



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON CÁNCER DE MAMA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
ELIZABETH BARBOSA TORRES

2008

DIRECTOR MTRD JOSÉ DE JESÚS VARGAS FLORES.
ASESORES LIC JOSELINA IBÁÑEZ REYES.
MTRA E. MARÍA MARISELARAMÍREZ GUERRERO.



IZTACALA

JULIO DEL 2001.



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 esta 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.

DEDICATORIAS y AGRADECIMIENTOS

Al Maestro Jesús Vargas:

Por su apoyo incondicional en la realización del proyectos más importantes de mi vida. Gracias por guiarme durante todos estos meses y más aún, por ofrecerme tu amistad. Por permitirme ser un gran profesional y un mejor ser humano.

A la Licenciada Josefina Ibáñez:

Por tu apoyo y colaboración. Gracias por estar ahí en todo momento y siempre mostrarme el mejor camino.

A la Maestra Marisela Ramírez:

Por su tiempo y apoyo incondicional en la realización de mi proyecto.

Al Doctor Serafin Delgado Gallardo:

Jefe de la División de Educación Médica e Investigación del Hospital de Oncología de Centro Médico

Por las facilidades otorgadas para la realización de éste trabajo y por creer en mi y en el proyecto.

Al Doctor Francisco Gallegos:

Jefe de Servicio de Cáncer de Mama del Hospital de Oncología de Centro Médico

Por ser un gran ser humano que se preocupa por sus pacientes y por el bienestar de las mismas. Gracias por la gran oportunidad y sobre todo por permitirme formar parte de su equipo, ya que fue maravilloso trabajar con usted. Por darme la oportunidad de vivir la experiencia más maravillosa en mi vida profesional, Gracias.

A Papá:

Por ser el mayor ejemplo de mi vida. Porque en los buenos y malos momentos de mi travesía por la Universidad siempre estuviste conmigo dándome tu apoyo incondicional para salir adelante. Gracias por tus esfuerzos para que yo consiguiera lograr uno de mis grandes sueños y por la mejor herencia que me has dado en vida: mi carrera.

A Mamá:

La mujer más importante de mi vida, que siempre estuviste ahí cuando te necesite. Por tus sacrificios y esfuerzos para que todo me saliera bien. Gracias por tu apoyo y consejos, por guiarme y darme tu amor incondicional que me han llevado a ser una mejor mujer. Por la mejor herencia que me has dejado en mi vida. mi carrera. Gracias

A mis hermanos:

Porque siempre estuvieron apoyándome en todo momento. Por entenderme y tenerme paciencia durante todos estos años. Gracias por sus consejos y regaños, que me permitieron ser mejor. Rubén, Maribel y Sandra los quiero mucho.

A tío Javier y tía Lupita:

Porqué siempre han creído en mí. Gracias por su apoyo, por estar siempre conmigo y por ser los mejores tíos. Por guiarme y aconsejarme en los momentos más importantes de mi vida, por estar pendiente de mí y ofrecerme su cariño en todo momento. Gracias por estar siempre junto a mí.

A Karla:

Por ser mi amiga incondicional. Por tus consejos, apoyo y consuelo que siempre han estado presentes en nuestra amistad. Gracias por compartir los buenos y malos momentos de nuestra vida como estudiantes, esperando que estos años llenos de experiencias jamás se borren de nuestras memorias. Te quiero mucho amiga

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Página | |
| Resumen | 1 |
| Introducción | 2 |
| Capítulo 1 | |
| Cáncer de Mama | 4 |
| 1.1 Definición | 5 |
| 1.2 Diagnóstico | 6 |
| 1.3 Clasificación | 9 |
| 1.4 Tratamientos | 14 |
| Capítulo 2 | |
| Aspectos psicológicos del paciente oncológico | 16 |
| 2.1 Factores Psicosociales que afectan la enfermedad | 18 |
| 2.2 Origen de los problemas psicológicos del enfermo oncológico | 22 |
| 2.3 Impacto del diagnóstico | 25 |
| 2.4 Impacto del tratamiento | 28 |
| Capítulo 3 | |
| Calidad de Vida | 33 |
| 3.1 Antecedentes | 33 |
| 3.2 Definición | 36 |
| 3.3 Características del concepto “ <i>Calidad de Vida</i> ” | 40 |
| 3.4 Evaluación | 43 |

| | |
|---|-----|
| 3.5 Instrumentos que evalúan la Calidad de Vida | 46 |
| Capítulo 4 | |
| Calidad de Vida en la paciente con cáncer de mama | 50 |
| 4.1 Calidad de Vida y enfermedad | 51 |
| Justificación | 56 |
| Objetivos | 56 |
| 5.0 Metodología | |
| 5.1 Sujetos | 57 |
| 5.2 Escenario | 57 |
| 5.3 Instrumento | 57 |
| 5.4 Diseño | 59 |
| 5.5 Procedimiento | 59 |
| 6.0 Resultados | |
| 6.1 Resultados Cuantitativos | 60 |
| 6.2 Resultados Cualitativos | 79 |
| Discusión | 93 |
| Conclusión | 101 |
| Bibliografía | 104 |

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal describir la calidad de vida de mujeres que sufren cáncer de mama en etapa 2a, 2b, 3a y 3b. Se trabajó con 100 mujeres, en edades entre 27 y 90 años de edad que acuden a consulta externa del servicio de cáncer de mama, en el Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI. El 27% de la muestra fueron pacientes que presentan cáncer de mama en etapa IIa, mientras que en la etapa IIb representa el 23% del total de la muestra, el 25% corresponde a la etapa IIIa y el 25% de la muestra, a la etapa IIIb. Se aplicó un cuestionario que evalúa Calidad de Vida, el cual fue administrado en forma de entrevista a cada una de las pacientes con el fin de conocer el estilo de vida de cada una de ellas. Los resultados obtenidos muestran que existen diferencias significativas en las variables *“leer escritos sobre el cuidado de la salud”*, al comparar las etapas clínicas del cáncer de mama IIa con IIIb, IIb con IIIa y IIb con IIIb; *“Tomar tequila, ron, brandy u otros”* en la etapa IIa con la IIb; *“cuento con los conocimientos para cuidar de mi salud”*, con las asociaciones de la etapa IIa con IIIb, IIb con IIIa y IIb con IIIb; y por último, *“autoayuda”* en donde las comparaciones que se hicieron entre las cuatro etapas resultaron significativas IIa con IIb, IIa con IIIa, IIa con IIIb, IIb con IIIa y IIb con IIIb. Se concluyó que la Calidad de Vida de las pacientes con cáncer de mama se ve deteriorada por la enfermedad, ya que al diagnosticarles cáncer de mama en cualquier etapa, experimentan un cambio de vida bastante drástico.

INTRODUCCIÓN

Calidad de Vida es un concepto que desde hace algunas décadas ha tomado relevancia en los estudios de ciencias sociales. En este marco, los estudios de Calidad de Vida abordan la cuestión desde diversos enfoques y disciplinas. El centro de este creciente interés se ha enfocado a definir el concepto Calidad de Vida y estudiar los elementos que la determinan

El aporte de la psicología en este campo, se encuentra en la ubicación de la esfera subjetiva de las personas, como un componente esencial entre los elementos determinantes de la Calidad de Vida. Es decir, para explicar la Calidad de Vida no es suficiente emitirse al contexto socioeconómico del individuo y a su mejoramiento, sino que existe toda una compleja construcción interior, que es la subjetividad individual con la que el individuo procesa internamente el mundo que le rodea, lo cual es necesario tomar en cuenta para llegar a una definición integral de Calidad de Vida

Así, se ha tomado como prioridad, desde la funcionalidad física de las condiciones materiales o estándares de vida hasta la actualidad, en que predominan los aspectos subjetivos del individuo. Esta evaluación representa evidentemente corrientes clínicas (salud física), sociológicas (bienes materiales) y psicológicas (bienestar y expectativas) que han soportado o soportan las diferentes concepciones de la Calidad de Vida.

Sin embargo, la Calidad de Vida sufre cambios profundos en la forma de como el individuo enferma y muere, y más aún si se sufre algún tipo de enfermedad crónico-degenerativa. De esta manera, ya no sólo es importante estudiar la progresión de la enfermedad crónica o buscar los factores de riesgo, sino que las acciones ahora también se centran en otros aspectos de la salud del enfermo; con un nuevo paradigma: "los cuidados de la salud toman un nuevo giro y se empieza a valorar el impacto de las enfermedades y sus tratamientos sobre el bienestar y satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psíquica y social" (Martínez y Lozano, 1998, pág. 14)

De esta manera, cuando alguna persona sufre una enfermedad crónica, como es el caso del cáncer, su vida se modifica radicalmente, ya que la enfermedad cáncer, la noticia de tener cáncer, los tratamientos del cáncer y los controles posteriores a la enfermedad pueden afectar en distintas medidas la Calidad de Vida y el bienestar psicológico de estos pacientes.

Pero esto no es todo, ya que al padecer cáncer de mama, es un hecho catastrófico para cada mujer que la padece; sin embargo, la respuesta de cada mujer va a ser particular de ella en función con el significado que le dé al acontecimiento, los recursos psicológicos que posea para hacerle frente a la amenaza, daño o desafío: que en este caso el cáncer de mama, pudiera suponer y la red de apoyo social con la que cuente la paciente.

De esta manera, la Calidad de Vida ha llegado a ser un elemento indispensable en la evaluación del diagnóstico y tratamientos del cáncer. Así, en Oncología numerosos cuestionarios e índices han sido desarrollados para explicar la condición de los enfermos

El diagnóstico y más aún el tratamiento de una neoplasia maligna, como es el cáncer de mama, condiciona a la paciente a construir una nueva percepción de los diversos aspectos de su salud, lo cual constituye un motivo para realizar estudios, de cómo el cáncer llega a repercutir en la Calidad de Vida de las pacientes, que condiciona a una serie de cambios perceptuales, conductuales y sociales, en el estilo de vida e incluso en las expectativas respecto a su tratamiento y rehabilitación.

De esta manera muchos factores modifican e influyen en la Calidad de Vida de la paciente: como son los componentes sociales, culturales y propios de la patología que enfrenta la paciente.

Así el presente trabajo se divide en cuatro capítulos teóricos, en los cuales se abarca el cáncer de mama, los aspectos psicológicos de las pacientes con cáncer, la Calidad de Vida y como ésta influye en el estilo de vida de las pacientes que sufren cáncer de mama. En otro apartado, se describe el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación, así como la metodología empleada, los resultados, la discusión de resultados así como las conclusiones a las que se llegaron después de la investigación. Finalmente se anexa la bibliografía revisada y el cuestionario.

CAPITULO 1

CANCER DE MAMA

Actualmente las enfermedades crónicas son las causantes de más del 80% de las muertes y de una fracción todavía más elevada de los casos de incapacidad total. La diabetes, la artritis, las enfermedades pulmonares y el cáncer representan la abrumadora mayoría de nuestros problemas de salud (Viamante, 1993)

De esta manera la incapacidad y la disminución de la calidad de vida a causa de las enfermedades crónicas están inevitablemente vinculadas con la mortalidad eventual.

Esto puede deberse al impacto de la modernidad en la salud, ya que con el dominio creciente de la ciencia y tecnología basados en el paradigma newtoniano y cartesiano, el tiempo de nuestro siglo se ha ido acelerando y esta aceleración se ha extendido a todas las esferas de la estructura social, lo cual trae consigo un sin fin de enfermedades coronarias, nerviosas, cardiovasculares, etcétera (Vicens, 1995).

De esta manera, vivir con prisa y urgencia son manifestaciones cotidianas de la aceleración, dichas causas conducen a vivir de manera angustiante que no permiten vivir sanamente e impiden detectar a tiempo enfermedades crónicas que pueden provocar la muerte.

Un ejemplo de ello es el cáncer, el cual en México constituye la segunda causa de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, ocasionando el 11.2% de muertes, siendo el carcinoma cervicouterino el 33.2% del total y el cáncer de mama el 16.4% (López, 1998). Es por ello, que el impacto del cáncer es complejo y muy significativo, por ser una enfermedad con repercusiones en el aspecto biológico, socioeconómico y emocional del paciente y su entorno.

Lo anterior puede deberse a los cambios en el estilo de vida producidos en los últimos 50 años, ya que han modificado los patrones de enfermar y de morir, por lo que el panorama epidemiológico de la población se transformó de tal manera que ahora las enfermedades crónico degenerativas, como el cáncer de mama, se han convertido en un problema importante de salud pública

1.1 DEFINICIÓN:

El cáncer de mama puede definirse como un tumor cuyas células han perdido sus mecanismos de control normales y que por ello adquiere un mecanismo de reproducción descontrolado. Dicha enfermedad puede desarrollarse a partir de cualquier tejido dentro de cualquier órgano, a medida que las células del cáncer crecen y se multiplican, van formando una masa de tejido canceroso que invaden los tejidos adyacentes y pueden propagarse por el cuerpo (metástasis). El cáncer de mama es una enfermedad en la cual, se encuentran células neoplásicas en los tejidos del seno y en los ganglios de la axila. Cada seno tiene entre 15 y 20 secciones llamadas lóbulos, los cuales a su vez se dividen en secciones más pequeñas llamadas lobulillos, y estos, a su vez, se conectan por tubos delgados llamados conductos (Disaia y Creasman, 1991)

El cáncer de mama es una de las enfermedades más temidas por las mujeres, ya que éste afecta y modifica varios aspectos de la vida de las pacientes, como son, su estado de salud, emocional, económico y/o su aspecto físico si es que se tiene que llegar a quitar el seno.

En México una de las principales causas de muerte entre la población femenina es el cáncer mamario, el cual es considerado como uno de los principales problemas de salud pública y el causante de aproximadamente 5 000 decesos al año, por lo que se calcula que cada dos horas muere una mujer por este mal (López, 1998).

Se ha calculado que el número de casos en el mundo en 1988 fue de más de 900 000, de este número murieron por la enfermedad 427 000, es decir, 1 293 personas diarias o bien, alrededor de 1 mujer cada 67 segundos (López, 1998)

La tasa de incidencia de cáncer de mama en la mujer es mayor en personas cuya edad media varía entre 35 y 46.5 años, aunque la mayoría de las estadísticas está comprendida entre 41 y 45 años

Las cifras anteriores han llegado a alarmar mucho a los médicos, ya que les preocupa que las mujeres acuden a consultarlos cuando el tumor es muy grande, la mayoría de las veces y, en ocasiones ya no pueden hacer mucho para salvar la vida de

las pacientes. Es así como dichos acontecimientos explican un poco el gran interés que durante los últimos años ha despertado la oncología mamaria.

De esta manera, se puede llegar a concluir que el cáncer de mama es una formación anormal en el seno, de un tejido cuyos elementos sustituyen invasivamente los tejidos normales.

1.2 DIAGNÓSTICO:

El cáncer de mama es actualmente una enfermedad curable gracias al diagnóstico temprano y a los avances en el campo de la técnica quirúrgica, la quimioterapia y la radiación. Es así como el pronóstico para los estadios tempranos del cáncer de mama es excelente

La detección temprana depende del autoexamen hechos por mujeres en intervalos mensuales y un control médico anual. El autoexamen de mama debe realizarse una semana después de la menstruación y de preferencia en la mañana. A cada mujer, sin importar la edad, se le debe estimularse para que practique dicho examen mensual y hacerse el examen anual con el médico.

La consulta con el médico es de suma importancia, ya que al explorarla podrá detectar algún exceso en la mama y revisar sus radiografías (mastografía) que podrá llevarlo a diagnosticar adecuadamente la enfermedad

No obstante, la pesquisa con el uso de mastografía ha logrado disminuir en forma importante la mortalidad por cáncer mamario en países desarrollados, gracias a que el 50% de los casos se diagnostican en etapa II y 20% en etapa III.

La detección tardía de esta enfermedad y la falta de información para su prevención y tratamiento pueden deberse al acelerado estilo de vida actual de la mujer mexicana, lo cual es un factor que lleva a México a ocupar uno de los primeros lugares mundiales de mortalidad por dicha enfermedad.

El diagnóstico del cáncer de mama se basa en los cambios que se producen en la mama ante su aparición. Es evidente que cuanto más pequeño sea el tumor, más difícil será detectarlo pero también más efectivo será su tratamiento, por lo tanto es conveniente extremar el cuidado para poder detectar con prontitud el cáncer mamario.

