que en la ocurrida en la era del kilovoltaje; la sobrevida aumentó casi el doble. Se trató con este método; el cáncer de nasofaringe, el de cabeza y cuello, y el cáncer en nódulos linfáticos cervicales, debido a tumores primarios en la cavidad oral y en la faringe, éstos pudieron ser erradicados por medio de la técnica del megavoltaje. El cáncer de vejiga y el carcinoma de prostata, en la era del kilovoltaje eran esencialmente intratables por la radioterapia, excepto para paliación, y en la era del megavoltaje pudieron ser tratados (Kaplan, 1979).

Quizá el ejemplo más dramático de mejoramiento en el cáncer sea la enfermedad de Hodgkin's que, en la era del megavoltaje con la ayuda de técnicas de diagnóstico y del desarrollo de mejoramiento de las técnicas de quimioterapia, y radioterapia, logró aumentar al 80% los cinco años de sobrevida que sólo se tenía en el 30% de los pacientes.

La radioterapia también ha sido usada en combinación con la quimioterapia, en una amplia variedad de neoplasmas, lo cual ha reportado mejoras significantes en la sobrevida en pacientes con neoplasmas pediátricos diferentes, (por ejem.: tumor de Wilms, tumor de Ewing y rabdomiosarcoma), tratados por la combinación de estas terapias.

La radiación ha contribuido a un mejoramiento dramático en el pronóstico en niños con leucemia aguda (Kaplan, 1979).

La radioterapia secuencial en combinación de la quimioterapia, han producido reducciones sustanciales en la proporción de pacientes con enfermedad de Hodgkin's avanzada.

2.14. Quimioterapia.

A finales de los 30's y principios de los 40's, se agitaron los ánimos por un excitante descubrimiento, la quimioterapia, que fue creada en la investigación de las drogas que podían curar infecciones; lo cual condujo indudablemente a la búsqueda de drogas para la cura del cáncer.

El descubrimiento de drogas antitumores avanzó lentamente, por la falta de sistemas predictivos análogos a las enfermedades bacterianas, en las cuales las bacterias que causaban la enfermedad podrían ser resguardadas "in vitro" e "in vivo" y en la enfermedad del cáncer no había ninguna bacteria que resguardar. A pesar de este obstáculo las drogas antitumores se fueron desarrollando (Zubrod, 1979).

El tratamiento clásico del cáncer; se derivó del concepto de cáncer como una enfermedad localizada, que diagnosticada tempranamente podría ser curada por cirugía o por radiación. En años recientes ha sido encontrado que el cáncer es con frecuencia una enfermedad sistémica en el momento del diagnóstico, con micrometástasis clínicamente desconocidas cuando se está llevando a cabo el tratamiento

local, por lo anterior; la quimioterapia, la cirugía y la radiación, en combinación, aumentan las probabilidades de control cuando la etapa del cáncer está avanzada. Antes de la quimioterapia, la cirugía y la radioterapia controlaban, alrededor de una tercera parte de los pacientes con cáncer; después de la utilización del tratamiento local (la cirugía), más el uso sistémico de la quimioterapia, la cura ha ascendido a un 41% (op. cit.).

Debemos considerar que el desarrollo de la quimioterapia avanzó lentamente. Las primeras observaciones de los iniciadores de ésta, son interesantes, pues demostraron a la comunidad médica, que las drogas antitumorales reducen el tumor y permiten el mejor control posible de la enfermedad sistémica.

La primera droga antitumor fue probablemente el colchicine. Dioscorides (siglo I D.C.), escribió que él usaba el *colchicum lingulatum* (colchicine), para que el tumor no se propagara. Amoroso (s.f.) demostró que éste combatía la actividad tumoral en animales y, Williamson (s.f.) comprobó que combatía la actividad tumoral en los animales y en el hombre.

El colchicine, así como el colcemido y el ácido trimecolchicinico combaten la leucemia mielocítica crónica, pero no fueron utilizados por mucho tiempo (op. cit.).

La siguiente droga anticáncer fue el arsénico. En 1865

se reportó su efecto en la leucemia, y se documentó la remisión* de un paciente cuyas células blancas totales se normalizaron (op. cit.)

En 1909, Osler, terapeuta realista, aceptó que el arsénico era un tratamiento válido para la leucemia mieloide crónica, más cayó en desuso cuando se descubrieron los efectos de la radiación.

Los efectos del benzol, fueron descritos en 1912 por Koranyi (s.f.), como un buen tratamiento para la leucemia mieloide crónica, pero no alcanzó una popularidad perdurable.

Sir Alexander Haddow (s.f.), y sus colegas, descubrieron la eficacia del uretano, con estudios en animales y después en personas, pero eventualmente su uso fue desapareciendo, pues alteraba la producción de leucocitos (op. cit.).

A mediados de 1940, era claro que las drogas podrian causar regresión en el cáncer humano: estas regresiones fueron parciales y pasajeras, pero suficientes para abrir las puertas a una era de búsqueda hacia más agentes activos. La clave fue el desarrollo de tumores en ratones, en donde descubrieron agentes activos para contrarrestarlos.

*Remisión. Retorno a la normalidad (Dicc. Terminológico de las Ciencias Médicas, México, D.F. 1983).

El trabajo temprano con el colchicine, el arsénico, el benzol, las hormonas y el uretano, proveyó la base potencial y algunos de los instrumentos para la búsqueda de drogas antitumores.

Las primeras drogas importantes fueron los agentes alquilantes, como la mostaza nitrogenada (HN_2 , el mustargen o mecloretamina). El descubrimiento de su actividad antitumoral, fue hecho en Yale por Gilman Goodman, Phillips, Dougherty, y Allen a principios de 1942, quienes trataron con HN_2 .

La cortisona fue uno de los siguientes componentes activo descubiertos. Los corticoesteroides y el ACTH fueron desarrollados a través de estudios en fisiología, sobre la corteza suprarrenal, en la Clínica Mayo. Después de la síntesis de muchos análogos, la prednisona ha llegado a ser el corticoide más usado; actualmente se utiliza el tratamiento de leucemia linfocítica aguda, para el del linfoma histiocítico difuso y otros.

El cuarto descubrimiento de agentes curativos fue otro antimetabolito, la 6-mercaptopurina (6-MP, Puri-nethoil). Este es uno de los dos agentes curativos, (el otro es el 5-fluoracilo). La mercaptopurina, tiene actividad en

*Neoplasma. De neo, nuevo y el gr. plasma, formación (Dicc. Terminológico de las Ciencias Médicas).

leucemias agudas; actualmente se utiliza en leucemias linfoblásticas y mieloblásticas agudas (Bakemeier, 1980 y Zubrod, 1979).

La quinta droga fue un antibiótico, la actinomicina-D (dactinomicina). En 1940, en una investigación de una droga antituberculosis, se prepararon una serie de actinomicinas. En 1949 se reportó la actividad antitumor de la actinomicina. En el presente se usa en regímenes curativos del coriocarcinoma, el tumor de Ewing, el tumor de Wilm, el rhabdomyosarcoma y el cáncer de testículo.

La L-asparaginasa fue descubierta en 1904. Su relación con la quimioterapia fue descubierta hasta 1953. En 1957 se investigó su efectividad en tumores de ratones. Su efecto en el hombre fue demostrado hasta 1967. Actualmente se utiliza en combinación con otras drogas para el tratamiento de leucemia linfoblástica aguda y se encuentra en investigación para determinar su uso más apropiado (Bakemeier, 1980 y Zubrod, 1979).

Después de 1955, se descubrieron diferentes drogas, algunas son importantes agentes cancerígenos y sólo dos de ellas han comprobado contribuir a la curación, los alcaloides de la vinca (la vinblastina y la vincristina), y la procarbina (matulane).

La vinblastina es usada sola o en combinación en la enfermedad de Hodgkin, el coriocarcinoma y el cáncer

testicular no seminomatoso. La vincristina, es parte de las combinaciones curativas en la enfermedad de Hodgkin, en neuroblastomas, tumores de Wilms y sarcomas (Bakemeier, 1980 y Zubrod, 1979).

Existen otros medicamentos importantes que han sido rápidamente clasificados como curativos, éstos son: la citocina arabinosida (ara-C), las antraciclinas, la bleomicina y el cisplatinum.

El ara-C, actualmente es usado en la inducción de remisiones de leucemias mieloblásticas agudas, a menudo utilizada en combinación con otros metabolitos.

Las antraciclinas principales son: la daunomicina y la adriamicina.

La daunorubicina es útil en el tratamiento de las leucemias linfoblásticas y mieloblásticas agudas, (puede ser cardiotoxica).

La adriamicina es una droga de amplio espectro, particularmente útil en el tratamiento de sarcomas, en el carcinoma de mama, en linfomas y en leucemias agudas (op. cit.).

La bleomicina es el producto de un brillante trabajo japonés, realizado de 1955 a 1966. La bleomicina no es un producto químico, sino una mixtura de numerosos

componentes, es utilizada actualmente en el tratamiento de carcinomas escamosos, linfomas y carcinomas testiculares (Bakemeier, 1980 y Zubrod, 1979).

El cisplatino descubierto en 1965, en estudios sobre los efectos de los campos eléctricos en bacterias. En 1969 mostró ser un agente antitumor. Esta droga es promisoriosa en tumores testiculares exceptuando el seminoma, se utiliza en combinación con la bleomicina y la vinblastina. Tiene actividad en el sarcoma osteogénico y el carcinoma de vejiga (Bakemeier, 1980 y Zubrod, 1979).

El 5-fluoracilo, fue sintetizado en 1958 y ha demostrado ser un importante componente en el tratamiento de adenocarcinomas, y usado en combinación como tratamiento coadyuvante en cáncer de seno.

En 1956, Farber y colaboradores, fueron los primeros en sugerir que las drogas podían ser utilizadas en controlar el lapso metastásico, cuando el tumor primario ya había sido tratado con cirugía y radioterapia; este trabajo motivó muchas investigaciones que han provocado los actuales modelos de quimioterapia adyuvante, para el tratamiento de diversos tipos de cánceres.

A partir de los años 50's la iniciativa, el intercambio entre investigación básica e investigación clínica y los tratamientos controlados, fueron (y son todavía) las características principales del modelo de desarrollo de la

quimioterapia. (Cuadro 1). "Nada, o casi nada ha quedado por ensayar para intentar influir, con los medios terapéuticos de que se dispone, el cuerpo y el pronóstico de las neoplasias" (Bonadonna y Robustelli Della Cuna, 1985).

La mayor parte de los datos farmacológicos obtenidos en el animal experimental que puedan significar una posible eficacia terapéutica en el hombre han sido ensayados mediante rigurosos modelos experimentales. En los últimos años, en el tratamiento médico ha sido introducido activamente a través de una planificación controlada, en la compleja estrategia terapéutica de diferentes tumores malignos del adulto y del niño.

Cuadro 1. Evolución histórica de la oncología médica en este siglo.

PERIODO	SUCESO PRINCIPAL
1946-1960	<ul style="list-style-type: none">-Desarrollo de la monoquimioterapia, principalmente sobre bases empíricas.-Definición de los parámetros de estudio de un nuevo fármaco - activo: criterios de respuesta terapéutica, toxicidad, estado de validez, dosis óptima tolerada.-Primeros resultados favorables en el tratamiento de las leucemias y de los linfomas. Resultados en general pobres en los diferentes tumores sólidos.
1960-1970	<ul style="list-style-type: none">-Desarrollo de los estudios de cinética celular e introducción de algunos conceptos de cinética en la quimioterapia clínica.-Ampliación de las bases experimentales de la quimioterapia clínica.-Introducción del concepto de farmacocinética en la quimioterapia clínica.-Primeros desarrollos de la poliquimioterapia.-Introducción del concepto de estudio prospectivo y randomizado como elemento esencial para el progreso terapéutico-Notable mejora en el tratamiento de las leucemias agudas y de los linfomas (conceptos de determinación de estadio, remisión completa, curación y poliquimioterapia cíclica); progreso considerable en la quimioterapia de algunos tumores sólidos (sobre todo infantiles).
1970-1980	<ul style="list-style-type: none">-Desarrollo del concepto de enfermedad mínima residual y de la estrategia terapéutica multidisciplinaria.-Primeros resultados favorables con quimioterapia coadyuvante, sobre todo en los tumores infantiles, en los linfomas y en el carcinoma de mama.-Aplicación en algunos tumores de poliquimioterapias sin resistencias cruzadas (secuenciales o alternantes) y primeros resultados favorables en la enfermedad de Hodgkin.-Desarrollo de la inmunoterapia experimental y primeras experimentaciones terapéuticas en algunos tumores humanos con resultados controvertidos.-Constatación de efectos tóxicos tardíos tras quimioterapia; en particular, aparición de segundos tumores en pacientes con largas supervivencia y tratados con alquilantes y procarbazina.-Selección de los tratamientos endocrinos en base al estado de los receptores hormonales.-Perfeccionamiento de la terapia de soporte (antifécticas, analgésica, dietética, psicológica) y de rehabilitación.-Formación de personal paramédico especializado en Oncología.

3. ASPECTOS ETIOLOGICOS DEL CANCER

Analizando los éxitos o los fracasos en el manejo del cáncer, se encuentra la importancia del papel jugado por el médico o los médicos que se ocuparon de la enfermedad en sus comienzos, y su influencia, es decisiva en los resultados finales. También se ha encontrado en la revisión del desarrollo de la medicina del cáncer que; "donde la inexperiencia y el derrotismo pueden fallar, las ideas inteligentes, rápidos tratamientos competentes, y una actitud de esperanza y comprensión pueden tener éxito" (Ackerman y Del Regato cit. por Rubin, 1980).

En todo el desarrollo de la evolución de la medicina, surgieron diferentes especialidades de acuerdo a las enfermedades y situaciones particulares que lo necesitaban, y por supuesto, la medicina del cáncer no podría ser la excepción por lo que surgió, la ONCOLOGIA, que es el estudio de las enfermedades neoplásicas* (Rubin, 1980).

Las células cancerosas pueden multiplicarse en cualquier parte del cuerpo y, siendo este estudio sobre el cáncer mamario, se deducirá que la localización será en la glándula mamaria.

La oncología se refiere al "problema del cáncer" (op. ...

*Enfermedades neoplásicas, enfermedad en la que una célula madre sufre un cambio genético de naturaleza tal, que se multiplica ilimitadamente (Dicc. Médico Familiar, 1981), también se describe del latín neo-nuevo y del griego Plassein-formación; es decir, formación de tejido nuevo de carácter tumoral (Dicc. Terminológico de Ciencias Médicas, 1983).

cit.) una gran variedad de tumores de naturaleza maligna. La mayoría de las personas piensan que el cáncer es un solo tipo de enfermedad; más el término "cáncer" no es unívoco, pues abarca más de 200 tipos de enfermedades diferentes. La enfermedad se desarrolla en cualquier tipo de célula o tejido; sangre, piel, glándulas u órganos; en cualquier edad, pudiendo invadir en forma característica tejidos vecinos por extensión directa, o diseminarse a través del organismo por vasos linfáticos o sanguíneos.

Las muertes acaecidas a consecuencia del cáncer, son menores que las sucedidas por enfermedades cardiovasculares y renales. Únicamente son tres tipos de cáncer (los del pulmón, mama e intestino grueso), los responsables de la mitad de todas las muertes que por cáncer tienen lugar en los países occidentales (Bayer, 1985); sin embargo, las incidencias de los diversos tipos de cáncer están en constante evolución en todo el mundo, "mientras los índices de mortalidad por cáncer de estómago descienden, la mortalidad por cáncer de pulmón aumenta en un 76% para el hombre y en un 135% para la mujer" (O.M.S., 1985), debido en gran parte al mayor consumo del tabaco.

"Las características e incidencia de una enfermedad maligna, varían con el sexo, edad, raza y ubicación geográfica. Las mujeres tienen mayor predisposición a desarrollar cáncer que los hombres" (Rubin, 1983).

"En el sexo femenino, las neoplasias más comunes son:

mama, colon, útero y piel; en el sexo masculino: pulmón, tracto gastrointestinal, piel, prostata, cavidad oral, laringofaringe y vejiga" (op. cit.).

"Las probabilidades de sufrir cáncer, van aumentando con la edad y, al ser mayor el número de personas que alcanza la vejez, automáticamente aumenta la proporción de población situada en el grupo de riesgo elevado" (O.M.S., 1985). Algunos observadores creen que este factor explica en gran parte el aumento que se observa en las cifras de mortalidad, y para otros contribuye también, el hecho de que actualmente se notifica con mayor precisión la causa de la defunción; otros piensan que aún cuando la incidencia puede haber aumentado, la mortalidad ha disminuido gracias a los progresos del diagnóstico y del tratamiento (O.M.S., 1985).

En cuanto a la raza y a la ubicación geográfica se refiere, en el mundo mueren aproximadamente 4,300,000 personas víctimas del cáncer y un poco más de la mitad de ese total corresponde a los países en desarrollo. A partir de los 5 años de edad, el cáncer es una de las tres causas de defunción más frecuente tanto en los países desarrollados como en los que están en desarrollo. Sin embargo, la pauta de la enfermedad no es la misma en todas partes (Stjernsward, et al., 1985). Por ejemplo, el tipo de cáncer que aparece con mayor frecuencia entre los hombres de Asia Sudoriental es el cáncer de la boca; en tanto que en Africa, el cáncer hepático es el que predomina; en América

del Norte, el cáncer del estómago no es tan frecuente, en cambio, es preponderante en la URSS y en el Japón (Parkin, citado por Stjernsward, 1985).

La distribución de la enfermedad está también cambiando en muchos países en desarrollo. Así, en el período comprendido entre 1960 y 1962, los distintos tipos de cáncer ocupaban el sexto lugar entre las causas más importantes de mortalidad en el condado de Shangai (China) mientras que entre 1878 y 1980 habían pasado a ocupar el lugar principal (Stjernsward y Cols., 1985).

Como ya hemos visto, existen teorías acerca del origen del cáncer, que abarcan desde la predisposición genética (herencia, edad), hasta los estilos de vida (alimentación, ubicación geográfica, sexo, drogas, comodidad estética, estrés, hábitos, costumbres) (Diaz, 1980; Rubin, 1980). La causa exacta del cáncer, permanece sin ser determinada, y aunque hay diferencias histopatológicas fáciles de reconocer entre las células normales y cancerosas, han sido determinadas pocas diferencias metabólicas. Aun cuando la estructura bioquímica de los ácidos nucleicos, es similar en los dos tipos de células; existe alguna reducción de proteínas respiratorias, citocromo y citocromoxidasa (Rubin, 1980).

Se han encontrado algunas relaciones entre algunos

productos químicos y el cáncer, como por ejemplo: los hidrocarburos policíclicos a los que se han documentado como factor en cáncer de piel, entre trabajadores industriales de productos petrolíferos. El tabaco, ha sido asociado con el cáncer de pulmón, de la cavidad oral, orofaringe, laringe, esófago y vejiga.

El uranio, estroncio, níquel y berilio, son agentes carcinogénicos en animales, como también son la causa probable del cáncer del pulmón en los mineros. El asbesto contribuye al desarrollo del mesotelioma, en los trabajadores que están expuestos a éste.

Con el aumento de los conocimientos sobre el ADN, los investigadores concuerdan cada vez más, en un origen común en la carcinogénesis, independientemente de que ésta sea viral, hereditaria o relacionada con factores radiantes (Rubin, 1980).

Revisando la literatura, pareciera ser que los acontecimientos ambientales con efectos profundos sobre el funcionamiento fisiológico, pueden influir en el curso de la enfermedad neoplásica "dada la relación entre los sistemas neuroquímico, hormonal e inmunitario; cualquier perturbación en cualquiera de estos procesos podría incrementar ostensiblemente la proliferación de células cancerosas" (Bayés, 1985).

Entre las definiciones de cáncer tenemos:

1. Tejido celular en el que los mecanismos que controlan el crecimiento normal están permanentemente alterados, permitiendo su crecimiento progresivo (Florey, cit. por Terry, 1980).
2. Un grupo de enfermedades de causa desconocida, probablemente múltiple, que ocurre en todas las poblaciones humanas y animales, apareciendo en todos los tejidos compuestos por células con potencialidad de división (McGrady cit. por Terry, 1980).
3. Una enfermedad genética de las células somáticas, que resulta de la mutación de una célula previamente normal, en una nueva célula permanentemente maligna (Burch y Pilot, cit. por Terry, 1980).
4. Una enfermedad de organización tisular, donde no existe "la célula cancerosa" como tal, sino células que se comportan de una manera que es definida arbitrariamente como cancerosa (Smithers cit. por Terry, 1980).
5. Una enfermedad espontáneamente autoagresiva de un tejido iniciada por una mutación genética, ocurrida por azar en una célula madre Burch, cit. por Terry, 1980).
6. El cáncer debe ser considerado como "una anomalía

en la regulación, del crecimiento de las células"
(Bonadonna, 1985).

"Hasta la fecha, no existen definiciones universalmente aceptadas" (Terry, 1980).

Aproximadamente 270 neoplasias humanas han sido reconocidas y definidas histológicamente, pudiendo ser infinito el grado de variabilidad dentro de un solo tumor; sin embargo, es más importante reconocer que la enfermedad que llamamos cáncer, se determina más por el permanente cambio del estado reactivo del huésped, que por las características histológicas de las células cancerosas del tumor. Es decir, que existen tantas neoplasias, como pacientes que las desarrollan. Por consiguiente el cáncer no debe ser mirado como una entidad nosológica, sino solamente como un término tradicional para describir un proceso neoplásico (Op. cit., 1980).

3.1. Detección y diagnóstico

"Las presentaciones típicas, son un bulto o nódulo en cualquier parte del cuerpo, particularmente si es indoloro y aumenta de tamaño lentamente; presencia de hemorragia en orificios, dolor recurrente inexplicable; fiebre recurrente, continua pérdida de peso; infecciones repetidas que pueden o no mejorar con antibióticos, en cuyo caso ameritan un examen físico y una aclaración" (Rubin, 1980). Estos son signos de la enfermedad del cáncer; desgraciadamente el temor al

diagnóstico de cáncer, puede ser una barrera que demore al paciente para consultar al médico.

Todo médico debe saber interrogar al paciente, sobre todo cuando se trata de lesiones localizadas. Un constante estado de alerta logrará diagnosticar la enfermedad oculta en el paciente asintomático. En este estado la terapia será exitosa en la mayoría de los casos.

Es importante lograr una detección temprana, para conseguirla existen algunas pruebas indagatorias efectivas, por ejemplo:

- a) Las pruebas indagatorias de pesquisa, como el Papanicolau, para el cáncer de cuello uterino (Rubin, 1980).
- b) Los procedimientos de indagación, tales como la gastro-cámara (endoscopio) o los fibroscopios que son altamente efectivos para la detección temprana del cáncer de estómago. La utilización de la mamografía para la detección del cáncer mamario es aún controversial, pues existe la hipótesis de que su uso excesivo o su utilización antes de los 35 años, puede ocasionar cáncer mamario (Díaz y Cols., 1980; Rubin, 1980; Harris y Cols., 1985).
- c) Los estudios epidemiológicos, han conducido a un mejor conocimiento de los factores externos que

pueden influir en el desarrollo de la enfermedad, por lo que se ha denominado a las personas como de "alto riesgo" a aquellas que reúnen ciertos factores para desarrollar una enfermedad neoplásica, como son: hereditarios, de hábitos o del medio ambiente. Los cuales deben ser estudiados periódicamente con la idea de diagnosticar la enfermedad en su etapa más temprana.

En cuanto a los procedimientos diagnósticos, es esencial un cuidadoso examen clínico general, una vez que se ha sospechado el diagnóstico, como así también una consulta apropiada (Rubin, 1980), pues desafortunadamente el médico general, en ocasiones, no maneja como debiera la detección clínica a causa de la insuficiente importancia que se le da a la oncología dentro del programa educativo de la medicina general en el mundo.

En caso de que los hallazgos clínicos sean dudosos, se requiere de un seguimiento periódico o de una intervención quirúrgica para establecer o excluir el diagnóstico. La biopsia quirúrgica o la extirpación biopsica (que es la extracción de una porción del tejido dudoso), es el procedimiento más importante para establecer un diagnóstico firme.

Ciertos exámenes adicionales, son aconsejables para

determinar la extensión anatómica del tumor, los cuales son también necesarios para planear el tratamiento y determinar el pronóstico, dichos exámenes incluyen una serie de procedimientos de laboratorio; tales como radiografías, estudios de ultra-sonido, y la tomografía axial computarizada (CAT), la arteriografía selectiva y la centellografía. Los dos últimos son complementarios (Rubin, 1980).

3.2. Clasificación

Ha sido esencial desarrollar una clasificación basada en consideraciones anatómicas e histológicas, para evitar apreciaciones subjetivas que nublen la situación real de la lesión. Los objetivos de la clasificación son los siguientes:

- a) Ayudar a los clínicos en el planeamiento del tratamiento.
- b) Dar alguna indicación del pronóstico.
- c) Ayudar en la evaluación de los resultados del tratamiento.
- d) Facilitar el intercambio de información.
- e) Ayudar en la continua investigación del cáncer.

Existen dos tipos de neoplasias: los tumores benignos y los tumores malignos.

En los tumores benignos, "su forma de extensión es

realizada a través de expansión* en los tejidos con la consiguiente atrofia de los mismos. Generalmente están dentro de una cápsula, pero no en forma invariable (op. cit.).

En los tumores malignos existen tres características, las cuales se escriben en orden ascendente de desarrollo.

- a) La invasión es más importante que la expansión, debido a la diseminación, la cual, constituye el primer paso del desarrollo de las metástasis, y más importante aún, es la penetración en profundidad (Terry, 1980).
- b) La permeación, que es la invasión vascular sanguínea (especialmente a venas) y de vasos linfáticos, seguida del crecimiento tumoral a lo largo de sus luces" (op. cit.).
- c) Metástasis, son crecimientos tumorales separados de la localización primaria. El crecimiento de una metástasis depende de que ésta tenga el medio adecuado para desarrollarse. El hecho de tener células cancerosas circulantes, no significa presencia de metástasis (op. cit.).

3.3. Estadio anatómico

La esencia de una clasificación significativa depende

*Expansión. Volumen del tumor (Oncología Clínica, Cap. II, 1980).

de cuantificar la "extensión de la enfermedad" lo que se hace en tres compartimientos:

- a. T para tumor primario
- b. N para ganglios linfáticos regionales
- c. M para metástasis

Existen cuatro estadios, que indican el avance del tumor primario (T) y/o ganglios (N) y metástasis (M) en los que el número de estadio depende (en orden ascendente) del grado de avance.

3.4. Principios de tratamiento

En un paciente con enfermedad maligna, resulta indispensable que el tratamiento sea llevado a cabo por aquellos facultativos que sean capaces y entrenados apropiadamente.

En medicina hay pocas situaciones donde el procedimiento terapéutico sea tan decisivo para la cura o muerte del paciente.

"El principio terapéutico básico, es curar al paciente con mínimaña funcional y orgánico. La decisión en cuanto a la radicalidad de un tratamiento está determinada por una combinación de factores:

- La agresividad del cáncer.
- La predecibilidad de su diseminación.

- La morbilidad y mortalidad del procedimiento terapéutico.
- El porcentaje de curación ofrecido por el procedimiento en consideración" (Rubin, 1980).

Debido a la gran responsabilidad que es el tratar a un paciente con cáncer, a la diversidad de tratamientos y a lo amplio del estudio oncológico, han surgido subespecialidades en muchas disciplinas, por ejem., la oncología médica, la oncología quirúrgica, la radioterapia, la oncología ginecológica, la oncología pediátrica, etc.

Debemos considerar que "el proceso neoplásico está constituido esencialmente por una enorme proliferación de células y que el tratamiento médico de los tumores persigue el fin de controlar tal fenómeno mediante su destrucción" (Bonadonna, 1985).

4. CANCER DE LA MAMA

4.1 Consideraciones generales.

En México, en orden de importancia, las neoplasias más comunes en la mujer son: cuello del útero, mama, colon y piel.

En los países occidentales, el cáncer de mama, es el "tumor más frecuente en la mujer después de las neoplasias de piel no melanomatosas" (Bonadonna, 1985). En Europa Occidental, "una de cada 14-16 mujeres presenta el riesgo de manifestar clínicamente un cáncer de mama en el curso de una vida media normal" (op. cit.). Mientras que en Estados Unidos de Norteamérica 1 de cada 13 mujeres desarrollará cáncer mamario, según datos de la Sociedad Americana de Cáncer (dato de 1979) (Díaz, 1980), el riesgo es bastante menor en las mujeres negras africanas y en las orientales (sobre todo japonesas) (Bonadonna, 1985).

Un dato curioso, que llama la atención es que la tasa de incidencia sea mayor entre la mujer negra de los Estados Unidos que entre la mujer negra de Africa, y que dicha tasa sea más alta entre las japonesas que radican en Estados Unidos que entre las habitantes de Japón (Miller, 1971).

Los estudios de Buell en California, "mostraron que la primera generación de emigrantes japoneses tuvieron mucho menos mortalidad por cáncer mamario que la población blanca

de California, y que la segunda generación mostró un incremento sustancial de la enfermedad (Bonadonna, 1985). Hirayama subraya la evidencia del incremento de la morbilidad y mortalidad por cáncer mamario en el Japón (Miller, 1971). Posiblemente incrementado por el mayor consumo de grasas.

Es por esto y por otras razones que se ha relacionado la dieta con la incidencia del tumor, a causa de los cambios en los patrones alimenticios correlacionados con factores dietéticos de algunos países (Harris et al., 1985).

La estimación de la frecuencia del cáncer en nuestro país, es difícil de obtener por carecer de estadísticas que informen sobre la realidad del problema.

En nuestro país, de acuerdo con la Dirección General de Bioestadística de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en su publicación para el año 1974, "la neoplasias malignas ocupan el 6o. lugar como causa de muerte. En el año mencionado se registraron 20,912 defunciones por cáncer, en la República Mexicana, correspondiendo el mayor número de casos a las siguientes neoplasias; cáncer de útero, cáncer de estómago, pulmón, linfomas y leucemias; colon y recto, mama y próstata" (Cuadro 2).

Cuadro 2. Neoplasias malignas en los Estados Unidos Mexicanos. Principales causas de muerte, (en ambos sexos).

LOCALIZACION	AÑO 1974	
	NO. DE CASOS	POR CIENTO
Utero	3,060	14.7
Estómago	2,830	13.6
Pulmón	1,888	9.0
Linfomas y leucemias	1,827	8.8
Colon y recto	1,547	7.3
Mama	955	4.5
Prostata	866	4.1
Otros	7,939	38.0
	20,912	100.0

Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos. Dirección General de Bioestadística, S.S.A., 1976.

En 1976, se registraron 11,920 defunciones en el sexo femenino (57%). El cáncer de mama ocupó el tercer lugar como causa de muerte inmediatamente por debajo del cáncer cervicouterino y del cáncer gástrico. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Neoplasias malignas en los Estados Unidos Mexicanos. Principales causas de muerte en la mujer.

LOCALIZACION	AÑO 1974	
	NO. DE CASOS	POR CIENTO
Cuello del útero	1,803	15.1
Estómago	1,412	11.9
Mama	918	7.7
Linfomas y leucemias	812	6.9
Pulmón	615	5.1
Colon y recto	602	5.0
Otros	4,940	48.3
	11,920	100.0

Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos. Dirección General de Bioestadística.

El estudio comparativo de la mortalidad por cáncer mamario en nuestro país en los años de 1964 y 1965 respectivamente, evidencia un aumento en el número de defunciones por esta neoplasia, y una tendencia a incrementarse la tasa de mortalidad en pacientes de edad menor a los 55 años.

En el Instituto Nacional de Cancerología, la distribución porcentual de tumores malignos registrados durante los años 1980 a 1986, se distribuyeron de la siguiente manera: cuello del útero con el 21.9% de la población total; mama, con el 12.9%; piel, con el 8.8%; ganglios linfáticos (secundarios), con el 5.7%; tráquea, bronquios y pulmón, con el 3.9% del total de 16,463 pacientes atendidos durante esos años, (no se incluye cáncer IN-SITU). Ver Cuadro 4.

No sólo en el Instituto Nacional de Cancerología (INC), el cáncer de mama, ocupa el segundo en la morbilidad de la población femenina, sino también es el segundo en los Estados Unidos Mexicanos.

En los Estados Unidos de Norteamérica, "la enfermedad representa la primera causa de muerte por tumor en la mujer, particularmente en las mujeres de edad comprendida entre 35 y 54 años, mientras que en las de edad superior a 55 es la segunda causa después de las enfermedades cardiovasculares" (Bonadonna, 1985). Por esto, el carcinoma de mama es un

problema sanitario de gran importancia, por lo que es de gran valor el educar y fomentar en la población el examen físico mensual en la mujer, para la detección temprana de esta enfermedad, y así prevenir este gran problema de salud.

Cuadro 4. Distribución porcentual de tumores malignos registrados durante los años 1980 a 1986.

DIAGNOSTICO	SEXO		TOTAL	%	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
	M.	F.									
1. Cuello del Utero	3610		3610	21.9	419	513	496	499	482	626	575
2. Mama	12	2115	2127	12.9	207	237	279	286	333	380	406
3. Piel	573	873	1446	8.8	207	193	196	194	210	212	234
4. Ganglios linfáticos	281	665	946	5.7	30	124	94	94	184	206	216
5. Tráquea, bronquios y pulmón	424	224	648	3.9	16	45	73	71	114	156	173
6. Otros	3761	3924	7685	46.8	699	1034	956	955	1208	1408	1381
TOTAL	5051	11412	16463	100.0	1578	2146	2094	2139	2531	2988	2987

Archivo clínico y bioestadístico. Instituto Nacional de Cancerología, 1989.

4.2. Factores etiológicos involucrados.

El estudio de los factores involucrados en la posible génesis del cáncer mamario, da lugar a la integración de grupos de pacientes considerados de alto riesgo para padecer la enfermedad.

La neoplasia de mama es 100 veces más frecuente en la mujer que en el hombre. La edad media de aparición clínica se encuentra en mujeres blancas por encima de los 40 años de edad, sólo en el 2% de las mujeres aparece la enfermedad en edades inferiores a los 30 años. Es más común en mujeres nulíparas o con embarazos a término después de los 30 años; es más frecuente en la mama izquierda que en la derecha, más frecuente en los cuadrantes externos que en los internos. Es más frecuente en mujeres solteras, se puede presentar en mujeres que han tenido menopausia tardía o menstruación precoz, puede ser bilateral sucesivo de un 4 a un 40% de los casos, con mayor prevalencia en los pacientes con historia familiar de cáncer (relación 5 a 1).

Además está relacionada con la exposición a las radiaciones ionizantes, una dieta rica en grasas, la obesidad y el uso prolongado de contraceptivos orales, con la administración prolongada de estrógenos en la postmenopausia y con la enfermedad fibroquística severa. (Cuadro 5).

A pesar de estudios epidemiológicos intensos y de conocerse la forma de distribución en la población, no se ha evidenciado un factor causal común. Entre los factores etiológicos que son investigados, se puede mencionar a los agentes virales, mecanismos hormonales y procesos inmunológicos.

GENETICOS

- * Raza Norteamericana y Norteamericana: riesgo 5-6 veces superior respecto Asia y Africa.
- * Familia Madre o hermana con cáncer de mama, especialmente si es bilateral y en premenopausia.

FENOTIPICOS

- * Menstruación Menarquia antes de los 12 años; menopausia natural después de los 50 años.
- * Embarazos Ninguno o tardío (después de los 30 años)
- * Hormonas Eliminación reducida de metabolitos de andrógenos (etiocolanólona).
- * Otras enfermedades Presencia de mastopatía fibroquística: riesgo cuatro veces superior; ca. endometrio, ca. colon, ca. ovario; obesidad.