Para hacer un diagnóstico oportuno, el médico tendrá un alto grado de sospecha en relación con cualquier lesión de la mama, así como su conocimiento básico de factores como los tipos usuales de cáncer de mama y su frecuencia relativa, los periodos de edad en que se presentan, los complejos sintomáticos característicos y los diversos factores de riesgo que incrementan la posibilidad de la paciente para que se desarrolle el cáncer de mama (Hugh y Barber, 1989)

Así cualquier cambio en los senos puede indicar un problema, estos cambios pueden ser:

- œ Un nódulo, que generalmente esta sólo, es firme y en la mayoría de los casos indoloro.
- œ Un endurecimiento en el seno.
- œ Una porción de la piel del seno que se inflama y aparece diferente.
- œ Las venas en la superficie de la piel se hacen más prominentes en un pecho que en el otro.
- œ El pezon se invierte, aparece un salpullido, o algún tipo de descarga o sangrado del pezon
- œ Aparece una depresión en algún lugar de la piel del seno (González, 1991).

Aunque no hay causa única ni bien conocida de cómo se desarrolla el cáncer mamario, algunos factores múltiples pueden ayudar a detectar este padecimiento; es así como los factores de riesgo son:

- œ Mala alimentación o una dieta rica en grasas. Las grasas derivan en producción de colesterol y los ésteres del colesterol son otra forma de hormonas que pueden estimular el tejido mamario
- œ Sobrepeso Se ha detectado que el 70% de las pacientes que sufren de cáncer de mama son obesas.
- œ A mayor edad más propensas. Mujeres por arriba de los 40 y 50 años En E.U. la edad en que las mujeres tienen cáncer es entre los 40 y 50 años pero curiosamente en México es de 10 años antes y aún no se sabe por qué.
- œ Menopausia tardía Dejar de menstruar después de los 45 años.
- œ Inicio temprano de la menstruación Empezar a menstruar antes de los 12 años.

- ☞ Antecedentes familiares, herencia. Que la madre o algún familiar en línea directa, abuela materna o hermana padezcan o hayan padecido cáncer de mama aumenta el factor de riesgo. Este factor se asocia con el 10% de los cánceres en general.
- ☞ Un aborto en el primer embarazo. Que un embarazo no haya llegado a buen término alrededor de los 30 años.
- ☞ No embarazarse antes de los 30 años. Ingerir cantidades elevadas de café, alcohol y tabaco.
- ☞ El uso prolongado de anticonceptivos. Sobre todo antes del primer embarazo (Kirby, Bland, Edward, 1993, Arias, 2000 y Merck, 2000).

Aún así, es casi ciertamente erróneo pensar en el cáncer de mama como consecuencia de una sola causa. El desarrollo de esta enfermedad representa un proceso con múltiples etapas, probablemente afectado por diferentes factores en cada estadio del proceso.

Sin embargo algunos autores como Kirby, Bland y Edward (1983), han identificado las razones por las cuales las mujeres demoran su examen mamario con el médico. Para ellos, aparentemente existen tres factores responsables de dicha demora, los cuales son los factores económicos, una educación insuficiente y los factores psicológicos. El costo de la atención médica es significativo para las personas de escasos recursos económicos, para aquellas con planes de cobertura médica inadecuada y para aquellas con otras financieras. También muchas mujeres de mayor edad no fueron instruidas para reconocer la importancia de una masa mamaria o de otros signos o síntomas de presentación, dado que existen pocas publicaciones que describan las características físicas de las enfermedades mamarias malignas y benignas, ya que muchas mujeres piensan que mientras no sientan dolor no hay razones para preocuparse.

A esto se le pueden agregar muchas más causas, como son el miedo a sufrir una enfermedad maligna, la desidia de asistir con el médico, la vergüenza de ser exploradas, etcétera.

El pronóstico de una paciente con cáncer de mama depende en gran medida del estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico, factor que confiere una enorme importancia en la detección temprana.

1.3 CLASIFICACIÓN:

El objetivo de la clasificación por estadios de un cáncer consiste, según Kirby, Bland y Edward. (1993), en determinar la extensión anatómica de la enfermedad actual y la tendencia tumoral a la progresión de manera que pueda instaurarse un tratamiento apropiado.

Dentro de los trastornos mamarios, existe una división como en la mayoría de los cánceres:

- No cancerosos (benignos) dolor, quistes, fibroadenomas, secreción por el pezón e infección.
- Cancerosos (malignos) Incluyen varios tipos de cáncer y la enfermedad de Paget del pezón (González. 1991)

El cáncer de mama se clasifica según la clase de tejido en el que comienza y también según su extensión. El cáncer se origina en las glándulas mamarias, los conductores mamarios, el tejido adiposo, o el tejido conjuntivo. Los distintos tipos de cáncer de mama avanzan de forma diferente y las generalizaciones acerca de ciertas variedades en particular se basan en similitudes en cuanto a cómo son descubiertos, cómo avanzan y cómo se tratan. Algunos crecen en forma muy lenta y se extienden hacia otras partes del cuerpo (dan lugar a la metástasis) sólo después de haber crecido mucho, otros son más agresivos y crecen y se extienden con rapidez. Sin embargo, el desarrollo de una misma clase de cáncer puede ser diferente entre una mujer y otra. Sólo el médico que ha examinado a una mujer u ha estudiado su historial médico está capacitado para abordar aspectos específicos del cáncer de mama que atañe a dicha mujer (Disara y Creasman. 1991)

Más del 90% de los cánceres de mama al principio son detectados por las mismas pacientes, mientras que entre las que no llevan a cabo el autoexamen de rutina, el descubrimiento es accidental y en apariencia demasiado tarde.

Por lo general el cáncer de mama es:

- ☞ En el lado izquierdo.
- ☞ En los cuadrantes externos.
- ☞ En mujeres sin hijos.
- ☞ En mujeres que no han amamantado.
- ☞ Bilateral.
- ☞ Sucesivo en el 4% o más de los casos (Torres, 1994).

El cáncer de mama se clasifica para determinar la extensión anatómica de la enfermedad actual y la tendencia tumoral a la progresión, de manera que pueda instaurarse un tratamiento adecuado.

Actualmente, la clasificación utilizada en los servicios de Oncología es la denominada TNM, que se basa en el tamaño o características del tumor (T), el estado de los ganglios axilares (N) y la presencia o ausencia de metastasis a distancia (M).

El proceso de clasificación por estadios clínico-diagnóstico requiere un examen físico completo, con determinación del grado de compromiso neoplásico ipsilateral y contralateral de la piel, el tejido mamario, los ganglios linfáticos regionales y alejados y los músculos subyacentes (Kirby, Bland y Edward, 1993). Es así como en el cuadro 1 se presenta la clasificación clínica según el TNM.

Cuadro 1 Clasificación clínica TNM.

- TX El tumor primario no puede ser evaluado.
- T0 No hay evidencia de tumor primario
- Tis Carcinoma In situ: carcinoma intraductal, lobular in situ o enfermedad de Paget del pezón sin tumor.
- T1 Tumor ≤ 2 cm. en su máxima dimensión.
T1a: ≤ 0.5 cm.
T1b: $> 0.5-1.0$ cm.
T1c: $> 1-2.0$ cm.
- T2 Tumor $> 2-5.0$ cm. En su máxima dimensión
- T3 Tumor > 5.0 cm. En su máxima dimensión.
- T4 Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o a la Piel.
T4a Extensión a la pared torácica.
T4b: Edema (piel de naranja), ulceración en la piel o nódulos cutáneos.
T4c: 4a y 4b.
T4d: Carcinoma inflamatorio.

N – Ganglios linfáticos regionales

- NX Los ganglios linfáticos no pueden ser evaluados
- N0 No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
- N1 Metástasis en ganglios axilares ipsilaterales móviles
- N2 Metástasis en ganglios axilares ipsilaterales fijados entre sí.
- N3 Metástasis en ganglios linfáticos mamarior internor ipsilaterales.

M – Metástasis a distancia

- MX La presencia de metástasis a distancia no puede ser evaluada.
- M0 No hay metástasis a distancia.
- M1 Metástasis a distancia.
-

Debido al carácter complejo del sistema TNM actual y difícil de entender para las personas no especializadas en Oncología, Kirby, Bland y Edward (1993) reprodujeron un cuadro (cuadro 2) para facilitar la clasificación por estadios clínica de pacientes con cáncer de mama.

Cuadro 2. Clasificación por estadios TNM del cáncer de mama: correlación del tamaño del tumor y el estado de los ganglios linfáticos con el estadio de la enfermedad

| | T0 | T1 | T2 | T3 | T4 |
|--------------|---------|---------|---------|---------|------|
| N0 M0 | Estadio | I | | | |
| N1 M0 | | Estadio | II | | |
| N2 M0 | | | Estadio | IIIa | |
| N3 M0 | | | | Estadio | IIIb |
| M1 | | | | | |

En el estadio 0 (Tis, N0, M0) incluye tumores preinvasores (tumor in situ) que aún no han atravesado la membrana basal del conductillo o el lobulillo; no se asocia con metástasis distantes ni regionales.

El estadio I (t1, N0, M0) incluye tumores invasores sin metástasis.

El estadio IIa incluye tumores indetectables (T0; N1, M0) o pequeños (T1, N1, M0) con metástasis en los ganglios linfáticos regionales, y tumores primarios de mayor tamaño sin metástasis (T2, N0, M0). El estadio IIb incluye tumores grandes sin metástasis (T3, N0, M0).

El estadio IIIa incluye diversas subgrupos. Los tumores incluidos en esta categoría pueden ser de cualquier tamaño y generalmente se asocian con ganglios linfáticos

regionales fijos. El estadio IIIb incluye tumores localmente avanzados (T4) y casos con compromiso de ganglios linfáticos mamarios internos (N3).

Por último, el estadio IV es reservado para los casos con metástasis a distancia o con compromiso de los ganglios linfáticos supraclaviculares (Kirby, Bland y Edward, 1993).

En resumen, los estadios iniciales del desarrollo del tumor, el cáncer de mama cursa asintóticamente. Este "pequeño cáncer" no presenta síntomas clínicos. Como regla en los estadios iniciales del desarrollo del tumor nodular, la paciente no refleja quejas sobre su estado general. Por lo común, la mujer hace referencia al nódulo palpable de la mama. En ocasiones la mujer ignora la existencia del tumor y este se revela inesperadamente en el examen profiláctico de la misma (Peterson, 1987; Hugh y Barber, 1989).

En este período, en la mama se haya un tumor macizo indoloro sin contorno preciso. Cuando la localización del nódulo tumoral es superficial, por regla general, se determinan síntomas cutáneos de cáncer de mama

Por otro lado, en los estadios más tardíos de la enfermedad en la mama se palpa un nódulo macizo, que alcanza hasta varios centímetros de diámetro, indoloro, poco movable y sin contornos precisos. De esta manera, la mama afectada se deforma y parece más pequeña que la sana, el pezón se torna más sólido y los pliegues de la areola se vuelven toscos (Peterson, 1987)

La determinación del tamaño de cáncer por estadios ha permitido a los médicos controlar la enfermedad y proporcionar a las pacientes el mejor tratamiento que trae consigo detener la enfermedad, en el mejor de los casos, y mejorar los síntomas de ésta. No obstante, cuando el tumor es muy grande, en ocasiones puede llegar a ser imposible su curación, por lo avanzado de la enfermedad, y lo único que puede llegar a hacerse con estas pacientes es llegar a controlar los síntomas para proporcionarles una mejor calidad de vida

1. 4 TRATAMIENTOS:

Cuando ya se ha diagnosticado el cáncer de mama, el tratamiento dependerá fundamentalmente del estadio de la enfermedad. En los estadios I y II esta indicado el tratamiento quirúrgico, con o sin la aplicación de otros métodos terapéuticos específicos complementarios. Mientras que en los estadios IIB, IIIA y IIIB, se indica el tratamiento indicado: mastectomía radical con radioterapia (Ra) y quimioterapia (Qt) preoperatoria. Sin embargo, dichos tratamientos dependen en gran medida del tipo, tamaño, localización y extensión del tumor; la edad de la paciente; proximidad de la menopausia y otros factores (Peterson, 1987).

La cirugía se diseña de acuerdo al tipo de lesión y extensión de la enfermedad, pero es preferible realizar una mastectomía radical con disección de ganglios axilares. Mientras que la quimioterapia es un tratamiento de agentes químicos, ésta se aplicó inicialmente al uso de sustancias químicas que afectan desfavorablemente al agente causal sin perjudicar al paciente. Este tratamiento presenta factores adversos colaterales como fatiga, pérdida de apetito, pérdida del pelo, náuseas, vómito, diarrea, cambio en el color de la piel y efectos negativos como ansiedad y depresión, disminución de la inmunidad, cambios en las enzimas hepáticas y frigidéz temporal (Burish y Bradley, 1983, citado en López, 2000).

Por su parte, la radioterapia es la aplicación terapéutica de las radiaciones electromagnéticas de corta longitud de onda, la cual destruye el tejido maligno. La radiación también afecta el tejido normal causando algunos efectos secundarios como son: fatiga, irritación y pérdida del pelo en la zona radiada (Burish y Bradley, 1983; citado en López, 2000).

Dichos tratamientos son temidos por la mayoría de las pacientes, por los efectos colaterales que traen consigo y evitan llevarlos acabo. Sin embargo, otras pacientes se dan cuenta de la importancia que tienen los tratamientos, de su efectividad, y de que éstos tratamientos tan agresivos van a llegar a eliminar el cáncer.

Por lo anterior, se puede concluir que el cáncer de mama es la enfermedad más temida por la mayoría de las mujeres. El cáncer es causado por un crecimiento excesivo e incoordinado de una masa tisular anormal que no está sujeta a los

controles normales del organismo y que, además, posee la capacidad de invasión, destrucción de estructuras vecinas y diseminación, por lo que normalmente acarrea la muerte a la paciente, si se deja su libre evolución.

No obstante, a pesar del gran número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, no se justifica la creencia popular de que el cáncer sea sinónimo de muerte en los momentos actuales ya que, dependiendo de la etapa del cáncer y de la precocidad del diagnóstico, un 50 por 100 de las pacientes logran recuperarse gracias a los tratamientos actuales.

Sin embargo no sólo se sufre físicamente la enfermedad sino también anímicamente, ya que su estructura familiar y social se modifica radicalmente en presencia de la enfermedad, y muchas mujeres se deterioran psicológicamente y se sienten impotentes ante su sufrimiento. Es por ello que las mujeres afectadas por el cáncer, ven modificado su estilo de vida por las consecuencias psicológicas que trae consigo la enfermedad.

CAPITULO 2

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE ONCOLOGICO

El cáncer es una enfermedad que impacta la dinámica familiar, transformando casi por completo sus hábitos de vida. En México, y en muchos otros países se han realizado notables progresos en el desarrollo de programas para la curación de la enfermedad, pero lamentablemente aún no se lleva a cabo una concientización y educación de cómo prevenirla y de que hacer cuando se presenta algún síntoma del cáncer, y peor aún siguen existiendo obstáculos culturales, como acudir al ginecólogo para realizarse un examen de mama; ya que la mujer en su integridad física y espiritual en ocasiones descuida su salud y deja de brindarse la atención adecuada a diferentes partes de su cuerpo.

Es común que la mujer sienta sus mamas como el centro de su femineidad estética. Sin embargo muchas veces ni la propia mujer alcanza a intuir la trascendencia que tienen para sí misma, hasta que se enfrenta a una enfermedad que amenaza su integridad

El carcinoma de mama es la forma de cáncer más frecuente que desarrolla la mujer, en algunos casos la paciente descubre que tiene un bulto en una de sus mamas, mientras que otras no se percatan de la tumoración hasta que ésta es detectada en un examen físico rutinario

La reacción frente al tumor mamario suele ser una mezcla de negación y miedo. Estos sentimientos pueden llegar a manifestarse con algunas reacciones como aguardar hasta el siguiente ciclo menstrual con la esperanza de que la masa desaparezca y si ésta fuese descubierta por el médico lo más probable es que la paciente busque la opinión de otro especialista, confiando en que los hallazgos sean distintos y se le diga que todo esta bien (Lipkin y Cohen, 1989).