AMBIENTALES

- * Radiaciones Mamografías frecuentes utilizando 10-13 rad por examen; la mamografía con 0,5 rad por examen está exenta de riesgo.
 - * Hormonas Administración prolongada estrógenos en la postmenopausia.
 - * Hormonas endógenas No evidencia clara a favor de estimulación tumoral por parte de prolactina o progesterona.
 - * Fármacos No evidencia clara a favor de estimulación tumoral por parte de reserpina o contraceptivos
 - * Dieta Si rica en grasas, puede aumentar la incidencia de ca. de mama.
 - * Virus El papel de los virus oncógenos de RNA, tipos B y C) no está bien establecida.
-

4.3. Detección y diagnóstico.

4.3.1. Detección.

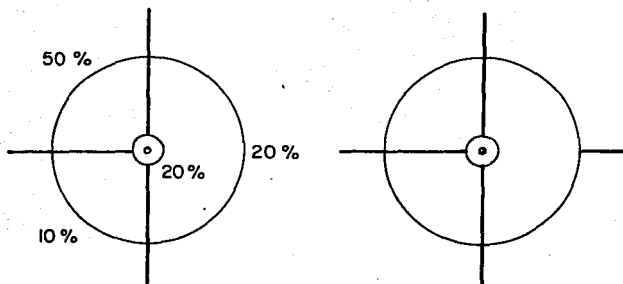
1. La presentación típica temprana, es la de una masa única menor o igual a 2 cm de consistencia dura, de contornos mal delimitados, no fija a la fascia* y/o al músculo pectoral. A medida que el cáncer avanza puede producirse: afectación de la piel que la recubre (fruncimiento), moderada retracción del pezón y adenopatias axilares homolaterales móviles (Bonadonna, 1985; Baulov, 1980).
2. En las formas más avanzadas, la masa tumoral tiene generalmente un volumen considerable mayor o igual a 3 cm, está fija a la fascia y/o al músculo pectoral y a veces a la pared torácica. A la masa suele asociarse edema de la mama, infiltración (piel de naranja) o ulceración de la piel que recubre el tumor, o nódulos cutáneos satélites. Casi siempre existen adenopatias** regionales homolaterales (axilares, supraclaviculares) frecuentemente fijas. A veces hay edema del miembro superior (Bonadonna, 1986)
3. En las formas diseminadas, a la neoplasia locorregional se asocian metástasis a distancia en una o varias localizaciones (hueso, pulmón, hígado o cerebro) (op. cit.)

*Fascia. Cara de músculo.

**Adenopatía. Engrosamiento o crecimiento patológico de los ganglios linfáticos (Dicc. Médico Familiar, 1981).

Detección temprana. Depende del autoexamen de la mama por la mujer, en intervalos mensuales y exámenes anuales por médicos (op. cit.).

Localización. El 50% en el cuadrante superior externo, el 20% en el centro, el 10% en el cuadrante inferior externo y el 20% en los cuadrantes internos (op. cit.) Fig. 1.



Duración clínica. Si el nódulo ha estado presente en la mama alrededor de un mes, la axila es positiva en aproximadamente el 10% de los casos. Si el nódulo ha estado presente en la mama durante 6 meses, los ganglios axilares serán positivos en aproximadamente un 68% de los casos (op. cit.).

4.3.2. Procedimientos diagnósticos.

1. **Un cuidadoso autoexamen de la mama.** El cual consiste en una palpación delicada en diferentes posiciones, búsqueda de adenopatías axilares, supraclaviculares, etc. (Baulov, 1980).
2. **La mamografía.** Técnica de detección que puede localizar neoplasias no palpables. Su precisión va de un 85 a un 92%. El 95% de las mujeres que poseen cáncer detectado por medio de la mamografía, alcanzan una sobrevivencia de 10 años.
3. **La detección masiva.** En mujeres mayores de 50 años de edad, podría ser un intento de pesquisa, sobre todo en grupos de alto riesgo. Por ejemplo:
 - a. En mujeres con historia familiar de cáncer mamario (madre o hermana).
 - b. En pacientes que ya han tenido cáncer de mama (como seguimiento de la otra mama).
 - c. En mujeres con indicaciones tales como un nódulo, dolor, etc.

Relacionado con este punto, existe un "Estudio Epidemiológico basado en 27,000 consultas de Patología Mamaria", (Viaggio, Sanguinetti y Marin, 1984), que se realizó con mujeres que consultaron por presentar síntomas o para su control periódico en estado de salud.

En éste se encontró que sólo el 0.45% de las consultas correspondió a consultas masculinas. El 92% consultó por presentar síntomas o patologías, y el 7.55% en forma preventiva. Lo cual significa que sólo una de cada 10 mujeres acude a médico por un control mamario en situación de salud, por prevención. (Op. cit.).

4. **Xeromamografía.** Este examen puede facilitar la interpretación del diagnóstico; sin embargo, no es tan popular debido a su elevada exposición radiológica (Bonadonna, 1986).
5. Se recomienda la **biopsia escisional** de tumores pequeños e incisión de lesiones mayores con biopsia por congelación (op. cit.)
6. Algunos cirujanos recomiendan la **biopsia por aspiración**, para ciertos tumores operables de mama y ganglios linfáticos positivos (op. cit.).
7. La **teletermografía** es útil para el diagnóstico de las neoplasias mamarias, siempre y cuando no se efectúe aisladamente sino asociada a otros métodos (examen clínico, mamografía, xeromamografía); ya que, "al considerar un aspecto cuantitativo (temperatura), permite únicamente un juicio de probabilidades sobre la naturaleza de la lesión" (Bonadonna, 1985).

En lo que concierne al uso de otros exámenes

radiológicos, la radiografía de tórax y de algunos segmentos del esqueleto (cráneo, pelvis, tercio superior del fémur), constituyen en todos los estadios de la neoplasia mamaria un método diagnóstico fundamental para el estudio de las metástasis (Bonadonna, 1985; Baulov, 1980; Harris, 1985).

Los exámenes de laboratorio tanto de sangre como de orina, son útiles para determinar periódicamente los valores de fosfatasa alcalina (elevada en las metástasis óseas y hepáticas), calcemia y calcinuria (orina de 24 horas después de tres días con dieta carente de leche, huevos y queso) sobre todo en presencia de un carcinoma en fase avanzada (Bonadonna, 1985; Baulov, 1980; Harris, 1985).

Hay que resaltar que, entre los nuevos exámenes de laboratorio están los relacionados con los receptores hormonales y los marcadores biológicos (Bonadonna, 1985; Baulov, 1980; Harris, 1985). "Los receptores estrogénicos (RE) y si es técnicamente posible, los receptores de progestágenos (RPg), deben determinarse en la neoplasia primitiva y controlarse de nuevo cuando aparece una recidiva" (Bonadonna, 1985).

Tanto los exámenes de laboratorio convencionales como los exámenes radiológicos, (radiografía de tórax) y centellografía ósea, deben ser efectuados en el momento del diagnóstico (preterapia) y repetidos periódicamente, como durante el tratamiento médico en caso de carcinoma metastatizado.

4.4. Histopatología.

Se debe aclarar que en las enfermedades de la mama existen dos grandes grupos de lesiones: las benignas y las malignas, y esto debe ser tomado en consideración para el diagnóstico diferencial con el carcinoma mamario (Cuadro 7). Con el propósito de no abundar en este inciso, y por no ser las lesiones benignas el tema principal de este estudio, sólo se explicarán las lesiones malignas; sin embargo se mencionan en el Cuadro No. 6, con el fin de que el lector tenga un esbozo de las mismas.

Cuadro 6. Principales enfermedades de la mama.

LESIONES BENIGNAS	LESIONES MALIGNAS
A. Mastopatía fibroquistica	A. Carcinoma ductal a) infiltrante b) no infiltrante
B. Fibroadenoma	B. Carcinoma lobular a) in situ b) infiltrante
C. Adenosis esclerosante	C. Carcinoma medular
D. Papiloma intraductal	D. Carcinoma coloide o mucinoso
E. Ectasia de los conductos	E. Carcinoma papilar
F. Otras lesiones	F. Comedo carcinoma
. Mastitis aguda	G. Otras lesiones
. Necrosis lipidea	. enfermedad de Paget
	. cáncer inflamatorio de la mama
	. cistosarcoma phyllodes

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

NOTA: Pueden presentarse combinaciones de dos o más de estas lesiones malignas.

En cuanto a las lesiones malignas de la mama, se considera que los diferentes carcinomas de la mama tienden sobre todo a diseminarse por embolismo* a los ganglios regionales. Por consiguiente, la cadena linfática afectada con más frecuencia en un principio es la axilar (55%), seguida de la mamaria interna (25%) (Bonadonna, 1985).

El 75% de los carcinomas de mama son ductales infiltrantes. Los carcinomas medulares, coloidales, comedo y papilares sumados, no alcanzan el 12% del total. El carcinoma lobular "in situ" es altamente curable, su incidencia aún es incierta. La enfermedad de Paget**, ocurre en el 1 al 4% de la población total.

A. Los carcinomas ductales son de dos tipos:

- a) Carcinoma ductal no infiltrante (intraductal in situ).
- b) Carcinoma ductal infiltrante.

En lo que se refiere al primero, tiene una incidencia de alrededor de 4% de todos los carcinomas de mama, pero su frecuencia parece ir en aumento. Aunque a menudo es palpable, frecuentemente se encuentra en el examen histológico de masas extirpadas quirúrgicamente y constituidas por grandes lesiones displásicas (enfermedad

*Embolicismo Obstrucción causada por el tumor.

**Enfermedad de Paget. Manifestación particular del carcinoma de la mama. Se asocia frecuentemente con el carcinoma ductal infiltrante, donde coexisten lesiones eczematosas del pezón, cuyo epitelio contiene nidos de células tumorales (Manual de Oncología, Cap. 32. Bonadonna, 1985).

quistica, adenomatosis, hiperplasia epitelial, etc.) A menudo es multicéntrico (Bonadonna, 1985).

En cuanto al carcinoma ductal infiltrante, se encuentra frecuentemente en invasión en vasos linfáticos y la probabilidad de hallazgo de metástasis es elevada.

B. El carcinoma medular es siempre puro y aparece más frecuentemente en la mitad superior de la mama, con pobreza de estroma, tiene una escasa tendencia a metastatizar en los ganglios (op. cit.)

C. El carcinoma mucinoso, se caracteriza microscópicamente por su nidos y hebras de células epiteliales. Usualmente es de crecimiento lento y puede extenderse en proporciones abultadas. Cuando el tumor es predominantemente mucinoso, el pronóstico tiende a ser bueno (Harris, y Cols., 1985).

D. El carcinoma papilar es raro, es típicamente de lento crecimiento la implicación de nódulos linfáticos no es común, su pronóstico después del tratamiento es excelente (Harris y Cols., 1985).

E. El comedo carcinoma, es una forma de carcinoma intraductal, caracterizado por un crecimiento más sólido en los ductos típicamente acompañados por un detritus central. En la ausencia de invasión, tienen una muy baja probabilidad de involucramiento de nódulos axilares y un excelente

pronóstico (Harris y Cols., 1985).

F. El carcinoma lobular o lobulillar, se origina en los pequeños conductos terminales de la mama. El carcinoma lobulillar in situ representa en la mayor parte de los casos, un hallazgo histológico ocasional asociado a otras lesiones de la mama, benignas y malignas, en el 90% de los casos aparece en la premenopausia.

G. El carcinoma de Paget y el carcinoma inflamatorio representan manifestaciones particulares del carcinoma de mama; en el carcinoma inflamatorio, su carácter inflamatorio clínico, no está sostenido por ningún sustrato morfológico a excepción de fenómenos congestivos linfáticos y hemáticos.

4.5. Síntomas y signos generales.

Los síntomas iniciales son escasos. La presencia de una gran masa axilar o una sensación de pesadez o un dolor vertebral fijo (por metástasis óseas), constituyen el primer síntoma. Por desgracia éstos son síntomas de la enfermedad ya avanzada.

El signo inicial más frecuente (mayor o igual al 80%) es un nódulo mamario, generalmente no doloroso, a veces francamente duro, de márgenes mal delimitados. En el 90% aproximadamente de los casos, el nódulo es descubierto por la paciente. Secreción, erosión y retracción del pezón son

signos iniciales menos frecuentes. La velocidad de crecimiento del tumor es extremadamente variable. Al crecer, la neoplasia produce retracción del pezón, edema de la piel, induración generalizada de la mama, dolor local, aparición de nódulos cutáneos satélites, y ulceración con infección secundaria y hemorragia.

Algunos tumores, como el carcinoma papilar, el carcinoma medular y el cistosarcoma phyllodes, pueden alcanzar grandes dimensiones. Otros, como el carcinoma de Paget se manifiestan en forma diferente, en este caso, se manifiesta inicialmente con prurito y erosión superficial o ulceración del pezón. La lesión se confunde a menudo con una dermatitis eczematosa y ello puede retrasar el diagnóstico de la neoplasia.

En el carcinoma inflamatorio, la masa crece rápidamente y es a veces dolorosa, la piel que la recubre está enrojecida, caliente y edematosa. La progresión de las adenopatías axilares conlleva, en primer lugar, su fijación y, después, edema de la extremidad.

Los dolores óseos secundarios a su diseminación precoz se localizan sobre todo en las vertebrae dorsolumbares, pelvis y costillas, y generalmente preceden a la objetivación por gammagrafía o radiología de metástasis.

Es de suma importancia recoger con precisión los datos

de la anamnesis* concernientes a la menarquia, embarazos y su número, menopausia (natural o artificial), fecha de la última menstruación, historia de enfermedades mamarias anteriores y antecedentes familiares de cáncer de mama.

Después de haber recogido los datos anteriores, el médico debe proceder el examen clínico; en este se observan atentamente las dimensiones y los contornos de ambas mamas, si existe retracción del pezón, edema, enrojecimiento o retracción de la piel, si existe piel de naranja, si hay secreción acuosa, serosa o hemática por el pezón. Durante la palpación es necesario valorar si las cadenas axilares y supraclaviculares son palpables, y se debe valorar el tamaño y la consistencia de éstas, si son móviles o fijas a la piel o a las estructuras anatómicas subyacentes. El examen físico debe completarse dedicando especial atención a tórax (derrame pleural), hígado y localizaciones óseas dolorosas (sobre todo vertebrales). Este examen se realiza por medio de los procedimientos diagnósticos que se explicaron anteriormente.

4.6. Características del tumor.

Estas se basan en la posible relación entre la conducta de los neoplasmas malignos y su grado de anaplasia**. "Los

*Anamnesis. Interrogatorio para conocer los antecedentes patológicos de un enfermo (Dicc. Médico Familiar, 1981).

**Anaplasia. Operación que restaura cierta parte del cuerpo con otra parte tomada del mismo individuo (Gran Diccionario Enciclopédico, ilustrado).

carcinomas mamarios han sido graduados en tres grados histológicos de malignidad, dependiendo de su formación tubular, tamaño de las células, tamaño del núcleo, grado de hiperchromatismo y número de mitosis. Los tumores de bajo grado de malignidad han sido designados con el grado 1 y los de alto grado de malignidad con el grado 3" (Harris, Hellman, y Cols., 1985).

El 69.6% de los tumores son del grado 3, y solo el 2.3% han sido lo suficientemente bien diferenciados para ser clasificados con el grado 1. El resto permanece sin clasificación.

Se debe recordar que existe una diferencia entre estadio y clasificación del cáncer (el cual abarca lo que se define aquí como las características del tumor).

Para designar el estadio anatómico del tumor, se utiliza la clasificación TNM que fue desarrollada en 1973, y representa un acuerdo entre la AJCCS (American Joint Committee for Cancer Staging) y la UICC (International Union Against Cancer). El criterio para T₁, T₂, T₃ y T₄, se basa en el tamaño del tumor y se relaciona con la ausencia o presencia de invasión y fijación a la fascia pectoral y al músculo. El estadio se refiere a la extensión de la enfermedad (Baulov, 1980; Harris et al., 1985).

4.7. Estadío.

El estadío es útil en determinar la elección del tratamiento para cada paciente en particular, estimando su pronóstico (características histopatológicas), y comparando los resultados de los diferentes programas de tratamiento. El estadío del cáncer mamario. Es realizado inicialmente con las bases clínicas, esto es, basado tanto el examen físico como en los exámenes de laboratorio y radiografías (Saulov, 1980).

El estadío está basado en el sistema TNM, que como ya habíamos descrito, la T significa tumor; la N los nódulos o ganglios linfáticos; y la M las metástasis, y el cual se designa como sigue:

Estadío I, II, III y IV. Estos van en orden jerárquico ascendente de acuerdo al avance de la tumoración (T), los nódulos linfáticos (N), y la presencia y extensión de las metástasis (M).

4.8. Tratamiento.

De acuerdo al estadío es el tratamiento a aplicar. "La premisa básica, ha sido por muchos años, que la mayoría de los cánceres de mama se originan en un foco único, que en un periodo no determinado, se diseminan a los ganglios linfáticos de la estación ganglionar más próxima, y que penetran luego en la corriente sanguínea. En consecuencia, el trata-

miento primario consiste en hacer una mastectomía y/o una irradiación del tumor y del drenaje linfático" (Bonadonna, 1985) y posteriormente, la aplicación de quimioterapia y/o hormonoterapia. La aplicación de uno o la combinación de estos tratamientos depende del estadio clínico del tumor, de la edad de la paciente, de la positividad de los ganglios axilares, de la presencia de metástasis y desgraciadamente, también depende del poder económico de cada paciente.

4.8.1. Cirugía.

Actualmente se realizan básicamente 5 tipos de mastectomía:

- Mastectomía radical estándar (Halsted)
- Mastectomía radical extensa (ampliada).
- Mastectomía radical modificada (Patey)
- Mastectomía simple (total)
- Mastectomía parcial (resección parcial de la mama).

a. La mastectomía radical estándar, también conocida como mastectomía tipo Halsted que, como vimos anteriormente consiste en la extirpación en bloque de la mama, músculos pectorales y ganglios axilares. Hasta ahora ha sido el prototipo de las intervenciones quirúrgicas para el cáncer de mama operable.

b. La mastectomía radical ampliada o extensa, similar a la descrita anteriormente pero comprende también la extir-

pación de los ganglios de la cadena mamaria interna (del segundo al cuarto espacio intercostal).

c. **La mastectomía radical modificada.** Este término se ha aplicado a varias técnicas quirúrgicas. La variante más conocida, es la mastectomía tipo Patey, que consiste en una intervención similar a la mastectomía radical estándar, pero conservando el músculo pectoral mayor. Esta operación ha sido más utilizada en los últimos años, por su mejor resultado estético, ya que no produce la depresión supraclavicular originada por la extirpación del músculo pectoral mayor, y por la mejor movilidad del hombro, siendo además, menor la incidencia de edema de la extremidad con respecto a la mastectomía de Halsted.

d. **Mastectomía simple,** que no por su nombre, quiere decir que lo sea. La intervención consiste en la extirpación únicamente de la mama y de la fascia pectoral subyacente y debe asociarse simultáneamente con la disección completa de los ganglios axilares.

e. **La mastectomía parcial,** está dirigida a preservar la mama, y de la cual existen varias técnicas quirúrgicas. La más clásica es la propuesta por U. Veronesi, del Instituto Nacional de Tumores de Milán, para los tumores clasificados como T_1 , T_0-N_{1a} . Consiste en una resección amplia del tumor y del tejido circundante, extirpando un cuadrante completo de la mama (cuadrantectomía) con la porción corres-

pondiente de la fascia pectoral. Tras la intervención, se irradia la mama restante debido a la frecuente multicentricidad de los tumores mamarios (Harris, Hellman y Cols., 1985; Saulov, Bakemeier y Rubin, 1980; Bonadonna, 1985).

4.8.2. Radioterapia.

La radioterapia en el tratamiento del carcinoma de mama puede ser utilizada a tres niveles: terapia postoperatoria, terapia primaria, terapia paliativa (Bonadonna, 1985).

1. **La radioterapia postoperatoria.** Consiste en la irradiación de la pared torácica y de las cadenas ganglionares regionales para esterilizar los microfocos tumorales residuales y prevenir así, la recidiva locorregional.

2. **La radioterapia primaria** se utiliza sobre todo en neoplasias de pequeñas dimensiones.

3. **En la radioterapia paliativa** las indicaciones son las clásicamente utilizadas para todos los tumores radiosensibles en fase avanzada. La radioterapia sobre todo es útil:

- a) En el control de síndromes dolorosos causados por metástasis óseas en diferentes localizaciones.
- b) En el control de síndromes compresivos a nivel supraclavicular, mediastínico y subhepático.
- c) En el control de metástasis cerebrales y retrobul-

bares.

- d) En la supresión de la función ovárica (radiocastración) cuando, por diferentes motivos, no se puede llevar a cabo una castración quirúrgica.

4.8.3. Tratamiento médico.

El tratamiento médico puede ser de dos tipos: la endocrinoterapia y la quimioterapia. La endocrinoterapia ha llegado a ser más específica debido a la introducción sistemática del examen de RE (receptores estrogénicos) y de RPg (receptores para progestágenos). La quimioterapia actual es a base de varias drogas que puede ser adyuvante, neoadyuvante y paliativa (Bonadonna, 1985; Diaz, 1980; Harris, 1985).

A. **Endocrinoterapia.** Clásicamente se clasifica como de tipo supresivo (castración, suprarrenalectomía, hipofisectomía) y aditivo (andrógenos, estrógenos, antiestrógenos, progestágenos, corticoesteroides). Antes de la llegada de la poliquimioterapia, el tratamiento endócrino representaba prácticamente la única forma verdadera de tratamiento médico para el carcinoma de mama en la fase avanzada. En la actualidad, el empleo de la endocrinoterapia es más selectivo si se conocen los RE y los RPg (Bonadonna, 1985; Diaz, 1980).

La castración, en las pacientes premenopáusicas es todavía un tratamiento útil en determinados casos, una vez que se presenta la recidiva. En la mayor parte de los

casos, la respuesta a la ovariectomía es de 4 a 6 semanas (Bonadonna, 1985).

La suprarrenalectomía bilateral y la hipofisectomía (quirúrgica o radiológica) representan formas de tratamiento endócrino hoy prácticamente abandonadas (op. cit.). El motivo reside en el hecho de la morbilidad quirúrgica en las pacientes y que el tratamiento antiestrogénico con tamoxifén, produce resultados similares, pero con menos toxicidad.

La endocrinoterapia aditiva comprende la administración de estrógenos, andrógenos, progestágenos y corticoesteroides. Generalmente, el efecto terapéutico de las diferentes hormonas, sobre todo de los andrógenos, se manifiesta lentamente; por consiguiente, hay que administrarlas durante algunas semanas antes de poder observar, en los casos que corresponden, una regresión objetivable de las lesiones neoplásicas. La duración media de la respuesta al tratamiento endócrino aditivo es aproximadamente en doce meses, mayor para la terapia con estrógenos o antiestrogénos, menor para los corticoesteroides (1-3 meses) (Bonadonna, 1985; Harris, 1985).

B. Quimioterapia. La monoquimioterapia se emplea raramente, ya que la poliquimioterapia es marcadamente superior en lo que se refiere a incidencia, duración de la regresión y supervivencia. La monoquimioterapia se admi-

nistra actualmente sólo si la paciente es de avanzada edad (mayor de los 70 años), si posee una reserva medular reducida por numerosas metástasis óseas y/o previa radioterapia paliativa extensa sobre raquis y pelvis, o bien cuando la neoplasia no se puede controlar con poliquimioterapia (Bonadonna, 1985).

La poliquimioterapia es el tratamiento consistente en la combinación de dos o tres agentes quimioterapéuticos, su aplicación puede ser en forma adyuvante o en forma neoadyuvante en estadios II y III, y en forma paliativa en el estadio IV.

Los esquemas más utilizados para el tratamiento de cáncer mamario, son CMF (ciclofosfamida, methotrexate, fluoracilo); FAC (fluoracilo, adriamicina y ciclofosfamida); AM (adriamicina más mitomicina), o más vincristina (AV), o dibromodulcitol (DAV).

Si por razones diversas (por ejemplo, enfermedad muy agresiva), no se ha utilizado la endrocrinoterapia en la fase inicial del tratamiento, puede prescribirse hormonoterapia después de haber administrado quimioterapia convencional, siempre que no se trate de un tumor con RE negativos (RE-), o sea una paciente postmenopáusica.

4.8.4. Terapia combinada.

Consiste en la combinación de dos o más de los trata-

mientos anteriormente mencionados. La terapia combinada con el estadio inicial (o intermedio), representa no sólo una parcela de investigación clínica productiva, sino tal vez la posibilidad actual más concreta de mejorar la supervivencia global y el porcentaje de curaciones de muchas pacientes con carcinoma aparentemente localizado.

5. REACCIONES PSICOLÓGICAS AL CÁNCER MAMARIO

Al considerar los aspectos psicológicos del cáncer en un paciente, se debe ser consciente tanto del estigma social que el individuo sufre, como de los efectos potenciales que dicha marca tiene sobre las relaciones, la vida laboral y la sensibilidad misma del paciente.

Se ha revisado la evolución histórica del tratamiento del cáncer; sus fundamentos, sus posibles causas y evolución natural; y se ha hecho una rápida revisión sobre el pensamiento metafórico que se ha originado alrededor del cáncer. El paciente que recibe un diagnóstico de cáncer, entra inmediatamente en un mundo de incertidumbre e inseguridad debido a la historia que la enfermedad tiene por sí misma. Por lo que el profesional que la maneja, así como el equipo terapéutico que colabora en los diferentes tratamientos de la misma, debe estar consciente de que no solo está tratando con una enfermedad: un riñón, una mama, una pierna... un cáncer, sino que está tratando a un individuo con sentimientos y reacciones; a un individuo que tiene una historia personal, que siente y sufre y al cual hay que darle apoyo en todos los sentidos. Es importante que se considere a los pacientes como un todo, que no solo se atienda a la integridad física de la persona sino que también, se revise y se apoye su integridad psicológica y social.

Es por esto, que se hizo una revisión médica al inicio del presente trabajo, pues si no se sabe con qué enfermedad se está tratando, y no se tiene una visión verdadera y completa del problema, no se está, por tanto, debidamente preparado para colaborar en su recuperación y apoyo.

La mayoría de las personas asocian al cáncer con la muerte y el dolor. Varias investigaciones han demostrado que la gente teme más a la muerte por cáncer que a la muerte por una enfermedad cardíaca, a pesar de que el doble de norteamericanos muere por un ataque al corazón, que a causa de un cáncer (Sontag, 1985; Butts, 1988).

Los problemas que surgen a la hora de enfrentarse al cáncer no son causales. No debe solo estudiarse la enfermedad y su tratamiento, sino también la estructura de la personalidad del paciente, el tipo de apoyo moral que puede encontrar y la conducta del médico que lo trata, especialmente cuando las reacciones al estrés son de mayor intensidad de lo esperado.

El médico es la primera persona con la cual la paciente y su familia comparten sus temores, su angustia, su ira, desamparo o desesperación. Las exigencias que se le plantean son numerosas, entre ellas figuran el control y el tratamiento de los procesos de la enfermedad. El médico tiene que enfrentarse a la exigencia de quienes tratan de curar, conociendo en realidad que los tratamientos a menudo

intercambian una morbilidad por otra. Y no debe olvidarse que el médico es también un ser humano que reacciona psicológicamente a estas peticiones, con respuestas humanas ante el estrés que representa el trabajo con pacientes oncológicos, lo que significa no solo un reto profesional, sino también personal.

Cuando un paciente ingresa a un hospital de cáncer, (ya sea como externo o como interno), la dinámica familiar se altera de muchas maneras, pues los centros médicos exigen un grado de sumisión en los cuidados, que obligan al paciente y su familia a renunciar a su autonomía. El horario del hospital y de los distintos trámites burocráticos y hospitalarios, para que los diferentes estudios se lleven a cabo, marcan la intromisión de un nuevo patrón conductual, que da lugar a un cambio en el ritmo de vida que no se tenía contemplado y mucho menos planeado. Esto también va a originar otro motivo de estrés en el paciente y su familia.

Hersh (1985), presenta la hipótesis de que se brinde una atención sensible a las realidades del paciente, "trabajando con las familias para mantener en lo posible su contacto activo con los pacientes y esforzándose con éstos para conseguir en cuanto sea posible su autonomía y control, esto tendrá efectos positivos en la calidad de vida que experimentarán todos los afectados".

Hersh menciona, que dicha actitud disminuirá por lo

menos algunos pesimismos que lleva consigo el tratamiento, tales como la depresión, el grado de incapacidad experimentado en el momento de recibir la radioterapia y los efectos secundarios de la quimioterapia (pérdida del cabello, anorexia, náuseas, vómitos y cansancio).

Hasta hace poco, la mayoría del énfasis en el cuidado del cáncer, fue dedicado a los avances tecnológicos que podrían prolongar la sobrevivida, y a proveer el mayor consuelo posible a los pacientes que padecían mucho dolor. También hasta hace poco, se principió a dirigir más interés a las condiciones psicológicas de los pacientes, debido a que pocos profesionales se habían preguntado cuáles "condiciones o experiencias eran percibidas como las más valiosas para que la vida valga la pena vivirla (calidad de vida), y/o las condiciones que eran percibidas como sin valor para hacer el esfuerzo de continuar la lucha (viviendo en un infierno, por así decirlo)" (Shain, 1981).

Cuando el individuo se transforma en paciente, pasa por una serie de etapas:

1. Fase prediagnóstica
2. Fase diagnóstica
3. Fase de tratamiento
4. Fase de seguimiento
5. Fase de recurrencia y su tratamiento
6. Fase paliativa terminal

En las que las fases 5 y 6 no son (afortunadamente), una constante del proceso de la enfermedad.

5.1. Fase prediagnóstica.

La preocupación y conocimiento de los signos premonitorios del cáncer, crean algunas reacciones psicológicas en aquellos que piensan que puedan tener la enfermedad, éstas son de dos tipos principalmente.

a) La cancerofobia. Se caracteriza por asumir cualquier sintoma corporal como un signo de cáncer y buscan que su médico les asegure que ellos no lo padecen.

b) La negación, que se caracteriza por el rechazo de la posibilidad de tener la enfermedad, o por la demora de la búsqueda del diagnóstico, pues temen las consecuencias de la enfermedad, tal temor al fatalismo puede ser resultado de "una experiencia familiar desfavorable, edad avanzada con poco interés en prolongar la vida, anticipados costos financieros prohibitivos u otros antecedentes referidos a problemas de vida o salud que inhiben concentrarse en la enfermedad. Estos últimos individuos tratan de ocultar los signos y/o síntomas de cáncer cuando acuden a realizarse exámenes periódicos, exámenes físicos requeridos por el seguro, etc. (Henderson, cit. en Shmale, 1983).

La ansiedad se inicia, por lo general, desde el momento en que la mujer sospecha o encuentra una protuberancia en su

seno. Su decisión de buscar ayuda médica depende, de varios factores psicológicos y sociales que según Holland y Jacobs (1986), incluyen:

- a) El conocimiento que se tenga sobre el cáncer en general, y
- b) El conocimiento del cáncer mamario en particular.

Su actitud hacia la atención médica y el cáncer, sus sentimientos hacia sus senos, sus patrones habituales para contender (coping) con situaciones estresantes anteriores y, particularmente, la utilización que haga del mecanismo de negación contra la ansiedad; todos estos factores contribuyen a postergar su cita con el médico, lo que Romero (1987), llama el "retrazo al diagnóstico".

Aún así, la necesidad de un diagnóstico generalmente persiste y tarde o temprano, la paciente acude al médico ya sea por decisión propia o por haber sido animada por el esposo, un familiar o alguna amiga.

Cuando existe en la paciente la sospecha de una enfermedad maligna, existen sentimientos de temor y a la vez de esperanza de que sus temores sean erróneos. Es una fase en la que hay una actitud de espera y a la vez de inquietud, en la que se realizan estudios de detección y diagnóstico.

5.2. Fase diagnóstica.

La reacción inicial ante el diagnóstico es predominan-

temente de incredulidad. Sentimientos de shock y de dudas que ello pudiera no ser cáncer, pueden aparecer y desaparecer, o persistir por días" (Schmale, 1980).

Durante la etapa inicial, la mayoría de las pacientes están dispuestas a hablar libremente y con honestidad acerca del diagnóstico; hay un ambiente de optimismo una vez que el shock inicial ha pasado y la esperanza se pone en relieve (Abrams, 1966). La mayoría de las pacientes preguntarán y querrán saber el diagnóstico. "Muchas pacientes querrán saber la verdad" (op. cit.).

Debe tomarse en cuenta que cuando una mujer es examinada, la decisión debe ser tomada de dos formas principalmente:

- a) Por medio de una biopsia tomada por una aguja o con una pequeña muestra del tejido, y
- b) Por una excisión bajo anestesia con estudio transoperatorio.

En la gran mayoría de las pacientes de este estudio, las que su tratamiento inicial es la cirugía, no se tiene el diagnóstico histopatológico, por lo que el mensaje del médico hacia la paciente y sus familiares es: "te tenemos que programar para cirugía y te vamos a quitar esta "bolita", mientras estás dormida se la vamos a llevar al patólogo, él la va a examinar... si nos dice que esta bolita es "buena": cerramos y ya; pero si nos dice que es "mala" te vamos a tener que quitar tu pecho, estás de acuerdo...? A

las pacientes que su tratamiento de inicio ha sido la quimioterapia, cuando se les programa para la mastectomía se les dice que se les va a quitar el pecho y por qué, y se les pregunta si aceptan el procedimiento.

En cualquiera de los dos casos, la reacción ante la posibilidad y/o la seguridad de que padecen cáncer, es de estrés al diagnóstico, que es lo que se denomina como "impacto al diagnóstico", lo cual se tratará más adelante.

El diagnóstico de cáncer, puede despertar en algunas mujeres sentimientos de culpa y angustia acompañados de fuertes temores, mientras que en otras habrá sentimientos de aceptación al ver al cáncer como una enfermedad que puede ser tratada y controlada si se diagnostica en estadios tempranos.

El temor a la pérdida del seno en la mujer dictará su grado de ansiedad, y éste, estará definido por su sistema de valores y el rol que su seno juega en su imagen corporal. En la sociedad occidental, se ha enfatizado mucho el valor de los senos, la prueba está en todas partes: modas, comerciales, revistas de hombres y mujeres. De acuerdo a Margaret Mead, los senos son tan idealizados que son el primer recurso para la identidad femenina en los Estados Unidos (U.S. Dept. of Health Education, 1985).

5.3. Fase del tratamiento.

El tratamiento inicial del cáncer, es dado por uno o más especialistas o clínicos: el cirujano para la cirugía, el quimioterapeuta para la quimioterapia y el radioterapeuta para la radioterapia; lo que significa que la paciente estará a cargo de un equipo terapéutico formado por los ya mencionados. Generalmente están coordinados por el médico cirujano aun cuando, el médico de cabecera deje de ser el cirujano, dependiendo del tratamiento que en su momento esté recibiendo la paciente, (quimioterapia o radioterapia).

"El primer curso del tratamiento es esperado con gran ansiedad, especialmente si es quirúrgico" (Schmale, 1980). Cuando el tratamiento es quirúrgico, la paciente es "generalmente informada de que el campo abarcado no puede conocerse con seguridad, hasta que biopsias adicionales puedan ser efectuadas" (op. cit.) Cualquiera que sea el tratamiento, hay grandes esperanzas de que el primer tratamiento será el único, y el resultado del mismo será la curación. Algunas verán en forma pesimista el probable resultado, sin interesarles cuán favorable sea el pronóstico, tal vez protegiéndose, con esta actitud, de una desilusión si el resultado del tratamiento no es favorable.

El tratamiento actual del cáncer mamario está determinado por el grado de avance local de la enfermedad (estadio), la edad de la paciente, la capacidad económica y

por supuesto, su consentimiento para efectuar cualquier procedimiento.

En muchas ocasiones, el tratamiento prescrito es la combinación de dos o más métodos curativos. Por lo que se considera conveniente, revisar los aspectos psicológicos por los cuales atraviesa la paciente, en cada uno de estos tratamientos.

5.3.1. Cirugía.

Aunque la cirugía es potencialmente "la causante del mayor grado de inmediato malestar e invalidez, la cirugía es tolerada porque la mayoría de las pacientes consideran el hecho de cortar y remover tejidos, como el más permanente y completo tratamiento" (Schmale, 1980). Cuando una paciente se enfrenta a la opción de la cirugía de mama, las respuestas son muy variables. Desde el temor a la anestesia, hasta los resultados de la cirugía, por ejemplo: si se le hará una mastectomía o no.

La mayoría de las mujeres, ya han tenido relación con anteriores hospitalizaciones, debido a sus partos o a alguna cirugía menor, y estas experiencias previas van a influir en parte, en sus sentimientos sobre su acogida o rechazo a la hospitalización.

A pesar de los avances en los métodos anestésicos, las pacientes aún sienten el temor de "quedarse en la plancha",

enfrentando así, no solo la equivalencia de cáncer = muerte, sino también la posibilidad mediata de morir en la operación. El médico cuidadoso deberá aclararle a la paciente que esa posibilidad es remota, debido al mejoramiento en la aplicación de la anestesia.

Sin embargo, mientras esto ocurre, en cuestión de segundos la paciente ya se formuló algunas preguntas - sobre... quién cuidará a su familia?... quién cuidará a sus hijos?, ... cómo va organizarse mientras ella está hospitalizada?, ... cómo va a solventar los gastos?

Las respuestas de estrés que ocurren en los días anteriores a la cirugía se denominan como síndromes psiquiátricos preoperatorios. Estos están caracterizados por la presencia de ansiedad situacional, depresión o la mezcla de ambos. En la forma aguda, las pacientes pueden ser incapaces de ejecutar tareas diarias, padecer de insomnio, anorexia y pérdida de peso. La respuesta tiene fases caracterizadas por negación y angustia emocional. En algunas ocasiones el nivel de ansiedad es tan alto, que puede interferir con un discernimiento razonable para aceptar el cuidado médico apropiado (Holland y Jacobs, 1986).

La clave del manejo en el estrés preoperatorio está en la comunicación, en el acercamiento, la confianza, el interés y la buena voluntad que el cirujano comunique a la paciente al proporcionar la decisión del tratamiento, sus

opciones y al contestar sus preguntas.

Después de realizada la cirugía aparecen los síndromes postoperatorios, que pueden ser de dos clases: respuestas de estrés y el delirium/psicosis postoperatorio (que es una complicación muy seria que ocurre en el periodo postoperatorio inmediato, ocurre rara vez).

Los problemas más comunes son reacciones de estrés transitorias causadas por la pérdida de una parte del cuerpo llena de significado y la readaptación al rol sexual y social. La mastectomía radical produce inhabilidad funcional temporal del brazo del lado operado y desfiguración de la pared torácica, aun cuando ahora, la remoción de tejido mamario es menos extensiva.

La mastectomía produce gran desfiguración de la pared torácica y, la ausencia de la mama, produce una sensación de pérdida de una parte del cuerpo la cual, tiene un significado emocional; tanto en relación al atractivo y la sexualidad, como a la crianza. La respuesta postoperatoria más común es una forma de pesar. Las pacientes responden mejor, cuando ellas ya están preparadas para el hecho de que, en este periodo, ellas pueden padecer de "melancolía", llorar intensamente y sentirse más ansiosas y deprimidas durante unas pocas semanas después de la operación (op. cit.).

Las pesadillas pueden ser atemorizantes y reflejar miedos no expresados: de daño corporal y de muerte y/o temor

al rechazo de la pareja sexual. Esta es la ocasión en la que el cirujano debe brindar más apoyo. El es la figura clave de ayuda, por lo que debe estar preparado para aceptar como una forma de apoyo, la angustia de la paciente y en algunas ocasiones su hostilidad (Schmale, 1980; Holland y Jacobs, 1986).

Cuando está efectuada la mastectomía, su impacto está relacionado tanto a la etapa de la vida en la que esta cirugía ocurre, como a qué tipo de tareas sociales están amenazadas o se verán interrumpidas. La amenaza a la femineidad y a la autoestima ocurre en todas las mujeres, pero ésta puede ser mayor para un mujer joven donde su atractivo y fertilidad son primordiales o para aquellas sin una relación sexual íntima. El ambiente personal de la paciente es particularmente significativo en la adaptación a la pérdida.

"El proceso psicológico de perder un seno por mastectomía es idéntico al de perder un ser querido (por muerte o por divorcio). Esta reacción de dolor tiene fases predecibles que son las siguiente: 1) negación, 2) depresión, 3) cólera, 4) aceptación y 5) resolución" (Wabrek y Cols., 1980). El momento de la aparición de este proceso y la rapidez con que la paciente pasa por etapas tan difíciles son peculiares de cada una, y la forma en la que están esquematizadas no se presenta en el orden jerárquico en que aquí se exponen, aún cuando ésta es la manera más común de

manifestarse.

Las dificultades psicosexuales pueden surgir como una respuesta de estrés tanto en la paciente como en su pareja sexual. Una respuesta a la cirugía y/o al estrés emocional que se manifiesta temporalmente en la pareja es tener poco deseo sexual y entonces la paciente puede sufrir una amenaza a su autoestima. La paciente que sufre miedo al rechazo, puede ser transitoriamente frígida y distante, como resultado de estos sentimientos.

En ocasiones se crea un círculo vicioso, debido a que en tanto que la paciente necesita afecto y atención sexual, (la cual es fuertemente deseada pero también muy temida), su pareja, por miedo de infligir daño o dolor durante la relación sexual evita las relaciones o experimenta dificultades en su ejecución sexual, dando por resultado la disminución de la autoestima en la paciente. El mejor tratamiento en estas situaciones es la prevención, por medio de hablar y tratar este tipo de acontecimientos con la pareja antes de que esto suceda.

5.3.2. Terapia adyuvante.

La terapia adyuvante después de la mastectomía, puede ser radioterapia y/o quimioterapia; ambas son atemorizantes desde el punto de vista que representan la evidencia de que continúa la amenaza a la vida y de que pueden sufrir otra amenaza a la función e integridad corporal, precisamente

cuando el ajuste a la mastectomía se está completando.

La comunicación dada por el radioterapeuta o el quimioterapeuta en la consulta inicial es crítica para proveer a la paciente, con una correcta información acerca de la necesidad del tratamiento, alternativas, efectos laterales, sus riesgos y beneficios.

La preparación psicológica encauzada hacia el tratamiento, debe incluir: a las enfermeras de piso, al equipo terapéutico y particularmente a la enfermera que va a aplicar la quimioterapia o al operador técnico de la máquina de radioterapia.

Las actitudes y el manejo de todo el equipo clínico, desde la secretaria que saluda a la paciente cada día, hasta el técnico y el médico, deben proporcionar una adaptación positiva en la experiencia del tratamiento de la paciente para colaborar a la disminución de su ansiedad (Holland y Jacobs, 1986).

La radioterapia puede crear una sensación de debilitamiento que podría tener como efectos secundarios, algunos cambios temporales en el humor y la actitud (Golberg, 1988). En sus variadas formas típicas "está el mayor misterio y fantasía puesto que no hay nada que ver o sentir, que indique lo que está ocurriendo durante el tratamiento" (Schmale, 1980).

La radioterapia tiene efectos laterales como por ejem-

plo, cambios en la piel (enrojecimiento, irritación, quemaduras), fatiga, pérdida del apetito y en algunos casos náusea, vómito y diarrea. La fatiga, como una respuesta del cuerpo de intentar reconstruir las células dañadas por la radiación, es uno de los síntomas más difíciles de tolerar para muchas mujeres. La fatiga no significa necesariamente depresión o pérdida de vigor. De hecho, cuando el equipo terapéutico orienta bien a la paciente, esta tolera a la radioterapia de la mejor forma (Scott y Eisendrath, 1986).

En la mayoría de los casos la radiación es proporcionada en pequeñas dosis diarias durante un prolongado periodo de semanas. La paciente y el plan de tratamiento son examinados semanalmente. La angustia psicológica más intensa, es por lo general experimentada al principio del curso de tratamiento, durante el mismo cuando los cambios técnicos son requeridos por reacciones secundarias o extensiones de la enfermedad, y al final del tratamiento cuando los resultados de la terapia son aún desconocidos (Schmale, 1980).

Existe una larga lista de drogas que se utilizan en la quimioterapia, algunas de las cuales, son dadas como primer tratamiento o al comienzo de la enfermedad, pueden usarse solas, en variadas combinaciones o concomitantemente con cirugía y/o radioterapia. Dependiendo del tipo y/o combinación de drogas, será el tipo de reacción a la que la paciente se vea probablemente afectada. "Algunas de ellas, produ-

cen reacciones gastrointestinales durante su administración. Ocasionalmente, como resultado de un síntoma que ha ocurrido como reacción secundaria a la primera dosis de la medicación, la paciente volverá a experimentar el síntoma; por ejemplo: náuseas o vómitos antes de que la droga sea administrada por segunda vez" (op. cit.) A esto se le denomina "vómito anticipatorio" en el cual la anticipación del malestar, aparece cuando la paciente llega a la clínica, o cuando la enfermera comienza la preparación para el tratamiento. "Si a la paciente se le explica previamente sobre las posibles reacciones y que las mismas pueden ser controladas, las posibilidades de que ésta se indisponga y cree o magnifique los síntomas, es reducida" (op. cit).

Las pacientes que están recibiendo quimioterapia y que sufren la pérdida del cabello, están expuestas a tener problemas en su autoconcepto, pues el cabello está asociado a éste y cuando se pierde, se piensa en una imagen alterada del cuerpo, pérdida del atractivo físico que, aunado a la pérdida de la mama, aumenta la sensación de pérdida del atractivo físico y la incorformidad por aparecer diferente a los demás. Cirlot dice que "perder el cabello significa fracaso y miseria" (cit. en Schain, 1981). La pérdida del cabello altera el autoconcepto en diferentes formas: hay una sensación de sentirse y ser diferente a los demás; los sentimientos de vitalidad, sexualidad y estatus se ven afectados, lo que significa que una parte vital y simbólica

de nosotros está débil (Schain, 1981).

Nicholas (1988), en un estudio con pacientes que estaban recibiendo quimioterapia, encontró que además de provocar efectos secundarios físicos (náuseas, vómito, pérdida de cabello, dolor, malestar general y etc.), provocó efectos laterales psicológicos como: tensión, ansiedad, sobresalto, aprehensión y temor en el 60% de la población estudiada (Nicholas, 1988).

5.4. Fase de seguimiento.

La paciente en esta fase, será revisada periódicamente, después de haber completado su tratamiento prescrito, primero en el lapso de un mes hasta cumplir medio año. Después cada tres meses, posteriormente cada seis meses, y finalmente cada año durante el resto de su vida.

Es importante para el médico tratante, asegurarse de que la paciente será seguida por él mismo, o por alguien que se interese y conozca las necesidades de la paciente en el seguimiento. En cada revisión, se realiza una exploración física, exámenes de laboratorio específicos para la detección de cualquier problema posible que pudiera presentarse, y además exámenes de rayos "X".

Anteriormente si la paciente vivía 5 años sin recidiva se creía que estaba curada. Ahora se reconoce que un periodo de 8 a 10 años, es más realista para predecir vidas a largo plazo o una expectativa de vida normal. Así, el

periodo de espera se ha extendido (Schmale, 1980).

5.5. Fase de recurrencia y su tratamiento.

La importancia de regulares y bien programadas visitas de seguimiento es obvia. "El primer signo o sintoma que sugiere una recurrencia puede ser difícil de percibir conscientemente, o una vez percibido puede resultar psicológicamente arduo para el paciente reconocerlo y hacer algo al respecto" (Schmale, 1980).

La posibilidad de una recurrencia fomenta fantasías acerca de insuficiencias físicas y psicológicas, ineficacia del tratamiento previo y de los que proveyeron el mismo. Cuando aparece la evidencia de recidiva, tanto la paciente como los familiares pueden tener una serie de reacciones. La primera puede ser de shock o incredulidad, la paciente tal vez experimente nuevamente sus temores y angustias ante el diagnóstico, que puede ser seguido de sentimientos de ira, culpa o depresión.

Con la recurrencia de la enfermedad, inevitablemente se piensa que, con ella, la cura es más difícil de lograr. Algunas pacientes ven en la recurrencia y/o metástasis, el principio del fin, piensan que nada más podrá hacerse, que la rehabilitación solo fue una tregua. Este es un tiempo penoso que tanto el médico y la paciente deben enfrentar juntos. A este nivel, tanto la paciente como los miembros

de la familia en algunas ocasiones, pueden ser atraídos por las curas alternas, no ortodoxas, y no probadas científicamente, proclamadas por embaucadores tratando de aprovecharse de aquéllos que están esperando milagros.

Es importante que haya establecida una buena relación médico-paciente para que este tipo de situaciones, no "asalten" a las pacientes y/o no colaboren el abandono del tratamiento.

De igual forma, es importante para el médico informar a la paciente de los riesgos y complicaciones que pudieran resultar de cualquier tratamiento específico o de las diferentes opciones que son ofrecidas como la terapia apropiada (Schmale, 1980).

Después de repetidos cursos de tratamiento, con uno o más periodos de vida productiva y confortable, la enfermedad puede progresar a un estadio donde la terapia es dada para disminuir la progresión de la enfermedad, mientras se mantiene a la paciente tan activa y confortable como sea posible. "La mayoría de las pacientes están conscientes de la naturaleza irreversible y progresiva de la enfermedad cuando alcanza este estadio, se les haya o no discutido y explicado" (Schmale, 1980)

Esta es una etapa donde la paciente debe volver a romper con su esquema de vida diaria. Regresar a la rutina del hospital. En esta ocasión se despiertan viejos temores,

sobre la muerte, el sufrimiento, el cansancio que conlleva la enfermedad, así como el temor de ser abandonada por su familia o el equipo médico. De nuevo irrumpe el desequilibrio emocional y económico, lo que produce una sensación de inestabilidad en la paciente y su familia.

5.6. Fase paliativa terminal.

"Cuando la muerte está cerca, uno de los más grandes desafíos para el médico y familiares, es evitar medidas heroicas no confortables; manteniendo a la paciente tan cómoda y consciente de sí misma y del medio ambiente como ésta lo desee" (op. cit., 1980).

La preocupación principal de la mayoría de las pacientes que reconocen el avance irreversible de su enfermedad, estriba en saber si serán capaces de tolerar las incomodidades físicas y psíquicas. Es importante que a la paciente no se le oculte el pronóstico, sino al contrario, se traten y manejen psicológicamente las emociones y situaciones familiares y personales de la paciente, para que de esta manera, la paciente resuelva los problemas no resueltos y concluya su vida felizmente o de la mejor forma.

6. IMPACTO AL DIAGNOSTICO

El impacto al diagnóstico sucede en el momento de la comunicación del diagnóstico, donde el shock, la perplejidad y la negación, constituyen una respuesta inicial frecuente (Holland, 1989).

Se ha comprobado que en este periodo se produce gran estrés, como lo muestra un estudio comparativo realizado por Cohen y Cols., (1989), efectuado en mujeres suecas y estadounidenses. En el cual se encontró que más de la tercera parte de las pacientes en cada país, decían haberse sentido abrumadas; en un porcentaje similar, las pacientes de ambos países habían experimentado shock; el 25% de las pacientes suecas y el 15% de las estadounidenses reportaron haber estado extremadamente ansiosas, el 22% de las dos poblaciones informó haber estado deprimida. Pocas pacientes en cada país respondió con negación: 5 y 8% respectivamente.

El diagnóstico de cáncer provoca un número de respuestas tales como miedos de vivir y de morir, vulnerabilidad, y una mezcla de esperanza y desesperanza. Esta enfermedad ha sido asociada con la desfiguración, el dolor, crisis financieras, trauma emocional, pérdida de las funciones corporales y la muerte (Tombrink, 1987).

Es característico que en el impacto al diagnóstico se

refleje una angustia aguda, que va disminuyendo a medida que la persona retorna a su actividad normal.

Esta angustia emocional, es una respuesta normal al evento catastrófico que representa el diagnóstico de cáncer. Sin embargo, se deben entender los factores médicos, psicológicos y sociales que rodean a la paciente, para tener así, un mejor esquema que ayude al psicólogo. Para que este pueda predecir y manejar mejor la angustia excesiva que a continuación se define como normal (Holland, Massie y Reed, 1987).

Tanto Shands y sus colaboradores (1951), como Weisman (1979), describieron las angustias como un periodo parecido a la fiebre o "inflamación física"; esto es, una respuesta transitoria (similar a una respuesta febril), que no cubre de consecuencias la salud psicológica de los individuos. Esta respuesta, ha sido llamada por Weisman el "apuro existencial" y representa un periodo durante el cual la persona tiene como objetivo la curación, es optimista, experimenta un deterioro funcional transitorio, utiliza la negación como un mecanismo temporal y contiene activamente con el estrés (Weisman, 1979).

La angustia se disipa en un tiempo de 7 a 14 días, y la adaptación a las malas noticias es vista con la incorporación de un plan de acción (Holland, 1989).

Si se considera, que el diagnóstico de cáncer encara a

la paciente (candidata para la mastectomía), a confrontar con temas como su autoimagen, la identidad y el funcionamiento sexual; lógico es, que la comunicación del diagnóstico cause gran ansiedad en la paciente, y es por esto que puede intensificarse la necesidad de apoyo y comprensión social (Fhachter, 1959; cit. por Butts, 1989).

Conociendo, que al recibir tal diagnóstico se dispara la ansiedad y se presentan nuevos cambios para la mayoría, es prudente saber que no todas las pacientes son afectadas en igual forma. En la investigación con pacientes recién diagnosticados de cáncer efectuada por Worden y Weisman (1984), se mostró que mientras para algunos, el cáncer es una devastadora experiencia; para otros, realiza en forma razonable una buena acomodación a la enfermedad y sus consecuencias. En dicho estudio se formula que el recibir un diagnóstico de cáncer puede ser un estresor significativo para la mayoría de la gente, no sólo como un diagnóstico que lleva consigo implicaciones existenciales, sino también, como portador de efectos laterales angustiantes y complicaciones asociadas con el tratamiento del cáncer que, aunado a posibles perturbaciones en la vida familiar, del trabajo y social, hacen el enfrentamiento con la enfermedad más difícil.

Independientemente de la edad o de la etapa de desarrollo en la que el individuo se encuentre cuando el cáncer se

diagnostique, existen preocupaciones generales para todos los pacientes cancerosos, éstas son:

- a) Miedo a la muerte
- b) Preocupación por la morbilidad asociada a los tratamientos.
- d) Miedo a abandono, y
- e) Temor a la pérdida
 - de la habilidad funcional
 - de los valores sociales
 - de la autoestima
 - de la competencia económica y
 - de los roles familiares (Shain, 1981)

Se ha observado que la muerte y el cáncer son equivalentes para la mayoría de la población y que el diagnóstico enfrenta a la posibilidad real de muerte. Esto cambia probablemente el sentimiento individual de mortalidad por primera vez, en cuanto al sentir general de las personas sobre que el cáncer es algo que les pasa a los demás, no a ellos mismos; y frente a la presencia del diagnóstico, debe encararse con la realidad propia de vulnerabilidad personal. "El potencial siempre presente de la muerte, continúa desde el principio hasta el fin del tratamiento, las remisiones, y aún en el periodo siguiente al pronunciamiento de cura" (Martin, 1982).

Las personas que han sido profundamente religiosas antes de recibir las noticias del diagnóstico, encuentran

consuelo en poner los resultados "en manos de Dios", utilizando su religión y sus creencias para enfrentar la crisis (Holland, 1989).

El diagnóstico de cáncer induce estrés, el cual es causado por las percepciones de la paciente sobre la enfermedad y sus manifestaciones, y por el estigma comunmente atribuido al cáncer. Para la mayoría de los individuos, el interés primario es el miedo a una muerte dolorosa. Todos los pacientes con cáncer temen convertirse en incapacitados y dependientes al tener alterada la apariencia y cambiar la función corporal, y que esto, cause la pérdida de la compañía de las personas que están cerca de ellos. Aunque tales miedos son similares en todos los pacientes, el nivel de angustia psicológica es altamente variable. Esta variabilidad se puede explicar por medio de tres factores: médicos, psicológicos y sociales (Holland, Massie y Redd, 1987).

1. Los factores médicos se constituyen por: el sitio, el estadio, tratamiento, curso clínico del cáncer y presencia de dolor.
2. Factores psicológicos de previo ajuste, como: la habilidad de contender, la madurez emocional, la interrupción de objetivos fijados anteriormente y la habilidad para modificar planes.
3. Factores sociales: tales como la disponibilidad de la familia, amigos y compañeros de trabajo para ofrecer apoyo.

El diagnóstico de cáncer está frecuentemente asociado con el aumento de niveles de angustia en la paciente. Por ejemplo, Peck (cit. por Freidenbergs, 1980) indicó que de un 30 a un 90% de los pacientes de cáncer se encuentran ansiosos, y del 50 al 78% están deprimidos.

Cuando el individuo recibe el diagnóstico de cáncer, se entera que ha ocurrido una recaída, o que el tratamiento ha fallado, muestra una respuesta emocional característica: un periodo de shock inicial y perplejidad, seguido por un periodo de confusión con ansiedad y síntomas depresivos, irritabilidad e interrupción del sueño y del apetito. Se debilita la habilidad para concentrarse y realizar las actividades diarias, y se sufren pensamientos obsesivos acerca del presente y del futuro (Holland, Massie y Redd, 1987; Holland, 1989).

Además de los aspectos universales y existenciales del cáncer que se encuentran en todos las pacientes, siempre hay temas idiosincrásicos que quedan surgir e influir el ajuste a la enfermedad. Por consiguiente, es esencial explorar las respuestas individuales de la paciente para entender lo que está experimentando en conjunto con el diagnóstico y el tratamiento a recibir. Sobre todo en la relación que el impacto del cáncer pudiera tener en la sexualidad de la enferma (Shain, 1981).

Se ha notado, que en el efecto de un rompimiento vio-

lento de la personalidad, el individuo busca integrar la idea del cáncer usando mecanismos de defensa para evitar estar agobiados o abrumados.

La necesidad de asignar una causa a la enfermedad (algunas veces percibida como una retribución por una conducta anterior), a procesar la información, y a negociar con el impacto en las relaciones ocurre por 3 razones principales:

1. Se desconoce el resultado de la enfermedad y consecuentemente, el individuo se encara con el problema del reajuste alternativo a algunas posibilidades.
2. El individuo se ve forzado a intentar ajustarse al mismo tiempo cuando las "energías adaptativas" están ocupadas con la enfermedad, y
3. Tener que integrar a su contexto una relación central con uno o una serie de extraños quienes tienen la vida del paciente en su manos.

Es importante que el médico comunique la verdad a la paciente, que el encuentro inicial cuando el diagnóstico de cáncer se confirma sea una discusión abierta entre el médico y el paciente y, si es posible, también con los familiares. Es durante este momento que el paciente y su familia empiezan a situar su confianza, su fé y confianza en el médico (Martin, 1982).

FALTA PAGINA

122.a la 

7. MECANISMOS DE CONTENCIÓN

El objetivo principal de los hospitales, es el diagnosticar y tratar la enfermedad. Y para muchos pacientes, la enfermedad, es sólo una ligera inconveniencia, ellos se restablecen rápidamente y continúan viviendo con apenas una interrupción; para otros, especialmente para los padecientes de cáncer, el diagnóstico es sólo el principio. Es el inicio del testimonio de la perseverancia y el coraje, que los pacientes con cáncer escriben al contender con una enfermedad, cuyo tratamiento es frecuentemente prolongado y muy incierto.

Pero, ¿Qué abarca la frase: contender con una enfermedad de tratamiento prolongado e incierto?... El mecanismo llamado "contención", no es algo que pueda explicarse fácilmente, se presenta dentro del curso clínico y psicológico de la enfermedad, y dentro de todas y cada una de las etapas por las cuales pasa el padeciente de cualquier tipo de cáncer.

La contención va implícita, en el cómo el paciente se enfrenta con las adversidades físicas y psicosociales que se presentan en los diversos estadios, sin importar que falle o acierte en su intento (Weisman, 1979).

Las variables que contribuyen al ajuste psicosocial en

la enfermedad son: la etapa de desarrollo físico del paciente, el apoyo social y el estilo intrapersonal. Este último describe la personalidad, defensas y estilo de contención que el individuo ya tiene consigo y que utilizará en la enfermedad.

Considerando que en las pasadas dos décadas, se ha incrementado el interés en las respuestas humanas al estrés, es lógico que el estilo de contención también sea muy estudiado, debido a los estrechos lazos que mantiene con el estrés.

Aunque el cáncer es experimentado emocionalmente de diferentes formas en cada individuo, constituye a la vida y a la integridad personal, una amenaza que debe ser encarada por cada paciente. Esto requiere que la persona enferma, dedique sus actividades físicas y cognitivas a preservar su integridad física y psicológica. Por lo que los cambios que se presenten en el curso del existir humano deben ser adaptados.

Esa adaptación es el tema central de la contención. Por lo que es pertinente revisar que, bajo la rúbrica general de adaptación, están incluidas tres características:

Defensa: que abarca aquellas respuestas reflexivas asociadas con peligro y seguridad.

Maestría: que se refiere a realizar con éxito la

reunión de las tareas requeridas.

Contención: que es negociar con lo difícil y lo inusual, en situaciones por las cuales se requiere el desarrollo del manejo de nuevas estrategias y conductas (Rowland, 1989).

La relación entre contender con un problema y defenderse frente a un conflicto psicológico, aun no ha sido aclarado satisfactoriamente. Sin embargo, se puede mencionar que los mecanismos de defensa son parte del diálogo de todos los días y las estrategias de contención son muy nuevas. La contención, basada en lo que se ha o no trabajado bien en el pasado, conduce a estrategias más deseables; mientras que la defensa implica una clase de repetitividad rígida, sin importar el problema. No obstante, la defensa y la contención pueden entrar en acción al mismo tiempo. Un prerrequisito para la contención es tener reconocido el problema que necesita ser negociado. La contención es todo tema sobre corrección estratégica (Weisman, 1979).

Las enfermedades serias, llaman tanto a las defensas como a los mecanismos de contención; la amenaza a la vida como primera preocupación forma una defensa, mientras que la necesidad de nuevas estrategias a causa de las inusitadas demandas del cáncer, convocan a la capacidad de contender.

La defensa y la contención son respuestas separadas e independientes. Ninguna es inherentemente peor o mejor que

la otra, cada una depende de la naturaleza del estrés y pueden ser utilizadas para lograr maestría (Rowland, 1989).

Numerosos autores han tratado de relacionar las características de personalidad con el retraso al diagnóstico en pacientes de cáncer mamario, encontrando que para dicho retraso se había utilizado mecanismos tales como: la negación, la racionalización o la supresión (Glynn, 1987). Shands y Cols. (1951), citado por Friedman y Cols. (1989), encontró que las defensas utilizadas por los pacientes de cáncer mamario son la negación, la evitación y la supresión.

Penman (1980), encontró que contienen mejor las pacientes con cáncer mamario que "taclea" el problema, en comparación con aquellas que contienen evitando confrontar el problema (cit. por Holland, 1989).

La contención busca la resolución de un problema declarado, mientras que la defensa busca alivio por medio de la evitación y la negación.

Existen dos términos muy relacionados con la contención: el estilo y las estrategias de contención.

El estilo, se refiere a la relatividad de soportar y a las formas características en las cuales un individuo responde a las situaciones estresantes, como por ejemplo: la enfermedad (Rowland, 1989).

Las estrategias de contención, son los patrones que emergen como resultado del estilo personal de contender y las conductas representativas, cognición y percepciones empleados para mantener el equilibrio al encarar la enfermedad (Weisman, 1979).

Los estilos de contención de las pacientes con cáncer mamario, han mostrado una extensa variedad. Kats y Cols (1970), estudiaron a un grupo de mujeres que tenían que enfrentarse a una biopsia a causa de una protuberancia mamaria; encontraron que el rezo, el estoicismo y la negación, estaban asociados con bajos niveles de pesar, desesperanza y ansiedad y con pocos casos de anorexia, insomnio y daño en la concentración.

Las estrategias de contención se entremezclan y raramente son encontradas solas, son el intermediario del proceso de contención. Según Weisman (1979), con las siguientes:

1. Buscar más información, (investigación racional). Se refiere básicamente, a buscar o preguntar información acerca un panorama general de lo que se enfrenta y saber lo que se puede esperar y tomar decisiones.
2. Compartir intereses y hablar con otros, (mutualidad). El hablar con otros, ya sea para relajar

tensiones o para establecer una relación de comunicación y confianza.

3. Reirse de algo; hacer menos una situación (revocación de afecto). Algunos pacientes utilizan un sentido del humor falso o una ironía fiera cuando hablan de sí mismos (humor negro), y el cáncer, ciertamente no es un motivo de risa.
4. Tratar de olvidar; ponerlo fuera de la mente, (supresión). La supresión y el desplazamiento son frecuentemente observados en aquellos pacientes que hablan de las otras personas con cáncer, no de sí mismas. Por ejemplo: asistir a un hospital de Cancerología y el paciente de cáncer dice que los demás tienen cáncer..., ¡él no!
5. Hacer otras cosas por distracción, (desplazamiento/redirección). Asistir al cine, al teatro. Ocuparse en algo: tomar clases de macramé, migajón, aerobics, etc. concentrarse más en el trabajo o hacerse de más trabajo.
6. Tomar una acción libre, basada en un entendimiento presente, (confrontar). Requiere de un enfrentamiento con todo aquello que significa tener cáncer y sus posibilidades, seguido de una acción firme y apropiada. Sin esto, el paciente está reducido a la evasión, a la pasividad, a la retirada, a la equivocación o a la impulsividad. Desde luego, no toda acción es apropiada u oportuna y la corrección

es usualmente necesaria de acuerdo a como se vayan presentando los eventos. La corrección por si misma es una acción apropiada, porque es un camino deseable para conformar estrategias.

7. Aceptación, pero se le encuentra algo favorable (redefinición/corrección). El efecto de este mecanismo, es colocar una situación adversa en algo mejor, más benigno y un poco más aceptable. Por ejemplo: una paciente que asistió al grupo Reto comentó: "yo ya tengo 70 años de edad, ya tuve hijos, ya los crié. Con mi esposo, ya no tengo relaciones desde hace mucho tiempo; así es que si me quitan el seno: no tengo nada que perder". El cáncer no escapaba a su atención pero no le causaba alarma.
8. Someterse a lo inevitable; fatalismo, (aceptación pasiva). Este mecanismo generalmente tiene un aire de inevitable, con o sin apatía. donde la pasividad y la indiferencia muchas veces se fusionan.
9. Hacer algo, cualquier cosa, sin importar lo impráctico o temerario que sea, (impulsividad). Realizar regular o impulsivamente actos socialmente inaceptables o temerarios, sin fijarse en las consecuencias o ser incapaz de reprimir tales acciones. El acting out, es un buen sinonimo para esta contención.

10. Considerar o negociar alternativas factibles (si x, entonces y). La corrección y el redefinimiento del curso inicial de la acción, la negociación de alternativas o el zopesar posibilidades, proveen al paciente mejores y más alternativas para contender con el cáncer.
11. Reducir la tensión con exceso de bebidas, drogas o peligros (amenaza a la vida). Dificilmente, a la intoxicación, a la sobrealimentación y al tomar pildoras se le califica como mecanismo de contención; excepto que el usar la bebida, la comida y drogas de una forma regular, excesiva y siempre en ocasiones especiales, revela tensión. A pesar del conocimiento sobre de las complicaciones a las que lleva el alcohol, la obesidad y el abuso de las drogas; las conductas conocidas como "amenazantes a la vida" o los hábitos nocivos, se convierten en un estilo de vida, a pesar del peligro. Su carácter consiste en contender via -alcohol, comida y conducta riesgosa-. Los pacientes que regularmente consumen alcohol, no logran abste nerse; sin embargo los pacientes que han logrado una recuperación exitosa en A.A. rara vez recaen, y parecen contender muy bien con el cáncer, quizá se deba esto a que los famosos doce pasos de los A.A. son buenas estrategias de contención bajo cualquier circunstancia.

12. Retirarse a la soledad: aislarse. Existen muchas formas de aislarse que son comunes después del diagnóstico. Debido a que no todos pueden o buscan compartir sus preocupaciones e intereses. Existen 4 tipos básicos de retiro social:

1. Los solitarios naturales que guardan distancia y disfrutan la soledad.
2. Los que buscan el aislamiento para pensar más las cosas.
3. Los vacacionistas que responden al estrés buscando cambios de paisaje, en vez de negociar el problema.
4. Los soñadores que viven fuera, en una existencia fantasiosa, independientemente de los problemas de cada día y de las exigencias que requieren soluciones prácticas.

13. Culpar a otros o a algo (externalización/proyección). La vida en sí misma no es un modelo de justicia, y algunas pacientes recientes el cáncer como una carga injusta llena de agresiones y daños. Poder dejar esta carga sobre alguna acción o persona, suaviza la ansiedad.
14. Buscar dirección, hacer lo que te dicen (complacencia cooperativa). Hacer lo que te dicen sin insistir en tener más información que la que el

médico puede ofrecer. Este tipo de contención está determinada por los valores culturales. Muchas pacientes, especialmente las más pobres, se muestran agradecidas a cualquier atención que se les brinde, sometiendo a cualquier petición o tratamiento sin preguntar o buscar más información.

15. Culparse a si mismo, sacrificarse o purgar, (masoquismo moral). El masoquismo moral es algo así como un concepto psicoanalítico arcaico, que se refiere a las personas que se victimizan a si mismas, o toleran la explotación sin quejarse, aceptando el cáncer como un castigo.

No todos los mecanismos de contención funcionan en la misma forma para todos los pacientes, los que sirven para unos, para otros no. Y como se puede observar no todos son útiles para enfrentarse bien a la enfermedad.

Derogatis, Abelof y Melisaratos (1979), estudiaron a mujeres con cáncer mamario metastásico y encontraron que aquellas pacientes cuyos patrones de contención incluían la expresión de su angustia emocional sobrevivieron más tiempo que aquellas que suprimieron o negaron su afección.

Weisman y Worden (1976-1977), evaluaron el uso de las estrategias de contención en pacientes de cáncer, durante los tres meses siguientes al diagnóstico. Concluyendo que

las estrategias más efectivas reflejaron una aceptación abierta del cáncer (aceptándolo pero encontrando algo favorable), seguida por las respuestas designadas a negociar con la enfermedad y los problemas prevalecientes de acuerdo a condiciones reales (por ejemplo: "tomar una acción firme basada en el entendimiento", "buscar dirección y obrar con cumplimiento y complacencia). Las estrategias menos efectivas fueron aquellas que enfatizaron retiro, evitación, pasividad, sometimiento, culpa y apatía. Por ejemplo: "ponerlo fuera de la mente", "someterse y aceptar lo inevitable", "retirarse socialmente hacia el aislamiento" (cit. por Rowland, 1989).

Como se ha visto, existen unas estrategias que funcionan mejor que otras, como se muestra en el Cuadro 7.

Cuadro 7.

PREDICTORES DE BAJA CONTENCIÓN CON EL CÁNCER

- Aislamiento social (percibida o actual)
- Estatus socioeconómico bajo
- Abuso de alcohol o drogas
- Historia psiquiátrica previa
- Historia de pérdidas recientes
- Inflexibilidad y rigidez
- Filosofía pesimista de la vida
- Obligaciones múltiples

Tomado de Rowland, 1989. (Pág. 53)

El apoyo social está siendo identificado como un recurso de la contención, y cuando el apoyo es "inadecuado",

la habilidad de contender efectivamente, disminuirá, dando como resultado la reducción del funcionamiento fisiológico o emocional (Smith, et al., 1985).