De esta manera, la presencia del cáncer desorganiza virtualmente todos los aspectos de la vida de la paciente. La estabilidad emocional y el mantenimiento del estilo de vida propio se ven severamente afectados, ya que en nuestra cultura la mama simboliza la femineidad en su triple aspecto

1. Estético.
2. Reproductivo.
3. Sexual.

Esto puede deberse a que en nuestra cultura el pecho es un símbolo sexual básico. Llegándose a suponer que los senos son fuente de admiración exagerada hasta el punto de equipararlos con el deseo sexual, el atractivo, la libido e incluso la competencia sexual de la mujer. Propagado así la idea de que los hombres se sienten atraídos fundamentalmente por los senos femeninos.

Muchas mujeres han llegado a creer que la pérdida de una mama las convertirá en menos deseables, menos sexuales y menos femeninas. Pensando de esta forma, no es de extrañarse que las pacientes sometidas a mastectomía radical teman ser rechazadas por sus amigos y abandonadas por sus esposos (Lipkin y Cohen, 1989). De esta manera desde la perspectiva de las pacientes, representa una lesión irreparable.

El punto en el que ocurra el desarrollo del cáncer mamario en el ciclo de vida de una mujer y las situaciones sociales que lleguen a ser interrumpidas por la enfermedad tiene una gran importancia; ya que se pone en riesgo el sentido de feminidad y autoestima.

Este hecho puede llegar a ser más difícil en las mujeres jóvenes que están en la época en donde son más atractivas y fértiles, en donde estos aspectos son de más importancias para ellas, especialmente para las que son solteras o no tienen pareja. En muchos casos, el significado de cáncer de mama es muy diferente para las mujeres jóvenes, que para las mujeres con mayor edad, quienes tienen un hogar seguro y una familia, para quienes el riesgo de su vida es más grande. Sin embargo el cáncer de mama ocurre frecuentemente en mujeres mayores, quienes experimentan otras pérdidas, en particular, perder a su esposo significa que ella tiene que acostumbrarse no solamente a una gran pérdida en su vida sino también pone en riesgo su propia vida e integridad física (Holland y Rowland, 1989).

Kirby, Bland y Edward (1993) consideran que existen por lo menos 4 factores psicológicos capaces de afectar los índices de supervivencia de pacientes con cáncer de mama, los cuales son:

1. La longevidad que está relacionada con el grado de adaptación de la paciente a su enfermedad
2. Las pacientes que saben expresar sus distintas emociones relacionadas con la enfermedad viven más tiempo. Postulando que las pacientes “*luchadoras*” tienen más posibilidades de sobrevivir que las pacientes “*resignadas*”.
3. La “*voluntad de vivir*”, es para los autores, un factor importante para la supervivencia.
4. Cuando existe un mayor grado de estrés emocional, éste se asocia con un acortamiento de la supervivencia.

De esta manera no sólo el desarrollo natural de la enfermedad pone el riesgo la vida de las pacientes, sino que también las actitudes que tomen conforme a ésta, ponen en peligro su vida física y psicología. Es por ello que es importante abordar los aspectos psicosociales que afectan el desarrollo de la enfermedad, ya que éste último es afectado de manera significativa por factores sociales y psicológicos de la paciente que se enfrenta al cáncer mamario

2.1 FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN LA ENFERMEDAD

El cáncer es una enfermedad social, tanto por su incidencia como por su origen, buena parte del cual radica en la incapacidad social para controlar eficazmente los procesos de producción (carcinógenos químicos), o por su franca penetración en los estereotipos culturales que determinan las actitudes de la población.

Para Schavelson (1989: citado en López, 2000) el estudio de las relaciones recíprocas entre psicología y cancer pueden plantearse en dos formas. El ser humano, en lo físico y psicológico proyectado en su ambiente no puede ser fragmentado sin destruirse como tal. La primera se refiere a la influencia que la estructura psicológica del individuo tiene sobre sus posibilidades de contraer un cáncer, de influir sobre su localización o sobre su evolución, es decir, la psicogénesis del cáncer. La segunda forma fundamental es la influencia que el cáncer tiene sobre la psicología general, ya sea del público o sobre el paciente y su familia.

Es decir, que no debemos ver a la paciente en fragmentos sino como un ente físico y social que es afectada reciprocamente por estos dos aspectos, los cuales pueden llevarla a desarrollar una enfermedad crónica, la cual modificará radicalmente su espacio así como su estructura social.

Como fenómeno macrosocial, la enfermedad constituye un peligro para la supervivencia del grupo. Colectiva o individualmente, esta amenaza obliga a un esfuerzo de adaptación cuyo grado y eficacia no está únicamente en relación con los recursos que se aporten, sino también con la coherencia que estos tengan con los sentimientos del entorno (Viladiu y Catalan, 1996; citado en González, Ordonez, Feliu, Zamora y Espinoza, 1996) Es decir que el cáncer es visto, probablemente, por la población como una enfermedad que amenaza su supervivencia y toma una etiqueta que implica connotaciones de dolor y muerte, además de llegar a "estigmatizar" al individuo; y como una enfermedad con un curso y pronóstico incierto. Así puede llegar a considerarse al cáncer como una situación estresante que tiene características de ser inescapable, impredecible e incontrolable (Pascual y Ballester, 1997).

Viladiu y Catalán (1996; citado en González, Ordonez, Feliu, Zamora y Espinoza, 1996) argumentan que las enfermedades de morbi-mortalidad como es el caso del cáncer; las causas aún permanecen oscuras por su etiología múltiple que lo hace amenazante, e individualmente se dispone de pocos recursos para influir en su evolución.

Por ello, se puede argumentar que con el simple hecho de nombrar la palabra "cáncer" puede ser para el paciente un sinónimo de sentencia de muerte y el enfrentamiento con el recuerdo de la propia finitud provoca niveles altos de ansiedad que son frecuentemente compensados mediante la negación individual y colectiva. Así esta última, influenciada por un mal que imaginan terrible, la paciente llega a elaborar creencias y pautas defensivas.

De esta manera, las creencias de la paciente abordan acontecimientos relacionados con el cáncer, que va desde su etiología (contagioso, hereditario, producido por el estrés, etcétera) hasta el inquietante aumento de su frecuencia, escepticismo sobre la

posibilidad de control, miedo al dolor, al tratamiento, a sus efectos colaterales o al aislamiento, entre otros.

Buceta y Bueno (1996) argumentan que los factores psicosociales entre los que afectan al cáncer se centran en las siguientes variables:

➤ Hábito de conducta y cáncer

Entre los hábitos de conducta relacionados con el cáncer se encuentran: la exposición ambiental a carcinógenos, tales como el tabaco, el alcohol, la ingesta de dietas ricas en grasas y bajas en fibras, exposiciones solares u ocupaciones, así como la combinación de estos factores.

➤ Variables de personalidad asociadas al cáncer

Las características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo

➤ Apoyo social y cáncer

El apoyo social percibido es un importante predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menor frecuencias de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de la enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante.

➤ El estrés y el cáncer

El estrés puede afectar el inicio o curso del cáncer mediante: a) los cambios biológicos propios de la respuesta de estrés, y/o b) los cambios en las conductas de salud o estilo de vida que pueden predisponer a esta enfermedad. Así, el estrés puede ser un factor determinante en el inicio o curso del cáncer a través de la interferencia con hábitos de conductas saludables, ya que puede suceder que bajo los efectos del estrés las personas lleven a cabo conductas como fumar, beber, patrones de alimentación inadecuados, trastornos de sueño, abandono del ejercicio físico regular, etcétera: que son altamente perjudiciales.

Estos acontecimientos influyen negativamente en la familia y en el medio social en donde interactúa el paciente, lo que trae consigo repercusiones tales como una profunda distorsión en las relaciones familia-enfermo que se producen después de la

sospecha o certeza diagnóstica; los terrores individuales de unos y otros; una fase de duelo indiscriminado e irracionalmente anticipado; y la reacción de pérdida que se produce con tal anticipación que la insensibilidad, la desesperanza, la pérdida de interacción social o los sentimientos de culpa pueden condicionar el futuro de unos y otros, a veces durante toda su vida (Viladiu y Catalán, 1996; citado en González, Ordonez, Feliu, Zamora y Espinoza, 1996).

Ante estos acontecimientos la pérdida de la salud y del ritmo normal de vida produce un gran desequilibrio tanto en el paciente como en su entorno social. Éste y su familia utilizan varios mecanismos de defensa para no afrontar la realidad, como por ejemplo, la negación, la proyección hacia otras personas, el rechazo, etcétera. Estos mecanismos se manifiestan en las siguientes reacciones:

☞ *Hostilidad*: La ira se desvía hacia los médicos o familiares.

☞ *Ansiedad*: Se manifiesta con agitación, poca capacidad de concentración, problemas de sueño y comportamiento compulsivo.

☞ *Sentimientos de culpabilidad*: Paciente y familia dan vueltas y más vueltas a las posibles causas de la enfermedad y a sus experiencias con el tratamiento.

☞ *Arrogación*: Se tiene un comportamiento petulante y exigente.

☞ *Docilidad*: Se presenta cuando la paciente comprueba su enfermedad y siente que depende de los médicos.

☞ *Depresión*: Las manifestaciones para comprobar que existe depresión son la indiferencia, el insomnio, la anorexia, retraimiento y retardo psicomotor. Las pacientes parecen haber perdido el interés por todo

☞ *Dependencia*: Es una reacción común que se produce en los procesos malignos avanzados y puede inmovilizar a las pacientes (Casciato y Lowitz, 1990; Ibancovich y Medina, 1994; Delgado, 1995)

Es decir, que al depender cada vez más de los otros, la incapacidad para trabajar y el mantener el papel de enfermo en la familia son aspectos desagradables para el paciente que va aumentando con la gravedad de la enfermedad, es decir, el paciente deja de ser independiente. Así la dependencia física, que ocasiona incapacidad para andar, alimentarse o para solventar las necesidades personales, suele producir problemas psicológicos concomitantes (Pascual y Ballester, 1997).

Así, las pérdidas más comunes que experimentan los pacientes con cáncer son:

- ☞ La pérdida de la salud y la integridad física.
- ☞ La pérdida de algunos amigos y seres queridos o peor, el rechazo de estos.
- ☞ No poder llevar a cabo de manera eficaz las actividades rutinarias.
- ☞ Pérdidas económicas.
- ☞ Pérdida del autoestima (Casciato y Lowitz, 1990).

Dichas pérdidas hacen que el paciente se encuentre deprimido la mayor parte del tiempo y comience a perder el interés por las cosas que antes para él le eran atractivas, esto puede llegar a ser un impedimento para funcionar adecuadamente en su círculo social afectando sus relaciones sociales y aislándose en un mundo de preocupaciones y tristeza.

2.2 ORIGEN DE LOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS DEL ENFERMO ONCOLOGICO

Durante el padecimiento del cancer, el paciente tiende a crear inquietud e infelicidad, ya que éste tipo de enfermedad suele tener un curso insidioso y lentamente progresivo. Aunado a que el paciente percibe y siente constantemente que no esta bien.

Es por ello, que Wohl, (1960) ha identificado 7 causas que afectan de manera significativa el origen de la enfermedad aumentando su dolor; estos son:

➤ Miedo a la muerte

Una de las causas más perturbadoras y que causan gran ansiedad es el miedo a la muerte; la cual es de tipo doble: un factor depende del propio paciente, y consiste en el miedo personal a la muerte; y la inquietud acerca de la familia y personas queridas, compañeros de trabajo, etcétera. El miedo personal es el más importante, y siempre que sea posible se le debe informar al paciente que el proceso no amenaza la vida.

➤ Miedo a la incapacidad

El miedo a un tiempo indefinido de invalidez. Sin embargo, cuando ha logrado su máxima recuperación hay que imponer al paciente a realizar acciones que no vayan

más allá de sus fuerzas. Aun intervendrán factores intelectuales, de adaptación social, de educación y de entrenamiento, a este último se le debe de tomar gran importancia y empezarlo lo antes posible antes de que el paciente se sume a una vida de inactividad.

➤ Miedo al dolor

El dolor agota a casi todos los hombres, y son rarísimas las personas que no lo sufren. El umbral para el dolor varían según las personas, pero en conjunto, constituye uno de los mayores problemas para el hombre.

➤ Inquietud acerca de la seguridad económica

En enfermos oncológicos es muy frecuente la amenaza de perder el trabajo o las incapacidades son suficientes para causar angustia. Cuando la familia tiene problemas financieros, y también bienes, suele plantearse el problema de cuál sea la mejor forma de utilizar estos últimos. Estos problemas se aplican también a la preparación de la muerte, ya que uno de los grandes miedos de la muerte, muy personal, es la preocupación acerca de los niños, el esposo y demás familiares; como por ejemplo, quien cuidara de ellos, si seguirán yendo a la escuela, etcétera.

➤ Difusión a la enfermedad

Muchas veces hay miedo a la posibilidad de diseminación de la enfermedad a familiares, de esta manera los pacientes tienen miedo de hablar de su enfermedad y de comunicarla a sus familiares, guardándose su preocupación.

➤ Miedo a la posible progresión

Los pacientes se preocupan por el progreso de su enfermedad, lo cual depende de la información que le proporcione el médico acerca de cómo se desarrolla la enfermedad y cual es el curso que toma. Lo importante en este punto es que el paciente desempeñe actividades para que tenga menos tiempo de preocuparse por su enfermedad.

➤ Inseguridad espiritual

La cual es origen de congoja y ansiedad para el paciente, es así como los médicos que ejercen su profesión según el código moral, proporciona a sus pacientes una gran sensación de seguridad.

Estos aspectos, afectan de manera significativa el estado anímico del paciente, ya que su miedo y preocupación de cómo enfrentar la enfermedad es muy variado, sin embargo esto no significa que los pacientes que sufren de cáncer pasen por estas situaciones. Se puede observar que los pacientes llegan a tener miedo por su vida, pero también les preocupa otros aspectos de su vida, llegando incluso a olvidarse un poco de ellos mismos y pensar en el bienestar de los demás, un ejemplo de ello es el miedo a morir y dejar a su familia sola. Este es el pensamiento de la mayoría de la mujer mexicana, ya que culturalmente se ha implementado la idea de que ella es la persona que mantiene unida a la familia.

Por otro lado y de acuerdo con el Reader's Digest (1995), se piensa que el tumor canceroso tiende a reproducirse en individuos cuya personalidad se caracteriza por una determinada estructura. Se cree que se enferman cuando les llega a faltar un elemento de su vida que consideraban importante, el cáncer sería la sustitución simbólica del 'objeto perdido'. Dichos argumentos son apoyados por Kirby, Bland y Edward (1993), quienes se dieron cuenta, en un estudio realizado por ellos mismos, que "en las pacientes que desarrollan cáncer de mama existían antecedentes de problemas psicológicos inmediatos, a menudo la pérdida de un familiar cercano" (pág 1310)

Entre los pacientes afectadas con cáncer de mama se ha constatado que existe un gran porcentaje de pacientes que están frustradas, que sufrieron un fuerte trauma por la pérdida o alejamiento de un hijo. Es posible que la localización del tumor tenga un significado simbólico, por tratarse de una parte del cuerpo que en esas circunstancias la mujer podría considerar como superflua o por representar una función materna que la mujer querría recuperar (Benson, 1994)

Por otro lado Holland y Rowland, (1989) argumentan que durante el periodo diagnóstico, la mujer debe enfrentarse con la necesidad de reprimir y guardar su ansiedad y temor y a su vez tomar la decisión acerca del tratamiento para la enfermedad mortal que padece. Para llevarlo a cabo tiene que aprender a escuchar y controlar la ansiedad, ya que recibir la noticia de tener cáncer aunada a la toma de decisiones suele ser el periodo mas difícil del transcurso de la enfermedad.

2.3 IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO

Una de las medidas tomadas en cuenta para controlar la mortalidad por cáncer es la prevención secundaria, es decir, diagnosticar la enfermedad lo suficientemente pronto para que aumenten las posibilidades de curación.

Spiegel (1985; citado en López, 2000) menciona que los pacientes diagnosticados con cáncer presentan pérdidas en sus funciones físicas y trastornos psicológicos causados por el evento y que a su vez provoca cambios en su entorno alterando su condición, así como la relación familiar y al medio social. Así mismo, se acentúa los recuerdos de casos de cáncer en la familia o amigos y los sufrimientos hasta llegar a la muerte, y tienden a olvidarse los casos curados, negándose a la posibilidad de curarse percibiendo la enfermedad como un castigo o teniendo sentimientos de culpa.

Así se ha detectado que las alteraciones pueden dividirse en: afecto, síntomas físicos, soporte social y cognición

➤ Afecto

Los pacientes presentan fuertes depresiones, mientras que la comunicación afectiva entre el paciente y su familia se ve deteriorada por causa de la enfermedad. Incluso no sólo el enfermo presenta depresiones sino también su familia quienes temen la pérdida de un ser querido. El flujo afectivo toma un camino deficiente

➤ Síntomas físicos

El dolor y la ansiedad interactúan en conjunto. El dolor puede ser sustituido o agravado por la ansiedad.

➤ Soporte social

Los pacientes oncológicos manifiestan aislamiento social y temen que familiares puedan desarrollar la misma enfermedad. Aunado a que como el padecimiento es largo, los familiares y amigos dejan de acudir con frecuencia debido a sus múltiples actividades, lo cual es tomado como un abandono por parte del paciente, lo que implica una fuente importante de desajuste

➤ Cognición

Esta estrechamente relacionado con las estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer. El paciente necesita saber que tiene el dominio, sentirse autosuficiente,

contar con la habilidad para controlar las situaciones que se presentan, así como ser capaz de ofrecer ayuda a los demás. Aquí se incluyen las buenas relaciones interpersonales con su familia y amigos (López, 2000).

Lazarus (1981: citado en López, 2000), se refiere al afrontamiento como un esfuerzo para manejar las demandas ambientales e internas que contribuyen o exceden los recursos de las personas, el esfuerzo puede ser una acción orientada para el mismo. Así, unas de las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos son buscar información, hablar mas de uno mismo, tratar de olvidar, buscar cosas favorables acerca de su situación, buscar autonomía, tomar decisiones firmes, aceptar lo inevitable, tener fe y esperanza, vivir el aquí y ahora.

Estos acontecimientos afectan significativamente el estilo de vida del paciente oncológico, el cual se encuentra tan deteriorado psicológicamente que se daña a sí mismo y a su familia, a la cual no le permite el acercamiento rechazando todo tipo de apoyo que ésta pudiera proporcionarle. Se encierra tanto en su padecimiento que trata de enfrentarse el sólo a su depresión sin poder salir de ella, tomando así algunas estrategias de afrontamiento antes descritas.

No obstante, se ha observado que el momento de mayor estrés psicológico es el período transcurrido entre el hallazgo del nódulo mamario y el diagnóstico. Describiendo este período como la fase de anticipación, en donde las mujeres experimentan una ansiedad extrema acerca del porvenir, que conduce a un grado considerable de disfunción social y psíquica (Kirby, Bland y Edward 1993).

Asimismo, la negación es un mecanismo de defensa utilizado por muchos de nosotros en la vida cotidiana y es una reacción frecuente en las pacientes con cáncer de mama. Si bien la negación puede ser considerada un mecanismo psicológico de protección, paradójicamente puede ser perjudicial desde el punto de vista biológico, ya que algunas pacientes no consultan al médico ante la detección de un nódulo sospechoso y pospongan la consulta hasta la aparición de síntomas imposibles de negar, lo cual implica que el cáncer es avanzado y difícil de tratar (Kirby, Bland y Edward 1993).

También se puede dar el caso en que la paciente oculta su enfermedad, reprimiendo sus sentimientos a fin de evitar preocupaciones a sus familiares o

amigos. Así se puede considerar que el vivir en una sociedad que confiere a las mamas como símbolo de femineidad y sexualidad, es comprensible pensar hasta que punto la amenaza de una mutilacion mamaria, pueda llegar a debilitar la autoestima.

Kirby, Bland y Edward (1993) identificaron seis causas psicológicas principales que demoran la consulta médica:

1. Miedo al cáncer, a la mutilacion o ha modificar las relaciones conyugales.
2. Pudor o falsa molestia en lo relativo al examen fisico mamario.
3. Negativismo: mujeres que han sido educadas en un ambiente hostil desarrollan una personalidad introversa y demoran la consulta hasta una fase avanzada del proceso.
4. Depresión, la cual determina que la paciente ignore su enfermedad.
5. Búsqueda compulsiva de un objeto dado que impide preocuparse de cualquier otro aspecto de la vida.
6. Ausencia de sensibilidad mamaria; ya que algunas mujeres nunca experimentan sensaciones emocionales relacionadas con las mamas y tienden a ignorarlas con escasa probabilidad de descubrir alguna anomalía.

Es de suponerse, que estas reacciones pueden llegar a ser bastante normales ante el desarrollo del cáncer mamario, ya que nos da miedo enfrentar una enfermedad crónica que si no es tratada a tiempo es progresiva y puede llegar a ser mortal. Teniéndose en cuenta que estas reacciones no sólo demoran el diagnóstico del cáncer, sino que también demoran el tratamiento y la posibilidad de salvar su vida, lo cual permitirá mejorar su salud y los estilos de vida en cada uno de los pacientes

Lipkin y Cohen (1989) argumentan que la incapacidad para aceptar la gravedad y la urgencia de la situación, puede ser atributo de aquellas mujeres que retrasan la búsqueda de atención médica, a pesar de que saben que tienen una masa tumoral en la mama. Además de que los miedos y sentimientos de la paciente, tanto antes como después de la intervencion quirúrgica suelen relacionarse con sus recuerdos de experiencias pasadas Si la mujer tuvo una infancia y una vida adulta saludable en las que desarrolló un sentimiento positivo hacia sí misma será capaz de mantener su amor propio a pesar de la pérdida. Además la forma en que la familia contempla la

vida, así como su actitud en relación con la paciente, constituye otro factor importante a la recuperación.

Es así como en algunos estudios se ha observado que la paciente que tiene una posición equilibrada dentro de su círculo familiar, son capaces de ajustarse mucho mejor que aquella que durante su vida familiar tiene problemas (Barber, 1992).

De esta manera, el diagnóstico y el tratamiento oportuno del cáncer ejercen un impacto emocional significativo sobre la paciente que generan una multitud de problemas psicosociales y médicos, a pesar de los notables progresos logrados en el tratamiento de ciertos procesos malignos. Sin embargo, el diagnóstico del cáncer para muchos sigue siendo comparable a una sentencia de muerte

2.4 IMPACTO DEL TRATAMIENTO:

Las reacciones ante el diagnóstico varían de paciente a paciente, incluso en un mismo individuo se puede dar un patrón cambiante dependiendo de diversas variables. El momento, el modo y cómo se presenta el plan de tratamiento es crucial para el bienestar del enfermo y para su adherencia al tratamiento. Se trata de un período difícil emocionalmente, en el que la persona prefiere no alarmar a la familia y cargar con la información y los miedos ella sola

Entre las reacciones iniciales más frecuentes encontramos el shock, la confusión y la negación y en ocasiones puede haber desamparo y desesperanza. Destaca en esta etapa la búsqueda de significado, en este sentido, la persona consigue un mayor control de la situación si busca una causa a su enfermedad. El intentar atenuar la naturaleza atemorizada de los hechos, puede ser un mecanismo que le ayude a disminuir la ansiedad y le permita escuchar la información. Mientras que los pacientes que hayan tenido un familiar cercano o un amigo con cáncer, cuyo pronóstico no haya sido favorable, presentarán más miedo. Así el cuadro general suele consistir en disforia y ansiedad, depresión, rabia y dificultad en la concentración y en mantener las actividades diarias (Pascual y Ballester, 1997).

Sin embargo, a pesar de la tensión que sufre la mujer ante los cambios en su estilo de vida, la mayoría de ellas encuentran la manera de sobrellevar el cáncer y las terapias.

Respecto a las reacciones psicológicas de los tratamientos médicos, se encuentran en primer lugar el miedo y la ansiedad ante la cirugía. Varios autores coinciden (Holland y Rowland, 1989, Pascual y Ballester 1997) en los problemas que trae consigo la mastectomía (ablación total de la mama): ya que consideran que las pacientes experimentan tras la intervención además de ansiedad, depresión y una amenaza inherente a la propia enfermedad (incluido el miedo a la recurrencia), un atentado en contra de su propia integridad física, una agresión a su vida sexual y a su propia percepción y valoración como mujer.

Con lo preparada que este una mujer o no para la mastectomía, la ansiedad, la depresión y la preocupación por la sexualidad son hallazgos casi universales. La paciente debe asimilar y adaptarse a la pérdida de una mama, pérdida que le vendrá a la memoria a diario mientras se bañe, mire al espejo, compre ropa o haga el amor.

Aunado a esto, la paciente debe asumir que tiene cáncer: con las implicaciones que esto trae consigo, en términos de bienestar futura y expectativa de vida. La posible diseminación de la enfermedad, la pérdida de la otra mama o la aparición de metástasis en zonas distintas del organismo constituyen preocupaciones obvias (Holland y Rowland, 1989, Lipkin y Cohen, 1989).

Lo anterior se debe principalmente a que la deformidad consecutiva que provoca la mastectomía genera un gran temor. Un ejemplo de ello, es que la mujer puede llegar a sentir repulsión al ver la cicatriz de la herida quirúrgica y quedar incapacitada para hacer el amor libremente, ya que no quiere que nadie vea su cuerpo e incluso llegar a esconderse de su marido. Si la paciente llegará a reanudar su actividad sexual quizá no se quite la prótesis y con ello incluso la mama indemne quede fuera del juego amoroso. Siendo que la cohibición sea tan grande que la paciente vista prendas que cubran partes claves de su cuerpo, como pueden ser cuello y brazos.

Se puede decir que la pérdida del pecho afecta doblemente a la mujer, al alterar la imagen de su feminidad y al mismo tiempo, la belleza de su imagen. La asimetría y la sensación de sentirse incompleta son problemas que se asocian en muchas pacientes

en no quererse mirar al espejo. También puede que sienta que su pareja no quiere tocar la cicatriz, de sentir vergüenza al estar desnudas frente a su pareja, lo que conlleva a tener menor deseo sexual que se plasma en una menor cantidad de relaciones sexuales (Pascual y Ballester, 1997).

Por ello un aspecto importante y el cual no debemos olvidar es la ayuda del esposo, ya que implicar al marido en el cuidado de su esposa es crucial, ya que la paciente está muy sensibilizada ante la posibilidad de no sentirse querida o de que su marido la abandone por aversión, como ya se había mencionado. Sin perder en cuenta que también él está atravesando por un período de miedo y estrés. Aún así debe mantenerse firme, apoyar emocionalmente a su esposa y sostener a la familia (Lipkin y Cohen, 1989)

Es por ello que se cree necesario la participación del esposo en la rehabilitación de su mujer, ya que él tiene que enfrentarse al problema y apoyar a su esposa a superar la pérdida tan grande que puede ser "*el ya no tener seno*", y sobre todo hacerla sentir querida y necesitada por él y su familia.

Algunas mujeres han edificado toda su vida a la valoración que tienen de sí mismas en torno a su aspecto agradable y un cuerpo hermoso, sin desarrollar sus demás potencialidades, es decir, carecen de un verdadero sentido de sí mismas. Este tipo de pacientes hace hincapié en la apariencia y han juzgado al prójimo con esta misma concepción, tanto es así, que son incapaces de comprender que la vida es algo más que un cuerpo físico. Por ello Lipkin y Cohen (1989) argumentan que estas pacientes deben desarrollar nuevos aspectos de individualidad a fin de ganar confianza en sí mismas, comenzando a experimentar aceptación, interés y amistad por ellas como personas y no por su aspecto.

Otro problema al que se enfrenta la mujer con mastectomía es la pérdida del empleo, ya que puede resultar imposible para una mujer seguir trabajando si el puesto que ocupa junto con las tareas domésticas le ocasiona una fatiga extrema, aunado a que debe someterse a quimioterapia y radioterapia (Lipkin y Cohen, 1989)

Sin embargo, antes de someterse a estos tratamientos, Pellicer (1993; citado en Pascual y Ballester, 1997) detectó que las pacientes pasan por un estado de Disforia Anticipatoria (DA) que define como "...un cambio en la cualidad del humor,

caracterizado por irritabilidad, sintomatología ansiosa y/o depresiva, que se inicia en los días previos al tratamiento quimioterápico y remite tras la administración del fármaco" (p. 260). Según este mismo autor, la Disforia Anticipatoria aparecerá como consecuencia de que la paciente ha aprendido, por su experiencia en los ciclos anteriores, que sufrirá efectos adversos (en especial náuseas y vómitos) y, posiblemente también por que el tratamiento es un "recordatorio de su estado de enfermedad".

Concretamente la quimioterapia tiene como efectos secundarios alopecia, náuseas, vómitos, fatiga, anorexia, neuropatías periféricas, estomatitis, diarrea y problemas sexuales. Estos efectos varían ampliamente dependiendo del medicamento o de la combinación de ellos, la dosis, el número de ciclos y si la quimioterapia se administra a la vez con radioterapia. Sin embargo no sólo los aspectos físicos producen alteraciones en la persona la espera en la sala, la interferencia con el trabajo, el desplazamiento a la clínica, la interferencia con los miembros de la familia y todos aquellos aspectos desconocidos sobre los beneficios del tratamiento, también tienen su incidencia sobre el paciente (Pascual y Ballester, 1997)

Sin embargo, las concepciones erróneas y los mitos que han escuchado los pacientes acerca de la quimioterapia, por lo general se dan por la ignorancia y las afirmaciones erróneas que se hacen los pacientes acerca de la efectividad de los agentes quimioterápicos. Además de recordar, que no porque reciban los agentes quimioterápicos sufrirán de todos los síntomas descritos anteriormente.

Ahora bien, la radioterapia resulta ser también temida por los pacientes: ya que los miedos que suelen aparecer cuando se pautan radiaciones son: que el tumor es incurable, que el tratamiento producirá quemaduras, y que la máquina emitirá radiaciones en exceso. Dado que la radioterapia, en la mayoría de los casos resulta ser un tratamiento complementario a la cirugía o a la quimioterapia (Pascual y Ballester, 1997).

Los efectos secundarios de la radioterapia consisten en anorexia, náusea, vómitos, fatiga, debilidad, dolor de garganta y diarrea, que suelen aparecer a las dos o tres semanas de iniciar el tratamiento

Por ello se llega a la conclusión que para cualquier mujer que padezca de cáncer de mama, se enfrentara a sufrir depresiones, estrés, ansiedad y llevar una vida sexual alterada.

Lo cual puede deberse a que para cualquier mujer la alteración y mutilación de su cuerpo, y en especial de la mama provoca fuertes consecuencias psicológicas. Algunas mujeres muestran grandes depresiones, en las que se incluye la baja autoestima. Al sentirse de alguna manera incompleta, su vanidad se ve deteriorada que trae consigo experimentar altos niveles de ansiedad. Aunado a que varias mujeres experimentan un sentimiento de vergüenza al mostrarse desnudas ante su pareja y dejan de sentirse atractivas o deseables y al mismo tiempo perder su estima.

Estos acontecimientos en la mujer que sufre cáncer mamario tienen connotaciones, en ocasiones irreparables, en la vida de las pacientes ya que la aparición de la enfermedad desorganiza totalmente su estilo de vida actual que la lleva a modificar sus interacciones con ella misma y los demás. Es por ello, que el revisar la calidad de vida de las pacientes oncológicas sea de suma importancia para el desarrollo de la presente investigación.

CALIDAD DE VIDA

La desadaptación psicológica es uno de los factores que contribuyen al deterioro de la Calidad de Vida de las pacientes que sufren cáncer mamario. Es por ello que la evaluación de la Calidad de Vida en los pacientes con cancer, es un aspectos relevante dentro del cuidado integral que se puede ofrecer en el marco de equipos multidisciplinario en los servicios de Oncología.

Así, pues además de estudiar la progresión de la enfermedad crónica, la prevención y búsqueda de los factores de riesgo. De esta manera, las acciones pueden llegar a centrarse en otros aspectos de la salud de los pacientes, como la capacidad funcional que refleja la habilidad de los individuos para desarrollar actividades y papeles que son parte de la vida independiente y productiva (Viamante, 1993).