De acuerdo al apoyo social, es importante considerar dos dimensiones: las diferencias individuales y las transculturales. Existe evidencia empírica de que tanto las variables demográficas como el estatus socioeconómico, la educación y la etnicidad, influyen en un número de variables que incluyen las percepciones del cuidado médico, las percepciones del dolor, las reacciones a la enfermedad y, la estructura y cohesividad de la familia (Butts, 1989).

Por ejemplo: las mujeres musulmanas buscan el significado de su enfermedad en sus pensamientos, acciones y conductas pasadas. Ponen su destino "en manos de Dios", su dolor es una razón insuficiente para buscar ayuda médica, lo que causa un gran retraso al diagnóstico. Ellas ven su cuerpo como un instrumento para tener hijos y nutrirlos no para otro propósito, por lo que los cambios en la sexualidad y en las relaciones afectivas, pasan inadvertidos. Sin embargo esto no influye para que exista una buena contención de estas mujeres. (Baider y Kaplan, 1986).

El apoyo social promueve la recuperación y mejora la habilidad de contender con los daños serios o con la enfermedad (Butts, 1989). Jamison et al. (1978), reportaron que en su estudio con mujeres mastectomizadas, encontraron

un mejor ajuste emocional en aquellas que percibieron más apoyo de sus esposos, hijos, médicos y enfermeras que en aquellas que reportaron bajo apoyo (cit. por Rowland, 1989).

Existen tres facetas esenciales en la contención:

10. Hay un problema reconocido del cual uno busca consuelo, tregua y resolución.
20. Qué es lo que uno hace o no, acerca del problema, esto constituye en cómo uno contiene, y
30. Existe un resultado, el cual, no ofrece garantías permanentes acerca de una efectividad a largo plazo en la estrategia de contención (Weisman, 1979).

Puede ser más fácil cambiar las características de un repertorio de contención personal que cambiar el estilo de respuesta personal.

Existen tres amplias influencias que determinan en la paciente la contención con el cáncer.

1. La naturaleza del estrés:
 - 1.1. El cáncer
 - 1.2. Las variables relacionadas con la enfermedad.
Por ejemplo, sitio de la enfermedad, estadio, tratamiento y curso.

2. Las variables individuales, tales como: en qué etapa de la vida ocurre el cáncer y de qué recursos sociales y emocionales se dispone.
3. El clima socio cultural dentro del cual ocurre el tratamiento y diagnóstico (Rowland, 1989).

Penman (1982), en un estudio con 27 pacientes postmastectomizadas, identificó estrategias de contención tanto adaptativas como maladaptativas. Estudió dentro de la primera semana y al cuarto mes posterior a la cirugía: "atacar o taclear" un problema, racionalizar, evitar, capitular y la mezcla de tensión-relajación. Las mujeres que contendían bien después de la cirugía utilizaron un gran rango de conductas que "atacaban o tacleaban" el problema, mostrando un activo acoplamiento con la enfermedad. A los cuatro meses, las mejores contendedoras mostraron más conductas racionalizantes y tuvieron además menos manifestaciones de angustia. En contraste con las pacientes que contendían pobremente, caracterizadas por utilizar conductas de evitación y capitulación, demostrando más evasión a todo lo relacionado con la enfermedad, y una pasividad aunada a una perspectiva fatalista con respecto a la enfermedad y tratamiento. Las conductas de tensión-relajación fueron utilizadas en ambos grupos.

La familia es un integrante importante del apoyo social, pues sus miembros son los que están más cercanos a

la paciente. Bloom (1982), en un estudio de pacientes postmastectomizadas encontró que la percepción de la cohesividad familiar y la cantidad de apoyo social influyen directamente en la contención, y afectan indirectamente el ajuste a la enfermedad, el cual, se refleja en el mejoramiento del autoconcepto, incrementa la sensación de poder y disminuye la angustia psicológica.

La percepción de la mujer acerca de su rol como esposa en el matrimonio, fluctúa desde ser muy positiva hasta muy crítica, y esto puede ser fundamental para su autoestima; se les puede ver como mujeres que aceptan el apoyo o rechazan cualquier tipo de acercamiento, en otros casos son ellas las que tienen que brindar el apoyo a la familia porque ésta no puede brindar el valor para enfrentar el cáncer (Baider y Kaplan, 1988).

Funch y Mettlin (1982), estudiaron a pacientes con cáncer mamario, evaluando tres formas de apoyo social: el social, el profesional y el financiero. Encontrando que el apoyo social y profesional estaban relacionados positivamente con un buen ajuste psicológico. El apoyo financiero estuvo relacionado positivamente a la recuperación física (cit. en Rowland (b), 1989).

Es importante conocer que, el apoyo que el equipo terapéutico brinda a la paciente es importante para un buen ajuste psicológico a la enfermedad; así como también es

primordial que los miembros del equipo terapéutico manejen una buena contención con el estrés psicosocial que implica el cuidado oncológico (Sparks, 1989; Schmale y Cols, s.f.; Fisher y Wisniewski, 1986).

La satisfacción de las propias relaciones interpersonales en las mujeres mastectomizadas y la habilidad de percibir apoyo de sus familiares, esposo e hijos, así como también de amigos y vecinos, está asociado a un buen ajuste (Taylor y Cols, cit. por Rowland, 1989). El apoyo social, es un fuerte predictor de ajuste psicosocial.

Una razón importante de por qué la contención ha ido ganándose un lugar central en el estudio del estrés y la enfermedad, es por la creciente evidencia de que algunas formas de contención decremantan la morbilidad y la mortalidad por cáncer (Lazarus, 1982). Weisman (1979), se pregunta: ¿quién es el paciente más vulnerable? a lo que él mismo contesta: los síntomas físicos, el estado avanzado de la enfermedad y una proliferación rápida son, por supuesto, signos obvios. Más allá de estos factores, existen los pacientes que nacen perdedores, y piensan que el futuro no va a ser diferente del pasado. Este pesimismo puede estar justificado, pero si se le agregan disgustos pasados que aumentan la angustia y un apoyo social mínimo o cuestionable, es muy probable que este tipo de pacientes, tengan menos energía para negociar con la enfermedad.

Asimismo, cuando existen múltiples obligaciones externas que compiten con demandas de los recursos físicos y emocionales, puede dejar al paciente con poca energía para contender con la enfermedad.

La identificación de dichas obligaciones y la ayuda para minimizar y delegar responsabilidades a otros, puede ser necesaria para liberar a la paciente lo suficiente para manejar sus propios problemas para ajustarse a la enfermedad. Lo mismo puede suceder con las pacientes de bajos recursos económicos, el colaborar a conseguirles una forma ayuda económica, puede ayudarles a contender mejor con la enfermedad.

8. APOYO SOCIAL

El apoyo social, es muy importante para el bienestar de los pacientes, no sólo para aquellos que padecen una enfermedad amenazante a la vida, sino también para los que contienden con enfermedades mortales, como el SIDA, en la que existen altos niveles de angustia psicosocial (Donlou y Cols, 1985). El apoyo social, puede moderar la adversidad médica y psicológica de una enfermedad crónica seria.

El apoyo es un recurso de la contención. El apoyo social, hace que las pacientes se sientan aceptadas sin importar su condición física o psicológica, actúa como un amortiguador contra la intensidad y los efectos negativos de la enfermedad; y provee fortaleza a las relaciones interpersonales (Bloom, 1982).

Bloom, define el apoyo social como un constructo multi-dimensional, que incluye vínculos sociales que refuerzan la sensación de identidad como: apoyo emocional, recursos de ayuda tangibles, información que ayude a proveer dirección y a identificar opciones; y afiliación social como un medio de intercambio de ideas, apoyo y normas de conducta.

El estrés inherente al miedo de dependencia, versus la necesidad de dependencia (surgida después del diagnóstico y

del tratamiento quirúrgico del cáncer mamario), está intrínsecamente relacionado al apoyo social de la mujer (Scott y Eisendrath, 1986).

Las pacientes reportan que el tipo de apoyo más importante es el emocional; el que alguien hable con ellas y las escuche acerca de sus preocupaciones por la enfermedad es importante (Smith et al., 1986).

Dunkel-Schetter mostró evidencia empírica de que el apoyo emocional, puede ser el tipo de apoyo social más útil para los pacientes con cáncer (cit. por Rowland, 1989).

Existen cinco criterios para evaluar el apoyo social:

- El tipo de apoyo que es provisto o necesitado
- El recurso de apoyo (proveedor o proveedores)
- La cantidad y disponibilidad de apoyo
- La calidad y contenido del apoyo dado
- La necesidad de apoyo percibida por el paciente.

Existen diferentes tipos de apoyo, los cuales incluyen:

- a) Area informativa, que se refiere a toda aquella información sobre la enfermedad, que sea brindada a la paciente.
- b) Area emocional-afectiva, que puede ser la más útil de las diferentes clases de apoyo.

- c) Area de recursos tangibles. Se relaciona con los recursos físicos y financieros del paciente.
- d) Area afirmacional. La cual provee una sensación de que nuestros sentimientos son entendidos.
- e) Area de afiliación. Que proporciona una sensación de correspondencia o de sostén de la identidad social.
- f) Area evaluativa. Que se refiere al apoyo que da retroalimentación al paciente (Rowland, 1989b).

Quien provee el apoyo, es otra consideración importante para evaluar el apoyo social. ¿quién es la figura central que proporciona apoyo al paciente?: es un amigo, el padre, esposo, algún miembro de el equipo terapéutico, es otro paciente, un miembro de algún grupo de autoayuda o el grupo mismo, o algún miembro de la familia.

Smith et al., encontraron que para las mujeres casadas, el esposo (o su pareja) fue el recurso de apoyo social más importante, seguido por sus amigos, parientes e hijos. Las mujeres viudas, separadas o divorciadas, percibieron que sus amigos e hijos fueron el apoyo clave, mientras que para las mujeres solteras sus parientes y amigos fueron importantes en proveerles apoyo (Smith y Cols, 1986).

En un estudio realizado por Lieberman en 1982, se encontró que el esposo de las pacientes, es el recurso de ayuda más efectivo para los problemas psicológicos, los amigos ocuparon el segundo lugar, seguidos por los profesionales y los grupos de autoayuda (cit. por Rowland, 1989b).

Es importante conocer la disponibilidad física y emocional de los "miembros clave", ya que en algunas ocasiones, éste no podrá o querrá apoyar al paciente, y entonces habrá que recurrir a otras opciones con el fin de ayudar a la paciente en este aspecto.

También es conveniente examinar la red social del paciente, esto es: el tamaño o número de contactos directos con los que cuenta el paciente, la densidad o frecuencia de contactos, la estabilidad de la red social, la accesibilidad y la reciprocidad (Rowland, 1989b).

En algunas ocasiones la red social de un individuo, se encuentra muy pequeña o limitada; y esto en periodos de crisis, hace que el sujeto se sienta atrapado. Por ejemplo: los pacientes o familias de diferentes grupos técnicos o culturales. Las barreras sociales o de lenguaje pueden evitar que un paciente extranjero obtenga la ayuda que necesita.

También es frecuente que la decepción causada por la retirada de amigos sea particularmente dolorosa, aun cuando se pueda conocer las razones de esta respuesta.

El apoyo social es visto, como el mayor proceso que influye el movimiento hacia la interdependencia (Scott y Eisendrath, 1986). Un tema frecuente de los pacientes con cáncer es sobre la sensación de sorpresa, debido al hecho de los recursos inesperados de apoyo que emergen durante la crisis: un amigo casual puede proveer un apoyo más intenso y personal que el esperado de un familiar cercano.

La disponibilidad de apoyo social depende también, del impacto de la enfermedad (Rowland, 1989b). Cuando el tratamiento o la enfermedad causan un deterioro físico importante o la interrupción de la vida diaria, existe gran restricción en el acceso al apoyo.

La disponibilidad de apoyo social, puede variar como una función de la habilidad para utilizar los recursos que se le ofrecen. La personalidad de la paciente también afecta la utilización de las redes de apoyo (Irwin y Kramer, 1989).

Las emociones de la paciente, pueden obstaculizar la utilización de los recursos de apoyo que se le ofrezcan, ya sea por sentirse embarazada, enojada, ofuscada o confundida sobre el hecho de aceptar ayuda. La paciente puede sentir que necesita ayuda, pero puede ser incapaz o renuente a pedirla o a aceptarla, por miedo de convertirse en una carga. Aunque el enojo puede incrementar la sensación de poder y la voluntad de lucha contra la enfermedad; la

hostilidad puede también, tener algunas desventajas, ya que altos niveles de enojo producen una gran disminución de los apoyos sociales (Rowland, 1989b; Jacoby y Fletcher, 1987; Butts, 1989).

Dentro de ciertos periodos de la enfermedad, la paciente necesitará apoyo social adicional o tipos específicos de apoyo, ya que puede sufrir abruptos cambios en su estatus físico o emocional (por ejemplo: depresión, recaídas o malestares físicos o psicológicos agudos debido a los efectos secundarios relacionados con los tratamientos); o en la transición de un tratamiento a otro (terminación de la cirugía a la quimioterapia); o en el tratamiento del personal clínico (cambio o ausencia del médico primario o de la enfermera a quien ya le tiene confianza o estimación).

Las enfermedades serias de cualquier clase, hacen que la persona enferma necesite incrementar su cercanía con las personas que son importantes en su vida, para contrarrestar los sentimientos de inseguridad y vulnerabilidad (Rowland, 1989b; Bloom, 1982). El apoyo social, reduce la sensación de vulnerabilidad a la enfermedad (Scott y Eisendrath, 1986), y facilitan la activación de estrategias de contención; las cuales a su vez, colaboran al ajuste en términos de recuperación serias, como en pacientes severamente quemados, en pacientes con cirugía reconstructiva vascular y en pacientes con tuberculosis pulmonar (Andreasen y Cols,

1972; Boyd, Yeager, y McMillan, 1973; y Vernier y Cols, 1973, citados por Friedman y Cols, 1989).

La necesidad de apoyo, amor y afiliación; reflejan en parte las reacciones a los efectos de la enfermedad y de los tratamientos y el miedo de que la misma paciente no pudiera tener la oportunidad de ser amada o cuidada por mucho tiempo, (miedo a la posibilidad de muerte).

El diagnóstico de cáncer provoca demandas adaptativas que, pueden hacer a la paciente especialmente dependiente de los apoyos sociales. Durante la enfermedad, las personas tienden a sentir pérdida de control y/o de poder, se inclinan a sentirse inferiores especialmente cuando no pueden ayudarse a si mismas y deben pedir ayuda.

El apoyo promueve la recuperación y mejora la habilidad de las pacientes a contender con enfermedades o daños serios.

DiMatteo y Hays en 1981 (cit. por Butts, 1989), identificaron tres factores:

1. La recuperación física, la cual puede incluir la sensación de bienestar, longevidad y reducción del dolor o requerimiento de medicamentos.
2. La recuperación socioemocional, que incluye reducción de la ansiedad, del miedo y del estrés; así como el incremento de la esperanza de recobrase, y

el aumento de la moral, la autoestima y satisfacción de la vida.

3. La recuperación del rol social, que comprende la continuación de la productividad, la cohesividad y el confort con los miembros de la familia y el cumplimiento con el requerimiento.

Es un estudio realizado con 21 mujeres mastectomizadas, a quienes se les proporcionó apoyo comprensivo, consistente de información, oportunidades de expresión de sentimientos y apoyo de los temas médicos y mentales por profesionales de la salud, tuvieron altos puntajes en la autoestima y en la autoeficiencia; en comparación con grupos de 18 mujeres que no recibieron el tratamiento (Bloom y Cols, 1978).

Uno de los mejores resultados del apoyo social, reside en la calidad de vida que proporciona al individuo (Irwing y Kramer, 1989); contrariamente, cuando existen relaciones sociales desagradables, caracterizadas por tensión, desavenencias y efectos negativos, la calidad de vida se torna difícil y pesada, provocando relaciones negativas.

Los problemas en proveer apoyo, también pueden surgir de la inhabilidad de los proveedores al ofrecer el apoyo necesitado, a causa de limitaciones personales, miedos y preocupaciones, o por carecer de conocimientos o entendimiento de "cómo ayudar". (Rowland, 1989b).

Razones motivacionales e intelectuales, pueden guiar a

los miembros de una red social, a culpar, evitar y rechazar a un miembro de la familia, amigo, o paciente con cáncer. Debido a que en ocasiones es difícil estar cerca de una persona enferma. Es por esto que también es importante, dar apoyo a los proveedores, permitiendo que ventilen sus quejas y preocupaciones, y utilizando recursos extra para el paciente y para ellos mismos cuando sea necesario.

Los grupos de apoyo para esposos, familia y personal médico, son foros importantes para tratar con estos temas (Rowland, 1989b). El estrés de la enfermedad tanto en el paciente (receptor), como en el apoyo (proveedor) precipita frecuentemente realineamientos de vínculos e interacciones, es por esto que es saludable ventilar los problemas y preocupaciones que rodean a la enfermedad.

Maguire y colaboradores (1983), estudiaron a mujeres mastectomizadas asignándoles apoyo por medio de una enfermera especializada. Quien les proporcionó un cuidado físico apropiado, dándoles ejercicios para la movilidad del brazo e información de cómo obtener una prótesis apropiada; también alentó a las pacientes a ver su cicatriz y a discutir sus sentimientos acerca de la cirugía. Enfatizó la necesidad de ser abiertas con su esposo con respecto a sus sentimientos de tener cáncer y apoyó los esfuerzos de las pacientes para que retornaran lo más pronto posible a sus trabajos y actividades sociales. Después de 12 meses, aquellas que

fueron ayudadas por la enfermera, mostraron gran recuperación social, regresaron a su trabajo y se adaptaron a la pérdida de su mamá.

La enfermedad está frecuentemente asociada con considerables dificultades en las relaciones interpersonales, y algunas pacientes pueden necesitar ayuda para no padecer de sentimientos de culpa, pérdida de la autoestima o sentirse compadecidas; por lo que uno de los más importantes "amortiguadores" contra los efectos perjudiciales del estrés de la enfermedad, es la presencia o disponibilidad de personas en el medio ambiente de la paciente con quienes pueda compartir su experiencia.

En sentido opuesto, cuando existe ausencia de apoyo social, o pérdida de una persona significativa quien se aparta durante la enfermedad de la paciente, se agrega un estresor adicional, que puede ser más doloroso que la enfermedad por sí misma.

9. AUTOESTIMA

La autoestima es una variable importante de la rehabilitación (Scott y Eisendrath, 1986). La autoestima es la suma total de todos los sentimientos personales acerca de sí mismo. Es un concepto fluido, dinámico, capaz de cambiar de positivo a negativo y viceversa (Shain, 1981).

Cuando un evento abruma los patrones usuales de la autoestima, se experimenta una sensación de disminución de control, aumento de ansiedad, y el individuo se ve forzado a contender con el estrés (Scott y Eisendrath, 1986).

El sistema de la autoestima, se divide en cuatro grandes componentes:

1. El yo corporal, que se compone de dos factores: el funcional (qué puedo hacer), y el estético (cómo me veo, cómo luzco).
2. El yo interpersonal. Abarca tanto las relaciones sociales y amistosas, como las íntimas, (por ejemplo las relaciones sexuales).
3. El yo ejecutor. Contiene elementos de trabajo o esfuerzos competitivos semejantes a una carrera o escuela conductista.
4. La identificación del yo. Abarca todas aquellas actitudes y conductas que están relacionadas con

materias espirituales y éticas o étnicas (Gates, - 1978, citado por Shain, 1981).

Los cambios corporales pueden amenazar la autoestima e interferir con el placer de las relaciones sexuales. La autoimagen, es una parte integral del autoconcepto sexual. Está formada por autopercepciones y actitudes, así como también del reforzamiento de las evaluaciones de otros comparadas con nuestro propio cuerpo. Estas percepciones están basadas tanto en los atributos físicos objetivos como el significado subjetivo de la parte del cuerpo. Cuando existe una discrepancia entre la percepción corporal actual y la representación corporal ideal, se puede producir una disonancia cognitiva, resultando un concepto distorsionado de la autoimagen. Todo esto provocará disminución de la autovalía y una disfunción en las relaciones sociales y sexuales (Mantell, 1982). La valoración cultural del atractivo físico ha reforzado la importancia de la autoimagen, y cualquier desviación de dicho ideal, tiende a ser socialmente considerado inaceptable.

El sistema de autoestima puede ser fluido o fijo, quebradizo o maleable, y accesible o resistente a la intervención profesional (Shain, 1981). Es por esto, que es importante conocer cuáles experiencias dañan o insultan la autoestima y cuáles son las que hacen sentir bien al paciente y engrandecen su autoestima.

Cuando se diagnostica cáncer mamario, el yo, la sobrevida y la integridad de la mujer son severamente amenazadas. Y, cuando se trata el cáncer mamario, la integridad de la autoimagen se ve seriamente vinculada en el proceso del tratamiento. La pérdida parcial o total de una mama, y la amenaza a la vida, forzan a la mujer a cambiar su autoimagen e incorporar nueva información junto con su evaluación del yo como una persona íntegra y saludable (Scott y Eisendrath, 1986).

Las pacientes con mastectomía total, muestran altos niveles de depresión y poca satisfacción con su autoimagen (Lasry y Cols, 1987). Los sentimientos de desfiguración y la falla para adaptarse a la pérdida de la mama, parecen incrementar el riesgo de desarrollar estados de ansiedad y depresión (Holmberg y Cols, 1989).

Existe la hipótesis, de que los disturbios del trabajo, de la vida familiar y social, así como el ajuste marital y la ocurrencia de ansiedad y depresión se decrecientan, cuando la mastectomía se reemplaza por el procedimiento conservador de la mama (Holmberg y Cols, 1989) versus la hipótesis que sostiene que, tanto la mastectomía total como la parcial, no difieren mucho de la afección psicológica producida en la paciente, y con la ventaja de que la cirugía total ofrece más seguridad de sobrevida.

Levy y sus colaboradores (1989) encontraron que después

del ajuste del estado menopáusico causado por la hormonoterapia, del ajuste a la radioterapia y a la toxicidad de la quimioterapia; el grupo que habia elegido la conservación de la mama, estaba psicológicamente peor que el que habia elegido la mastectomia total. El primer grupo estuvo significativamente más angustiado y deprimido que el segundo, por lo que se concluye que la suposición de que la mujer se encontraria psicológicamente mejor si opta por la conservación de la mama, necesita ser re-examinada.

El autoconcepto, está confusamente definido, por lo que no se cuenta con una definición suficientemente clara que otros puedan verificar o refutar, sin embargo, es importante mencionar que se utiliza para identificar la manera según la cual la persona se percibe a si misma y en relación con el mundo exterior. El autoconcepto no es meramente una imagen física o la totalidad de representaciones de estados internos y externos; sino también, incluye rasgos de personalidad, actitudes, emociones, patrones conductuales, talentos, necesidades, deseos, capacidades y roles sociales. Algunos de estos rasgos pueden ser temperamentales o pueden ser adoptados a través de la imitación, de la identificación, de la experimentación (ensayo-error) y de la utilidad; dependiendo del patrón particular de crecimiento y del entorno familiar-cultural de la niñez (Valero, 1989).

Durante la maduración normal, el individuo (niño, adolescente, adulto), pasa por un proceso psicológico de

asimilación que dará paso a su autoconcepto, por lo que si existen cambios inesperados durante el desarrollo de la mencionada maduración, representarán una grave amenaza al autoconcepto (Shain, 1981).

Revisando las diferentes definiciones de autoconcepto, podría concluirse que el autoconcepto está constituido por la autoestima y la autoimagen, las cuales, se encuentran tan íntimamente ligadas, que la amenaza o deterioro de una, puede desequilibrar o dañar a la otra.

De acuerdo con Bloom y Cols (1987), la autoimagen es la satisfacción individual de la apariencia corporal y la autoestima es, la autoaceptación de nuestra propia valía.

Derogatis menciona, que el cáncer mamario y su tratamiento infligen una amenaza única al autoconcepto, por medio de su impacto en la imagen corporal y en la identidad sexual de la mujer. Agregando que la autoimagen, funciona en compañía de la sexualidad afectando un ajuste psicológico (cit. por Scott y Eisendrath, 1986).

Los sentimientos de estar inadaptaada y el miedo de una pérdida permanente del funcionamiento sexual, son perjudiciales, y pueden dirigir a una depresión postquirúrgica. El desfiguramiento producido por la mastectomía, también puede dirigir a una disfunción sexual. La repulsión a la fisonomía propia y el miedo al rechazo de la pareja pueden inter-

ferir con las respuestas sexuales y, en exceso, conducen a la retirada de la actividad sexual (Mantell, 1982).

Derogatis propone un modelo que representa la conexión de la imagen corporal y la sexual. Dicho modelo contiene cuatro mediadores: edad, ajuste prequirúrgico, definición del rol-género, y actitudes e información (cit. por Scott y Eisendrath, 1986).

En lo que se refiere a la edad, la paciente joven, padece un fuerte impacto por la cirugía en la imagen corporal, por lo que la mujer joven tenderá a estar más afectada por la pérdida de una mama, dando lugar a un pobre ajuste psicológico. No hay que excluir, sin embargo, las serias respuestas de las mujeres ancianas. Algunas mujeres de sesenta o setenta años expresan preocupaciones acerca de su sexualidad y la respuesta de su pareja hacia la pérdida de la mama.

El ajuste prequirúrgico, se refiere a la calidad de relaciones sociales, familiares y matrimoniales que se han mantenido antes de la intervención quirúrgica. El ajuste psicológico de un matrimonio o de una relación, es un indicador importante de la posterior estabilidad, fuerza y apoyo con que contará la paciente. En aquellas relaciones donde existe una pobre comunicación y un mal ajuste sexual antes del diagnóstico, muy probablemente surgirán serias dificultades después de la mastectomía.

La identidad rol-género está relacionada con el ajuste psicológico. Pueden existir reacciones adversas a los severos defectos cosméticos que en algunas ocasiones causan cierto tipo de cicatrizaciones; no obstante, algunas pacientes pueden referir sentimientos de terror al mirarse la cicatriz a pesar de que la cicatriz no sea queloide, y no sea desagradable a la vista.

El concepto de la sexualidad femenina es muy importante en este inciso, las mujeres que califican como "altamente femeninas" están en mayor riesgo de caer en una crisis psicológica a causa del desfiguramiento provocado por la mastectomía. Sin embargo, aquellas mujeres que identifican su identidad femenina en el desempeño de su trabajo o en otro tipo de actividades que la hagan sentir "realizada" sin que exista como tema central para su realización, la figura femenina, parecen no tener problemas tan severos, a pesar de que también les afecta.

La reintegración de la autoimagen y el ajuste sexual, están poderosamente influidos por las actitudes y la información. Los valores acerca de la perfección en el desempeño laboral, las posesiones y la apariencia; provistos de diarias dosis de criterios por la perfección especialmente de la belleza facial y corporal, en el que los medios de comunicación influyen sobre la creencia de que las mujeres deben lucir bien o esforzarse por serlo, colaboran con

una carga extra hacia el ajuste psicológico de la mastectomía.

Desde que el concepto de la sexualidad femenina está ligado al énfasis cultural de un cuerpo y senos intactos, muchas mujeres son incapaces de contender con la discrepancia de las expectativas culturales y su desfiguramiento. Esto puede provocar sentimientos de intensa ansiedad e inaceptabilidad social. La persistencia del linfedema, y la costra de la cicatriz pueden redespertar dolor emocional por la pérdida de la mama. El pesar debido a la pérdida de la mama, es una parte del normal proceso de duelo que se requiere para facilitar la reintegración corporal y restaurar la confianza social y la salud sexual (Mantell, 1982).

Está comprobado, que las relaciones sexuales se pueden tornar imposibles a causa del sentimiento de ser físicamente no atractiva (Kaplan, 1982).

10. LA SEXUALIDAD.

Tiene poco tiempo que los términos sexualidad y cáncer se tocan e investigan al mismo tiempo, ya que el campo de la rehabilitación sexual es de los más jóvenes en el estudio de la psicología; es el resultado de la fusión de dos áreas de estudio: la oncología psicosocial y la sexualidad humana, fusión que se ha gestado en las últimas dos décadas (Auchincloss, 1989).

Sin embargo, es un área que ha sido muy descuidada en el cuidado total del paciente con cáncer en general, ya que son tantas las áreas a cubrir y la atención ha sido tan enfocada a la calidad de vida, que se ha desviado la atención de una parte tan primordial del paciente: el funcionamiento o satisfacción sexual de los pacientes con enfermedades malignas. Además de las limitaciones individuales que algunos profesionales de la salud tienen para tocar estos temas.

Según Schain, "el cuidado holístico de la salud requiere de:

1. Que el grado de disfunción sexual en los pacientes con cáncer se considere conforme al órgano afectado y al estadio de la enfermedad.
2. Considerar que el resultado incapacitante está relacionado a los tratamientos específicos, y

3. Que el grado de angustia o morbilidad emocional reportado por el paciente con respecto a la calidad de vida, está relacionado a la disfunción sexual." (Schain, 1981).

En vista de que la presente investigación se ocupa de la paciente con cáncer mamario y tomando en cuenta la recomendación de la doctora Schain, solo se revisarán los aspectos sexuales de la paciente mastectomizada.

Dado que los descubrimientos reportados sobre sexualidad y cáncer mamario son contradictorios, los estudios, según Bransfield (1983), son vulnerables al análisis crítico. El señala, que muchas variables son vagamente definidas, no evaluadas o no reportadas, incluyendo en ocasiones, la edad de la paciente, el estadio en el momento del diagnóstico de la enfermedad, la modalidad del tratamiento utilizado, etc. Sin embargo, los esfuerzos y muchos de los conocimientos obtenidos a lo largo de las investigaciones son dignos de ser reconocidos y tomados en cuenta.

Algunas de estas han reportado que dentro de los primeros meses después de la cirugía ocurre una etapa de detrimento o debilidad en la respuesta sexual en un gran número de mujeres, en proporción menor algunas no regresan a su nivel base de función o satisfacción sexual, aún después de algunos años de la mastectomía, a pesar de que los tratamientos para el cáncer mamario son diferentes a comparación de los tratamientos para el cáncer ginecológico o colorectal. Por ejemplo: "Los problemas sexuales que pueden origi-

narse después del tratamiento médico como la irradiación pélvica en los casos de carcinoma de cuello uterino, son mucho más difíciles de tratar que los que ocurren después de la mastectomía, ya que se ve alterada toda la fisiología de la vagina por la radiación y existe una real pérdida de la función. Fuera del amamantamiento, no hay otra pérdida de función luego de la mastectomía" (Wabrek y cols., 1980). A pesar de esto, Maguire y sus colegas (1978) encontraron en sus estudios, que de 75 mujeres libres de enfermedad después de la mastectomía, el 27% reportaba severos problemas sexuales después de la cirugía, comparado con el 6% del grupo control (mujeres con enfermedad benigna de mama).

Von Eschenbach (1984), refiere que la disfunción sexual puede resultar debido a las alteraciones en el estado de humor de las pacientes, ya que los tratamientos para el cáncer pueden provocar enojo, frustración, miedo, tristeza y resentimientos; y mientras se encuentre en tales estados emocionales, la persona puede tener poco interés en compartir intimidad física o psicológica. Cuando la terapia para el cáncer estorba significativamente en el diario vivir o introduce cambios físicos mutilantes, como pasa en la mastectomía o en la laringectomía, las pacientes pueden verse a sí mismas como no atractivas o contaminadas. El miedo al rechazo guía a las pacientes a evitar la intimidad sexual y en ocasiones hasta la social; además de que, aún el esposo o pareja sexual más atenta y apoyadora, no es inmune

a la tensión psicológica. El temor a que el cáncer pudiera ser contagioso o la dificultad en aceptar la desfiguración de la paciente puede disminuir el deseo sexual de la pareja.

Algunos esposos muestran otro tipo de reacciones a los cambios corporales de sus esposas, el ajuste de estos esposos ha contribuido grandemente al ajuste de sus esposas (Vess et al., 1989). Un ejemplo vivido semeja enormemente con el que el autor mencionado anteriormente pone de modelo. Una señora en una sesión del grupo RETO, expuso que en una ocasión platicando con su esposo, él le dijo que la amaba y se había casado con ella por eso y no por su figura, esto la hizo sentirse segura tanto de su matrimonio como de su autoimagen. Desafortunadamente este tipo de esposos no abundan, y muchos de los casos que se presenciaron en las sesiones del grupo RETO mostraban una actitud "machista" ante una nueva imagen corporal de su pareja la cual según ellos "ya no les servía" mas que para darles de comer y en ocasiones ni para eso. Y si la mujer se sentía "media mujer" con esto su autoestima, disminuía aún más, aunque en ocasiones el orgullo era mucho, tanto, que la contestación podía ser: "pues yo no hago el amor por un seno, yo lo hago por otra parte".

De acuerdo a los reportes de Leiber et al. (1976), las pacientes y sus esposos reducen sus deseos sexuales en el intercurso de la enfermedad, y según Vess et al. (1989), el 50% de las pacientes reportan una declinación significativa

en su deseo para las actividades sexuales.

La sexualidad es un concepto multidimensional que no solo se refiere a los aspectos biológicos como el género y el coito, sino que socioculturalmente deriva fenómenos tales como el autoconcepto, la satisfacción, la libido, los roles sexuales y patrones de comunicación interpersonal, (Mantell, 1982; Eschenbach, 1984; Auchincloss, 1989).

La mastectomía, es una de las cirugías que más afectan a la autoimagen, y esta afección puede expandirse a otras áreas del yo, perjudicando la productividad en el trabajo o contribuyendo a la pérdida de un amante. Por lo cual es importante averiguar cuál es la percepción de la paciente acerca de sus mamas, relacionándola con su autoimagen e identidad sexual; cuán significantes son en términos de apetito y gratificación sexual; y si es madre: ¿está amamantando? (Shain, 1981).

¿Cuál es la probabilidad de que generalice sus sentimientos de mutilación al resto de su cuerpo, o más significativamente generalice la experiencia de la mutilación en un sentimiento de depreciación y devaluación? Esto tiene mucho que ver con las reservas y sentimientos positivos que existan en la paciente en sus otras áreas de la autoestima, por ejemplo: alguien que no se siente bello y teme no ser recompensado por su belleza física puede empezar a trabajar muy duro en la escuela o en su campo de trabajo y llegar a

ser el número uno y lograr tener buenos sentimientos acerca de si mismo por sus logros, compensándose su sistema de autoestima (op. cit.).

Una revisión de las investigaciones pertinentes y la literatura clínica, indican la necesidad de atender a la autoimagen de las pacientes con cáncer y las preocupaciones de las pacientes y sus parejas acerca de la sexualidad. Sutherland (1960) dice que los miedos de inaceptabilidad, rechazo y aislamiento causan más ansiedad a las pacientes con cáncer que el miedo a la enfermedad, recurrencia, dolor o muerte. Bullard y colaboradores en 1980, en un estudio sobre dirigir temas de sexualidad con pacientes de cáncer, encontraron que muchas de las pacientes y sus parejas tenían preocupaciones sexuales pero que no se atrevían a plantearse a sus médicos o miembros del staff pues estos no parecían tener disposición para plantear o platicar sobre estos temas (Tombrink, 1987).

En la cultura occidental se enseña a las mujeres a cubrirse las mamas y esto es una ventaja pues quien se ha sometido a una mastectomía puede cubrirse con relativa facilidad la zona en cuestión; sin embargo, también en nuestra cultura se cultiva la idea de los senos como un símbolo de feminidad, sexualidad y deseabilidad y, si conjugamos estos dos conceptos en una mujer que se vé en la disyuntiva de presentarse ante su pareja sexual a quien no

puede ocultarle que ha perdido un seno podremos imaginarnos la carga psicológica, que para una mujer esto significa. Por lo cual en ocasiones puede existir en la paciente temor al rechazo sexual, y utilización del mecanismo de negación como un medio de sobrellevar este período de tensión. Por lo cual se recomienda que "la negación debe conservarse al mínimo y que la mujer y su pareja deben de comenzar a ocuparse de la aceptación de la nueva imagen corporal de ella" (Wabrek y cols., 1980).