Es así como el término de Calidad de Vida empieza a relacionarse más estrechamente con los cuidados sanitarios a mitad de los años setenta, cuando la atención sanitaria, influida por los cambios sociales va restando importancia a la cantidad (mortalidad, morbilidad) para favorecer la calidad de vida humana: aliviar síntomas, mejorar el nivel de funcionamiento, conseguir mejores relaciones sociales, autonomía, etcétera (Martínez y Lozano, 1998).

En este nuevo paradigma, los cuidados de la salud toman un nuevo giro, comenzando a valorar el impacto de las enfermedades y su tratamiento; de esta manera los expertos en el ramo comenzaron a preocupar más sobre el bienestar y la satisfacción de los pacientes, su capacidad física, psíquica, social, etcétera.

3.1 ANTECEDENTES

La humanidad desde siempre se ha inspirado y luchado por intentar satisfacer sus necesidades de la mejor manera que le sea posible creando instituciones y estructuras que sean útiles para cubrir sus satisfactores

El intento por mejorar la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente.

Este interés surgió a partir del cambio en la situación sanitaria, como lo menciona Murillo (1996: citado en González, Ordonez, Feliu, Zamora y Espinoza, 1996), las enfermedades comenzaron a tomar un curso agudo, fundamentalmente la etiología infecciosa fue desplazada paulatinamente por enfermedades crónicas, tales como la hipertensión, cáncer, afecciones cardíacas, etcétera.

De esta manera surge un criterio más apropiado para valorar la eficacia de las medidas sanitarias en las nuevas afecciones, el cual es "*Calidad de Vida*". La idea comenzó a popularizarse en la década de los 60, mientras que el concepto empezó a ser utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general, etcétera (Gómez y Sabeih, 2000)

Puesto que la morbilidad y la mortalidad como indicadores de cantidad de vida no resultaban útiles en las actuales circunstancias se tuvo que recurrir al concepto de Calidad de Vida, ya que si los pacientes no viven mas si deberían de vivir mejor.

Cabe aclarar que el concepto de Calidad de Vida no fue creado en el campo de la sanidad, sino que fue tomado del campo socio-laboral, el cual venía funcionando como indicador de rendimiento. No obstante, al pasar el concepto al campo sanitario no perdió sus características de relación costo-beneficio, con el que apareció inicialmente en el campo sociolaboral (Murillo, 1996; citado en González, Ordonez, Feliu, Zamora y Espinoza, 1996).

Lo anterior puede llegar a ser un indicador bastante ambiguo, ya que el interés por el bienestar y la satisfacción de los individuos comenzó a desarrollarse dentro del campo laboral, y en esa época muchas personas se veían interesadas en el desempeño del trabajador. Mientras que en el campo sanitario lo único que les preocupaba a los Doctores y a todas aquellas personas que trabajan con enfermos que sufren alguna alteración física era su recuperación

No fue hasta la década de los 50 y comienzos de los 60, que el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por consecuencias de la industrialización social hacen surgir la necesidad de medir la Calidad de Vida real, a través de datos objetivos. Fue así como dentro de las Ciencias Sociales inicia el desarrollo de los indicadores sociales (ingresos, tasas de mortandad infantil, esperanza de vida, hábitos de consumo, factores medioambientales,

condiciones de existencia de grupos minoritarios, etcétera) estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una población (Ramírez, 1998; Gómez y Sabeh, 200).

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzo de los 80, provocaron el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. Dicha expresión se definió como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (característica multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos (Gómez y Sabeh, 2000).

De esta manera puede llegar a suponerse que el concepto de Calidad de Vida se ha ido caracterizándose por su continua ampliación, ya que inicialmente consistía en la relación costo-beneficio dentro del campo socio-laboral y dio un salto al cuidado de la salud personal, para convertirse en la preocupación de la salud e higiene pública. También debe tener en cuenta que se fue incluyendo sucesivamente la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente a la experiencia del individuo acerca de su vida social, actividades cotidianas y lo más importante a su propia salud

Es así como el desarrollo del concepto Calidad de Vida ha sido lento y progresivamente efectivo dentro de los servicios sanitarios ofrecidos en los hospitales y las clínicas de salud pública. Actualmente, en algunos casos, se tienen algunos impedimentos por parte del personal médico, para proporcionar a sus pacientes una buena Calidad de Vida: ya que aún se tiene la errónea idea de que el paciente se mejorará sólo con atención médica, y no se reconoce que existen herramientas que pueden ayudar al paciente, a mejorar tanto física como anímicamente su vida.

Pero ¿qué es Calidad de Vida? ¿Cómo es que puede llegar a valorarse? ¿Cuáles son los indicadores que permiten saber que a un paciente tiene una buena Calidad de Vida? Todas y muchas otras preguntas se irán aclarando durante el desarrollo del presente capítulo.

3.2 DEFINICIÓN

Calidad de vida, al ser un concepto que comenzó a tener relevancia dentro de las ciencias sociales, sus estudios comenzaron a abordar la cuestión de bienestar, desde diversos enfoques y disciplinas. El centro de este creciente interés se enfocó en definir el concepto "*Calidad de Vida*", estudiar los elementos que la determinan y proponer mecanismos que contribuyen a mejorarla.

El aporte de la psicología en este campo se encuentra en la ubicación de la esfera subjetiva de las personas como un componente esencial entre los determinantes de la Calidad de Vida. Es por ello que para explicar la Calidad de Vida no es suficiente remitirse al contexto socioeconómico, social, cultural, educativo o de salud del individuo y a su mejoramiento; si no que existe toda una compleja construcción interior, que es la subjetividad con la que procesa internamente el sujeto el mundo que le rodea, lo cual es necesario tomar en cuenta para una definición integral de Calidad de Vida (Palomar, 1997).

Un problema para llegar a definir la Calidad de Vida, es que es concebida por algunos autores como objetiva y para otros como subjetiva. La Calidad de Vida objetiva, es el grado en el cual las condiciones de vida, bajo criterios observables se encuentran dentro de una buena vida: tales como seguridad económica, seguridad en las calles, el cuidado de la salud, educación, etcétera. Por otro lado, la Calidad de Vida subjetiva se refiere a como la gente aprecia su vida personal: por ejemplo, cómo siente la seguridad en la calle, qué tan satisfecho está con su educación y salud, etcétera (Levi y Anderson, 1980; Gómez y Saburido, 1996; Blanco, Rivera, López y Rueda, 1997, citado en Palomar, 1997, Murillo, 1996, citado en González, Ordonez, Feliu, Zamora y Espinoza, 1996; Ramírez, 1998).

Como se puede ver, dentro del concepto Calidad de Vida dos aspectos importantes la determinan, es decir, el ser humano al ser un ente físico y psicológico percibe su mundo con cierta objetividad pero también sus sentimientos representan un papel importante al definir su situación actual. Esto puede deberse a que la satisfacción y el bienestar son aspectos de la vida del hombre que no pueden verse o medirse, sino que son condiciones que la gente expresa y siente.

Blanco, Rivera, López y Rueda (1997; citado en Palomar, 1997) mencionan que la Calidad de Vida, de una sociedad o un grupo humano es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas; es decir, la capacidad de una sociedad de resolver satisfactoriamente —en cantidad y calidad— el conjunto de necesidades humanas y posibilitar el desarrollo humano, hace posible que la población tenga una mejor Calidad de Vida.

Es así como Diener (1984, cit. Ramírez, 1998) y Montalvo y Vital (1988) coinciden en argumentar “que las apreciaciones subjetivas frecuentemente involucran juicios de satisfacción” (pág. 66). Por lo tanto, la satisfacción es un concepto central en la investigación de Calidad de Vida, ya que ésta se ha conceptualizado como una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de su vida. Con lo cual puede llegar a suponerse que la valoración que cada sujeto hace de su Calidad de Vida se basa en gran medida en los procesos cognoscitivos, de comparación que se relacionan con los criterios del nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades.

Por ende, llegar a definir el concepto de Calidad de Vida es una tarea ardua y difícil tanto en su operativización como en su definición conceptual, ya que el término es complejo y abstracto e indirectamente medible. Además de tener diferentes orientaciones y definiciones. De esta manera, aún sigue existiendo una falta de consenso sobre la definición del constructo y su evaluación.

Al definirse la Calidad de Vida, se tienen que tener en cuenta los siguientes aspectos: la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada por las personas con dichas condiciones vitales y la combinación de componentes objetivos y subjetivos. Es decir, la Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, y por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Gómez y Sabeih, 200).

Para Setián (1993, citado en Ramírez, 1998) la Calidad de Vida se refiere “al bienestar de la gente, principalmente en grupos, pero también como individuos, así como el “bienestar” del medio ambiente en el cual esa gente vive” (pág. 11).

Levi y Anderson (1980) han entendido el concepto de Calidad de Vida como "una medida compuesta de bienestar físico, mental, social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa" (pág. 6).

Por su parte, Legorreta y Paente (1988) argumentan que "la definición del concepto de calidad de vida, cuyo referente central es el individuo, tiene dos aspectos fundamentales: la salud psicosomática de una persona y el sentimiento de satisfacción. Ambas presentan elementos subjetivos para su evaluación, sin embargo, la salud se relaciona más directamente con la cobertura de las necesidades esenciales que tienen un significado muy genérico, en tanto que la satisfacción fundamentalmente de factores ligados a la cobertura de los deseos y aspiraciones que tienen un carácter altamente subjetivo" (pág. 18).

Por lo tanto, Calidad de Vida se ha conceptualizado como un constructo multidimensional subjetivo referido al grado de satisfacción de un individuo: ponderada según la importancia que el sujeto conceda a cada una de las áreas o aspectos de la vida (familia, trabajo, pareja, hijos, actividades recreativas, amigos, bienestar físico entre otros) que determinan su felicidad o bienestar (Palomar, 1997).

De esta manera, Calidad de Vida puede llegar a verse como un macroconcepto que integra diferentes vertientes entre las que se incluyen la satisfacción, el bienestar subjetivo, la felicidad, el estado de salud (físico, psicológico y social).

En general las definiciones de Calidad de Vida antes señaladas tienen dos elementos en común

1. Utilizan un enfoque multidimensional.
2. Se hace hincapié en la valoración que el individuo hace de su propia vida.

Por su parte, Levi y Anderson (1980) argumentaron que el concepto Calidad de Vida tiene relación, más bien, con la definición de salud que ha dado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Dicha relación, agregan los autores, depende fundamentalmente del ajuste o coincidencia, entre características situacionales (exigencias y oportunidades), y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como las percibe él mismo.

Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud en 1946 como "el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la

ausencia patología orgánica o enfermedad” (Garza, 1996; Ballester, 1997, pág. 36).

De esta manera, la Calidad de Vida relacionada con la salud, puede llegar a referirse específicamente a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de a aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias provocan sobre el bienestar físico, emocional y social. Por ende, “la meta de la atención en la salud está orientada no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del Paciente” (Gómez y Sabeh, 2000, pág.21).

Aclarada la relación de la Calidad de Vida con la salud, nos evocaremos directamente a la definición dada por Patrick y Erickson (1988, cit. en Martínez y Lozano, 1998), los cuales han sugerido utilizar el término de Calidad de Vida relacionado con la salud: conceptualizándolo como los niveles de bienestar y satisfacción asociados con los acontecimientos que una persona puede padecer como consecuencia de una enfermedad o su tratamiento.

Con dicho argumento nos centraremos en los aspectos señalados por los últimos autores, así podemos decidir que la definición que mejor se enfoca al objetivo del presente trabajo es:

“En la investigación clínica –epidemiológica, el concepto de Calidad de Vida ha sido utilizado sobre todo para describir y evaluar las condiciones de sobrevivencia de enfermos a los que se les prolonga la vida, como resultado de la intervención médica y de la tecnología para la salud” (Dalhof, Fletcher, Tucker, 1991: citados en Blanco, Rivera, López, y Rueda, 1997, pág. 70; en Palomar, 1997).

Es decir, que la Calidad de Vida puede llegar a verse como la percepción y evaluación global que el sujeto hace de su vida en forma subjetiva cuando esta enfermo, dependiendo tanto de sus características individuales, como de las características de la enfermedad que sufre y del tratamiento que éste reciba

Conociendo esto, debemos tener en cuenta que para valorar adecuadamente la Calidad de Vida en pacientes que sufren alguna enfermedad se debe valorar, básicamente

- ☞ El estado de actividad física del paciente, incluyendo tiempo de actividad/reposo y el grado de cumplimiento de sus obligaciones domésticas, sociales y profesionales.
- ☞ El estado psicológico del paciente, poniendo especial atención al grado de ansiedad/depresión.
- ☞ La capacidad del paciente para mantener relaciones afectivas interpersonales en los diferentes ámbitos: conyugal, familiar y social.
- ☞ El propio juicio de sí mismo (Murillo, 1996; citado en González, Ordoñez, Feliu, Zamora y Espinosa, 1996).

A partir de esto, la Calidad de vida se modifica espontáneamente por la propia evolución de la enfermedad, del tratamiento y hasta por la propia acción del médico.

Con esto se puede llegar a decir que el concepto Calidad de Vida no es sólo un concepto conocido que puede ser medible dependiendo de las exigencias del medio, sino también puede ser pronosticable e influenciabile positiva o negativamente.

3.3 CARACTERÍSTICAS DEL CONCEPTO CALIDAD DE VIDA

Dentro de la Calidad de Vida, existen algunos elementos que nos dan una visión más clara del significado del concepto, ya que en el se juegan elementos esenciales que permiten que la Calidad de Vida llegue a ser más completa. Dichos elementos llegan a dar un panorama más amplio de lo que es para el ser humano el bienestar y la satisfacción

➤ Nivel de vida.

El nivel de vida, para Johansson (1970, cit en Ramírez, 1998) es el "recurso" el elemento central de Calidad de Vida. Es por ello, que lo define como "el dominio del individuo sobre los recursos de tipo monetario, propiedad, conocimiento energía física y psicológica, relaciones sociales, de seguridad, etc., por medio de los cuales puede controlar y dirigir sus condiciones de vida"(pág. 13).

Es decir, que el nivel de vida quedaría definido como la capacidad del individuo para disponer de recursos de todo tipo: como por ejemplo, económicos,

sociales, educativos, etcétera. Sin embargo, para poder determinar el nivel de vida y la norma de vida desde el punto de vista conceptual, la definición incluye desde aspectos objetivos como subjetivos

Por ello, el nivel de vida debe estudiarse en sus múltiples aspectos y analizar diversos componentes: como son: salud, consumo de alimentos, educación, condiciones de trabajo (ocupación), seguridad social, ropa, recreación (tiempo libre) y derechos humanos (Levi y Anderson, 1980). Expresadas mediante el empleo de diversos indicadores, como son: la tasa de esperanza de vida o el índice de mortalidad.

De esta manera, el nivel de vida dentro de la Calidad de Vida, según Montalvo y Vital (1988), busca el saber vivir, el vivir bien, el grado de realización como seres humanos, la manera en como los recursos satisfacen las necesidades elementales (alimentación, vestido y salud), las necesidades operativas (vivienda, recreación, transporte y seguridad), y por último las necesidades de formación y de realización como seres humanos (enseñanza, trabajo y cultura).

➤ Modo de vida.

El concepto de modo de vida, posee rasgos generales de la forma de vivir del hombre en una sociedad, su lugar en el sistema de relaciones sociales y las posibilidades creadas por el régimen social en cuestión para la actividad humana, en donde se toma en cuenta el modo en que vive el hombre (Ramírez, 1998). Es decir, modo de vida significa el modo por el cual los miembros de la sociedad en general y las clases sociales utilizan y desarrollan las condiciones de vida.

Así el modo de vida, claramente, se refiere a las interacciones del individuo con su sociedad, con el medio ambiente que le rodea y con el cual está en constante contacto, ya que es necesario tener la presencia de los demás para no sentirnos solos o desamparados: porque todos necesitamos de todos y es por ello, se cree, en la necesidad de interacciones recíprocas

De esta manera, modo de vida es la forma que adquiere la actividad vital, el género de vida del individuo, del grupo social, la clase y el pueblo en general que actúa en una formación económica-social dada (García y Lima, 1985 cit. En Ramírez, 1998).

Es así como el concepto de Calidad de Vida, tiene que llegar a compaginar el nivel y el modo de vida de acuerdo con las formas de conducta y vida cotidiana de los miembros de una sociedad.

➤ Estilo de vida.

El estilo de vida se considera un factor importante en la salud personal, ya que lo que se percibe como enfermedad, se desarrolla en gran medida por el comportamiento de las personas más que como simples patógenos biológicos. La higiene, la dieta, el ejercicio y las condiciones de vida se reconocen desde hace mucho tiempo como variables críticas, especialmente cuando la mayoría de las muertes se atribuían a enfermedades transmisibles o padecimientos crónicos degenerativos, aunque el cambio de comportamiento fue útil para modificar los patrones de mortalidad y morbilidad (García, Giron, Victoria, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (1995, cit. en García, Giron, Victoria, 1996) ha estimulado a la población a adoptar programas de vida más sanos, entendiendo por ello "las experiencias y eventos que forman el patrón diario de vida de un individuo" (pág. 37), que incluye elementos como: lugar donde vive, tipo de trabajo que realiza, lo que come y bebe, grado de actividad física, familia y amigos, etcétera.

Éstos aspectos de la vida diaria influyen de manera significativa en la forma de vivir de cada individuo. Al detectar cuales son los que repercuten más sobre el patrón diario de vida, nos daría la oportunidad de mejorar el estilo de vida: un ejemplo de ello sería que el individuo, al implementar estrategias en sus prácticas cotidianas que beneficie su forma de vida y adquiera una conciencia del papel relevante que juega su conducta en general con lo que respecta a su salud, podría mejorar ésta.

Es así como García, Giron, Victoria (1996) definen el estilo de vida "como la interrelación de acciones definidas en cada una de las situaciones o escenarios (hogar, trabajo, etcétera) donde el individuo se desenvuelve, encaminadas hacia la finalidad, lograr la Calidad de Vida misma que conlleve a la salud integral de cada individuo" (pág. 43).

Nordby y Calvin (1979, cit. en García, Giron, Victoria, 1996) definen el estilo de vida como "un conjunto de motivos distintos originales; cualidades, intereses y

valores que se muestran por sí mismos en cada acto que desempeña la persona" (pág. 42).

En suma, el estilo de vida se refiere a los hábitos de las personas, a sus límites, reglas y prácticas cotidianas a los que las personas estén acostumbradas. Estos aspectos, toman un papel importante dentro de la Calidad de Vida, ya que si se lleva una adecuada práctica de los patrones de conducta y actitudes ante las situaciones actuales del individuo, se podrá contar con una Calidad de Vida Satisfactoria.

➤ Estándar de vida.

Pigou (1952, cit. En Ramírez, 1998) lo define como "la parte del bienestar social que puede relacionarse directa o indirectamente con la escala de medición monetaria" (p.15). Es así como podemos llamar estándar de vida a lo que queramos, ya que esta es otra parte subjetiva de lo que envuelve a la Calidad de Vida del individuo.

Como hemos visto, estos elementos están estrechamente relacionados con la Calidad de Vida de cualquier individuo. Sin perder de vista que representan un papel importante para poder medir o evaluar de manera satisfactoria el constructo Calidad de Vida

3.4 EVALUACIÓN

Actualmente en la investigación de la salud, existe una creciente preocupación por conceptualizar y evaluar la Calidad de Vida de los grupos humanos y su expresión en las condiciones de y para la salud.

De esta manera se considera que los estudios de Calidad de Vida deben enfocarse por mejorar no solamente los síntomas somáticos de los pacientes, sino también proporcionar un mejor tratamiento que incluya aspectos psiquiátricos, ya que las enfermedades afectan diversas funciones en los subsistemas biológico, psicológico y social de los pacientes (López, 1995)

Aunado a esto, Blanco, Rivera, López y Rueda (1997, citado en González, Ordonez, Feliu, Zamora y Espinoza, 1996) han detectado que dentro de la investigación clínico-epidemiológica, el concepto de Calidad de Vida ha sido utilizado para describir y evaluar las condiciones de sobrevivencia de enfermos a

los que se les prolonga la vida, como resultado de la intervención médica y de la tecnología para la salud.

Se puede decir, que ya no sólo es la mejoría física la que importa ante un padecimiento crónico, sino que actualmente es necesario el hecho de conseguir una Calidad de Vida satisfactoria para el paciente, que le permita vivir y hacer frente a su enfermedad de la mejor manera que e sea posible.

A lo anterior, Vicens (1995) ha argumentado que "gran parte de la curación, y, por tanto de la salud, depende de la actitud con que la población afronte la voluntad de manera sana" (pág.152), es decir, que si la población tiene una buena información y conocimiento de sus síntomas, en "que hacer" y "como hacerle" podrá manejar adecuadamente su situación y su nivel de vida no se deteriorara en su totalidad

Esto no es tarea fácil, ya que al cambiar la orientación hacia la salud implica cambiar sus actitudes ante la vida, lo cual implica más al paciente, ya que al asumir su enfermedad y el contexto que la ha creado, se necesita la colaboración de la psicología de la salud, para que el profesional este más en contacto con el paciente y pueda ayudar en los momentos decisivos de éste último

Sin embargo, Contreras y Cordero (1994, citado en Montalvo y Vital, 1988) mencionan que evaluar la Calidad de Vida es muy difícil si se desea considerar todas las múltiples facetas de una situación tan compleja y amplia como ésta, ya que si se pretende hacerlo en forma exhaustiva deben incluirse todos los aspectos subjetivos de la actividad humana.

De esta manera, para no caer en discrepancias Montalvo y Vital (1988) aconsejan representar la Calidad de Vida en forma real y válida para poder evaluar el verdadero desarrollo humano: porque la Calidad de Vida es una sensación existencial, es la percepción que un individuo o una comunidad tiene conforme a la calidad de medio ambiente en el cual vive, y sobre todo sobre su estado de salud por el cual este viviendo.

Se ve claramente que, actualmente, existe discrepancia de cómo medir adecuadamente la Calidad de Vida del paciente que sufre de alguna enfermedad. No se puede llegar a contradecir a ningún autor, ya que cada uno de ellos considera los aspectos necesarios para llevar a cabo una buena evaluación de la

Calidad de Vida, pero podemos estar de acuerdo en que al igual que la definición, la evaluación es compleja y difícil de llevar a cabo.

Como hemos visto, la desadaptación psicológica es uno de los factores que contribuyen al deterioro de la Calidad de Vida de los pacientes. Por ello, la evaluación de la calidad de Vida en los pacientes con cáncer es uno de los aspectos más relevantes dentro del cuidado integral ofrecido por los servicios sanitarios y que cobra especial relevancia en el marco de equipos multidisciplinares en los Servicios de Oncología (Sirgio, Díaz, García, Guevara y López, López, Alija y Pérez, 2000)

Es así como la evaluación del paciente con cáncer ha de comprender las dimensiones psicológicas, sociales, funcionales y sintomatología física que estén asociadas a esta enfermedad y su tratamiento. Dicha evaluación es diferente según los objetivos y áreas que se traten.

De esta manera, el término Calidad de Vida representa el efecto de la enfermedad y de las terapias aplicadas (quimioterapia, cirugía, etcétera) en el paciente, tal y como es percibido por él.

Buceta y Bueno (1996) argumentan que las áreas de evaluación de la enfermedad en calidad de vida en cáncer son:

1. Estado funcional (actividad, independencia), que incluye:
 - Capacidad para trabajar.
2. Síntomas físicos asociados al cáncer, incluyen:
 - Problemas causados por la enfermedad.
 - Sueño.
 - Apetito.
3. Interacción social
 - Relaciones con familiares y amigos.

Esto no quiere decir que sean las únicas áreas a evaluar dentro de la Calidad de Vida, pero no debemos olvidar que nuestro interés se centra específicamente en las pacientes que sufren cáncer de mama. Estas áreas han sido estudiadas y evaluadas por Buceta y Bueno (1996), y ellos se han dado cuenta que las áreas afectadas de la Calidad de Vida de una persona que sufre de cáncer son las descritas anteriormente.

Es así como las investigaciones de Calidad de Vida pueden elaborar u orientar sus instrumentos de medición en función de los problemas que pretenden estudiar. Así pueden surgir instrumentos específicos para determinados problemas de salud o instrumentos generales que llegan a ofrecer una valoración completa del estado de salud del paciente (Martínez y Lozano 1998).

3.5 INSTRUMENTOS QUE EVALUAN LA CALIDAD DE VIDA

Al diseñar los instrumentos que evalúan la Calidad de Vida, se han seguido dos lineamientos principales:

- Instrumentos genéricos para aplicar a cualquier tipo de enfermedad, discapacidad, pacientes y población.
- Medidas específicas de cada enfermedad diseñadas para valorar grupos diagnósticos específicos o poblaciones concretas de pacientes con el objetivo de medir los cambios clínicos importantes (perfiles de salud).

Tanto los instrumentos específicos como los perfiles de salud, deben de reunir una serie de requisitos mínimos, como son:

- ☞ Deben ser simples, fáciles de entender, recordar, administrar y registrar.
- ☞ Cuantitativos
- ☞ Aplicables a la mayoría de las situaciones y poco influido por factores tales como edad, sexo, ocupación o tipo de enfermedad (Martínez y Lozano, 1998).

No obstante, la Calidad de Vida también puede analizarse en dos niveles: el primer nivel está relacionado con una satisfacción de la vida y con un sentimiento de bienestar general. Esta valoración global puede ser medida por puntuaciones que pueden evaluarse en una prueba que incluye los distintos ámbitos individuales: físico, psicológico, social, etcétera o simplemente preguntando a los pacientes de forma general su sentimiento global de bienestar. Mientras que en el segundo nivel, la Calidad de Vida es valorada midiendo dimensiones o ámbitos en que puede ser "descompuesto" dicho sentimiento de satisfacción personal y bienestar en general (Marquéz, Fernández, Tejera, Gallego, Sánchez, Baca, 2000).

De esta manera, al surgir la necesidad de contar con indicadores sintéticos del resultado sanitario (la salud), en los últimos años se ha generado mucha investigación respecto a cómo se puede valorar de forma válida el estado de salud.

Para ello se han desarrollado modelos teóricos de lo que se denomina Calidad de Vida relacionado con la salud.

Es por ello que han surgido, variedad de instrumentos que evalúan algún padecimiento específico, ya que cada uno al ser único y especial se enfoca a las áreas que deterioren de manera significativa la vida de las personas que las sufren. Por ello la necesidad de tener un instrumento para cada una de ellas, que evalúen aspectos específicos de la enfermedad.

La medición de la Calidad de Vida relacionada con la salud, se ha definido "como el valor asignado a la duración de la vida modificado por la deficiencia, el estado funcional, la percepción de la salud y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o política determinada" (Badia, Roset, Montserrat, Herdman y Segura 1999, pág. 56). Aunado a esto, el valor que se da es individual y depende totalmente de la percepción subjetiva de cada individuo y de su entorno social en el cual se desenvuelva el individuo.

Fue así como los profesionales en la salud preocupados no sólo por el bienestar físico de los pacientes sino también por el psicológico han construido una variedad de instrumentos que evalúan la Calidad de Vida en pacientes que sufren algún tipo de enfermedad.

El EQ-5D es un instrumento simple, genérico, internacional y estandarizado que describe y valora la Calidad de Vida. Incluye 5 dimensiones básicas (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión) y tiene un número mínimo de tres niveles para cada dimensión. De esta manera, el instrumento proporciona un perfil descriptivo y una valoración del propio estado de salud.

La versión española del EuroQol, es un cuestionario basado en el EQ-5D, el cual esta compuesta de cuatro partes:

- 1 La primera parte contiene una descripción del propio estado de salud en 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión).
- 2 La segunda parte consiste en una escala visual analógica (EVA), vertical y milimetrada de 20 cm de longitud, en forma de termómetro, cuyos extremos aparecen etiquetados con "peor estado de salud imaginable" y "mejor estado de salud imaginable" con puntuaciones de 0 y 100 respectivamente.

3. La tercera parte del cuestionario es diseñado para obtener valores individuales de los estados de salud definidos por el sistema descriptivo del EQ-5D, además de los estados "inconsciente" y "muerte".
4. En último lugar, el EuroQol recoge información del encuestado que incluye edad, sexo, experiencia en enfermedad (propia, en familia y en otras personas), dificultad para completar el cuestionario y experiencia en complementar otros cuestionarios (Badía, Roset, Montserrat, Herdman y Segura, 1999).

El EORTC QLQ-C30 es un cuestionario que se ha desarrollado específicamente para ser usado en clínicas de investigación en pacientes que sufren cáncer. Dicho cuestionario consta de 30 ítems, que consisten en 6 escalas (física, cognitiva, emocional, rol, funcionamiento social y global) y tres escalas sintomáticas (fatiga, náuseas y vómito y dolor). Además de 6 ítems individuales acerca del disturbio del sueño, diarrea, pérdida de apetito, estreñimiento, *dyspnea* y el impacto financiero de la enfermedad y el tratamiento (Sprangers, Cull, Bjordal, Groenvold y Aaronson, 1993; Aaronson, Cull, Kaasa y Mirjam, 1996)

El Cuestionario de Nottingham consta de 38 preguntas y se ha empleado para medir la Calidad de Vida en pacientes que sufren algún tipo de enfermedad crónica, principalmente reumatológicas. Las preguntas tienen dos opciones de respuesta, sí o no (Murillo, 1996; citado en González, Ordóñez, Feliu, Zamora y Espinoza, 1996).

El "Cuestionario de Calidad de Vida" consta de 39 ítems en los que se plantean diversos aspectos de la vida del paciente, obteniéndose una medida de la calidad de vida que el paciente percibe para sí mismo. Se obtienen y analizan cuatro factores diferentes: 1) Soporte social, 2) Satisfacción general, 3) Bienestar físico y psicológico, 4) Ausencia de sobrecarga laboral y disfrute del tiempo libre (Marquéz, Fernández, Tejera, Gallego, Sánchez, Baca, 2000).

Micallef, Auquier, Siméoni, Varnazza-Licht, Beresniak y Gastaut (2000) validaron una escala para medir específicamente la Calidad de Vida en pacientes infectados con VIH, el cuál consta de 108 ítems agrupados en 7 dimensiones: impacto en el trabajo, vida social, impacto económico, autoestima, identidad, impacto físico, impacto psicológico que incluye depresión, ansiedad y espiritualidad.

El General Social Survey (GSS) es una batería de ítems que evalúa la felicidad global y la satisfacción con algunos aspectos específicos de la vida, creado en 1984. Los aspectos a evaluar son: ciudad/lugar, actividades fuera del trabajo, vida familiar, amistades y condición física y mental. El GSS fue la mejor medida para obtener datos subjetivos sobre el bienestar en los Estados Unidos en la década de los ochenta (Ramírez, 1998)

Como hemos visto, los instrumentos que se han dedicado a medir la Calidad de Vida se han enfocado a distintos ámbitos, que van desde medir el bienestar de la población general, enfermedades o discapacidades, etcétera. También se han medido temas concretos con respecto a la salud, como valorar grupos específicos de pacientes que sufren algún tipo de enfermedad crónica, o medir el impacto de las enfermedades en el paciente.

Es así como se ha tratado de dar un panorama general de algunos instrumentos que miden y evalúan la Calidad de Vida, centrándose específicamente en el ámbito de la salud, que es el tema que nos interesa. Esto no quiere decir que los instrumentos antes descritos sean todos los que existen dentro de la medición de Calidad de Vida, existe un sin fin de ellos en donde su objetivo fundamental es medir éste constructo.

Sin embargo, ¿Qué pasa con las pacientes que sufren cáncer de mama? ¿Cómo es que el cáncer afecta su vida? y ¿Qué problemas trae a su vida sufrir una enfermedad crónica?. Estas y otras dudas se expondrán y explicarán en el siguiente capítulo.

CAPITULO 4

CALIDAD DE VIDA EN LA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA

Los acelerados cambios de vida propiciados por el desarrollo tecnológico, no dan tiempo a los procesos de regulación biológica, ni a la capacidad de transmisión genética de la especie humana lograr su adaptación (Grau y González, 1998). Es decir, la humanidad está siendo víctima de su propia capacidad para crear acelerados modos de vida que dañan la salud y la vida.