Grinker (1976), sugiere que la disminución de la autoestima y la alteración de la imagen corporal tienen gran impacto en el funcionamiento sexual de las pacientes, el miedo a la mutilación, vergüenza, descontento y frecuentemente disgusto consigo mismos (autodisgusto) puede producir cambios en la actitud de las pacientes que podría manifestarse por sentimientos incómodos acerca de ser tocados o vistos por una pareja. Lamb y Woods (1981), subrayaron que la validación sexual de una pareja puede significar aceptación, y esto es algo que les ayuda a subsanar a las pacientes, el yo alterado y la identidad.

Es importante entender la importancia de la sexualidad en la autoestima dentro del marco de las etapas psicosexuales del desarrollo (ver cuadro No. 8).

Witkin (1978), encontró en un estudio con 40 pacientes de cáncer mamario, que las mujeres padecieron cambios en la autoimagen, vestido y conducta sexual después de la mastectomía.

CUADRO No. 8

ETAPA	RESPUESTA PSICOSOCIAL BASICA	RESPUESTA SEXUAL
INFANCIA (0 - 2 años)	Adquisición de confianza básica, aprendiendo a caminar, a hablar.	Identidad de género (masculino o femenino).
NIREZ (2 - 12 años)	Adquiriendo un sentido de autonomía y valía vs. vergüenza y duda. Entrar y ajustarse a la escuela.	Dolor-placer asociado con los órganos sexuales y funciones eliminatorias. La masturbación tiene lugar con sentimientos de aceptación o culpa. Los caracteres sexuales secundarios se hacen evidentes.
ADOLESCENCIA (13-20 años)	Adquiriendo sentido de identidad vs. confusión de roles	El dominio sobre el control de los impulsos, la aceptación de conflictos entre proscripciones morales e impulsos sexuales, además del manejo de las nuevas funciones fisiológicas (menstruación para las mujeres, eyaculación para los hombres).
ADULTO JOVEN (20-45 años)	Adquisición de un sentimiento de intimidad vs. aislamiento, efectividad vocacional, seguridad interpersonal, "adecuación sexual"	adecuación y funcionamiento sexual más interés en la fertilidad y cuestionamiento relacionados con la paternidad.
ADULTO MEDIO (50-70 años)	adquisición de la autoestima vs. desesperación. Ajuste a la disminución de la energía y competencia. "Síndrome del nido vacío", más el cuidado o muerte de los padres. Ajuste al cambio de constitución física y evidencia de envejecimiento.	En la mujer: la menopausia y los cambios vasomotores resultantes, la atrofia de las mamas, el tamaño del clítoris y la lubricación vaginal. Para el hombre el retardo en conseguir una erección, reducción de la compulsión a eyacular, impotencia episódica, posible prostatitis.
VEJEZ	Ajustándose a la pérdida de amigos, familia, confrontación con el estar envejeciendo y tal vez moribundo.	Reducción de la vitalidad, miedo de incompetencia o daño, miedo de ser visto como "una persona vieja y sucia". Probablemente indisponibilidad de una pareja (viudez) capacidad física limitada y reducción de opciones.

extraído de Shaín, 1980.

Existen dos variables que influyen bastante en el funcionamiento sexual de una mujer y son las siguientes:

1. El amor a si misma y aceptación suficiente y
2. Actitudes y sentimientos positivos hacia la sexualidad.

Existen otras formas en que la mastectomía puede obstaculizar los sentimientos sexuales de la mujer. Algunas se preocupan por la perspectiva de nunca volver a tener sentimientos sexuales, sobre todo si los senos han servido de órgano de estimulación (Wabrek y cols, 1980).

También, el proceso de la mastectomía aunado al hecho de estar enfermo, puede arrojar dudas sobre la identidad sexual (Tombrink, 1987). Además cuando la paciente mastectomizada se siente no atractiva, vulnerable o defectuosa, puede apartarse de la actividad sexual (Shain, 1981), o puede caerse en el extremo: con el fin de no verse minimizada sexualmente, tratar de ser lo más orgásmica posible para no dar la imagen de ser menos mujer, y en ocasiones, al tratar de llevar esto a cabo, se cumple la situación más temida, no se alcanza el orgasmo debido a la ansiedad situacional de probar que no se ha perdido feminidad (Wabrek y cols., 1980).

Es por esto, que son importantes los programas educativos que preparen y respondan a los intereses y preocupaciones físicas, psicológicas y sociales de las pacientes con cáncer y sus familias, ya que la escasez de información acerca de la autoimagen y sexualidad continúa.

Los efectos colaterales del tratamiento, tales como pérdida del pelo, anorexia, náusea, vómito y en algunos casos esterilidad, son una tremenda amenaza a la autoimagen y sexualidad; y todo esto puede repercutir indirectamente en las relaciones sociales y familiares, ya que la familia y otros pueden ver cómo la enfermedad afecta a la, en ese momento, "titubeante identidad sexual." (Tombrink, 1987).

11. LA FAMILIA.

Es indiscutible, que el cáncer mamario no solo afecta psicológicamente a la paciente y a su pareja, sino también a su familia, y esto se nota desde el inicio; por ejemplo: uno de los temores y preocupaciones preoperatorios es, quién cuidará a la familia mientras la paciente está ausente por la cirugía o por tener que acudir a las consultas, ¿quién cuidará a sus hijos?. La familia es muy importante, porque sus miembros son los que están más cercanos a la paciente. "La cohesividad familiar influye directamente en la eficiencia y afecta indirectamente el ajuste a la enfermedad, el cual, se refleja en el mejoramiento del autoconcepto, incrementa la sensación de poder y disminuye la angustia psicológica", (Martin, 1982).

Es importante poner atención en los miembros de la familia, ya que estos pueden ser afectados profunda y dolorosamente por la severa enfermedad sufrida por uno de sus miembros. La familia es por sí misma un organismo dinámico por lo cual, la enfermedad de un miembro altera el proceso familiar. (Rait y Lederberg, 1989).

Una de las situaciones en la que más afecta la ausencia de la madre en una familia, es precisamente que los miembros que la componen deben de ajustar sus roles a las actividades que siempre había estado realizando la madre

hasta ese momento.

El ajuste de roles es parte importante en la dinámica familiar de la paciente mastectomizada sobre todo cuando está viviendo cualquiera de los tratamientos (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia) o en las reacciones secundarias (quimioterapia) o en la recuperación de la cirugía, ya que en esos momentos la paciente está imposibilitada física y temporalmente para realizar sus labores diarias, ya sea las propias del hogar o las que realice en su trabajo profesional.

En México, la mayoría de las mujeres se dedican al trabajo del hogar, o comparten éste con su trabajo; en muy contadas ocasiones el marido las apoya verdaderamente en el trabajo de casa, por lo que en esta ocasión habrá que organizarse con los demás miembros de la familia para realizar las labores. Hemos observado que, por lo general, las hijas mayores son las que se ocupan de las principales labores de casa (cocinar sobre todo), el resto de las labores se reparten entre los demás miembros de la familia. Cuando los hijos son demasiado pequeños para llevar este tipo de responsabilidades, es un pariente cercano (Tíos, abuelos) quien se encarga de los pequeños y en ocasiones de las labores del hogar también.

En el caso que, la paciente sea una mujer hija de familia, los padres generalmente tienden a ser sobreprotec-

tores (sobre todo la madre) y el rol de los hermanos probablemente recorrerá la jerarquización de los hermanos, o en ocasiones los padres estarán tan preocupados por la hija enferma que descuidarán a los otros hijos.

Cuando se presenta el caso de que la paciente es madre, y ella es la proveedora única del gasto familiar, se ha observado que la paciente entra en un conflicto todavía mayor, sobre todo si sus hijos son menores de 10 años.

El apoyo que proporciona la familia es verdaderamente primordial para la rápida recuperación de la paciente, no solo física sino también psicológica. Sobre todo el apoyo de la pareja, desgraciadamente, pocas de las pacientes se sienten verdaderamente apoyadas por su pareja.

Cuando la paciente es la que brinda ayuda al resto de la familia cuando está en problemas, pueden suceder dos cosas:

a) Que la paciente se encuentre con un espíritu tan estoico que rechaza cualquier clase de ayuda que se le brinde y..., o se sienta deprimida al ver que no puede realizar las cosas como antes (mientras se recupera), o pueda lastimarse por "jugarle al héroe".

b) Que la paciente tenga que reprimir sus sentimientos y emociones por tener que ser ella la que brinde el soporte psicológico al resto de la familia, y no pueda darse el

tiempo de llevar su duelo (el haber perdido una mama) por tener que consolar a otros. Llevándola así a un estado de ansiedad reprimida que de un momento a otro pueda estallar o que no pueda sacar nunca, a menos que lleve ayuda psicoterapéutica.

"La satisfacción de las propias relaciones interpersonales en las mujeres mastectomizadas y la habilidad para percibir apoyo de sus familiares, esposo e hijos, así como también de amigos y vecinos, está asociado con un buen ajuste". (Taylor y cols., cit en Rowland, 1989). El apoyo de la familia promueve la pronta recuperación y mejora la habilidad de confrontar con la enfermedad y sus reacciones secundarias.

A partir de la mitad del siglo XX en las culturas occidentales se ha cuidado rutinariamente a los pacientes en el hospital lo cual ha sido una aberración en la historia médica, antes de esto, los pacientes eran atendidos en sus casas. Actualmente se está intentando regresar de nuevo al cuidado del paciente en sus hogares.

Las formas en las cuales la familia puede cuidar del paciente directamente pueden ser divididas en cinco categorías:

- a) Proveyendo apoyo emocional.
- b) Compartiendo la responsabilidad de tomar decisiones.
- c) Concretando la forma de dar el cuidado.

d) Ayudando con los costos financieros.

e) Manteniendo la estabilidad en medio del cambio. (Rait y Lederberg, 1989).

11.1. Proveyendo apoyo emocional.

Aunque esto es lo más abstracto, es lo más inmediato y compilador de los roles familiares. Aunque los miembros de la familia puedan estar perturbados por el diagnóstico de cáncer en un ser amado, ellos esperan ser capaces de contener sus propios sentimientos y funcionar apoyadoramente hacia el paciente.

"Algunos miembros de la familia pueden absorber el impacto del diagnóstico más pronto que otros. Esto puede crear situaciones contradictorias puesto que algunos desean hablarlo y otros requieren la privacidad y la introspección. "(Inst. Nacional Cancerología y UNAM, sin fecha).

Existen muchas suposiciones de cómo afecta el cáncer en la familia. Unas de éstas es que el cáncer une a las familias y la otra es que promueve estrés y distancia. La realidad parece ser más compleja.

"Manifestaciones verbales y no verbales, ayudan a determinar cuándo es el mejor momento para decirles sobre la enfermedad y cómo cada quien se adapta al problema" (op. cit.).

Copeland, Silberberg y Pfefferbaum (1983), observaron que los hispanos esperaban y deseaban más involucramiento de la familia que los no hispanos. Lons y Lois en 1982 (citado en Rait y Lederberg, 1989), observaron que las familias japonesas no discutían un pronóstico de cáncer pero manifestaban sus sentimientos estando "inmersos por sí mismos en un decoroso rol conductual".

11.2. Compartir la responsabilidad de tomar decisiones.

Ha sido notado que un diagnóstico de cáncer hace inmediatamente complejo el tomar decisiones de las demandas en un paciente al mismo tiempo que él o ella es quizá menos capaz de concordar con ellos. Sin embargo, "los miembros de la familia no deben igualar la incapacidad física con deficiencia mental. Es especialmente importante que un paciente enfermo se sienta una parte necesaria de la familia...Las familias deben incluir al paciente en asuntos familiares." (Inst. Nal. Cancerología y UNAM, sin fecha).

Los miembros de la familia rutinariamente caminan dentro de una brecha, proveyendo un incansable involucramiento y frecuentemente "entrándole al toro" al trabajo que necesita ser explorado, aprendido y evaluado en el mar de una nueva y difícil información. Ocasionalmente existe un conflicto (independiente del cáncer) en la familia, creando una delicada y difícil situación para el equipo médico; "Los problemas dentro de la familia pueden ser los más difíciles

de manejar; no se puede huir para escapar de ellos, algunos miembros de la familia niegan la realidad de la existencia del cáncer o rehúsan hablar de él" (Inst. Nal. Cancerología y UNAM, Sin fecha).

Se ha observado en muchas ocasiones, que los miembros de la familia no están solo dispuestos a colaborar, sino que tienen una profunda necesidad de recibir información y compartir el tomar decisiones. Chesler y Barbarin (1984) han observado que uno de los elementos más cruciales de la satisfacción familiar con el tratamiento médico es la sensación de involucramiento en la toma de decisiones; otra es el cuidado y respeto por parte del personal de la salud.

11.3. Concretando el cuidado.

El hecho de repartirse las labores del cuidado de la paciente es muy importante para la eficiencia del mismo y para que la paciente no se sienta un "estorbo" o un motivo de desorganización. "El ajustar el cambio de papeles puede causar grandes disturbios en la forma que los miembros de la familia interactúan. El padre tendrá que hacerse cargo del cuidado de la casa y los hijos. Ellos tendrán que dar apoyo a la madre enferma." (Inst. Nal. Cancerología y UNAM, sin fecha).

Es muy importante el cariño y amor en la administración del cuidado. Aún cuando en ocasiones el cuidado de la

paciente pueda parecer embarazoso, se puede realizar en forma adecuada. (Rait y Lederberg, 1989)

11.4. Costos financieros y sociales.

Debido a que el tratamiento de la enfermedad es bastante caro, en ocasiones la paciente se ve obligada a recibir y/o buscar ayuda económica de familiares o de organizaciones sociales (clubes, damas voluntarias, etc.) para poder cubrir los altos costos del tratamiento.

11.5. Mantener la estabilidad en medio del cambio.

A través de todas las vicisitudes, la familia debe de algún modo soportarlas. Debe mostrar el mantenerse por sí misma de muchas formas y en diferentes niveles. Las respuestas incluyen sentimientos de la pérdida de las contribuciones y roles del miembro enfermo, el contender con las demandas, pérdidas y menguantes descritos antes, encontrarse con las necesidades emocionales generadas en todos los miembros por la crisis, y finalmente, continuar la realización y ejecución de las funciones multitudinarias (alimentación, educación, crianza, manutención financiera, etc) por la cual se era previamente responsable.

El realizar estas tareas mantiene la integridad y la autosuficiencia, y la familia puede estar dispuesta a estar bajo considerables sacrificios personales hasta el final. La

adaptación de la familia está directamente relacionada con la etapa de enfermedad por la que cursa la paciente (inicial, adaptativa o terminal.) (Norhouse, 1984).

La adaptación de la familia al estrés, ocurre en tres fases: fase aguda, fase crónica y resolución. (Rait y Lederberg, 1989).

a) Fase aguda.

La familia reacciona con una crisis de temor y de susto, al cual cada uno de sus miembros reacciona en formas características, éstas son variables y pueden ser más o menos compatibles con cada una de las necesidades del momento. Algunos miembros de la familia pueden reaccionar con más estrés que la misma paciente. Sin embargo existe también un tiempo de reanimación y movilización en el cual hay un clima de muy buena voluntad para brindar ayuda y apoyo activamente. La disponibilidad de información exacta en este periodo es crítica y ayuda a la familia a movilizarse con una respuesta afectiva y efectiva. El tratar de protegerse a si mismos y a la paciente reduce el proceso de comunicación y crea "una conspiración de silencio" la cual tiene efectos negativos tanto en las relaciones familiares como en el bienestar individual (op. cit.). "La persona con cáncer tiene el derecho elemental para plantear cuándo está lista para hablar sobre el asunto. Otras personas pueden animar esta disposición a través de su afecto y su presencia.(...) El hablar puede incluir el expresar enojo, temor y

confusión interna. (...) La falsa alegría -actitud de que todo va a salir bien- niega a la persona con cáncer la oportunidad de expresar sus temores y ansiedades." (Inst. Nal. Cancerología, sin fecha).

Los mecanismos de la fase aguda se extienden al tratamiento inicial, la recaída o a las complicaciones inesperadas.

b) Fase crónica.

Diferentes situaciones caracterizan a esta fase, tales como el retorno a casa, la duración de los tratamientos y hospitalización y los periodos de remisión. Durante este tiempo, la familia debe jugar con las necesidades de la paciente y con los otros miembros de la familia y debe enfocarse en resumir el desarrollo de las tareas normales de todos. Esto en ocasiones es difícil de realizar ya que los diferentes miembros de la familia pueden estar en desacuerdo con los procedimientos y objetivos p. ej.: algunos pueden ser muy sobreprotectores mientras otros no; conforme pasa el tiempo algunos pueden manifestar su enojo, celos y necesidades yendo hacia un incremento paradójico de síntomas psicológicos durante este periodo. Esto empeora por el frecuente decremento de apoyo del resto de la familia, amigos y colaboradores, los cuales padecen procesos emocionales paralelos a los descritos en la familia. Entonces la familia se encuentra más aislada cuando más ayuda necesita, esto puede promover la soledad en los miembros de la fami-

lia, debido a razones relacionadas con la vergüenza, enojo y depresión en sus miembros. (Rait y Lederberg, 1989). Se ha observado que en la familia mexicana, las relaciones son más fuertes y por lo mismo más difíciles de debilitarse.

Durante este periodo la familia tiende a permanecer en una tendencia: estar orientada hacia la enfermedad a pesar de lo que cada uno siente, a negociar con las desiciones fuertes y a contender día-a-día.

Algunas veces es una reacción directa a "ir adelante" con el estrés, pero a veces se convierte esto en un hábito (por ej. una familia que por homeostasis cambia durante un periodo dramático y permanece ahí), parece ser que existe una correlación entre la duración de la enfermedad y el estrés en los miembros de la familia (Cancer Care, Inc and National Cancer foundation, 1977; Koocher and O'Malley, 1981. cit en Rait y Lederberg, 1989). Es importante puntualizar que la disfunción no es inevitable y que algunas familias responden adaptativamente a los nuevos roles y nuevas metas que maximizan las oportunidades para todos los miembros de la familia.

c). Resolución.

La familia puede tolerar mejor el cáncer en un abuelo que en un niño, porque es más "sincrónico con las expectativas de desarrollo familiar", (Rait y Lederberg, 1989). La pérdida de un niño es más trágica que la pérdida de un adulto.

La crisis del cáncer es el mayor desestabilizador familiar, muchas familias tratan de negar esto, como una forma de negar el impacto del cáncer (Sourkes, 1977). A esto la familia responde frecuentemente apegándose rígidamente a sus estructuras previas resultando ineficiencia y conductas destructivas entre los miembros de la familia, algunas se disuelven por el impacto dejando a sus miembros desorientados y despojados de estructura. La respuesta ideal es la flexibilidad, "la persona con cáncer necesita a la familia o a los amigos como un elemento constante en un mundo cambiante, el "estoy aquí" ofrece grandes reservas de apoyo" (Inst. Nal. Cancerología, UNAM, 1989).

12. RELACION MEDICO - PACIENTE

Desde el contacto inicial con la enfermedad, "el médico tiene un rol clave, seguido por la enfermera, otros especialistas y el equipo de la salud en el tratamiento del cáncer" (Holland, 1989).

La paciente siente que en el médico recaen la acciones y decisiones de las que depende su sobrevivencia, es el soporte primario. El médico tiene la responsabilidad primaria de apoyar a la paciente como parte del cuidado total de la misma:

1. Proveyendo explicación e información adecuada acerca de su enfermedad tanto a la paciente como a sus parientes (usualmente al mismo tiempo).

2. Desarrollando una alianza con la paciente acerca del plan de tratamiento.

3. Escuchando las preocupaciones; apoyando y tranquilizando apropiadamente.

4. Monitoreando las señales de problemas psicológicos.

5. Refiriendo a la paciente a consulta psiquiátrica cuando sea necesario.

6. Enterando a la paciente de los recursos de apoyo psicosocial individual, su función y propiedades. (op.

Los médicos deben educarse a si mismos con una conciencia de al menos tres dimensiones en su trabajo en oncología:

a) Las demandas y efectos de éstas, hechas sobre nosotros como seres humanos. Las demandas hechas a los médicos son numerosas, éstas incluyen control y cuidado del proceso de la enfermedad. Los médicos deben encarar las demandas por la morbilidad de los procedimientos médicos, que frecuentemente cambian una morbilidad por otra, aún una mortalidad por otra. Las expectativas de la asistencia del médico es constante e intensa, es la primera persona con quien la paciente y su familia puede participar sus ansiedades, miedos, enojos, desesperanza e impotencia. Los médicos que mejor contienden con estas demandas son los que mejor sirven a sus pacientes y familias.

b) Las reacciones físicas y psicológicas del médico a estas demandas. Todos como seres humanos reaccionamos consciente o inconscientemente, los médicos deben conocerse a si mismos, estar conscientes de sus ansiedades, miedos y humor para atender a una situación dada. La fatiga y la tensión pueden ser factores negativos para la buena relación médico-paciente.

c) Las defensas psicológicas y conductuales movilizadas para negociar con el estrés resultante. En ocasiones el aislamiento y la distancia son usadas como defensas para que los pacientes no expresen sus dudas y temores que podrían despertar en el médico sentimientos de impotencia. Defensas

psicológicas como la intelectualización y la sublimación son usadas frecuentemente, existen también defensas conductuales como las conductas destructivas como el fumar, abuso de sustancias, y conductas menores de automutilación (morderse las uñas, tricolagia), entre otras. (Hersh, 1985).

"La relación médico-paciente debe ser excelente, ya que la confianza y la esperanza que nace en el paciente, puede ser más importante que cualquier medicina. Los médicos nos ayudan a sanar compartiendo nuestro estado emocional: nos ayudan dándonos esperanzas y colocándonos en control de nuestras vidas. Esto ocurre cuando se nos habla con la verdad, por dura que esta sea y cuando se nos hace sentir responsables, al participar en las decisiones sobre nuestros tratamientos." (I. de Oropeza, 1989).

Al trabajar con pacientes con cáncer se debe mantener, tanto como sea posible, la autonomía y el control en sus propias vidas, es decir, velar por una buena calidad de vida.

Es importante la participación activa de las pacientes sobre su cuidado médico, y las decisiones tomadas sobre él. También es esencial que el médico repita las opciones y las situaciones relacionadas a los tratamientos, ya que frecuentemente la paciente no puede digerir tanta información con la carga emocional que lleva.

Es vital, que el médico trate a las pacientes siempre como una persona, no solo manteniendo la integridad física del paciente sino también, la psicológica y social. Los siguientes enfoques son importantes:

a) El médico como curador; creencias y personalidad.

Un médico genera confianza y esperanza. La carencia de convicción y confianza, es notada rápidamente por las pacientes. Ellas pueden responder con enojo, decepción y retirada. Cuando la actitud del médico no tiene esta carencia, la paciente responde con un alto grado de cooperación y complacencia.

El médico que responde con cordialidad, atención calma y confianza facilita el ajuste de la paciente y su familia a su nueva realidad.

La clave es que el médico enfoque su atención en la paciente, mientras que su actitud no verbal exprese empatía, interés y preocupación centrada en el mejoramiento y confort de la paciente.

b) Presentando el diagnóstico de cáncer a la paciente o a otras personas importantes.

Las actitudes asumidas al presentar el diagnóstico, parecen influir frecuentemente en el manejo futuro de la enfermedad por la paciente y la familia. Entre otras deben ser consideradas:

b.i. La presentación debe ser de acuerdo a la edad de

la paciente, lenguaje y bagaje cultural. Aún con pacientes de alta educación se debe utilizar español sencillo y claro sin utilizar terminología médica.

b.ii La paciente y su familia , deben repetir lo que entendieron. Esto sirve para identificar si escucharon selectivamente o si distorcionan la información.

b.iii El médico debe procurar decir el diagnóstico a la paciente en compañía de su familia.

c) Asistir a la paciente a vivir con cáncer.

c.i. El proceso para asistir a la paciente a vivir con cáncer inicia informándole del diagnóstico.

c.ii Se debe involucrar a la paciente en la decisión de sus tratamientos.

c.iii Los problemas de ajuste psicológico y social deben de ser identificadas y remitidas al profesional adecuado, lo más pronto posible.

c.iv. Fomentar el uso de sistemas de apoyo, incluyendo los grupos de autoayuda, así como una cadena telefónica de pacientes.

d) Trabajar con el paciente moribundo.

No abandonarlo en sus síntomas secundarios, en su dolor y desesperación.

e) ayudar al paciente a vivir curado.

Frecuentemente los tratamientos para el cáncer son muy agresivos, por lo cual la paciente debe enfrentar amputa-

ciones que afectan seriamente la autoimagen y el estado psicológico debido a los cambios fisiológicos. En ocasiones tales cambios afectan las habilidades de la paciente. Algunas veces la confusión ocasiona altos niveles de tensión y ansiedad. Las disfunciones sexuales vienen a ser uno de los mayores cambios del vivir con cáncer. Es por esto que el médico antes de realizar algún tipo de intervención debe participar a la paciente de la decisión del tratamiento, debe pensar siempre en la calidad de vida con la que va a dejar a la paciente después de la intervención. (Hersh, 1985).

13. ALTERNATIVAS PSICOTERAPEUTICAS DE LA PACIENTE MASTECTOMIZADA.

Las alternativas psicológicas para los pacientes con cáncer se desarrollaron lentamente. Desde 1950, los esfuerzos para desarrollar las intervenciones han crecido constantemente haciendo un gran énfasis en la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Las intervenciones psicosociales se han desarrollado de las diversas corrientes psicológicas, y han contribuido importantemente a la forma en la que se brinda apoyo actualmente. La forma en la que actualmente se brinda apoyo, puede ser dividida en dos: la terapia individual y la de grupo. Esta puede ser provista tanto por profesionales de la salud como por pacientes veteranos a través de programas diseñados exclusivamente para ellos. El consejo espiritual es otro recurso importante de apoyo psicosocial. Especialmente por aquéllos que tienen creencias religiosas, esto provee un contexto filosófico y espiritual en el entendimiento y expresión de emociones dolorosas asociadas con la enfermedad. (Massie, Holland y Straker; 1989).

Ha sido difícil probar científicamente el beneficio que las intervenciones psicoterapéuticas proporcionan al paciente con cáncer. Conte y Putchek en 1986, mencionan que desgraciadamente no se han llevado a cabo estudios de psicote-

rapia con un buen control experimental, con una buena evaluación objetiva; son carentes de uniformidad en la aplicación de la intervención y ausencia de intervención de métodos estadísticos. Sin embargo, algunos estudios permiten un análisis válido, ya que se han realizado avances en los métodos de investigación usados en los estudios psicosociales y psicoterapéuticos de los pacientes con cáncer. Aquí solo mencionaremos algunos de los que se han realizado con pacientes de cáncer mamario (op. cit.).

Baum y Jones en 1979, mostraron en sus estudios que la psicoterapia disminuía la ansiedad preoperatoria; Bloom y cols en 1978 (Bloom y cols., 1978) mostraron que aumenta la sensación de control y Farash en 1979 encontró que la intervención psicoterapéutica mejora la respuesta al cambio de autoimagen (op. cit.).

Maguire y cols. (1980) utilizaron apoyo psicológico brindado por una enfermera a pacientes mastectomizadas, resultando un incremento en la ansiedad de las mismas a los cuatro meses, pero un decremento a los 12 y 18 meses en el grupo que fue apoyado.

Spiegel, Bloom y Yalom en 1981 (citado en Massie y Holland; (1989), demostraron el efecto positivo que las sesiones de consejería en grupo había hecho en mujeres con cáncer mamario avanzado. Spiegel y Bloom en 1983 (citado en Massie y Holland, 1989) utilizaron terapia de grupo e hipnosis para reducir el estrés y controlar el dolor en 54 muje-

res con carcinoma mamario metastásico obteniendo que este procedimiento contribuye tanto a mejorar el control del dolor como a implementar una sensación de bienestar.

Worden y Weisman (1984) emplearon métodos conductuales, relajación progresiva y apoyo psicológico para ayudar a resolver problemas comúnmente encontrados en los pacientes con cáncer, aquéllos que recibieron ambas intervenciones mostraron menos estrés y tuvieron una mejor resolución de problemas que aquéllos que estuvieron en el grupo control, por lo que ellos concluyen que "estas técnicas mejoran la moral baja y la pobre autoestima".

La psicoterapia de apoyo utilizada tanto con métodos educativos como psicodinámicos, contribuye a reducir significativamente la depresión, el pesimismo, la desesperanza, la preocupación somática, el aislamiento social, el insomnio, y la ansiedad, así como también disminuye la anorexia, la fatiga y la náusea, (Massie Holland, y Straker, 1989).

Holland y colaboradores (1987), realizaron un estudio en 10 días con 147 pacientes ambulatorios padecientes de distintos tipos de neoplasmas, aplicando a la mitad del grupo relajación progresiva diaria y una sesión de consejería durante ese tiempo y al otro grupo le prescribieron alprazolam, que es una benzodiazepina efectiva en el alivio de síntomas tanto de ansiedad como de depresión; encontrando que en ambos grupos disminuyeron significativamente tanto la depresión como la ansiedad, ellos utilizaron la escala de

Hamilton como instrumento de medición.

Estos estudios apoyan la utilidad de las intervenciones psicoterapéuticas tanto individual como de grupo.

Las intervenciones educativas son muy importantes, ya que aclaran la información que no ha sido entendida completamente debido a la ansiedad o a información mal entendida y proporciona tranquilidad sobre la utilización de los métodos de ayuda.

Otra de las grandes utilidades de la intervención educativa es que al explicársele a la paciente las reacciones emocionales comunes al cáncer, por qué ocurren, por qué son normales y por qué no deben causarle alarma, los ayuda a contender mejor con el cáncer.

La terapia cognitiva y la conductual son más frecuentemente del dominio de psicólogos, mientras que el diagnóstico y manejo de problemas que tienen implicaciones médicas son probablemente más del dominio de los psiquiatras, (Massie, Holland y Straker, 1989).

El objetivo de la psicoterapia del paciente con cáncer incluye el mantener un enfoque primario en la enfermedad y sus implicaciones y el explorar aquellos temas del pasado y del presente que afectan el ajuste a la enfermedad. La utilización de la intervención en crisis se enfoca a apoyar las crisis y preocupaciones psicológicas de la enfermedad. El terapeuta, primero fomenta la expresión de sentimientos y

miedos acerca de la enfermedad y su respuesta a ella, los miedos son frecuentemente considerados por la paciente como dolorosos y difíciles para revelarlos a sus amigos y familiares, por lo tanto la terapia juega un rol útil en la exploración y exposición de esos sentimientos, (op. cit.).

En contraste con el modelo de psicoterapia tradicional, donde hay un contrato con un programa fijo y una responsabilidad a una hora determinada, en el tratamiento de pacientes con cáncer es necesario hacer modificaciones. Frecuentemente se necesita reprogramar el número de sesiones semanales o mensuales ya sea para incrementarlas o disminuirlas. Si la paciente está hospitalizada el terapeuta deberá de estar dispuesto a dar consultas telefónicas o ir al hospital. Las visitas al hospital deberán de ser cortas -de 15 a 20 minutos de acuerdo al nivel de fatiga o incomodidad del paciente. El cuarto de hospital con más de una cama ofrece poca o nula privacidad para una entrevista, realizarla en un lugar privado es lo deseable, pero no siempre posible, por lo que en muchas ocasiones habrá que prescindir de ello.

El terapeuta que trabaje con pacientes con cáncer debe tener experiencia en técnicas psicológicas (intervención en crisis, apoyo psicoterapéutico e intervención familiar, principalmente). Deberá estar preparado para la constante confrontación con la muerte, la amenaza a la vida, por lo cual es esencial que tenga insight en su punto de vista personal hacia la muerte y habilidad para negociar con las pérdidas; así como también debe conocer los tratamientos,

sus efectos secundarios y su manejo, y las complicaciones, particularmente aquéllas que ocurren en el sistema nervioso central.

Dentro de la terapia grupal, se pueden considerar, la terapia de pareja, la terapia familiar, la terapia a grupos de determinados tipos de cáncer y los grupos de autoayuda. En los que se pueden utilizar diversos métodos, ya sean educativos, conductuales, cognitivos o psicoterapéuticos.

La terapia conductual cognitiva es cada vez más aplicada en los pacientes con cáncer, porque es a corto plazo y ayuda a controlar los síntomas. Se ha encontrado que es efectiva en el manejo del dolor, ansiedad, algunos desórdenes alimenticios y en la depresión.

Las técnicas conductuales abarcando la hipnosis, meditación, autosugestión, relajación progresiva y biofeedback.

La hipnosis es una de las técnicas más utilizadas en la historia de la humanidad, para producir un estado de conciencia. Es una técnica bien conocida por las civilizaciones antiguas (griegos, egipcios y chinos principalmente), para curar a los pacientes de sus quejas, dolores y preocupaciones (Zilborg y Henry, cit. en Mastrovito, 1989). Técnica que se fue desarrollando a través de los tiempos hasta que en el siglo XIX fue utilizada por Charcot, y posteriormente por Freud quien a través de ella descubrió los niveles de conciencia. Su forma de utilización en los pacientes con

cáncer tiene una larga historia. Actualmente es utilizada en niños, especialmente en el control del dolor y la ansiedad asociada a procedimientos dolorosos, (Hilgard y Hilgard, 1983; Lebaron y cols., 1975; Olness y Garder, 1978; Hilgard y Lebaron 1984, cit. en Mastrovito, 1989).

Kellerman y cols. realizaron un trabajo con adolescentes en 1983, y encontraron que el uso de relajación e hipnosis durante tratamientos dolorosos reduce la ansiedad y la incomodidad.

La hipnosis en adultos es útil para el manejo de dolor en cáncer.

Spiegel en 1985, realizó estudios con pacientes con enfermedad terminal combinada con terapia de grupo, y en 1983 junto con Bloom encontró que los pacientes que realizaban ejercicios de autohipnosis y asistían regularmente a terapia de grupo su dolor no incrementó en el periodo de un año, (cit. en Mastrovito, 1989).

La relajación progresiva, combinada con otras técnicas conductuales, (por ej. desensibilización sistemática, imágenes guiadas, biofeedback) está siendo utilizada para incrementar el control de dolor, ansiedad, náusea y vómito (Cob, 1984; Cotanch, 1983; Grzeiak, 1977; Arnoff y cols. 1981; cit. en Mastrovito, 1989).

Scott y cols. utilizaron masaje de bajo impacto en la espalda y relajación progresiva e imágenes guiadas, para

controlar y reducir la frecuencia, intensidad y volumen del vómito durante y después de la quimioterapia, (Scott y cols, 1983).

Simonton y colegas combinaron relajación con imágenes guiadas, en las cuales fomentaron la visualización de defensas naturales del cuerpo que luchaban con las células neoplásicas, estas técnicas son dirigidas no solo a disminuir o controlar los síntomas, sino también a disminuir la enfermedad. Sus resultados son aún controversiales, (Mastrovito, 1989).

Los grupos de apoyo psicológico se dividen en dos grupos, los grupos dirigidos por profesionales de la salud y los grupos de autoayuda, que son los compuestos por pacientes con el tumor en el mismo sitio o el mismo tratamiento, (Massie, Holland y Straker, 1989).

14. GRUPOS DE AUTOAYUDA.

Para entender el valor de los grupos de autoapoyo (o ayuda mutua) en la enfermedad física en general, y en el cáncer en particular, se necesita conocer la importancia de tres recursos a saber: la intervención en crisis, las estrategias de contención y el apoyo social. Es de saberse que, la intervención en crisis es de gran valor durante las crisis agudas (por ej. en el periodo de un evento catastrófico), durante periodos transicionales (Por ej. el divorcio) y durante crisis crónicas en las cuales ya se podrá volver al estado anterior (por ej. las enfermedades crónicas o fatales), (Mastrovito, Moynihan y Parsonet, 1989).