Sin embargo, estamos pagando un precio bastante alto por la tecnología, que hace más fácil la vida y mejora la calidad de ésta: el precio es el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, es decir, procesos biológicos normales que sufrieron una degeneración progresiva hasta transformarse en procesos cualitativamente diferentes de la salud y convertirse en crónicos. Es así como el desarrollo de las enfermedades crónicas propició un fenómeno llamado "transición epidemiológica" (Grau y González, 1998).

Fue entonces cuando comenzó a valorarse cada vez más la dependencia de la salud y del bienestar humano de las condiciones de vida y de la sociedad, de los estilos de vida de los individuos; que junto a ello la atención puso su mirada en los problemas derivados de la aplicación de principios muy generales, que afectan al hombre, como la beneficencia, la autonomía, la libertad, la justicia, la fraternidad, la igualdad, la participación social, la equidad y la Calidad de Vida (Grau y González, 1998). Se inicio analizar cada vez más a la luz de un nuevo enfoque de la salud y la atención medica, integrando el aporte de las ciencias sociales, como la psicología, y el desarrollo de las concepciones sobre Calidad de Vida del hombre moderno

Así la protección de la salud, la vida y el bienestar se volvieron valiosos en el estudio de las ciencias sociales, en donde el objetivo principal es, "buscar la felicidad".

Así el dilema actual es, según Grau y González (1998) "...valorar íntegramente los componentes objetivos y subjetivos de la calidad de vida" (pág. 87), ya que para éstos

autores, es tan importante disponer de una moderna y eficaz unidad hospitalaria de terapia intensiva accesible para la mayoría, así como ofrecer y suministrar información a pacientes y familiares, o una autonomía tal para sus decisiones que permita delimitar los beneficios de dicha terapia o una muerte digna en su concepción existencial y su sentido de la vida.

Por ende, la Calidad de Vida ha devenido como un concepto valorativo fundamental para enfrentar los problemas de la conquista de la salud y el bienestar humano.

Sin embargo, ¿qué connotaciones tiene el concepto “*Calidad de Vida*” en el estudio de la salud? Para Grau y González (1998) dar respuesta a dicha pregunta no es sencillo, ya que el constructo Calidad de Vida no es fácil definirlo, así que para ellos el concepto “Calidad de Vida” lo desarrollan para estudiar el impacto de las enfermedades sobre la vida del paciente, así como investigar y conocer las características de la vida de las personas en relación con su vulnerabilidad y riesgo para enfermar.

De esta manera podría decirse que el objetivo de la Calidad de Vida es vivir con calidad; ya que Calidad de Vida es un constructo que reclama un ideal de cómo usamos y organizamos nuestras vidas y cuidamos de nuestra salud.

4.1 CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD

El estar enfermo significa cambiar el estilo de vida del individuo, que repercute en su trabajo, su familia y su comportamiento, por lo tanto cada individuo debe desarrollar aspectos y elementos para enfrentarse a la enfermedad y las connotaciones que ésta traiga a su comportamiento.

De esta manera, cuando la enfermedad crónica, como es el caso del cáncer de mama, amenaza gravemente el estilo de vida llevado hasta ese momento, es decir, la pérdida de capacidades, la imagen ante la familia y el aspecto laboral, lleva a que la mujer comience a aislarse y a cambiar totalmente su comportamiento presentado con anterioridad (Juárez, 1997).

Juárez (1997) argumenta que "la vida del paciente crónico depende más de los aspectos psicológicos que de los biológicos, es decir, el tipo de comportamiento que se tome ante la enfermedad determina los estilos de vida de sí y su familia, así como las diversas opciones para aprender a vivir con la enfermedad" (pág. 49).

Es así como Barker (citado en Juárez, 1997) señala que la gente al ponerse enferma, experimenta una visión reducida de su mundo. Según éste autor, el mundo del enfermo no sólo se empequeñece en sentido físico, sino que se hace menos diversificado y exigente; y en segundo lugar, la preocupación del individuo por su enfermedad tiende a enfocar su atención sobre su condición corporal, con exclusión de otras preocupaciones que normalmente le interesan. Por ende, podemos decir, que la atención y preocupación del enfermo por su cuerpo y su estilo de vida tiende a ser mayor de lo normal volviéndose apático, que es lo que regularmente le sucede a las pacientes que sufren cáncer de mama.

Por ello, aceptar la enfermedad y aprender a vivir con ella es el primer objetivo que se tienen que plantear las pacientes. No obstante dicho objetivo es difícil de alcanzar, sino se tienen buenos tratamientos o métodos eficaces de prevención de la enfermedad que incidan en hábitos, estilos de vida o factores sociales de las mujeres en riesgo de desarrollar cáncer de mama. Es decir, que los factores sociales, así como los psicológicos juegan un papel importante en el modo como la paciente define su situación de enfermar que permita cambiar su estilo de vida o más bien debe de aprender a adaptar la enfermedad a su vida común.

Según Lipkin (1984; citado en Juárez, 1997) el paciente enfermo teme perder su derecho a la vida, libertad y felicidad, ya que el cambio en su estilo de vida y a aceptación de la enfermedad constituye fuerte impacto en el paciente.

Como consecuencia de la enfermedad de la mujer, que es uno de los principales miembros de la familia; se dan cambios en ésta, como son: mayor responsabilidad para otro en el manejo de la casa, cambio en las funciones sociales, la supresión de actividades recreativas, cambio en los planes de la educación de los hijos si los hay, cambios en el nivel de vida, etcétera (Juárez, 1997). Es por esto, que el tratamiento dirigido a la paciente con cáncer no sólo debe enfocarse a ésta, sino a toda su familia para que éstos se involucren en el nuevo estilo de vida de la paciente.

Por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a las medidas curativas. El principal objetivo es el control del dolor y otros síntomas, así como los problemas sociales y espirituales. La meta del apoyo paliativo es ofrecer la más alta Calidad de Vida posible al paciente y a su familia. Dicho cuidado ofrece:

- ☞ Afirmar la vida y considera como normal el proceso de morir.
- ☞ Ni acelera ni pospone la muerte
- ☞ Provee alivio del dolor y otros síntomas.
- ☞ Integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente
- ☞ Ofrece un sistema de soporte para ayudar al paciente a vivir o más activo posible hasta el momento de su muerte.
- ☞ Ofrece un sistema de ayuda a la familia para afrontar de la mejor manera la enfermedad del paciente y el duelo (Juárez. 1997).

De esta manera podemos darnos cuenta, lo importante que es mejorar la Calidad de Vida de cualquier paciente, y no sólo dentro de las instituciones de salud, sino también en el ambiente familiar y social, que es el mayor apoyo que tienen los enfermos crónicos.

Cella, Orofiamma y Holland (1987: citado en Sirgo, Díaz, García, Guevara, López, López, Alija y Pérez, 1999) argumentan que las pacientes con cáncer de mama se ven sometidas a tratamientos de quimioterapia muy agresivos que merman la Calidad de Vida durante la administración y después de administrar dicho tratamiento. El deterioro físico de las pacientes afecta aspectos importantes, que producen un deterioro en el aspecto físico de la mujer si es sometida a mastectomía, un aumento en la fatiga, el dolor, también se puede producir un deterioro en la capacidad cognitiva, y como consecuencia de todo ello, provocar una disminución en la capacidad de ejecución de sus actividades diarias.

Este declive físico trae consigo correlatos emocionales importantes, por lo que el deterioro se extiende a más áreas del funcionamiento normal de la paciente, repercutiendo incluso en la familia, especialmente en el cuidador principal del paciente.

En cuanto a las áreas funcionales, tenemos que partir siempre de la base que es imposible considerar todas las que son importante para todos los individuos, puesto que el término individuo implica aspectos de unicidad y exclusividad, y empeñarnos en ello supondría un objetivo muy ambicioso. Lo fundamental es que sea relevante y aplicable a la gran mayoría de las personas que atraviesan la misma situación de enfermar.

Así, se pueden llegar a cubrir las siguientes áreas de los enfermos oncológicos:

- ∞ Síntomas producto de la enfermedad o los tratamientos.
- ∞ Parámetros de bienestar corporal (presencia o ausencia de dolor).
- ∞ Aspectos de funcionamiento personal que incluye autonomía y capacidad laboral.
- ∞ Funcionamiento psicológico (cogniciones y emociones relacionadas con el cáncer), que incluye:
 - a) Satisfacción con el cuidado médico, incluida la información que se recibe.
 - b) Distress emocional (ansiedad y depresión)
 - c) Vida sexual.
- ∞ Relaciones de pareja y familia.
- ∞ Aspectos socioeconómicos (Buendía 1991).

Para Murillo (1996, citado en González, Ordonez, Feliu, Zamora y Espinoza, 1996.) “la valoración de la Calidad de Vida no sólo tiene una finalidad descriptiva imprescindible para el conocimiento del paciente oncológico y el tratamiento, sino también terapéutica: incrementar, con actuaciones psicoterapéutica o de naturaleza farmacológica, preservar y, sobre todo, no deteriorar la Calidad de Vida se convierte, en no infrecuentes circunstancias, en los objetivos de mayor rango que podemos ofrecer a nuestros pacientes” (pág. 82). Así puede suceder que en el caso de los pacientes oncológicos, la preservación de la Calidad de Vida se convierta en el objetivo prioritario, cuando no único.

Buendía (1991) argumenta que la Calidad de Vida puede ser “luchar por nuestras ideas”, “descubrir lo que deseamos saber, “contemplar lo bello”, “amar a quien queremos”, etcétera, de sueños y realidades cambiantes a lo largo de nuestra existencia (pág.70) De esta manera, argumenta éste autor, la realidad cambia de color cuando nos encontramos frente a un individuo que ha de afrontar una enfermedad

amenazante de la propia existencia, cuyo nombre (cáncer) si bien es verdad que se encuentra cargada de mitos, no es menos cierto que la alteración a la que se refiere el concepto implica realidades aversivas innegables. Por lo tanto vivir, como lo menciona Buendía (1991), significan muchas cosas diferentes, pero cuando los individuos atraviesan o están inmersos en situaciones concretas aparecen necesidades vitales específicas, como las ya mencionadas.

En resumen, se puede mencionar que las enfermedades crónicas como es el caso del cáncer de mama transforman la textura de la vida personal y social de cada enfermo: amenazan la integridad; generan incertidumbre; hacen modificar los hábitos y costumbres, interfieren en la vida normal de la paciente con el dolor y la incapacidad funcional, fomentan la dependencia de otros, afectan la subsistencia básica y la seguridad económica; causan estigmas, intolerancia, miedos y malentendidos al lado de simpatías quizás bien intencionadas pero humillantes y condescendientes; provoca la pérdida de amistades, aislamiento, exclusión y una agotadora lucha emocional por conservar la integridad y el respeto a sí mismo; modifican la autoidentidad y autoestima; provocan profundas transformaciones en sí mismo: cambia la trama complicada de las relaciones médico-paciente, y ponen a los profesionales de la salud ante complicados problemas éticos de privacidad, confidencialidad y autonomía (Grau y González, 1998)

Es así como se concluye, que la atención a los pacientes oncológicos debe crear en sí misma un ambiente holístico de apoyo, en que las personas con cáncer puedan construir sus vidas de forma significativa, es decir, buscar y encaminar sus vidas a la felicidad, la satisfacción y realización de ésta; y por ende, que le permitan mejorar su Calidad de Vida

JUSTIFICACIÓN:

Dentro del contexto clínico y de la investigación psicosocial, ha tomado gran relevancia la evaluación de la Calidad de Vida en los pacientes con enfermedades crónicas. Dichas investigaciones tratan de dar un panorama general de cómo el enfermar afecta significativamente el estilo de vida de los pacientes crónicos. Por ello, tomando en cuenta que el desarrollo del individuo cuando enferma está influido por la reestructuración constante de su estilo de vida, es importante conocer de que manera el cáncer de mama ha afectado la vida de las pacientes.

El diagnóstico y más aún el tratamiento de una neoplasia maligna, como es el cáncer de mama, condiciona en la paciente una nueva percepción de los diversos aspectos de su salud, lo cual constituye un motivo para realizar estudios de la repercusión del cáncer de mama en la calidad de vida de los pacientes; condicionando una serie de cambios perceptuales, conductuales y sociales, en el estilo de vida e incluso en las expectativas respecto a su tratamiento y rehabilitación

De esta manera, conocer más acerca de las dificultades de las pacientes que sufren cáncer de mama podrá darnos un panorama general de las necesidades psicológicas de las pacientes para poder dar un apoyo integral a éstas; ya que se tomará en cuenta la Calidad de Vida subjetiva de las pacientes, que creemos describirá mejor su situación actual.

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo del presente trabajo fue evaluar y describir la Calidad de Vida en mujeres con cáncer de mama.

OBJETIVOS PARTICULARES:

- ☞ Describir la Calidad de Vida en pacientes con cáncer de mama en cuatro diferentes estadios: Ia, Ib, IIIa y IIIb.
- ☞ Comparar la Calidad de Vida de las pacientes con cáncer de mama en sus diversas etapas (Ia, Ib, IIIa y IIIb).

5.0 METODOLOGIA

5.1 MUESTRA

Para llevar a cabo la presente investigación, se evaluó un grupo de 100 mujeres con cáncer de mamá, que se encuentran en etapa IIA, IIB, IIIA y IIIB de la enfermedad. Sus edades oscilaron entre los 27 y los 90 años de edad.

Se selecciono a las mujeres de manera no probabilística, es decir, se realizó un muestreo no intencional, en donde la muestra fue representativa de la población que cumpla con los criterios antes señalados. Este muestreo no probabilístico es idóneo a centros o instituciones específicas, como es el caso del hospital (Silva, 1992).

5.2 ESCENARIO

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el Hospital de Oncología. Este Hospital cuenta con el servicio de Cáncer de Mama en el piso 2P, en donde se llevo a cabo la aplicación del cuestionario durante la consulta externa de éste servicio en la sala de "Clínicas Conjuntas", el cual es un pequeño auditorio.

5.3 INSTRUMENTO

El instrumento que se aplicó es tipo Likert, ya que este registra cualitativamente la intensidad de la frecuencia de cada pregunta. Dicho instrumento ha sido aplicado a una población de 1.000 gentes y está en proceso de validación.

Cabe aclarar que el instrumento es estadísticamente confiable, es decir, que si partimos el instrumento en dos y correlacionamos sus ítems encontramos suficiente correlación para poder decir que es confiable.

El instrumento se integra de 128 preguntas, de las cuales 69 pertenecen al funcionamiento de la salud y 59 al área de funcionamiento psicosocial, en las cuales se describe como el sujeto percibe su enfermedad a partir del medio ambiente en el cual se desenvuelva, a través de 5 respuestas optativas que van desde no o nunca hasta sí o totalmente. Dentro del área de funcionamiento de la salud, se encuentran las siguientes variables: 1) respuestas a la enfermedad, 2) hábitos de la salud, 3) historia

de salud. 4) uso del sector salud y 5) creencias y actitudes. En cuanto al área de funcionamiento psicosocial, están las variables siguientes: 1) estrés de vida, 2) afrontamiento, 3) apoyo social y 4) salud psicológica (estrés psicológico). Es un instrumento de autoevaluación ya que el sujeto opta por la respuesta más adecuada a su experiencia y se considera un cuestionario susceptible de aplicación a diversas poblaciones (ver anexo).

Sin embargo, por la magnitud del instrumento y el estado emocional en el que se encuentran las pacientes sólo se aplicarán la primera parte de éste (funcionamiento de la salud), es decir 58 ítems que abarcan las siguientes variables:

∞ *FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD*

1. ***Respuestas a la enfermedad:*** evalúa las actitudes que toma la persona al presentar una enfermedad. Para ello se hace uso de afirmaciones como "*acercarse a Dios o avisarle a sus amigos*" y de una escala de respuesta que abarca los siguientes valores: 1=No, 2=Probablemente no, 3=Regular, 4=Probablemente si y 5=Si.
2. ***Hábitos de salud:*** se evalúa la frecuencia con la que la persona lleva acabo conductas de salud o conductas de riesgo se padezca o no alguna enfermedad. Para la obtención de la información se plantean preguntas tales como *¿Abusar de la sal en la comida?* o *¿Beber algún líquido con cafeína?*. Estas se responden de acuerdo a una escala que va del 1=Diario al 5=Nunca
3. ***Historia de salud:*** se evalúa la forma en la que el sujeto concibe su estado de salud con respecto a otras personas de su edad. Para ello, se plantean preguntas que ofrecen una escala de respuestas del 1=Pésima al 5=Excelente.
4. ***Uso del sector salud*** se valora la frecuencia con la que la persona hace uso del sector salud, proporcionando una escala de respuestas que comienza en 0 y termina en 6 ó más veces (A=0, B=1, C=2, D=3-5 y E=6 ó más). Con la finalidad de obtener la información se plantean preguntas como la siguiente. *¿El año pasado cuantas veces acudió al consultorio del doctor?*.
5. ***Creencias y actitudes con respecto a la salud:*** por medio de afirmaciones tales como "*se requiere de buena salud para ser productivo y feliz*", se evalúa

el aspecto cognitivo relacionado con el estado de salud, tomando en consideración componentes tales como autoeficiencia, confianza al personal y al sistema así como la hipocondría. La persona debe contestar basándose en una escala que va del 1=No. al 5=Si.