Los grupos de autoayuda brindan intervención en crisis agudas (por ej. ante la pérdida de una mama), en los periodos transicionales (por ej. ante la pérdida del cabello debido a la quimioterapia) y en las crisis crónicas (por ej. ante las recurrencias).

Como se ha visto las estrategias de contención son muy importantes, los grupos de autoayuda promueven y reafirman las estrategias de contención positivas. Fomentan el espíritu de lucha, mantienen la autoestima, comprenden la angustia porque ellos también la han vivido, y esto colabora a la empatía y a la promoción de la confrontación con la enferme-

dad. Inyectando ánimos y renovando fuerzas para seguir adelante.

En cuanto al apoyo social, los grupos de autoapoyo lo brindan, proporcionándose a si mismos como una extensión de la familia y/o los amigos, en la cual predomina la reciprocidad y la mutualidad. El proveer ayuda a otros sin importar la diferencia de estatus socio-económico, o cultural; basado tan solo en los intereses comunes, la experiencia o el estrés, (Mastrovito, Moynihan y Parsonet, 1989; Hersh, 1985; Goldsmith, 1989). "Las personas que viven solas, con poco apoyo familiar, requerirán de algún seguimiento adicional, esta situación podrá ser explorada con el Grupo RETO." (García, 1987)

En 1905 Joseph Pratt organizó un programa para pacientes tuberculosos de escasos recursos, ellos tenían un "amigo visitante", que usualmente era una enfermera u otro paciente los que ofrecían aliento y guía. Los programas de ayuda mutua para pacientes con cáncer datan de 1940, cuando la Sociedad Americana del Cáncer (A.C.S., son sus iniciales en inglés), inició programas de visitantes, los cuales ofrecían ayuda práctica en las casas de los pacientes. Estos programas ofrecidos por voluntarios desarrollaron el apoyo necesario para contender con las consecuencias quirúrgicas de aquellos tiempos. A partir de ahí se formaron varios grupos: la Asociación Internacional de Laringectomizados en 1942; Reach to Recovery para ayudar a mujeres mastectomiza-

das; clubes de ostomizados y la Sociedad Americana de Leucemia (que es la mayor de todas), entre otras. (Mastrovito, Moynihan y Parsonet, 1989).

Aunque los programas varían de grupo en grupo y en las necesidades sociomédicas; estos grupos fomentan cambios de persona-a-persona, (Goldsmith, 1989). Proveen identificación, reciprocidad y acceso a un cuerpo de información especializada.

En cáncer la mayoría de los grupos de autoayuda, trabajan cercanamente a los servicios médicos-profesionales. El apoyo ofrecido frecuentemente necesita aprobación médica, especialmente en los "programas de visita", en el cual el paciente con cáncer puede convocar a un veterano quien ya ha pasado la experiencia, y puede servirle como un modelo al nuevo paciente. El objetivo es ayudar a los pacientes y sus familias a adaptarse a la enfermedad y sus cambios.

El acceso a los pacientes por los visitantes frecuentemente es facilitada por médicos, trabajadoras sociales, psiquiatras, enfermeras y clérigos. Esto es muy importante porque el paciente tiene la oportunidad de compartir miedos y preocupaciones. Sobre todo cuando el paciente trata de protegerse de otros con una fachada de alegría, ya que estando ante otro que ha pasado por lo mismo, tiene la oportunidad de comunicar sus sentimientos de angustia, pues si el paciente tiene dificultades en expresarlos, ocurre

frecuentemente que se crea un "muro de silencio" entre el paciente y sus seres queridos. La ausencia de apoyo social, está relacionada a un pobre ajuste a la enfermedad, (Mantell, 1983).

Cuando un paciente veterano, realiza una visita a un paciente nuevo, le facilita la contención al proveerle un recurso de información creíble basada en las descripciones de sus experiencias pasadas, demostrando alternativas constructivas de vivir y tener una buena calidad de vida a pesar de la enfermedad, dando información sobre la rehabilitación, y realizando el sentimiento de autoestima, proveyendo protección de la soledad y el aislamiento; fomentando al nuevo paciente la participación en su propio tratamiento.

Los grupos de autoayuda o autoapoyo, integran el "movimiento de ayuda mutua", donde el punto central es la ayuda entre y para los mismos integrantes del grupo. El rol de este tipo de grupos es el estimular la búsqueda del equilibrio dentro de la enfermedad y fomentar fundamentos para la lucha en momentos críticos, por otro lado, tienden a ser integrados por individuos afectados por la enfermedad, y sus familias; y están dedicados a proveer consuelo ante los problemas relacionados con el cáncer, (Mullan, 1987). Alcohólicos Anónimos y Neuróticos Anónimos son buenos ejemplos de grupos de ayuda mutua. Alcohólicos Anónimos nació a instancias de dos alcohólicos, Bill W. y el Dr. Bob, la meta fundamental de esta sociedad es la sobriedad "su filo-

sofia es que el alcohólico puede ser ayudado siempre, (Caso, 1979).

En los grupos de autoayuda "los veteranos ayudan a los novatos" (Mullan, 1987) reprogramando su experiencia y ponen su experiencia como un ejemplo para buen uso. El soporte familiar, el grupo de autoapoyo y una sensación de camaradería son importantes componentes del movimiento de ayuda mutua, así como la franca conversación acerca de la seguridad, empleo y finanzas e información acerca de la contención con la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento, (op. cit.).

La ayuda de quienes han pasado por lo mismo, es verdaderamente importante por la experiencia que esto representa. El Dr. John Max, (1985), en sus estudios descubrió que los grupos de autoapoyo tienen las siguientes características:

1. "Los grupos de autoapoyo transforman la adversidad en identificación".

Es decir, como la adversidad puede originar o generar en el paciente el que se sienta como miembro del grupo.

2. "Los grupos de autoapoyo transforman el estigma en honor."

En qué forma el estigma de la enfermedad puede generar la motivación para continuar con su tratamiento, y poder

decir abiertamente que son pacientes que padecen de cáncer.

3. "Los grupos de autoapoyo ofrecen transformaciones de roles."

Cómo el cambio de actitud puede originar que la paciente participe dentro de una estructura para brindar apoyo.

4. "Los grupos de autoapoyo proveen una transformación del medio ambiente."

Cómo el participar en un grupo de autoapoyo, puede transformar la actitud del paciente hacia sí misma y hacia el medio que lo rodea.

5. "Los grupos de autoapoyo transforman la desviación en norma."

El participar en un grupo de autoayuda, genera sentimientos de igualdad.

6. "Los grupos de autoayuda, transforman el conocimiento experiencial en sabiduría."

Cómo la experiencia de padecer cáncer en el transcurso del proceso de la enfermedad, sus tratamientos y consecuencias psicológicas, proporcionan al paciente bases sólidas, para ayudar a otros pacientes del mismo tipo.

7. "Las emociones poderosas se expresan y legitimizan."

La enfermedad genera emociones que solamente pueden

ser expresadas compartiéndose, dando lugar a que se legitimen.

8. "Los grupos de autoapoyo pueden actuar políticamente, en situaciones donde los grupos profesionales deben ser más cuidadosos."

Cómo el grupo y la experiencia del cáncer fomenta que los pacientes se agrupen para generar cambios educativos y sociales.

Los grupos de autoapoyo han enriquecido el manejo multidisciplinario del paciente con cáncer, ya que "la opinión y el sentir del paciente, organizado en grupos de apoyo, representa el otro elemento que faltaba en el manejo multidisciplinario del cáncer." (Zinser, 1989).

14.1 Grupo de autoapoyo reto.

"En junio de 1983 Cecilia Vildósola de Sepúlveda emprendió la tarea de iniciar una asociación con un grupo de mujeres mastectomizadas, orientada al apoyo de otras pacientes con problemas similares y ayudarles a superar esta etapa crítica, en base a vivencias personales y lograr así en ellas la recuperación tanto física como emocional e incorporarlas a la vida activa." (NOTIRETO(c), 1989).

El objetivo del grupo tiene por meta primordial, el ofrecerle a la mujer que sufre una mastectomía, los elemen-

tos necesarios y la seguridad en si misma para poder integrarse a su vida normal lo más pronto posible. (García, 1985).

"Grupo RETO, es un grupo de ayuda bien cimentado, en el cual no existen jerarquías, sino división de funciones; en el que la fuerza del grupo radica en la labor conjunta, apoyada por el esfuerzo individual de cada una de sus integrantes. A diferencia de otros grupos de voluntarias, la motivación que genera todo ese esfuerzo en grupo RETO, es el ayudar a las pacientes a superar su crisis, en base a compartir experiencias. (NOTIRETO(c), 1989).

"RETO" es un espléndido ejemplo del valor que un grupo de apoyo puede tener. Formado esencialmente por pacientes, lo que le confiere una autenticidad inobjetable, da apoyo a pacientes y médicos. A las pacientes se les informa y orienta en cuanto a las posibles decisiones que puedan tomar, pretendiendo con ello que su vida siga siendo plena a pesar del cáncer y su tratamiento. A nosotros como médicos, nos señala profundas inquietudes y necesidades que el paciente puede tener y que en ocasiones podemos ignorar o minimizar". (Zinser, 1989).

Al grupo RETO, lo constituyen diversas áreas:

1) Area de Rehabilitación.

Que se encarga de los programas de visitadoras de rehabilitación y de las sesiones de grupo básicamente.

2) Programa de Quimioterapia.

Que consiste en cubrir los gastos del tratamiento quimioterapéutico a las pacientes de escasos recursos económicos.

3) Programa educativo para la detección oportuna del cáncer mamario.

4) Programa de Recaudación de fondos.

5) Finanzas.

6) Centro de Trabajo.

e se encarga de organizar y realizar, todos los trabajos de oficina y actividades de dicho Centro.

7) Difusión.

8) Sociales: (NOTIRETO(b), 1989).

Hasta julio de 1989, "el programa educativo ha cubierto una población de 78,431 personas" se han impreso "184,000 folletos y 6,000 carteles y 40 cassettes y se han fabricado 450 rotafolios en tela para la población marginada en donde no se pueden utilizar otros sistemas educativos, (...). El poder dar una esperanza de vida a través de nuestro programa de quimioterapia, ha sido un gran logro. Desde el inicio de este programa en junio de 1987 hemos cubierto los tratamientos completos de 84 personas". (NOTIRETO(c), 1989.

La presente investigación, se aboca a los programas del área de rehabilitación; por lo que se hará una revisión más detallada de ésta.

14.1.1 Area de rehabilitacion de grupo reto.

"En el área de rehabilitación a 6 años del inicio del Grupo RETO, hemos tenido la satisfacción de atender a 7 147 pacientes y sus familiares en las sesiones de apoyo y a 2401 pacientes en visitas hospitalarias, así como a 158 pacientes en visitas domiciliarias." (NOTIRETO, (c) 1989). Estos datos abarcaron no solo los programas realizados en el Instituto Nacional de Cancerología, sino también Hospital general de México y Hospital Fernando Quiroz (ISSSTE).

De noviembre de 1988 a abril de 1989 se atendieron a 385 personas en 23 sesiones y a 122 personas hospitalizadas, en el Instituto Nacional de Cancerología (I.N.C.), (NOTIRETO(b), 1989)

En cuanto a la realización de las actividades de la rehabilitación se especifica: "Las personas que integramos el grupo RETO ofrecemos confianza, entendimiento e información práctica a las pacientes en el momento de mayor necesidad por medio de visitas en el hospital antes y después de la operación, en las que además de escuchar sus emociones y temores, en la visita postoperatoria: se les proporciona una bolsa con material e instrucciones para hacer ejercicios, con una explicación necesaria para que informarles que al hacerlos les permitirá recuperar la movilidad del brazo. Se les obsequia una carta a los espo-

sos, (ver anexo 1). Se les proporciona una prótesis provisional, para que se sientan seguras socialmente", (García, 1985).

La visitadora del grupo RETO (ver anexo 2), solo con su presencia y con el antecedente de haber estado en las mismas condiciones ayuda a la paciente de una forma inigualable, pues ve en ella un modelo a seguir y descartará la idea de que todos los que padecen de cáncer se mueren y volverá a tener esperanza de vivir. Además de las visitas hospitalarias se brinda a todas las pacientes mastectomizadas y a sus familiares una reunión semanal en el que están a disposición de las pacientes médicos del hospital y miembros del Grupo RETO para aclarar todas las dudas tanto médicas como prácticas. En estas sesiones, pueden exteriorizar todas sus angustias e intercambiar experiencias dándose apoyo unas a otras, pues todas se encuentran en diferentes etapas de recuperación, de tratamientos y de superación de la enfermedad. (García, 1985).

Un miembro del grupo es facilitadora de las sesiones de grupo y es su responsabilidad la conducción adecuada de la sesión, para lo cual está asistida por un psicólogo o psiquiatra que la apoya y auxilia si es necesario, para lograr una actitud positiva en los pacientes. También a este tipo de sesiones, asisten de tres a cuatro miembros del grupo RETO, pues al ver a varias mujeres ya superadas, les ayuda aún más a creer en su propia recuperación y estimula su

espíritu de lucha. Así mismo, en estas sesiones semanales, les enseñan a arreglar su ropa, para que tengan oportunidad de restaurar su aspecto físico y se sientan más seguras socialmente. (op. cit.)

"Estas sesiones sirven para que vean que no están solas, que somos muchas las que enfrentamos este problema, para que sepan sacar una experiencia positiva revalorando su autoestima y traten de superarlo, así también, sirven para canalizar problemas especiales e inquietudes que deben ser referidas al profesional adecuado. (op. cit.)

Los requisitos indispensables para pertenecer al Grupo RETO son:

1. Haber tenido una operación compatible con el programa y haber transcurrido por lo menos un año después de la operación, antes de llevar cabo actividades de ayuda y apoyo a otras pacientes.

2. Estar dispuesta a acatar las políticas y procedimientos del programa de visitadores voluntarias del grupo de recuperación.

3. Contar con un certificado médico o estar en condiciones obvias de salud tanto mental como física.

4. Tener disponibilidad para el aprendizaje, deseo de llevar a cabo adiestramiento y una recertificación periódica así como estar dispuesto a una evaluación continua.

5. Mostrar evidencia de un ajuste adecuado y respuesta

hacia las necesidades de otros.

6. Respeto a la ética del visitador voluntario.

7. Ser capaz de distinguir su papel como voluntarias del grupo de recuperación de algún otro como profesional o voluntario de otra agrupación que pueda presentar algún conflicto. (RETO, 1987).

Las visitadoras y facilitadoras pasan por un periodo de adiestramiento y luego se pone a consideración final su aceptación como visitadora. Todas las integrantes del programa de rehabilitación, tienen capacitación y supervisión periódica permanente. Los cursos de capacitación aportan conocimientos y técnicas para proporcionar un apoyo más completo a la paciente. El financiamiento del grupo es por medio de donaciones y el trabajo de todas las que colaboran en él es voluntario.

15. ACTITUDES.

Después de haber revisado todo lo concerniente al cáncer, a la paciente mastectomizada y lo referente a los grupos de autoayuda, así como también al grupo RETO; no puede dejarse de lado el aspecto de las actitudes para, de este modo, hacer una ligadura entre la paciente mastectomizada, el grupo de autoapoyo y las actitudes.

Allport en 1935, recopiló más de 100 definiciones del término actitud, esto demuestra el gran interés manifestado por los psicólogos sobre el tema. ¿porqué tanto interés por el estudio de las actitudes?, Aroldo Rodrigues (1979), ofrece tres respuestas a esta pregunta: en primer lugar "las actitudes constituyen varios elementos para la predicción de conductas", es decir que el conocimiento de las actitudes de un individuo en relación con determinados objetos, nos permite que se puedan hacer inferencias acerca de su conducta. En segundo lugar " las actitudes sociales desempeñan funciones específicas para cada uno de nosotros", y en tercer lugar: "las actitudes son la base de una serie de importantes situaciones sociales, como las relaciones de amistad y de conflicto". En suma, la consecución del bienestar requiere de cambios de actitud, "cualquier actividad que persiga la consecución del bienestar humano, deberá necesariamente contemplar el cambio en las actitudes de los individuos con el objeto de hacerlas compatibles con

la obtención del bienestar colectivo." (Rodrigues, 1979)

Las actitudes se forman a través de la experiencia, y a pesar de su relativa estabilidad, pueden ser cambiadas mediante la misma experiencia. Nuestras creencias y acciones dentro y al correr de nuestro desarrollo, crean presiones con la finalidad de cambiar nuestras actitudes e inducirnos a un comportamiento que, de otra manera, no aprenderíamos. Jones y Gerard, subrayan que los cambios de actitudes en las diversas situaciones de comunicación persuasiva han de interesarle al psicólogo porque "debe esperar extraer un conjunto de variables ampliamente definidas y poder especificar hasta qué punto dichas variables se entrelazan con el proceso de cambio de actitudes" (Jones y Gerard, 1980).

Existen elementos característicos de las actitudes:

- a) La organización duradera de creencias y cogniciones en general.
- b) La carga afectiva a favor o en contra.
- c) La predisposición a la acción; y
- d) La dirección a un objeto social.

Las actitudes se componen por tres elementos:

- El componente cognoscitivo.
- El componente afectivo.
- El componente conductual.

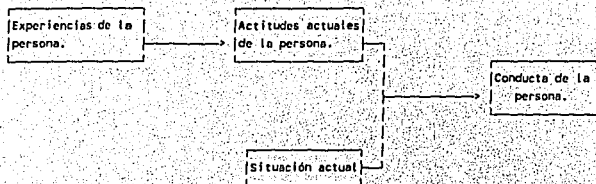
a) "El componente cognoscitivo está compuesto por las creencias y demás componentes cognoscitivos (el conocimiento, la manera de encarar al objeto, etc.) relativos al objeto de la actitud, constituyen el componente cognoscitivo de la actitud." (...) "Muchas veces la representación cognoscitiva que la persona tiene de un objeto social es vaga o errónea. Dewys (1976), reporta un estudio hecho con pacientes de enfermedades generales donde se incluyó al 59% en programas educativos de prevención de cáncer mamario y al resto se le dió el cuidado médico estandar, se encontró que el 90% de las pacientes que se incluyeron en los sistemas educativos fueron más cooperativas y se preocuparon más por hacerse las pruebas de detección. Cuando la representación cognoscitiva es vaga, su afecto con relación al objeto tenderá a ser poco intenso; sin embargo, cuando es errónea esto en nada afectará a la intensidad del afecto, el cual será consistente respecto a la representación cognoscitiva que la persona tiene del objeto" (Rodrigues, 1979). Es decir entre mayor representación cognoscitiva se tenga del objeto actitudinal, mayor será el afecto y, viceversa.

b) El componente afectivo, este es el único componente característico de las actitudes. Según reporta Aroldo Rodrigues, para Fishbein y Raven, el componente afectivo es "definido como el sentimiento en favor o en contra de un determinado objeto social", (op. cit.). "Desde 1800, el diagnóstico de cáncer es difícil de dar, debido a que la enfermedad tiene una connotación afectiva muy fuerte" (Holland(a), 1989). Las actitudes difieren de las creencias

y opiniones, en que no necesariamente se encuentran impregnadas de una connotación afectiva.

Rosenberg en 1960, demostró que los componentes afectivos y cognoscitivos, tienden a ser coherentes entre sí, "la destrucción de la congruencia afectivo-cognoscitiva, a través de la alteración de cualesquiera de dichos componentes, pone en movimiento a una serie de procesos de restauración de la congruencia, los cuales, bajo ciertas circunstancias, conllevarán una reorganización actitudinal, a través de un cambio complementario en el componente no previamente alterado" (Hovland y Rosenberg, 1960. citado en Rodrigues, 1979). Mitchell y Glicksman (1977), realizaron un estudio con 50 pacientes, en tratamiento de radioterapia, en él las pacientes manifestaron sus sentimientos de espanto al ver el equipo, pero después la ansiedad disminuyó con el tiempo.

c) El componente conductual, que es el componente activo de las actitudes, instigador de conductas coherentes con las cogniciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales. El componente conductual se manifiesta por medio de acciones manifestadas y afirmaciones verbales relativas a conductas. Newcomb y cols. (citado en Rodrigues, 1979) representan el papel desempeñado por las actitudes en la determinación de la conducta de la manera siguiente:



Extraído de Rodríguez, 1979. pág.333

Como se puede observar, las actitudes sociales crean un estado de predisposición a la acción que al combinarse con una situación activadora específica resulta en una conducta. No siempre se registra una absoluta coherencia entre los componentes actitudinales, dando lugar a la incongruencia.

Según la teoría de la congruencia, los tres componentes de las actitudes deben ser internamente congruentes, aunque en ocasiones se observa cierta incongruencia entre las actitudes y las conductas emitidas por las personas; no obstante "sería ingenuo, concluir que no existe relación entre la actitud y la conducta, (...); las actitudes involucran lo que las personas piensan, sienten, así como el modo en que a ellas les gustaría comportarse ante un objeto actitudinal." (Triandis, 1971 citado en Rodríguez, 1979). La conducta es la resultante de múltiples actitudes, esto puede explicar las aparentes inconsistencias entre los componentes actitudinales.

La actitud es una predisposición para acercarse (valorar positivamente) o evitar (valorar negativamente) cierta clase de objetos. (Jones y Gerard, 1980).

"Las actitudes son variables intercurrentes, directamente inferibles de hechos observables, y que constituyen una organización cognoscitiva duradera que incluye un componente afectivo en favor o en contra de un determinado objeto, y que predispone a la acción. (...), las actitudes ejercen influencia sobre diversos fenómenos psicológicos, como la motivación, la percepción y el aprendizaje. (Rodríguez, 1979).

Cuando se desee crear una actitud hacia un objeto o clase de objetos, se centrará en una premisa de valor que sabe que su auditorio mantiene y tratará de señalar porque el objeto o clase de objetos secunda el valor o porque lo contraría. (Jones y Gerard, 1980)

Es importante revisar brevemente, los principales enfoques teóricos de las actitudes.

15.1. Enfoques funcionalistas.

Representado principalmente por Smith, Bruner y White, para ellos, "las actitudes se forman con el fin de atender determinadas funciones, las cuales son vistas desde una perspectiva pragmática de utilidad, para el ajuste de la personalidad al mundo exterior." (Fac. Psicología, U.N.A.M.; 1980)

Las actitudes de una persona son su principal instrumento para enfrentarse a la realidad, este instrumento es esencialmente un aparato para equilibrar las imposiciones del funcionamiento interior (personalidad, mecanismos de contención y de defensa, recursos intrapersonales) y las imposiciones del ambiente.

Según estos autores, las actitudes cumplen las siguientes funciones:

- Evaluación del objeto.
- Ajuste social.
- Exteriorización.

a) La evaluación del objeto se refiere a que el hecho de que poseamos una actitud definida en relación a un objeto específico, nos brinda el patrón necesario para el establecimiento de nuestras reacciones frente a dicho objeto.

b) La función de ajuste social, desempeña el papel de permitirnos la facilitación, conclusión y conservación más o menos armoniosa de nuestras relaciones con otras personas. Desempeña el papel de propiciar a las personas la oportunidad de una buena acomodación social.

c) La función de exteriorización, esto es, cuando una persona responde a un evento externo de una manera distorsionada por conflictos internos no resueltos. (Rodríguez, 1979).

Katz y Scotland establecen la base motivacional de las

actitudes que son:

- La actitud cumpliendo la función de ajuste, caracterizándose como un instrumento para la consecución de un objetivo; La necesidad de luchar por obtener la máxima cantidad posible de gratificaciones en su medio ambiente y reducir los posibles castigos.

- la actitud cumpliendo la función de defensa del yo, protegiendo a la persona contra el reconocimiento de verdades indeseables; se manifiesta cuando el individuo intenta protegerse a si mismo de descubrir verdades fundamentales acerca de su propia persona o de las realidades del mundo que lo rodea.

- la actitud como expresión de un valor al cual la persona aprecia sobremanera y en relación al cual siente la necesidad de exhibir inequívocamente su posición; llamada también función de expresión de valores; tiene tres importantes aspectos:

a) brinda expresión positiva a los valores más importantes de un individuo y a su autoidentidad; b) facilita la definición del autoconcepto del individuo; c) si un individuo entra en contacto con un nuevo grupo, ya sea en forma deliberada o por casualidad, muchas veces adoptará e internalizará los valores de dicho grupo, y la expresión de esos valores, le ayudará a relacionarse con los demás miembros del grupo en cuestión.

- la actitud cumpliendo la función de ordenar el ambiente, de comprender los fenómenos circundantes y de integrarlos en forma coherente. También llamada función de

conocimiento, basada en la necesidad de sustentar, con el fin de evitar el caos, un concepto estable, organizado y significativo del mundo. (Rodrigues, 1979; Reich y Adcock, 1980).

Kelman, se refiere más al cambio de actitudes, él menciona que la diferencia entre la formación y el cambio de actitud es, en realidad muy arbitraria, ya que al momento en que una actitud empieza a formarse, dicha actitud está cambiando, o por lo menos está sujeta a cambios. Él señala tres procesos de influencia social que conducen al cambio de actitud: la aceptación, la identificación y la internalización. (Citado en Rodrigues, 1979).

La aceptación es aquella que se registra cuando una persona acepta la influencia ejercida por otra persona o por un determinado grupo. Existe identificación cuando una persona adopta una conducta que se deriva de otra persona o grupo, porque dicha conducta se encuentra asociada a una relación con la autodefinición de la persona. Y la internalización se refiere a cuando una persona acepta y adopta una influencia porque el contenido de la conducta inducida es intrínsecamente satisfactorio y es congruente con su sistema de valores. (Rodrigues, 1979; Reich y Adcock, 1980)

15.2. Congruencia cognoscitiva.

Representadas por Heider, Newcomb, Osgood y Tannenbaum,

y Festinger, los cuales defienden la posición según la cual existe una fuerza en dirección a la congruencia, a la armonía, a la herencia entre nuestras actitudes y los componentes de las mismas. Afirman que un estado de consistencia entre las actitudes conduce a una rápida y suave adopción de dichas actitudes coherentes. (Rodrigues, 1979).

15.3. Teoría del refuerzo.

"En la cual se considera que la base de la actitud se encuentra en el reforzamiento o en el castigo que sucede a la emisión de una conducta." (Fac. Psicología U.N.A.M., 1980). El reforzamiento que recibe la conducta tiende a fortalecerla, así como la actitud que subyace a ella, mientras que un estímulo aversivo tenderá a decrementar la respuesta a la que sigue y, en consecuencia, a imposibilitar la estructuración de la actitud.

La posición de Doob, destaca que la actitud es una variable intercurrente que se interpone entre un determinado estímulo y la conducta subsecuente. (Rodrigues, 1979).

Se han revisado los aspectos que se refieren a la actitud, también es esencial que se revise la forma en que puede darse un cambio de actitud. Como ya vimos, la actitud tiene un componente cognoscitivo, otro afectivo, y otro consistente en una tendencia a actuar, y que existe una relación positiva entre esos componentes. Cualquier cambio

que se registre en uno de estos tres componentes es capaz de modificar a los otros dos. Consecuentemente, una nueva información, una nueva experiencia o una nueva conducta emitida en cumplimiento de determinadas normas sociales, u otro tipo de agente capaz de prescribir una conducta, puede crear un estado de incongruencia entre los componentes actitudinales, dando lugar a un cambio de actitud.

El cambio del componente cognoscitivo puede darse al obtener nuevos conocimientos (ya sean positivos o negativos) sobre el objeto actitudinal.

El cambio del componente afectivo puede darse cuando debido a una desaveniencia cualquiera, sin un fundamento cognoscitivo real, modificamos nuestra relación afectiva hacia una persona u objeto actitudinal.

La prescripción de una determinada conducta, realizada hacia un objeto actitudinal cualquiera, puede traer como consecuencia una reorganización de los componentes afectivos y cognoscitivos en relación al objeto actitudinal.

La comunicación juega un papel importante en el fenómeno del cambio de actitudes, "una teoría representativa de la comunicación persuasiva o cambio de actitudes, es la de Hovland, Janis y Kelley, (...), es básicamente un enfoque derivado de la teoría del reforzamiento. Consideran que la comunicación persuasiva (con la cual se intenta cambiar las actitudes de una persona o grupo), debiera facilitarle al

receptor el cambiar su posición original proporcionándole gratificaciones suficientes cuando ocurre el cambio" (Fac. Psicología, U.N.A.M., 1980).

Se ha visto, que la fuente de alta credibilidad invariablemente produce mayores cambios de actitud que la fuente de baja credibilidad.

También, que cuanto mayor es el porcentaje de personas en cada grupo que perciben la fuente de comunicación como de alta credibilidad, mayor es la cantidad de cambio de actitud. Las intenciones, los conocimientos y la credibilidad inspirada por el comunicador son variables importantes en lo que respecta a la eficacia de la comunicación persuasiva. (Rodríguez, 1979).

Las variables que describe el enfoque de la comunicación persuasiva más comúnmente estudiadas son:

a) Del mensaje: el orden de presentación de los argumentos, puede ir desde la omisión o presentación de la conclusión, la presentación sólo de argumentos en pro o en contra (unilateral); la presentación de los aspectos (bilateral); la naturaleza emocional o racional de la comunicación; y si presenta o no algún contenido atemorizante.

b) Del receptor: puede incluir el análisis de los efectos de la comunicación persuasiva sobre distintos tipos de personalidad, el grado de autoestima, sexo, autoritarismo, aislamiento social, filiación a grupos sociales, y nivel de susceptibilidad a la influencia.

c) Del emisor: en el que son manejados rasgos de personalidad, grado de credibilidad, sexo, filiación, status, edad, etc. (Facultad Psicología, U.N.A.M., 1980).

Un mensaje de contenido emocional puede servirle de incentivo al receptor, al predisponerlo a aceptar la comunicación persuasiva. Una comunicación de naturaleza emocional puede despertar mayor atención sobre el contenido de la comunicación, puede brindarle una mayor motivación al receptor de la comunicación para entender la esencia de la misma y puede facilitar la aceptación de las conclusiones sugeridas. Ciertamente esto no ocurrirá con todas las personas; la interacción entre la comunicación y el tipo de auditorio es fundamental para un mejor entendimiento. Los argumentos emocionales parecen sufrir mayores efectos cuando el auditorio es poco sofisticado educacional y educativamente. (Rodríguez, 1979).

16. METODOLOGIA.

Debido a que los tratamientos son cada vez más efectivos en una gran variedad de cánceres, las preocupaciones clínicas han cambiado de una exclusiva preocupación por el estado físico del paciente hacia una postura en la cual también se considera el estado psicológico. Las apreciaciones subjetivas y los sentimientos del paciente con cáncer, sus relaciones personales, su ajuste psicológico y aún su conducta en el tiempo de ocio, han sido tópicos relevantes de investigación y evaluación. Colectivamente, junto con el estado psicológico, estas variables han ido comprendiendo el constructo multifacético conocido como "calidad de vida", un constructo que ha asumido creciente importancia en deliberaciones al considerar el tratamiento y rehabilitación del paciente con cáncer.

A pesar de que estas variables psicológicas y sociales son consideradas independientemente como parámetros de la experiencia del paciente o en términos de la "calidad de vida", es importante la implementación de una serie de operaciones básicas para que tenga significado científico. Esta serie de operaciones es denominada "medición". La medición es fundamental para todas las ciencias, tanto de laboratorio como clínicas. Por medio de sistemas de cuantificación, la medición aumenta la precisión al plan-

tear nuestras relaciones por medio del análisis matemático, (Derogatis y Spencer, 1984).

16.1 Planteamiento del problema.

La eficacia de los grupos de autoapoyo ha sido hasta la fecha manejada, por una parte, desde el punto de vista subjetivo y observada sólo empíricamente; y por otra parte, los cambios de actitud que éstos originan no han sido hasta la fecha evaluados; pero pueden evaluarse, al igual que sus cambios. Es por estas dos razones que surge el interés de medir los cambios de actitudes que puedan lograrse de la interacción de la paciente mastectomizada con el grupo de autoapoyo.

Este tipo de estudio podría beneficiar tanto a la paciente, como al equipo de salud, al proporcionar una seria alternativa digna de tomarse en cuenta.

Las implicaciones sociales y clínicas son muchas, entre las cuales se podrían mencionar: el promover la iniciativa de formación de grupos de autoapoyo en los variados problemas sociales; el promover el cambio del proceso involutivo del estigma del cáncer, y en este caso específicamente, del cáncer mamario; el reincorporar a la paciente a la interacción social; el promover la creación de sistemas educativos respecto al cáncer (detección temprana, síntomas, erradicación de mitos, respuesta psicológica, mecanismos de conten-

ción, etc.); el demostrar que la enfermedad del cáncer no solo afecta a la paciente físicamente sino también psicológicamente; el mostrar que esta afección no sólo es en la paciente, sino también en los miembros de la familia. Asimismo, promover la aceptación y colaboración hacia la formación de este tipo de grupos dentro del equipo terapéutico, mostrar que la paciente requiere tanto de tratamiento médico en lo que se refiere al aspecto físico, como al psicológico; el proporcionar una alternativa más de tratamiento y destacar la importancia del manejo interdisciplinario de la paciente.

De acuerdo a lo anteriormente establecido, el objetivo del planteamiento del problema sería, encontrar si el grupo de autoapoyo promueve el cambio de actitud en las pacientes mastectomizadas.

16.2 Hipótesis.

16.2.1 Hipótesis conceptual.

Si la aplicación de una escala de actitud tanto en el grupo control como en el grupo experimental nos ofrece los mismos resultados, y a la interacción de la variable independiente (grupo de autoayuda) en el grupo experimental, precedida por la re-aplicación de la escala en ambos grupos nos ofrece resultados intragrupos; entonces la intervención de la variable independiente influye en el cambio de actitud.

des, (Solomon, 1949; cit. en Rodrigues, 1979).

16.2.2. Hipótesis de trabajo.

Hi. Existen diferencias favorables estadísticamente significativas en los cambios de actitudes de las pacientes mastectomizadas entre el grupo control y el grupo experimental.

16.2.3. Hipótesis nula.

Ho. No hay diferencias favorables estadísticamente significativas en los cambios de actitudes de las pacientes mastectomizadas entre el grupo control y el grupo experimental.

16.2.4. Hipótesis secundarias.

Hi.1 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre la actitud anterior y posterior a la intervención del grupo RETO.

Ho.1 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre la actitud anterior y posterior a la intervención del grupo RETO.

Hi.2 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre la actitud anterior y posterior a la intervención del grupo RETO.

camente significativas en el grupo control, entre la actitud anterior y posterior a la intervención quirúrgica.

- Ho.2 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo control, entre la actitud anterior y posterior a la intervención quirúrgica.
- Hi.3 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre las mediciones test-retest de la actitud hacia la enfermedad.
- Ho.3 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre las mediciones test-retest de la actitud hacia la enfermedad.
- Hi.4 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre las mediciones test-retest de la actitud hacia si mismas.
- Ho.4 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre las mediciones test-retest de la actitud hacia si mismas.

- Hi.5 Existen diferencias favorables estadística-
mente significativas en el grupo experimental,
entre las mediciones test-retest de la actitud de
impacto hacia el diagnóstico.
- Ho.5 No existen diferencias favorables estadística-
mente significativas en el grupo experimental,
entre las mediciones test-retest de la actitud de
impacto hacia el diagnóstico.
- Hi.6 Existen diferencias favorables estadísticamente
significativas en el grupo experimental, entre
las mediciones test-retest de la actitud hacia
la sexualidad.
- Ho.6 No existen diferencias favorables estadística-
mente significativas en el grupo experimental,
entre las mediciones test-retest de la actitud
hacia la sexualidad.
- Hi.7 Existen diferencias favorables estadísticamente
significativas en el grupo experimental, entre
las mediciones test-retest de la actitud hacia
su familia.
- Ho.7 No existen diferencias favorables estadística-
mente significativas en el grupo experimental,
entre las mediciones test-retest de la actitud
hacia su familia.

- Hi.8 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre las mediciones test-retest de la actitud social.
- Ho.8 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre las mediciones test-retest de la actitud social.
- Hi.9 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre las mediciones test-retest de la actitud hacia la relación médico-paciente.
- Ho.9 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas en el grupo experimental, entre las mediciones test-retest de la actitud hacia la relación médico-paciente.
- Hi.10 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas, entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud hacia la enfermedad.
- Ho.10 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud hacia la enfermedad.
- Hi.11 Existen diferencias favorables estadísticamente

- significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud hacia si mismas.
- Ho.11 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud hacia si mismas.
- Hi.12 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud del impacto al diagnóstico.
- Ho.12 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud de impacto al diagnóstico.
- Hi.13 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud hacia la sexualidad.
- Ho.13 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud hacia la sexualidad.

- Hi.14 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud hacia su familia.
- Ho.14 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud hacia su familia.
- Hi.15 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud social.
- Ho.15 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud social.
- Hi.16 Existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud hacia la relación médico - paciente.
- Ho.16 No existen diferencias favorables estadísticamente significativas entre el grupo control y el grupo experimental, con respecto a la actitud hacia la relación médico - paciente.

16.3. Variables.

16.3.1. Variable independiente.

Acciones (visitas y sesiones), que realiza el grupo RETO.

16.3.2. Variable dependiente.

Actitud de la paciente con cáncer mamario.

16.3.3. Variables control.

Mujeres, de 20 a 80 años de edad, que acaben de recibir su diagnóstico, con diagnóstico clínico e histopatológico de cáncer mamario, con tratamiento indicado de mastectomía, en cualquiera de sus modalidades.

16.3.4. Variables extrañas.

Asistencia terapéutica, consejeros (amigos, sacerdotes), personalidad de la paciente.

16.3.5. Variables sociodemográficas.

Estado civil, religión, ocupación, número de hijos, convivencia con el esposo, antecedentes familiares de cáncer, tiempo de latencia (hallazgo - tratamiento especializado).

16.3.6. Operacionalización de variables.

En esta investigación se llevó a cabo el estudio del

cambio de actitudes a través de una escala de clasificaciones sumadas, según la clasificación de Kerlinger (1975), basada en la escala del Diferencial Semántico del Idioma Español de Rogelio Díaz Guerrero (1975); en la cual la mitad del total de afirmaciones están planteadas de forma favorable al objeto actitudinal y la otra mitad desfavorable al mismo.

Esta división proviene de la necesidad de que sean evitadas ciertas inclinaciones individuales, como por ejemplo, la de concordar con mayor frecuencia que discordar.

En el presente estudio el espacio semántico se acortó, debido a que se consideró que, tanto el nivel educativo de las pacientes como el estado físico en que pudieran encontrarse, limitaría la facilidad de movilizarse dentro de los espacios semánticos. Por lo que se decidió acortar la escala de siete a cinco espacios semánticos. Osgood, creador de esta escala, considera que los ítems de cinco puntos es más apropiada para niños, sin embargo se tomó esta disposición debido a los puntos ya planteados.

A cada uno de estos reactivos se le otorgaron valores numéricos del 1 al 5, donde los valores más altos fueron distribuidos hacia el sentido positivo de los reactivos y los más bajos hacia el sentido negativo del reactivo. En los reactivos planteados desfavorablemente al objeto actitudinal, recibió valores opuestos en sus alternativas de

respuestas.

16.4. Creación del instrumento.

Se creó un banco de reactivos que constaba de 160 preguntas, en base a una serie de visitas hospitalarias y de entrevistas con las pacientes del I.N.C. las cuales se fueron depurando a través de los siguientes pasos:

16.4.1. Pasos de depuración para conseguir el instrumento final.

16.4.1.1. Primero se llevó a cabo la eliminación de aquéllas preguntas que se consideraron repetitivas o mal planteadas, replanteándose las que se consideraba relevantes, quedando un total de 87 preguntas. Estas se estructuraron en un cuestionario de verdadero-falso para sondearlas y conocer si las preguntas eran relevantes de preguntarse o si se había pasado alguna que hiciera falta.

16.4.1.2. A continuación se reestructuró el instrumento con las preguntas reformadas y las sugerencias de las pacientes, resultando un instrumento de 90 preguntas ahora realizadas en la escala Likert. Las cuales fueron piloteadas a un pequeño grupo de pacientes (20) con cáncer mamario, con la finalidad de ver como funcionaba el tipo de prueba.

16.4.1.3. En vista de que se observó que el estado

anímico de las pacientes conjugado con su nivel educativo, (la mayoría de las pacientes del Instituto son de nivel socioeconómico bajo, por lo cual muchas de ellas no tuvieron la oportunidad de asistir a la escuela o terminar la educación primaria), se decidió cambiar el tipo de escala al diferencial semántico del idioma español.

16.4.1.4. Se dio el instrumento compuesto por 71 preguntas, para que se realizara una valoración por jueces a 10 personas del equipo terapéutico, (entre médicos y enfermeras).

Posteriormente, para realizar la validez de constructo, se aplicó a 40 estudiantes de psicología, a los que se les explicó la situación experimental.

Se piloteó también a un grupo de 20 pacientes mastectomizadas.

16.4.1.5. Se reformó nuevamente el cuestionario, corrigiendo las preguntas que se detectaron mal planteadas o confusas por medio del análisis de frecuencias y de los comentarios hechos tanto en la validación por jueces como en la validación de constructo; se eliminaron algunas escalas bipolares que se había intentado crear, y se replantearon otras. Dando por resultado un instrumento de 75 reactivos.

16.4.1.6. Nuevamente se volvió a aplicar el instrumento, piloteándolo con 30 pacientes de cáncer mama-

rio del I.N.C., y al analizar el movimiento interespatial de cada una de las escalas bipolares por medio del análisis de frecuencias, resultó un instrumento final de 56 items.

Este instrumento ya depurado fue el que se aplicó en la investigación propiamente dicha.

16.4.2 Aclaraciones sobre la constitucion del instrumento.

16.4.2.1. El instrumento consta de siete escalas:

1. Actitud hacia la enfermedad.
2. Actitud hacia si mismas.
3. Actitud de impacto hacia el diagnóstico.
4. Actitud hacia la sexualidad.
5. Actitud hacia la familia.
6. Actitud social.
7. Actitud hacia la relación medico-paciente.

16.4.2.1.1. Actitud hacia la enfermedad.

Su propósito es conocer si existen pensamientos mágicos sobre la enfermedad, mitos, estigmas, o conocimiento (componente cognoscitivo).

16.4.2.1.2. Actitud hacia si mismas.

Está designada para conocer la actitud hacia su autoestima, sus sentimientos hacia si misma (componente afectivo) y su posición hacia lo que le sucede.

16.4.2.1.3. Actitud de impacto al diagnóstico.

Esta escala se propone medir la respuesta actitudinal inicial más frecuente a la comunicación del diagnóstico: el shock, la perplejidad y la negación.

16.4.2.1.4. Actitud hacia la sexualidad.

Esta escala intenta medir la posición actitudinal de la paciente en cuanto a las relaciones sexuales de una mujer mastectomizada, y ante sus propias relaciones.

16.4.2.1.5. Actitud hacia la familia.

El designio de esta escala, es el detectar como percibe la paciente que la ve su familia, y cual es la percepción actitudinal de la paciente dentro del contexto familiar.

16.4.2.1.6. Actitud social.

Esta escala se propone medir la percepción actitudinal que la paciente percibe de su entorno social y la actitud de su relación con el.

16.4.2.1.7. Actitud hacia la relación médico-paciente.

Esta escala tiene la pretensión de medir la posición actitudinal de la paciente en el contexto médico-paciente, su actitud cognoscitiva hacia lo que debe hacer un médico tratante de la enfermedad del cancer con respecto a la comunicación del diagnóstico y el tratamiento.

16.4.2.2. Las preguntas de las escalas se mezclaron aleatoriamente, tanto en los cuestionarios piloto, como en el instrumento final.

16.4.3. Escala del diferencial semántico.

"A pesar de la plétora de definiciones de "actitud" en la ciencia social contemporánea, es evidente el consenso y acuerdo, particularmente en lo que se refiere a las propiedades principales de aquéllas. La mayoría de las autoridades en la materia están de acuerdo en que las actitudes se aprenden y permanecen implícitas; son estados inferidos del organismo que, al parecer, se adquieren de manera muy semejante a como lo hacen otras actividades internas aprendidas. Son al mismo tiempo, predisposiciones a responder, pero se distinguen de otros estados similares en que disponen a una respuesta evaluativa. Por tanto, las actitudes se describen como "tendencias de acercamiento o evitación" o como "favorables o desfavorables", y así sucesivamente. Esta noción se relaciona con otra opinión compartida: que las actitudes pueden adscribirse a un continuo básico bipolar, (...), que tienen dirección e intensidad y a la vez proporcionan una base para obtener índices cuantitativos de ellas. O, para usar una nomenclatura algo diferente, las actitudes son procesos implícitos que tienen propiedades recíprocamente antagónicas y que varían de intensidad". (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1979).

16.5. Muestreo.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico de cuota en 92 mujeres candidatas a la operación de la mastectomía, 12 de las cuales quedaron fuera del estudio por no volver a recurrir al I.N.C., 20 pacientes fueron excluidas del estudio por no haberseles practicado la mastectomía (fueron tumores benignos). Por lo cual fueron incluidas 60 pacientes que fueron mastectomizadas, autoseleccionadas, de las cuales 30 formaron el grupo control y las otras 30 formaron el grupo experimental.

El grupo control lo formaron aquellas pacientes que fueron mastectomizadas y que por razones propias, no acudieron a las sesiones del grupo RETO.

El grupo experimental, lo formaron aquellas pacientes que por motivo propio acudieron a las sesiones del grupo RETO.

16.6. Procedimiento.

Se realizaron dos mediciones en dos tiempos diferentes:

1° En el momento mediato a la comunicación del diagnóstico y/o tratamiento.

2° Después de transcurrido el periodo de cuatro a ocho semanas posteriores al momento de la cirugía.

Todas las pacientes que participaron en el presente estudio, aceptaron colaborar. La aplicación del instrumento

se llevó a cabo en un consultorio asignado para la aplicación del instrumento, dentro de las instalaciones del Instituto. A las pacientes analfabetas el entrevistador (la sustentante de la presente investigación o la enfermera de psiconcología, la cual fue entrenada previamente), aplicó el instrumento a la paciente. Cuando la paciente contaba con instrucción primaria, se le asesoró, y cuando la paciente contaba con educación secundaria o superior solo se supervisó, para que la paciente en ese momento procediera a contestarla autoadministradamente y en forma individual, se le aclararon las dudas y se evitó que dejaran alguna pregunta sin contestar. Cuando la paciente era analfabeta se le leyeron la preguntas, procurando no mostrar ninguna tendencia o juicio de valor por parte del entrevistador para evitar respuestas tendenciosas o dirigidas por el juicio del entrevistador. Se procuró que la aplicación del postest fuera realizada por la misma persona que había aplicado el pretest, para evitar esa variable extraña.

16.7. Análisis de la información.

El análisis de datos, se llevó a cabo por medio del paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS), en el cual se realizó la obtención de medidas de tendencia central, medidas de dispersión análisis de frecuencias para análisis descriptivo; y para la comprobación de las hipótesis planteadas, se empleó la distribución "t" de Student.

17. RESULTADOS.

Los resultados de las pacientes, que formaron parte del grupo control como del experimental, se presentarán de la siguiente forma:

1° Las estadísticas globales de las variables sociodemográficas.

2° Las estadísticas por separado, tanto del grupo control como del grupo experimental.

3° Los resultados de la comprobación o rechazo de la hipótesis.

17.1 ESTADÍSTICAS GLOBALES DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

Como puede observarse en el cuadro No. 9, las edades de la muestra total variaron de 28 a 79 años, siendo la edad promedio la de 48 años.

Cuadro No.9

EDAD	Mínima: 28 años	Máxima: 79 años
	Media: 48.1 años	

Analizando el estado civil de la muestra total de las pacientes, encontramos que predominan las mujeres casadas (56%), seguidas de las viudas. (Cuadro 10).

Cuadro No. 10

ESTADO CIVIL	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (Porcentaje)
Solteras	8	13.3
Casadas	34	56.7
U. libre	3	5.0
Viudas	11	18.3
Divorciadas	4	6.7
total	60	100.0

Con respecto a la escolaridad de las pacientes, como habíamos comentado anteriormente, el nivel escolar que predominó fue el de primaria (46%), seguido por el grupo de pacientes que no sabían leer ni escribir (13.3%), y en tercer lugar las pacientes que tenían instrucción secundaria (11.7%). Ver cuadro No. 11.

Cuadro No. 11

ESCOLARIDAD	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Analfabetas	8	13.3
Autodidactas	4	6.7
Primaria	28	46.7
Secundaria	7	11.7
Preparatoria	2	3.3
Escuela técnica	5	8.3
Profesionista	6	10.0
Total	60	100.0

La mayor parte de la muestra, son amas de casa (73.3%); el 8.3% se dedica a prestar sus servicios de limpieza a casas particulares; el otro 8.3 son profesionistas, solo se tuvo una paciente estudiante. (véase cuadro No. 12)

Cuadro No. 12

OCCUPACION	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Hogar.	44	73.3
Empleado	2	3.3
Comerciante	3	5.0
Emp. Doméstica.	5	8.3
Profesionista	5	8.3
Estudiante	1	1.7
total	60	100.0

El cuadro No. 13, nos muestra que el 58.3% de las pacientes convivían con sus esposos, el 28.3% no vivía con ellos, y el 18.3% no tenía una pareja con quien convivir.

Cuadro No. 13

CONVIVENCIA CON PAREJA	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
No tiene p.	11	18.3
Si convive	32	53.3
No convive	17	28.3
total	60	100.0

El 43.3% había tenido amigos o familiares que habían padecido de cáncer, y el 56.7% no había tenido ninguna relación de este tipo.

Cuadro No. 14

RELACION CON AMIGOS O FAMILIARES QUE HAYAN PADECIDO DE CANCER.		
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Si	26	43.3
No	34	56.7
total	60	100.0

Se denomina retraso al diagnóstico, al tiempo transcurrido desde que la paciente se encuentra la protuberancia en el seno, hasta que acude al médico especialista. En la presente investigación fluctuó de ninguna semana como mínimo hasta un máximo de 1664 semanas (32 años), siendo esta persona una paciente con mucha tendencia a desarrollar mastopatía fibroquistica, la cual había tratado siempre su médico primario. Encontrando un tiempo promedio de un año 2 meses, siendo predominante el recurrir a los seis meses (medio año).

Cuadro No. 15.

RETRASO AL DIAGNOSTICO.	
Mínimo : 0 semanas	Máximo : 1614 semanas
Media : 67.117	Mediana : 22.500
Moda : 26.00	

67.117=1.27 años=16.7meses
26.00=6.5meses; es decir medio año.

Predominaron las pacientes que profesaron religión católica, ver cuadro No. 16.

Cuadro No. 16.

RELIGION.	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Sin religión	2	3.3
Católica	57	95.0
Evangélica	1	1.7
	<hr/> 60	<hr/> 100.0

La mayor parte de la muestra total de las pacientes (80%), padecieron de carcinoma canalicular infiltrante. Ver cuadro No. 17.

Cuadro No. 17.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Canalicular Infiltrante	48	80.0
Carcinoma ductal	0	0
Lobulillar	3	5.0
Comedo	1	1.7
Phyllodes	3	5.0
Otros	5	8.3
	<hr/> 60	<hr/> 100.0

17.2. Estadísticas socioeconómicas del grupo control y grupo experimental.

Dentro del análisis intergrupos, encontramos que ambos grupos tuvieron una muestra muy equilibrada entre ambos, con una edad media que corresponde a la misma etapa del desarrollo, (adulto medio). Ver cuadro No. 18.

Cuadro No. 18.

EDAD	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
Mínima :	28 años	Mínima : 29 años
Máxima :	79 años	Máxima : 71 años
Media :	48.83	Media : 47.40
Mediana:	46.00	Mediana: 42.50
Moda :	38.00	Moda : 38.00

Cuadro No. 19

ESTADO CIVIL	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Solteras	7	23.3	1	3.3
Casadas	13	43.3	21	70.0
Unión libre	1	3.3	2	6.7
Víudas	7	23.3	4	13.3
Divorciadas	2	6.7	2	6.7
	30	100.0	30	100.0

En este cuadro, se puede observar que en el grupo experimental hubo un porcentaje mayor de pacientes casadas (70%), que en grupo control (43.3%), y en el grupo expe-

rimental hubo un menor porcentaje de pacientes solteras (3.3%), que en el grupo control (23.3%).

Cuadro No. 20.

ESCOLARIDAD	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Analfabetas	4	13.3	4	13.3
Autodidactas	2	6.7	2	6.7
Primaria	13	43.3	15	50.0
Secundaria	4	13.3	3	10.0
Preparatoria	1	3.3	1	3.3
Esc. Técnica	3	10.0	2	6.7
Profesionista	3	1.0	3	10.0
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	30	100.0	30	100.0

En el cuadro No. 20, se puede apreciar que tanto en el grupo control como el experimental la población con mayor porcentaje (43.3% y 50% respectivamente) contaban con un grado máximo de estudios de educación primaria; el resto de la población también fue muy similar en ambos grupos.

En el cuadro siguiente, encontramos también que la distribución de la población en ambos grupos es muy similar en cuanto a la ocupación de las pacientes. La mayor parte de las pacientes se dedican a los quehaceres del hogar.

Cuadro No. 21.

OCUPACION	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Hogar	21	70.0	23	76.7
Empleada	0	0.0	2	6.7
Comerciante	2	6.7	1	3.3
Empleada doméstica	3	10.0	2	6.7
Profesionista	3	10.0	2	6.7
Estudiante	1	3.3	0	0.0
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	30	100.0	30	100.0

En cuanto a la relación que las pacientes hubieron tenido con amigos o familiares que hayan padecido cáncer, difirió un poco entre los grupos. Como puede apreciarse en el cuadro No. 22, en el grupo control predominaron las pacientes que no habían tenido relación (63.3%), en cambio en el grupo experimental estuvieron al 50% cada opción.

Cuadro No. 22.

	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Sí	11	36.7	15	50.0
No	19	63.3	15	50.0
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	30	100.0	30	100.0

En lo que se refiere al cuadro No. 23, la puntuación media del retraso al diagnóstico en el grupo control fue de 83 semanas, es decir de 2 años 8 meses; mientras que en el grupo experimental fue de casi un año (11 meses, 3 semanas). No obstante, el tiempo mas frecuente fue de medio año, en ambos grupos.

Cuadro No. 23.

RETRASO AL DIAGNOSTICO			
	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL	
(Semanas)	Media : 83.000	Media :	51.233
	Mediana: 25.500	Mediana:	21.000
	Moda : 26.000	Moda :	1.000
	Puntaje mínimo: 0.0 semanas	Puntaje mínimo:	1.0 semanas
	Puntaje máximo: 1664 semanas	Puntaje máximo:	520 semanas

Así también, la religión profesada en ambos grupos, el porcentaje es muy similar: 3.3% de pacientes católicas en el grupo experimental y 96.7% en el grupo control. (Ver cuadro No. 24).

Cuadro No. 24.

RELIGION	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Sin religión	1	3.3	1	3.3
Católica	28	93.3	29	96.7
Evangélica	1	3.3	0	0.0
	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>

Con respecto al tipo de cáncer que predominó en ambas muestras, fue el Canalicular infiltrante, 73.3% para el grupo control y 86.7% para el grupo experimental. (Cuadro No. 25).

Cuadro No. 25.

	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (porcentaje)
Canalicular infiltrante	22	73.3	26	86.7
Carcinoma ductal	0	0.0	0	0.0
Lobulillar	2	6.7	1	3.3
Comedo	-	-	1	3.3
Phyllodes	3	10.0	-	-
Otros	3	10.0	2	6.7
	<u>30</u>	<u>100.0</u>	<u>30</u>	<u>100.0</u>

17.3. Resultados de la comprobación de la hipótesis**17.3.1. Resultados intragrupos****ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD**

GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (<0.05)	VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (<0.05)
-1.08	0.288	-4.32	0.000
Media pre-test:46.43 Media pos-test:47.70		Media pre-test:45.43 Media pos-test:52.66	

Aquí podemos observar que en el grupo control no hubo cambios significativos mientras que en el grupo experimental si hay significancia estadística. Por lo cual se cumple nuestra tercera hipótesis alterna.

ACTITUD HACIA SI MISMAS.

GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)	VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)
-2.26	0.320	-3.34	0.002
Media pre-test:28.30 Media pos-test:31.20		Media pre-test:29.73 Media pos-test:33.36	

En este cuadro se puede encontrar que mientras que en el grupo control no hay cambios estadísticamente significativos entre el tiempo de aplicación del pretest y el posttest; en el grupo experimental si hay cambios significativos, por lo que se cumple nuestra cuarta hipótesis alterna.

ACTITUD DE IMPACTO HACIA EL DIAGNOSTICO.

GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)	VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)
0.99	0.328	-0.21	0.839
Media pre-test:43.80 Media pos-test:42.36		Media pre-test:43.83 Media pos-test:44.13	

Aquí podemos observar, que en ninguno de los dos grupos no hubieron cambios en la actitud de impacto al diagnóstico; esto pudiera deberse a que el tiempo de aceptación, y de transcurso de la angustia y de shock es de 6 a 8 semanas (según J. Holland), y por lo tanto quizá fue prematura la aplicación del posttest, en cuanto a la medición de impacto al diagnóstico.

ACTITUD HACIA LA SEXUALIDAD.

GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)	VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)
-1.21	0.237	-3.03	0.005
Media pre-test:28.40 Media pos-test:29.63		Media pre-test:29.36 Media pos-test:32.26	

En este cuadro podemos observar, que el grupo de auto-apoyo conduce a una cambio significativamente favorable en las pacientes mastectomizadas en lo que se refiere al contexto de la sexualidad. Por lo cual se cumple la hipótesis alterna No. 6.

ACTITUD HACIA LA FAMILIA.

GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)	VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)
-2.10	0.045	-2.35	0.026
Media pre-test:19.46 Media pos-test:21.06		Media pre-test:20.09 Media pos-test:22.33	

Aquí podemos observar que hubo cambios tanto en el grupo control como el grupo experimental, y cambios signifi-

cativos; tal vez esto se deba a que la familia mexicana es muy unida, sobre todo en casos de enfermedad. Tal vez sería interesante poder hacer un estudio comparativo con una muestra anglosajona o de alguna otra cultura, para investigar esto.

ACTITUD HACIA LA SOCIEDAD

GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)	VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)
0			
0.21	0.833	-2.83	0.008
Media pre-test:21.46 Media pos-test:21.30		Media pre-test:20.23 Media pos-test:22.53	

Aquí podemos observar, que el grupo de autoapoyo cambia significativamente la actitud de la paciente en cuanto su percepción en el contexto social; sin embargo en el grupo control no hay cambio significativamente favorable.

ACTITUD HACIA LA RELACION MEDICO-PACIENTE.

GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)	VALOR T	SIGNIFICANCIA PROBABILISTICA (≤ 0.05)
-1.00	0.324	-2.81	0.009
Media pre-test:22.63 Media pos-test:23.20		Media pre-test:21.96 Media pos-test:23.20	

Como podemos observar en este esquema, la actitud hacia la relación médico-paciente en el grupo experimental aumentó significativamente, mientras en la muestra que no tuvo la intervención del grupo RETO no hubo cambios significativos.

17.3.2. "Resultados intergrupos".

Aplicando la fórmula $t = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{\frac{s^2}{n_1} + \frac{s^2}{n_2}}}$ ("prueba t para comparar dos muestras") donde $M_1 =$ grupo control y $M_2 =$ grupo experimental, encontramos que los resultados obtenidos son los siguientes:

ACTITUD	PRUEBA T		PUNTO CRITICO -1.645
	Antes	Después	
Enfermedad	.54	-3.38	
Hacia sí mismas	-0.383	-0.75	
Impacto al dx.	-0.033	-1.766	
Ante sexualidad	-0.52	-1.283	
Hacia la familia	-1.321	-1.271	
Social	1.165	-1.291	
Hacia la relación médico-paciente	-1.049	1.614 ⁻⁰⁶	

Como se puede observar, nuestra hipótesis conceptual y la de trabajo, solo se acepta en el área de la actitud hacia la enfermedad, en todas las demás se rechaza. Así también solo se acepta la hipótesis alterna No. 10, de la hipótesis alterna No. 11 a la 16 se aceptan las hipótesis nulas.

18. CONCLUSIONES.

A lo largo de la investigación, siempre hubo situaciones y conceptos muy interesantes de conocer y manejar. La relación profesional con pacientes de cáncer y en específico con pacientes de cáncer mamario, es infinitamente enriquecedora y ratifica ampliamente uno de los postulados de la psicología en el que se plantea que somos seres bio-psico-sociales, y que la alteración o modificación de una de estas características, modifica a las demás, produciendo un desequilibrio en la estructura bio-psico-social que, en el caso de las pacientes con cáncer mamario, se inicia desde el inicio de la enfermedad; la comunicación del diagnóstico, en el cual se vislumbra la posibilidad de muerte (debido a la estigmatización que se tiene del cáncer, donde se asocia a éste con muerte y dolor); continuando por el enfrentamiento a una cirugía agresiva (por la extensión y la remoción no solo de la glándula mamaria sino también de los músculos pectorales mayor y menor y de los ganglios linfáticos locales), que además agrede psicológicamente por ser un órgano directamente vinculado a la identificación femenina (por ser una parte del cuerpo relacionada específicamente con la crianza y la sexualidad); agregando a esto la morbilidad de los tratamientos, los aspectos psicológicos que cada uno de estos conlleva debido a las reacciones secundarias de los mismos y la posibilidad real de muerte, proporcionan una serie de aspectos difíciles de evaluar en su conjunto e

interesantes de evaluar y conocer en sus partes y en sus relaciones con el todo.

A lo largo de la investigación se pudo verificar lo anteriormente expuesto. Desde el inicio de la enfermedad la paciente tiene una actitud ante lo que está viviendo y ante la enfermedad que se esta gestando, recordando, que las actitudes se conforman de tres componentes: el afectivo, el cognitivo y el conductual y que, en base a la teoría de la congruencia, estos tres factores son internamente congruentes entre sí por lo que, si se tiene una actitud negativa hacia la enfermedad del cáncer, (tanto afectiva como cognitivamente), la conducta de la paciente tenderá a negar el posible pronóstico de cáncer y por lo tanto retrazará, tanto como le sea posible, el acudir al médico -1614 semanas en una paciente de la muestra, 67 semanas en la media de la muestra-.

El enfrentar la mastectomía, implica revalorar y reacomodar una serie de estructuras de la personalidad y de relación social, lo cual no es un proceso sencillo.

Se podría iniciar el análisis, con el encarar la posibilidad de morir, 65% del total de la muestra mostró tendencia (en el pretest) hacia que el cáncer era insoportable y el 41.7% hacia que era siempre mortal.

En cuanto al impacto psicológico que implica recibir un diagnóstico de cáncer, se pudo observar sentimientos de angustia e incredulidad en las pacientes al recibir el

diagnóstico o la posibilidad de padecer cáncer (antes del planteamiento de la cirugía).

En lo que se refiere a la autoestima de las pacientes, al ser mastectomizadas, manifestaron sentir una pérdida sobre el control de sus propias vidas, en cuanto al yo corporal (cómo me veo) se percibían a sí mismas como "media mujer" y como repulsivas, donde los cambios corporales amenazaban su autoestima e interferían con su vida sexual, e influía esto en su estado de ánimo que lo reportaban como "sentirse mal".

Una área que es muy importante, es el área de la sexualidad, pues siendo que a la glándula mamaria, socialmente se le ha asociado al ser mujer atractiva, sensual y con posibilidad de tener una vida sexual plena; por lo que la pérdida de este órgano ocasiona un deterioro importante en la autoimagen y la autoestima, trayendo como consecuencia el temor y muchas veces la certeza de que su pareja la rechazará, y pondría en juego la posibilidad de continuar y/o de tener una pareja que, en ocasiones, este es un factor importante de grandes depresiones.

Las relaciones familiares, son una base muy importante para la recuperación holística de la paciente, la familia mexicana es una familia donde la unión y el apoyo se inculcan, por lo cual las pacientes se sienten acompañadas, apoyadas y atendidas.

Considerando la actitud social, se sienten observadas

con curiosidad, en algunas ocasiones rechazadas por las personas conocidas, donde el trato con los conocidos se percibía tendiente a lo frío y poco compartido.

Es también muy importante la relación médico-paciente, pues es el médico quien va a ser el responsable del manejo de la enfermedad de la paciente, en la muestra las pacientes percibieron desde el inicio de la relación médico paciente, una relación positiva con el médico, la cual se mantuvo a lo largo de la investigación para el total de la muestra, las pacientes prefieren que se les maneje la verdad sobre su enfermedad y los tratamientos, sin que se les oculte nada y consideran que su médico por su estado de ánimo tiene interés.

Se encontró que en efecto, las actitudes de una persona son su principal instrumento para enfrentarse a la realidad, y que estas actitudes cumplen la función tanto de evaluación del objeto, como de ajuste social y de exteriorización, en cuanto a que la persona responde a un evento de manera distorsionada cuando aún tiene conflictos internos no resueltos; en este sentido el grupo de autoapoyo, se percibe como una fuente de alta credibilidad por la sabiduría y la fuerza que le imprime el que sus integrantes han pasado por la mastectomía y han superado tanto aspectos de salud como emocionales, con lo cual produce mayores cambios de actitud.

Debido a que el mensaje del grupo reto tiene un fuerte contenido emocional, le es de gran incentivo al receptor, y

lo predispone a la comunicación persuasiva; además de despertar mayor atención debido al contenido emocional de la comunicación y facilita la aceptación de las conclusiones sugeridas en la mayor parte de las pacientes que acuden a las sesiones del grupo, esto se refuerza con las visitas individuales que el grupo realiza. Si a esto se le agrega, que los argumentos emocionales producen mayores efectos en el auditorio que es poco sofisticado educacional y educativamente, y que la mayor parte de la muestra tiene un nivel educativo bajo (40. de primaria), se podrá entender más ampliamente el éxito del mensaje del grupo reto.

En lo que se refiere a los datos cuantitativos como se pudo apreciar, ambas muestras constaron de pacientes con un rango de edad similar, que abarcó las mismas etapas del desarrollo (del adulto joven al anciano). Con una distribución muestral también semejante, tanto en la edad, escolaridad (la mayoría de las pacientes contaban con educación primaria), como en la ocupación (la mayoría eran amas de casa).

La relación con amigos o familiares que habían padecido de cáncer fue homogénea en el grupo experimental 50% y 50%; y en el grupo control fue mayor (63%) quienes no habían tenido conocimientos del cáncer y lo que conlleva el padecerlo por medio de amigos y /o familiares.

En cuanto a la comprobación de las hipótesis, encontramos que nuestra hipótesis conceptual se comprueba solo en lo que se refiere a la actitud hacia la enfermedad, es decir

lo que se refiere a la actitud hacia la enfermedad, es decir que la variable independiente (visitas y sesiones grupales del grupo RETO) introducida en esta investigación, medida antes de su introducción, y re-evaluada después de la introducción de la variable independiente, produce un cambio solo en el área que evalúa el área de enfermedad que comprende el cambio y la erradicación de pensamientos mágicos sobre la enfermedad del cáncer, mitos, y estigmas sobre el cáncer mamario. Mostrando en los resultados intergrupos, que la intervención del grupo de autoapoyo (variable independiente) influye en el cambio de actitud hacia la enfermedad; en lo que respecta a las otras áreas no se encontró ningún cambio significativo en la comparación intergrupos.

En lo que se refiere a la hipótesis de trabajo, podemos observar que no existieron diferencias estadísticamente significativas y favorables en todas las escalas actitudinales excepto en la actitud hacia la enfermedad.

En lo que se refiere a las hipótesis alternas, solo se aceptaron seis; cinco que se refieren a los resultados intragrupos: Actitud hacia la enfermedad, actitud hacia sí mismas, actitud hacia la sexualidad, actitud hacia la sociedad y actitud hacia la relación médico-paciente. Y de los resultados intergrupos, solo hubo cambio favorable estadísticamente significativo en lo que se refiere a la actitud hacia la enfermedad. Esto último puede deberse, a que si bien, las actitudes son posiciones que pueden estar sujetas a cambio (sobre todo si se altera alguno de los tres compo-

nentes de las actitudes), también es cierto que las actitudes llevan cierto periodo de tiempo en establecerse, es decir no pueden cambiar y mantenerse en ese cambio de un momento a otro, por lo cual, es posible que el tiempo transcurrido entre test-retest haya sido todavía corto para el establecimiento de la nueva actitud. Ya que las observaciones y verificaciones anecdóticas sobre el grupo RETO, han sido positivas en todos los aspectos.

Reuniendo tanto las características cualitativas como los resultados cuantitativos de la muestra estudiada, podemos concluir que el grupo RETO promueve cambios de actitud de manera importante y significativa en muchas áreas psicosociales de las pacientes con cáncer mamario, lo cual brinda una alternativa psicoterapéutica importante y de gran valor en pro de la recuperación holística de la paciente mastectomizada.

19. LIMITACIONES Y APORTACIONES.

Los resultados de esta investigación solo son válidas a la población del instituto, por lo que se sugeriría se realizara esta investigación en otras instituciones del país.

Existe una falta de instrumentos adecuados para investigaciones específicas, por lo cual, el instrumento de medición utilizado en el presente estudio, es una base sólida para realizar estudios sobre actitudes, no solo en cáncer mamario sino en cualquier tipo de cáncer, perfeccionando el instrumento. En el transcurso de la investigación se observó que algunas preguntas del instrumento, no solo podían evaluar la actitud para la que estaban designadas, sino también, podrían ser incluidas en otras escalas, esto en el presente estudio no se hizo, ya que podría complicar la evaluación, aumentar el tiempo de estudio de si se estaba incorporando en forma correcta o no, aumentando también el volumen de trabajo que de por sí ya era bastante grande.

19.1. Sugerencias.

Sería interesante considerar un estudio de seguimiento, para observar si se han realizado otros cambios de actitud. También sería importante considerar si se desea realizar otro estudio parecido al presente, el dejar transcurrir un período de tiempo mayor entre el test y el retest, ya que

de esta forma se daría oportunidad de establecerse más firmemente la conducta del cambio.

Por otro lado sería de gran interés revisar otros aspectos de ayuda del grupo RETO, ya que es un grupo con una gama amplia de acciones.

20. BIBLIOGRAFIA CITADA

- ALLEGRA, J.C.; P.J. BERTINO. et al. 1985.
Metastatic breast cancer; preliminary results with oral hormonal therapy. seminars in Oncology. 12(4):61-64.
- AUCHINCLOSS S.,S. 1989.
Cap. 33: Sexual dysfunction in cancer patients: Issues in Evaluation and treatment. Del libro Handbook of Psychooncology.
Ed. Holland and Rowland. Oxford University Press; New York, U.S.A.
pp 383-388.
- BAIDER, L.; A. KAPLAN DE-NOUR. 1986.
The meaning of a disease: an exploratory study of moslem arab women after a mastectomy.
Journal of psychosocial oncology. vol 4 pp. 1-13.
- BAIDER, L.; A. KAPLAN DE-NOUR. 1988.
"Breast cancer - a family affair" Stress and breast cancer.
Ed. Cooper, Wiley and Sons Ltd. pp. 155-170.
- BAKEMEIER, R. 1980.
Principios de Medicina Oncológica, Cap. V: Oncología Clínica.
Universidad de Rochester. Impreso en México.
- BAYES, R. (1985)
Psicología Oncológica.
Ed. Martínez roca. Barcelona, España.
- BEAUVOIR DE, S. (1988)
Una muerte muy dulce.
Ed. Hermes, cuarta reimpression.
- BLOOM R.,J.; R.ROSS; G. M. BURNELL. 1978.
The effect of social support on patient adjustment after breast Surgery.
Patient Counseling Health Educ.vol. 1. pp. 50-59.
- BLOMM R.,J.; M. COOK; D. FLAMER; C. GATES; C.J. HOLLAND; R.L. MUENZ;
B. MIRAWSKI; D. PENMAN; R. ROSS. 1987.
Psychological response to mastectomy a prospective comparison study.
Cancer 59. pp.189-196.
- BLOOM R., J. 1982.
Social support systems and cancer, cap. 13 del libro: Psychosocial aspects of cancer.
Ed. by Jerome Cohen, Joseph Cullen and Robert Martin.
Raven Press, New York. pp.129-150.

- BLOOM R., J.; D.R. ROSS. 1982.
Measurement of the psychosocial aspects of cancer: Sources of bias.
Psychosocial aspects of cancer.
Ed. Jerome Cohen, Raven Press. New York. pp.255-274.
- BONADONNA, G. 1985.
Manual de Oncología, Cap. I: Principios de proliferación celular.
S. Ed.; S. L.
- BONADONNA, G. 1985.
Manual de Oncología, Cap. 32: Carcinoma de mama.
S. Ed.; S.L.
- BRANSFIELD D., D. 1983.
Breast Cancer and sexual functioning: A review of the literature and implications for future research. Int. J. Psychiatry Med. 12:197-211. Cit. por Auchincloss S., S. 1989.
- BULLARD, D.; G. CAUSEY, A. NEWMAN; R. ORLOFF; K. SCHENKE; D. WALLACE. 1980.
Sexual health care and cancer: a needs assessment
Frontiers of radiation therapy and oncology, 14, 55-58. citado en Tombrink.
- BUTTS S., G. 1989.
Psychosocial aspects of the stigma of cancer: an overview.
Journal of psychosocial oncology. vol 6. pp. 3-27.
The Haworth Press, Inc.
- COHEN J.; M. SULLIVAN; I. BRANEHOG. 1989.
Psychosocial Responses to cancer in California y Western Sweden: a comparative study
Journal of psychosocial Oncology, vol. 6(3/4)
The Hawoth Press, Inc.pp.29-40.
- CUEVAS G., M. (1983)
Epidemiología del cáncer mamario. Estudio en cuatro clinicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
Boletín oficial de sanidad panamericana, vol. 95, No. 6, (Diciem bre) 1983 México, pp 516-524.
- DEROGATIS L., R.; M.D. ABELOFF, M.MELISARATOS. 1979.
Psychological coping mechanisms and survival time in metastasic breast cancer.
Journal of the american medical association JAMA, vol 242 No. 14 pp.1504-1508. Citado en Friedman et al, 1989.
- DIAZ P., R.; L.A. TORRES; C.H. RODRIGUEZ; ARANA R., E. y COLS. (1980)
Temas Monográficos de Educación Médica Continua. Serie Oncología, Cáncer de mama.
Ed. División de Estudios de Postgrado de la U.N.A.M., Unidad de Oncología del Hospital General S.S.A., y Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud, A.C. 1980 México, D.F., S. pp.

- DONEGAN, W. (1988)
Breast Cancer, Cap. Introduction to the History of Breast Cancer.
Sin Ed.; Sin Lugar. pp 1-15.
- DONOLOU N., J.; L.D. WOLCOTT; GOTTLIEB S.M.; LANDSVERK J. 1985.
Psychosocial aspects of AIDS and AIDS-related complex: a pilot
study.
Journal of Psychosocial oncology, vol 3, summer. pp.39-55.
- FISHER, J.; T. WISNIEWSKI. 1986
Surgeons' attitudes toward breast cancer its treatment and their
relationship with patients.
Journal of psychosocial oncology. vol 4. Summer. Hawort Press, Inc.
pp. 33-43.
- FREIDENBERGS, I.; G., WAYNE; H., M. RUCKDESCHEL; L., DILLER. 1980.
Assesment and treatment of psychosocial problems of the cancer
patient: a case study.
Cancer Nursing, abril. New York, New York.
- FRIEDMAN C., L.; E., P. BAER; A. LEWY; M. LANE; E., P. SMITH. 1989
Predictors of psychosocial adjustment to breast cancer.
Journal of psychosocial oncology, vol 6(1/2) pp.75-94
- GARCIA-SAINZ, M. y BORREGO-ROMAN, R. (1981)
Factores de Riesgo Asociados al Cáncer Mamario. Estudio Epidemioló
gico Retrospectivo.
Gaceta medica de México, vol 117, No.8, Agosto 1981. pp.323-331
- GRINKER R., R. 1976.
Sex and cancer.
Medical aspects of human sexuality, 10, 133-134, 137, 139.
cit en sexualid.
- GUY, R. 1759. An essay on scirrhus tumors and cancers. In Haagensen,
C. D. 1986. The history of the surgical treatment of breast car
cinoma from 1863-1921. 3a. ed. (lugar de la edición), W. B. Saun
ders. pp. 864-871.
- HAAGENSEN C., D. (1986)
The History of the Surgical Treatment of Breast Carcinoma from
1863-1921, del libro: Diseases of the breast.
3a. Edición, Ed. W.B. Saunders Company, 1986, pp.864-871.
- HARRIS J., R.; Canellos G., P.; Hellman, S., Fisher, B. (1985)
Cap: Cancer of the Breast, Del libro: Cancer Principles & Practice
of Oncology (Vincent T. DeVita et al). Vol. II.
Ed. Lippincott Company, Philadelphia, 2a. Ed.
- HILL G., J. (1979)
Historic Milestones in Cancer Surgery.
Seminars in Oncology, vol 6, No.4, (December) 1979. pp.409-426

- HOLLAND C., J.; MASSIE J., M.; REDD H., W. (1987)
The Cancer Patient: Psychosocial Problems and Support.
American Society of Clinical Oncology, ASCO. 23rd. Annual meeting
May 17-19, 1987. Atlanta, Georgia. pp.132-149
- HOLLAND C., J. 1990.
Handbook of psychooncology
Cap. 6: Clinical course of cancer
Ed. Oxford University Press, Inc. pp.75-100
- HOLMBERG, L.; M. OMNE-PONTEN; T. BURNS; O.H. ADAMI; R. BERGSTRÖM. 1989.
Psychosocial adjustment after mastectomy and breast-conserving
treatment.
Cancer vol 64. pp.969-974.
- IRWING H., P.; KRAMER, S. 1989.
Social support and cancer: sustained emotional support and
successful adaptation.
Journal of psychosocial oncology, vol 6, the Haworth press, Inc.
Press, Inc. pp. 53-73.
- JACOBY K., S.; W. FLETCHER. 1987.
Gay grief: an examination of its uniqueness brought to light by
the AIDS crisis.
Journal of Psychosocial Oncology, vol 4.
The Haworth Press, Inc. pp. 15-25
- JANSSEN W., F. (1979)
Cancer Quackery. The Past in the Present.
Seminars in Oncology, vol 6, No. 4, (December), 1979. pp.526-536.
- KAPLAN H., S. (1979)
Historic Milestones in Curative Chemotherapy.
Seminars in Oncology, vol 6, No 4 (December), 1979. pp.490-505
- KAPLAN M., D. 1982.
Intervention strategies for families.
Psychosocial aspects of cancer.
Ed. Jerome Cohen, Raven Press. New York, pp.221-233.
- KARDINAL C., G. 1979.
Introduction: Historic Milestones in Cancer Research.
Seminars in Oncology, vol 6, No. 4 (December), 1979. pp.409-426
- KARDINAL C., G.; J., W. YARBRO. 1979.
A Conceptual History of Cancer.
Seminars in Oncology, vol 6, No. 4 (December), 1979, pp.395-408.
- KATS J., L.; H. WEINER; T., F. GALLAGHER; HELMAN, L. 1970.
Stress, distress and ego defenses: Psychoendocrine response to
impeding breast tumor biopsy.
Archives of general psychiatry, vol 23. pp.131-142.

- KÜBLER R., E. 1974.
Questions and Answers on death and dying.
Macmillan publishing Co., Inc. New York.
- KÜBLER R., E. 1986.
Una luz que se apaga.
Ed. Pax-México, 1a. reimpresión.
- LASRY M., J.; G.R. MARGOLESE; R. POISSON; H. SHIBATA; D. FLEISHER; D. LAFLEUR; S. LEGAULT; S. TAILLEFER. 1987.
Depression and body image following mastectomy and lumpectomy.
J. Chron Dis vol. 40, No. 6. Great Britain. pp. 529-534.
- LAZARUS S., R. 1982.
Stress and coping as factor in healt and illness. cap. en el libro
Psychosocial aspects of cancer.
Ed por Jerome Cohen et al.
Raven Press, New York.
- LEIBER, L.; M. M. PLUMB; M.L. GERSTENZANG; J. HOLLAND. 1976.
The communication of affection between cancer patients and their spouses. Psychosomatic Medicine, 38, 379-389. Citado en Tombrink.
- LEVY M., S.; B., R. HERBERMAN; K.J. LEE; E.M. LIPPMAN; D'ANGELO T. 1989
Breast Conservation versus mastectomy: Distress sequelae as function of choice.
Journal of clinical oncology, col 7, No. 3 (march), pp. 367-375.
- LIEBERMAN, M.A. 1982.
The effects of social supports. Cit. por Rowland. 1989.
- MAGUIRE, G.P.
Psyquiatic problems in the first years after mastectomy.
Br. med. journal. 1:963-65. cit en Auschincloss.
- MANTELL E., J. 1982.
Sexuality and cancer.
Psychosocial aspects of cancer.
Ed. Jerome Cohen, Raven Press. New York. pp.235-248.
- MARTIN R., L. 1982.
Overview of the psychosocial aspects of cancer
Department of family and community medicine, University of Nevada.
Ed. by Jerome Cohen et al. Raven Press, New York. pp. 1-4
- MILLER B., D. 1971.
Role of Nutrition in the Etiology of Breast cancer.
Cancer vol 39, No. 6 (Suplement June), 1971, pp. 2704-2708
- O.M.S. 1985.
Chronica of the O.M.S., 1985, Sin No., S. Lugar, pp. 120-122

- ORTIZ Q., F. 1988.
El acto de morir.
Colección: Dolor, enfermedad y muerte.
Ed. Nemesis, 4a. edición.
- OWENS G.; J., J. ASHEROTT. 1987.
Breast cancer screening-the way ahead.
Journal of psychosocial oncology, vol. 4 (sin No. pp.)
- PECK, A. 1972.
Emotional reactions to having cancer
Am J roentgenol radium ther nuci med 1qd14:591-99.
(citado In Freidenbergs)
- PENMAN, D.T. 1982.
Coping strategies in adaptation to mastectomy.
Psychosom med. vol 44. p. 117.
- PORTLOCK, C.; GOFFINET, P. 1983.
Manual de Problemas Clínicos en Oncología.
Sin Ed. México, 1983, pp. 54, 55, 105.
- RUBIN, P. 1980
Oncología Clínica, Cap. I: Exposición del problema Clínico
Oncológico.
Ed. Universidad de Rochester. Impreso en México.
- ROWLAND H., J. 1989.
Intrapersonal resources: Coping. del libro: Handbook of
psychoncology.
Ed. Jimmie C. Holland and Julia H. Rowland.
New York Oxford. pp.44-57.
- ROWLAND H., J. 1989.
cap. 5, Interpersonal Resources: Social Support. del libro:
Handbook of psychoncology.
ED. Jimmie C. Holland and Julia H. Rowland.
New York Oxford. pp.58-71.
- SALVAT MEXICANA. 1983.
Diccionario Terminológico de ciencias médicas.
Undécima edición.
- SAVLOL, E.; BAKEMEIER, R.; RUBIN, P. 1980.
Cap.VIII: Carcinoma de Mama, del libro Oncología para médicos y
estudiantes de Medicina.
Ed. Universidad de Rochester, Impreso en México.
- SCOTT W., D.; J., S. EISENDRATH. 1986.
Dynamics of recovery process following initial diagnosis of breast
cancer.
Journal of Psychosocial Oncology vol 3, Winter.
The Haworth Press, Inc. pp.53-65

- SHAIN S., W. 1981.
Self-esteem, Sexuality and cancer management (cap. 16), del libro
Psychoterapeutic treatment of cancer patients.
Ed. Jane Golberg, The Free Press. New York, U.S.A. pp.316-336.
- SHMAL, J.; N. WEINBERG. Sin fecha.
Satisfactions, stresses and coping.
Mechanisms of oncologist in clinical practice.
Universitty of Illinois; Chicago, Illinois. (6 pags.)
- SMITH M.,E.; R.REDMAN; L.,T. BURNS; K. SAGERT. 1986.
Perceptions of social support among patients with recently diagno
sed breast, endometrial and ovarian cancer: an exploratory study.
Journal of psychosocial oncology. vol 3. fall.
Haworth Press, Inc. pp.65-81.
- SONTAG, S. 1985.
Illnes as Metafhor.
Ed. Farrar, New York.
- SPARKS, F. 1989.
Coping with the psychosocial stresses of onology care.
Journal of psychosocial oncology, vol 6. pp. 165-179.
- STJERNSWÄRD, K.; D. STANLEY; M. EDDY.; TSECHKORSKI, L.; et al.
Lucha contra el cáncer: Estrategias y Prioridades.
Foro Mundial de la salud, vol 6, 1985.
- SUTHERLAND, A.M. 1960.
The psychological impact of cancer.
New York: American Cancer Society. Citado en Tombrink.
- TERRY, R. 1980.
Cap. II:Patología del cáncer, del libro Oncología para médicos
y estudiantes de Medicina.
Ed. Universidad de Rochester, Impreso en México.
- THORWALD, J. 1962
Science and the secrets of early medicine.
Harcourt Brace and World, Chap 3, 1962, pp.47-60
- TOLSTOI, L. 1886.
La muerte de Iván Ilich y otros cuentos.
Ed. Concepto, 1a. reimpresión. 1981.
- TOMBRINK D.,J. 1987.
Formulating an educational model. Consideration of the impact of
cancer on self image and sexuality.
Journal of Psychosocial Oncology, vol 5(1), spring.
The Haworth Press, Inc. pp.89-101.
- VALERO, A. 1989.
Conferencia sobre autoconcepto.
Segundas jornadas de enfermería.
Instituto Nacional de Cancerología.

- VIAGGIO, J.; F.A. SANGUINETTI ; J. MARIN. 1984.
Estudio Epidemiológico basado en 27000 consultas de Patología Ma
maria.
Obstetricia y ginecologia latinoamericana, vol XLII, No. 2 , 1984,
pp.24-26.
- VON ESCHENBACH C.,A.; R.,L. SCHOVER. 1984.
The role of sexual rehabilitation in treatment of patients with
cancer.
Cancer 54: 2662-2667.
- WABREK A.,J; WABREK C.,J.; BURCHELL C.,R. 1980.
Orientación Matrimonial y Sexual despues de la Mastectomia.
Sin Editor, Sin Lugar. pp.201-210.
- WEISSMAN A.,D. 1979.
Coping With Cancer.
Ed. McGraw-Hill, Inc. United States of America.
- WORDEN, W.; D.A., WEISSMAN. 1984.
Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer
patients.
General Hospital Psychiatric 243, 249.
- ZUBROD C., G. 1979.
Historic Milestones in Curative Chemotherapy.
Seminars in Oncology, vol 6, No. 4 (December), 1979, pp.490-505
- ZULOAGA P.,L.; V.C. SOTO. 1981.
Cáncer del Cervix y sus factores de Riesgo, Estudio de casos
y controles.
Revista colombiana de Obstetricia y Ginecologia, Vol XXXII,
No 4, 1981, pp. 219-232.

21. ANEXOS

A N E X O : 1

PROCEDIMIENTOS DE VISITA.

1. Comuníquese con el médico que remite al paciente para determinar cualquier asunto especial. Complete cualquier información que no esté en la forma de referencia.
2. Escuche cualquier dato clave acerca de las principales inquietudes del paciente y estímulelo para que las exprese. Muéstrase deseoso de explorar estas cuestiones y de ventilar sus sentimientos. Puede decir "estoy seguro de que tiene muchas preocupaciones en este momento. Le ayudará hablar sobre ellas".
3. Esté de acuerdo en que este es un momento de mucho estrés, ofrézcale valor y comparta algunos pensamientos positivos con la paciente. Podrá preguntarle cómo descubrió la bolita.
4. No la atiborre con información, ella no la necesita ni la requiere en este momento.
5. Estímulela a escribir cualquier pregunta médica para dárselas a su médico, o escríbalas usted por ella.
6. La visita debe ser lo suficientemente larga para permitirle a la paciente hacer preguntas de inmediato, externar preocupaciones y ventilar algunos sentimientos.
7. Antes de partir asegúrele que volverá a visitarla días después de la cirugía. Si considera que es necesario un tipo diferente de visitador voluntario, hablelo con ella y asegúrele que usted se encargará de los arreglos.

REQUISITOS DE LOS VISITA

Las Unidades que ofrecen visitas preoperatorias deben detectar y seleccionar de su personal entrenado y experimentado del Grupo de Recuperación, a aquellas mujeres - que parezcan ser particularmente adecuadas para este tipo de visita. Además de las características necesarias para el programa regular del Grupo de Recuperación, los siguientes requisitos deberán ser considerados en el proceso de selección:

- Buen entendimiento de la ética involucrada en la visita a pacientes.
- Habilidad para relacionarse bien con los médicos.
- Habilidad para relacionarse fácilmente con las pacientes y para ser rápidamente aceptado.
- Buena habilidad para escuchar y conocimiento de respuestas adecuadas
- Habilidad para no ser prejuicioso, flexible y de mente abierta.
- Tener un buen expediente, demostrado por las formas de evaluación del paciente y otro tipo de retroalimentación del paciente.
- Habilidad para trabajar adecuadamente bajo presión o situaciones tirantes.

A N E X O : 2



RECUPERACION TOTAL

RECUPERACION TOTAL

Galeana 132, 10200 México, D.F.

San Jerónimo Tel. 595-57-28

CARTA A LOS ESPOSOS

El restablecimiento de la mujer que ha sido operada del pecho se facilita cuando tiene el amor, apoyo, comprensión y solidaridad de su pareja.

Nos dirigimos a usted pues es la persona más indicada y la más importante para ella; usted tendrá que ayudarla a ser fuerte cuando la venza la depresión tan común después de esta operación, también tendrá que infundirle interés y motivaciones para vencer el miedo a la muerte, el rechazo de algunos seres queridos y sobre todo la adaptación a su nuevo cuerpo. En la medida que se sienta aceptada por usted también lo hará ella de sí misma.

Necesitará de usted ayuda, apoyo y respaldo para los quehaceres del hogar y tener consideración de las limitaciones que tendrá hasta que vuelva a reintegrarse a sus labores por completo.

Las dudas e inquietudes más generalizadas entre mujeres casadas que han sufrido esta operación son: ¿Mi esposo ya no me querrá sin el pecho?, ¿Podrán nuestras relaciones sexuales ser como antes?, ¿Quizá deje de quererme y solo me tenga lástima?. Si usted con amor y consideración le hace sentir que ha sido muy fuerte esta experiencia para los dos, pero que la sigue queriendo y le da la seguridad en sí misma que tanto necesita, la recuperación será pronta en todos los aspectos y quizá esta situación sirva para acercarlos más y hacer su relación más positiva.

No cabe duda que usted también estará angustiado y preocupado por la salud de su esposa, pero tendrá que apoyarla y ayudarla a pasar tan terrible trance. Le sugerimos la trate como usted desearía que ella lo hiciera en el caso de que usted fuera el enfermo.

Tendrá que saber cuando mirarla y cuando ser fuerte para que ella tenga fuerza - para su rehabilitación y volver a ser tan apta como antes de la operación.

Siendo el peor sentimiento la autocompasión, jamás deben pensar ninguno de los dos: Pobre de mí, que desgraciado soy, ¿Por qué nos pasó esto a nosotros?. Cuando se piensa esto es más difícil salir adelante. Hay que afrontar la realidad y gozar cada momento de la vida y estimular a su compañera para volver a la vida normal lo antes posible.

Sobre todo ella necesita la seguridad de que usted la acepte como es después de la operación y que se sienta segura de su compañía. Este será el motivo principal para sentirse bien y tener ganas de Luchar para Vivir.

A N E X O : 3

ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD.

- 1. A la gente le da cáncer, si se comporta; bien: ___:___:___:___:mal.
- 3. El cáncer da por la contaminación; cierto: ___:___:___:___:falso.
- 4. El cáncer es una enfermedad; soportable: ___:___:___:___:insoportable.
- 6. El cáncer es una enfermedad; contagiosa: ___:___:___:___:no-contagiosa.
- 12. El cáncer es una enfermedad; superable: ___:___:___:___:insuperable.
- 24. El cáncer es una enfermedad mortal; siempre: ___:___:___:___:nunca.
- 26. El cáncer de seno se origina por dar pecho a sus hijos; falso: ___:___:___:___:verdadero.
- 37. El tener cáncer es físicamente; doloroso: ___:___:___:___:sin-dolor.
- 39. Las mujeres que tienen cáncer de pecho son; productivas: ___:___:___:___:improductivas.
- 40. El cáncer es hereditario; verdadero: ___:___:___:___:falso.
- 42. La enfermedad del cáncer me es; extraña: ___:___:___:___:conocida.
- 51. El cáncer es emocionalmente; doloroso: ___:___:___:___:sin-dolor.
- 53. El cáncer es una enfermedad incurable; falso: ___:___:___:___:verdadero.

ACTITUD HACIA SI MISMAS.

- 9. Me he vuelto más; irritable: ___:___:___:___:tolerante.
- 25. Con respecto a esta enfermedad me siento; sola: ___:___:___:___:acompañada.
- 30. Con respecto a mi estado de ánimo, me siento; bien: ___:___:___:___:mal.
- 31. Si me quitan un seno ya no seré tan mujer; verdadero: ___:___:___:___:falso.
- 34. Pienso que es injusto que a mí me diera cáncer; verdadero: ___:___:___:___:falso.
- 35. Una mujer sin senos es una mujer; atractiva: ___:___:___:___:repulsiva.
- 45. Las mujeres que les quitan un seno son; productivas: ___:___:___:___:improductivas.

ACTITUD DE IMPACTO AL DIAGNOSTICO.

- 15. Yo tengo un tumor malo; falso: ___:___:___:___:verdadero.
- 16. Me he sentido más; calmada: ___:___:___:___:nerviosa.
- 19. Siento que para mí todo; empieza: ___:___:___:___:termina.
- 22. Yo tengo cáncer; verdadero: ___:___:___:___:falso.
- 28. Estoy, enojada: ___:___:___:___:alegre.
- 44. Yo estoy; sana: ___:___:___:___:enferma.
- 46. Quisiera; morir: ___:___:___:___:vivir.
- 50. Con la vida estoy; enojada: ___:___:___:___:contenta.
- 54. Yo tengo una bolita en el pecho; falso: ___:___:___:___:verdadero.
- 56. Me siento, triste: ___:___:___:___:alegre.

ACTITUD ANTE LA SEXUALIDAD.

2. A una mujer que le quitan un seno, su pareja la; aceptará: ___:___:___:___; rechazará.
10. El amor del esposo, por su mujer que no tiene un seno es; igual: ___:___:___:___; diferente.
13. En cuanto a su vida sexual, la mujer sin un seno puede; continuarla: ___:___:___:___; detenerla.
18. Cuando a una mujer le quitan un seno, su relación sexual con su pareja se; debilita: ___:___:___:___; fortalece.
27. A la mujer que le han diagnosticado cáncer de pecho, sus relaciones sexuales se; debilitan: ___:___:___:___; fortalecen.
33. Si me quitan un seno, mi vida sexual será; igual: ___:___:___:___; diferente.
38. El afecto del esposo por su mujer, a la que le han quitado un seno se; fortalece: ___:___:___:___; debilita.
41. Si me quitan un seno, mi pareja sexualmente me; aceptará: ___:___:___:___; rechazará.

ACTITUD HACIA LA FAMILIA.

7. Las mujeres que padecen de cáncer están; solas: ___:___:___:___; acompañadas.
8. Mi familia por mí se; preocupa: ___:___:___:___; desentendiendo.
14. Si me quitan un seno, seré para mi familia una persona; dependiente: ___:___:___:___; independiente.
17. A mi familia le parezco una persona; dependiente: ___:___:___:___; independiente.
43. Mi familia me ve como una persona; pasiva: ___:___:___:___; activa.

ACTITUD SOCIAL.

21. La gente me mira con; curiosidad: ___:___:___:___; respeto.
29. A los enfermos de cáncer, las personas los; aceptan: ___:___:___:___; rechazan.
32. El trato con mis conocidos es; frío: ___:___:___:___; cálido.
36. Puedo compartir mis problemas con mis amistades; cierto: ___:___:___:___; falso.
47. Por mi salud mis amigos tienen; interés: ___:___:___:___; desinterés.
48. Hablar con otras personas sobre cáncer, me da; alivio: ___:___:___:___; dolor.

ACTITUD HACIA LAS RELACIONES MEDICO-PACIENTE.

20. Al darme la noticia de mi enfermedad, el médico fue; duro: ___:___:___:___; suave.
23. La relación con mi médico es; positiva: ___:___:___:___; negativa.
49. Me gustaría que lo relacionado con mi enfermedad mi médico, me lo diga; todo: ___:___:___:___; nada.
52. Por mis nervios" mi médico tiene; interés: ___:___:___:___; desinterés.
55. Un médico que le dice a su paciente que la enfermedad que tiene es cáncer, es; bueno: ___:___:___:___; malo.

A N E X O : 4

PREGUNTAS POR ESCALAS.

VALOR ESCALAR

ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD.

1. A la gente le da cáncer, si se comporta; bien: 5; 4; 3; 2; 1; mal.
3. El cáncer da por la contaminación; cierto: 1; 2; 3; 4; 5; falso.
4. El cáncer es una enfermedad; soportable: 5; 4; 3; 2; 1; insoportable.
6. El cáncer es una enfermedad; contagiosa: 1; 2; 3; 4; 5; no-contagiosa.
12. El cáncer es una enfermedad; superable: 5; 4; 3; 2; 1; insuperable.
24. El cáncer es una enfermedad mortal; siempre: 1; 2; 3; 4; 5; nunca.
26. El cáncer de seno se origina por dar pecho a sus hijos; falso: 5; 4; 3; 2; 1; verdadero.
37. El tener cáncer es físicamente; doloroso: 1; 2; 3; 4; 5; sin-dolor.
39. Las mujeres que tienen cáncer de pecho son; productivas: 5; 4; 3; 2; 1; improductivas.
40. El cáncer es hereditario; verdadero: 5; 4; 3; 2; 1; falso.
42. La enfermedad del cáncer me es; extraña: 1; 2; 3; 4; 5; conocida.
51. El cáncer es emocionalmente; doloroso: 5; 4; 3; 2; 1; sin-dolor.
53. El cáncer es una enfermedad incurable; falso: 5; 4; 3; 2; 1; verdadero.

ACTITUD HACIA SI MISMAS.

9. Me he vuelto más; irritable: 1; 2; 3; 4; 5; tolerante.
25. Con respecto a esta enfermedad me siento; sola: 1; 2; 3; 4; 5; acompañada.
30. Con respecto a mi estado de ánimo, me siento; bien: 5; 4; 3; 2; 1; mal.
31. Si me quitan un seno ya no seré tan mujer; verdadero: 1; 2; 3; 4; 5; falso.
34. Pienso que es injusto que a mi me diera cáncer; verdadero: 1; 2; 3; 4; 5; falso.
35. Una mujer sin senos es una mujer; atractiva: 5; 4; 3; 2; 1; repulsiva.
45. Las mujeres que les quitan un seno son; productivas: 5; 4; 3; 2; 1; improductivas.

ACTITUD DE IMPACTO AL DIAGNOSTICO.

15. Yo tengo un tumor malo; falso: 1; 2; 3; 4; 5; verdadero.
16. Me he sentido más; calmada: 5; 4; 3; 2; 1; nerviosa.
19. Siento que para mi todo; empieza: 1; 2; 3; 4; 5; termina.
22. Yo tengo cáncer; verdadero: 5; 4; 3; 2; 1; falso.
28. Estoy, enojada: 1; 2; 3; 4; 5; alegre.
44. Yo estoy; sana: 5; 4; 3; 2; 1; enferma.
46. Quisiera; morir: 1; 2; 3; 4; 5; vivir.
50. Con la vida estoy; enojada: 1; 2; 3; 4; 5; contenta.
54. Yo tengo una bolita en el pecho; falso: 1; 2; 3; 4; 5; verdadero.
56. Me siento, triste: 1; 2; 3; 4; 5; alegre.

ACTITUD ANTE LA SEXUALIDAD.

2. A una mujer que le quitan un seno, su pareja la; aceptará: 1_2_3_4_5; rechazará.
10. El amor del esposo, por su mujer que no tiene un seno es; igual: 5_4_3_2_1; diferente.
13. En cuanto a su vida sexual, la mujer sin un seno puede; continuarla: 5_4_3_2_1; detenerla.
18. Cuando a una mujer le quitan un seno, su relación sexual con su pareja se; debilita: 1_2_3_4_5; fortalece.
27. A la mujer que le han diagnosticado cáncer de pecho, sus relaciones sexuales se; debilitan: 1_2_3_4_5; fortalecen.
33. Si me quitan un seno, mi vida sexual será; igual: 5_4_3_2_1; diferente.
38. El afecto del esposo por su mujer, a la que le han quitado un seno se; fortalece: 5_4_3_2_1; debilita.
41. Si me quitan un seno, mi pareja sexualmente me; aceptará: 5_4_3_2_1; rechazará.

ACTITUD HACIA LA FAMILIA.

7. Las mujeres que padecen de cáncer están; solas: 1_2_3_4_5; acompañadas.
8. Mi familia por mí se; preocupa: 1_2_3_4_5; desentiende.
14. Si me quitan un seno, seré para mi familia una persona; dependiente: 1_2_3_4_5; independiente.
17. A mi familia le parezco una persona; dependiente: 1_2_3_4_5; independiente.
43. Mi familia me ve como una persona; pasiva: 1_2_3_4_5; activa.

ACTITUD SOCIAL.

21. La gente me mira con; curiosidad: 1_2_3_4_5; respeto.
29. A los enfermos de cáncer, las personas los; aceptan: 1_2_3_4_5; rechazan.
32. El trato con mis conocidos es; frío: 1_2_3_4_5; cálido.
36. Puedo compartir mis problemas con mis amistades; cierto: 1_2_3_4_5; falso.
47. Por mi salud mis amigos tienen; interés: 1_2_3_4_5; desinterés.
48. Hablar con otras personas sobre cáncer, me da; alivio: 1_2_3_4_5; dolor.

ACTITUD HACIA LAS RELACIONES MEDICO-PACIENTE.

20. Al darme la noticia de mi enfermedad, el médico fue; duro: 5_4_3_2_1; suave.
23. La relación con mi médico es; positiva: 5_4_3_2_1; negativa.
49. Me gustaría que lo relacionado con mi enfermedad mi médico, me lo diga; todo: 5_4_3_2_1; nada.
52. Por mis nervios mi médico tiene; interés: 1_2_3_4_5; desinterés.
55. Un médico que le dice a su paciente que la enfermedad que tiene es cáncer, es; bueno: 1_2_3_4_5; malo.

A N E X O : 5

PREGUNTAS POR ORDEN.

1. A la gente le da cáncer, si se comporta; bien: _____; mal: _____.
2. A una mujer que le quitan un seno, su pareja la; aceptará: _____; rechazará. _____.
3. El cáncer da por la contaminación; cierto: _____; falso. _____.
4. El cáncer es una enfermedad; soportable: _____; insoportable. _____.
5. Ante el cáncer tengo; miedo: _____; valor. _____.
6. El cáncer es una enfermedad; contagiosa: _____; no-contagiosa. _____.
7. Las mujeres que padecen de cáncer están; solas: _____; acompañadas. _____.
8. Mi familia por mí se; preocupa: _____; desentende. _____.
9. Me he vuelto más; irritable: _____; tolerante. _____.
10. El amor del esposo, por su mujer que no tiene un seno es; igual: _____; diferente. _____.
11. El tamaño de la bolita que tengo en mi seno es; grande: _____; pequeño. _____.
12. El cáncer es una enfermedad; superable: _____; insuperable. _____.
13. En cuanto a su vida sexual, la mujer sin un seno puede; continuarla: _____; detenerla. _____.
14. Si me quitan un seno, será para mi familia una persona; dependiente: _____; independiente. _____.
15. Yo tengo un tumor malo; falso: _____; verdadero. _____.
16. Me he sentido más; calmada: _____; nerviosa. _____.
17. A mi familia le pareceo una persona; dependiente: _____; independiente. _____.
18. Cuando a una mujer le quitan un seno, su relación sexual con su pareja se; debilita: _____; fortalece. _____.
19. Siento que para mi todo; empieza: _____; termina. _____.
20. Al darme la noticia de mi enfermedad, el médico fue; duro: _____; suave. _____.
21. La gente me mira con; curiosidad: _____; respeto. _____.
22. Yo tengo cáncer; verdadero: _____; falso. _____.
23. La relación con mi médico es; positiva: _____; negativa. _____.
24. El cáncer es una enfermedad mortal; siempre: _____; nunca. _____.
25. Con respecto a esta enfermedad me siento; sola: _____; acompañada. _____.
26. El cáncer de seno se origina por dar pecho a sus hijos; falso: _____; verdadero. _____.
27. A la mujer que le han diagnosticado cáncer de pecho, sus relaciones sexuales se; debilitan: _____; fortalecen. _____.
28. Estoy, enojada: _____; alegre. _____.
29. A los enfermos de cáncer, las personas los; aceptan: _____; rechazan. _____.
30. Con respecto a mi estado de ánimo, me siento; bien: _____; mal. _____.
31. Si me quitan un seno ya no seré tan mujer; verdadero: _____; falso. _____.
32. El trato con mis conocidos es; frío: _____; cálido. _____.
33. Si me quitan un seno, mi vida sexual será; igual: _____; diferente. _____.
34. Pienso que es injusto que a mí me diera cáncer; verdadero: _____; falso. _____.
35. Una mujer sin senos es una mujer; atractiva: _____; repulsiva. _____.
36. Puedo compartir mis problemas con mis amistades; cierto: _____; falso. _____.
37. El tener cáncer es físicamente; doloroso: _____; sin-dolor. _____.
38. El afecto del esposo por su mujer, a la que le han quitado un seno se; fortalece: _____; debilita. _____.
39. Las mujeres que tienen cáncer de pecho son; productivas: _____; improductivas. _____.
40. El cáncer es hereditario; verdadero: _____; falso. _____.
41. Si me quitan un seno, mi pareja sexualmente me; aceptará: _____; rechazará. _____.
42. La enfermedad del cáncer me es; extraña: _____; conocida. _____.
43. Mi familia me ve como una persona; pasiva: _____; activa. _____.
44. Yo estoy; sana: _____; enferma. _____.
45. Las mujeres que les quitan un seno son; productivas: _____; improductivas. _____.
46. Quisiera; morir: _____; vivir. _____.
47. Por mi salud mis amigos tienen; interés: _____; desinterés. _____.
48. Hablar con otras personas sobre cáncer, me da; alivio: _____; dolor. _____.
49. Me gustaría que lo relacionado con mi enfermedad mi médico, me lo diga; todo: _____; nada. _____.
50. Con la vida estoy; enojada: _____; contenta. _____.
51. El cáncer es emocionalmente; doloroso: _____; sin-dolor. _____.
52. Por mis nervios" mi médico tiene; interés: _____; desinterés. _____.
53. El cáncer es una enfermedad incurable; falso: _____; verdadero. _____.
54. Yo tengo una bolita en el pecho; falso: _____; verdadero. _____.
55. Un médico que le dice a su paciente que la enfermedad que tiene es cáncer, es; bueno: _____; malo. _____.
56. Me _____ siento, _____ triste: _____; alegre. _____.