5.4 DISEÑO

Esta investigación se caracterizará por ser un estudio descriptivo y exploratorio, ya que el objetivo es, valga la redundancia, describir las propiedades importantes de mujeres que sufren de cáncer de mama. En este tipo de estudios se miden de manera libre los conceptos o variables con los que se relaciona. Así, aunque se pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para explicar como es que se manifiesta el fenómeno de interés, el objetivo no es indicar como se relacionan, lo cual lleva a que no se pueda definir un diseño específico (Hernández, Fernández, Baptista, 1991); ya que el objetivo de dicha investigación es solamente describir la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama.

5.5 PROCEDIMIENTO

Para poder llevar a cabo la aplicación del instrumento se tuvo que asistir a la consulta externa del servicio de cáncer de mama de Lunes a Viernes de 9:30 a 1:00 de la tarde. Los Doctores del servicio al saber el criterio de exclusión para la aplicación del cuestionario (estadios IIa, IIb, IIIa y IIIb de cáncer) eran los que les pedían a las pacientes 10 minutos de su tiempo para poder aplicarles un cuestionario que les permitiría conocer más sobre ellas y sobre su estado de salud. De esta manera las que aceptaban se les dirigía a clínicas conjuntas y ahí se les aplicaba el cuestionario en forma de entrevista, en un promedio de 20 minutos para cada paciente.

6.0 RESULTADOS

Los datos obtenidos de los ítems del cuestionario fueron analizados por medio del programa SPSS versión 10.0. Primero se describirá las características de la población para posteriormente ser analizados en la discusión.

Dependiendo de lo avanzado de la enfermedad, el cáncer de mama es clasificado en etapas las cuales indican médicamente qué partes de la mama han sido afectadas por la enfermedad.

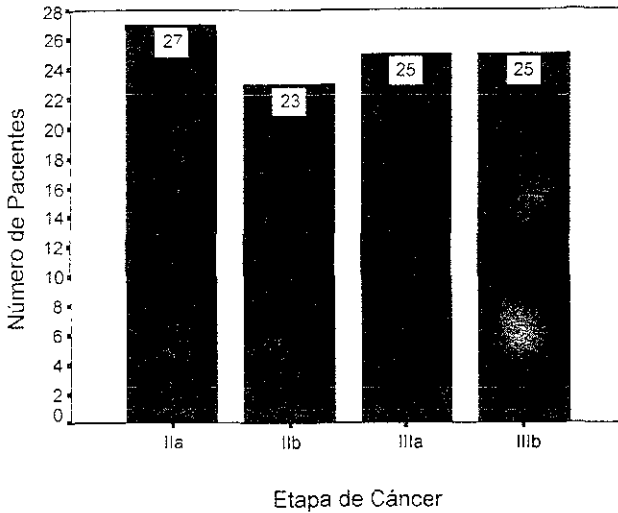


Figura 1 Muestra el número de pacientes que padecen cáncer de mama las diversas etapas

Como puede observarse en la figura 1, se presenta la frecuencia de las pacientes que sufren de cáncer mamario, es así como el mayor número de pacientes se concentró en la etapa IIa (27 casos); suponiéndose que esto se debe a que actualmente la pesquisa de cáncer de mama en los primeros estadios de éste ha sido eficaz para detectar a tiempo la enfermedad. Sin embargo, es lamentable ver que existe un número aproximado de cáncer en estadios avanzados (25 casos), en donde la enfermedad ya no sólo abarca la mama sino también los ganglios de la axila.

Por ello al observar el número de casos de pacientes que sufren de cáncer mamario en diversas etapas de la enfermedad, se analizará por separado cada uno de ellas para su mejor comprensión.

Se podrá ver claramente que las edades de las pacientes que sufren cáncer de mama van desde los 27 años de edad hasta los 90 en las cuatro etapas de cáncer evaluadas. Es alarmante darse cuenta que mujeres tan jóvenes sufran de esta enfermedad que afecta no sólo la apariencia física de las mujeres sino también el aspecto psicológico de éstas.

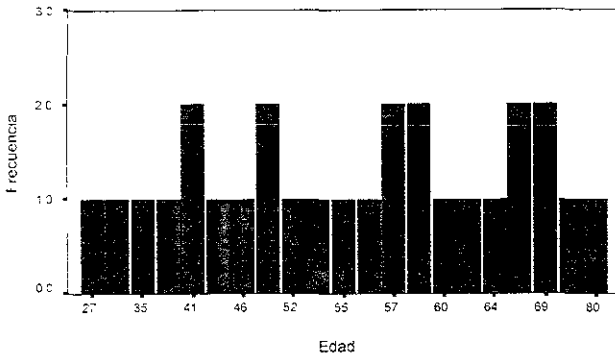


Figura 2 Muestra la frecuencia de la edad de las pacientes en etapa IIa del cáncer

En la etapa IIa puede observarse que la edad de las pacientes es muy variada, ya que sus edades oscilan de los 27 a los 80 años. En este rango puede verse que la mayor concentración de casos (2) tienen 41, 49, 59, 67 y 69 años de edad, como puede observarse en la figura 2

En la figura 3 se presentan las edades de las pacientes que padecen cáncer de mama en etapa IIb. La paciente más joven tiene una edad de 31 años, 4 años más tarde que las pacientes que padecen cáncer de mama en etapa IIa. Mientras que la paciente más grande (76 años), en comparación con la etapa anterior, es más joven por 4 años. Es decir que el rango de edad en etapa IIb se reduce 8 años en comparación con la etapa IIa

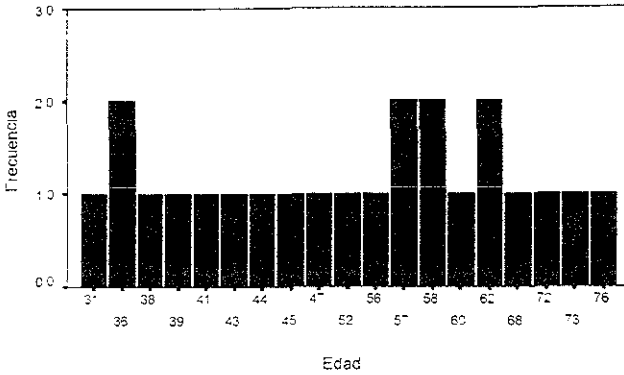


Figura 3 Muestra la frecuencia en etapa Iib de las edades de las pacientes

Dentro de la etapa IIIa, al igual que la etapa IIa, las pacientes más joven tiene una edad de 27 años (ver figura 4). En ésta etapa más avanzada se puede observar que la frecuencia en mujeres jóvenes es alta, ya que se presentan más casos (3 casos) a partir de los 49 años y ésta frecuencia baja a los 60 años, ya que la mujer mayor que sufre cáncer en esta etapa tiene 72 años

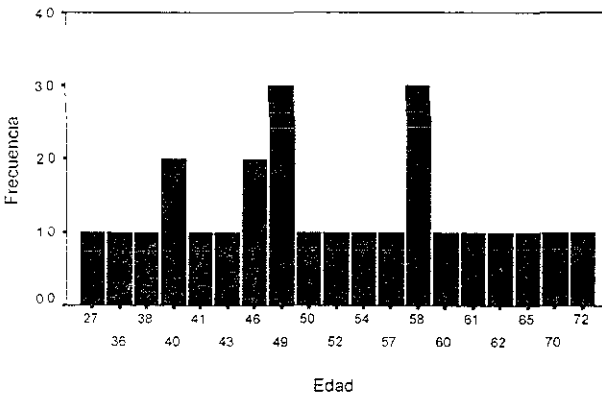


Figura 4 Muestra la frecuencia de las edades de las pacientes en etapa IIIa de cáncer de mama

Como se puede observar en la figura 5, en la etapa IIIb, se presenta en mujeres mayores, en comparación con las etapas anteriores, ya que éstas mujeres presentan una edad de 34 años hasta los 56, que es donde la frecuencia es más alta, ya que a partir de esta edad la frecuencia baja hasta los 90 años.

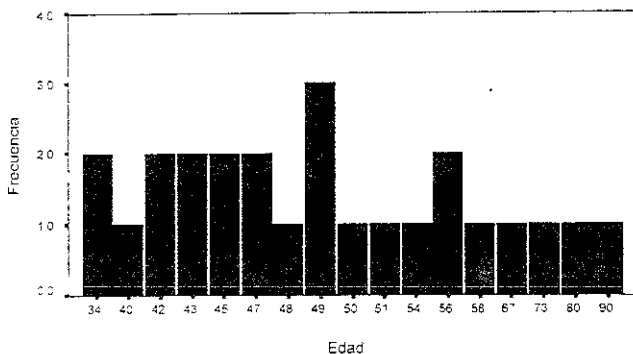


Figura 5 Muestra la frecuencia de las edades de las pacientes en etapa 3b del cáncer de mama

En cuanto al estado civil de las pacientes, es muy variado al igual que sus edades, ya que hay un alto nivel de mujeres solteras y casadas y en menor frecuencias mujeres separadas (divorciadas) o viudas.

En la figura 6 puede observarse la frecuencia del estado civil de las mujeres que presentan cáncer de mama en etapa IIa. La mayor frecuencia se presenta en mujeres casadas (20 casos) y en menor frecuencia le siguen las pacientes solteras, separadas y viudas (3, 2 y 2 caso respectivamente) Es decir, que no se puede generalizar los factores que provocan el cáncer, ya que se podría decir que las mujeres casadas han estado más en contacto con aspectos que impiden el desarrollo del cáncer, como por ejemplo: haberse embarazado, por lo tanto amamantado, y por ende no están expuestas a factores de riesgo para desarrollar la enfermedad

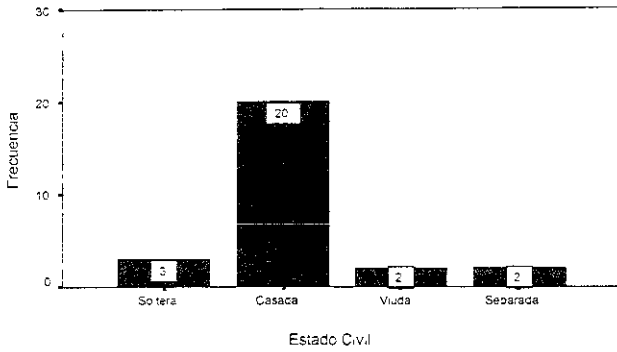


Figura 6 Muestra la frecuencia de estado civil de las pacientes con cáncer de mama en la etapa Ia

Como puede observarse en la figura 7, al igual que en la etapa IIa, en la etapa IIb la mayor frecuencia se presenta en mujeres casadas, con 13 pacientes. Mientras que sólo hay 6 mujeres separadas, 3 solteras y 1 viuda

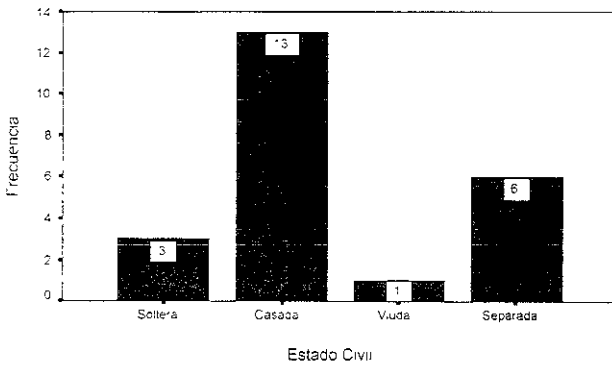


Figura 7 Muestra la frecuencia de estado civil de las pacientes con cáncer de mama en la etapa IIb

En la etapa IIIa al igual que en las etapas anteriores, la mayor frecuencia se concentra en mujeres casadas con 18 pacientes y en menor número las mujeres solteras y viudas (3 y 4 casos respectivamente). No obstante el número de mujeres casadas, que desarrollaron el cancer en esta etapa, es claramente mayor que en las etapas anteriores: como se muestra en la figura 8, lo cual podría deberse a que las mujeres casadas, que desarrollaron el cancer en esta etapa, es claramente mayor que en las etapas anteriores: como se muestra en la figura 8, lo cual podría deberse a que las mujeres casadas ocultan más el acceso en su mama, ya que ellas experimentan más que la pérdida de su mama, pérdidas económicas, sociales, etcétera que las mujeres solteras.

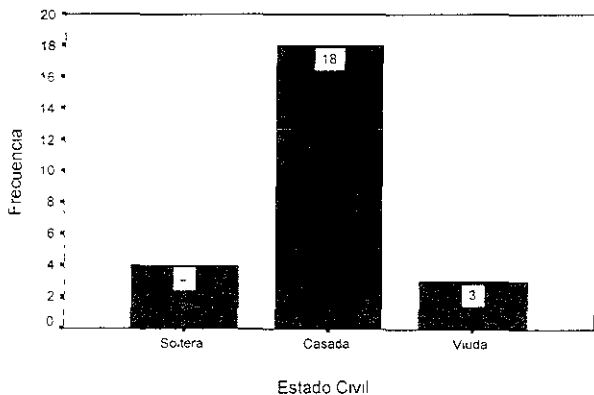


Figura 8 Muestra la frecuencia del estado civil de las pacientes con cancer de mama en etapa IIIa

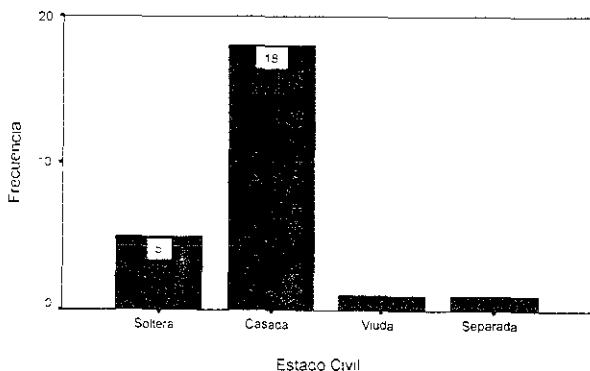


Figura 9 Muestra la frecuencia de estado civil de las pacientes en la etapa IIIb de cancer de mama

Como puede verse en la figura 9 al igual que en la gráfica anterior, las mujeres casadas sobresalen en la etapa IIIb con 15 casos de pacientes en ésta etapa del cáncer. Suponiendo que en estas etapas tan avanzadas de la enfermedad las mujeres casadas tienen más temor de su enfermedad que llegan a ocultar tanto su problema en las mamas que cuando acuden con el médico, ya es bastante tarde para poder ofrecerles más opciones dentro del tratamiento.

Respecto a la escolaridad de las pacientes, es también bastante variada, ya que el cáncer se desarrolla desde mujeres que tienen alguna carrera profesional hasta mujeres que no han estudiado.

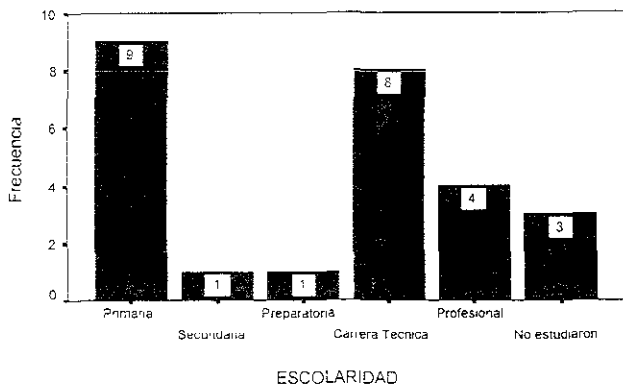
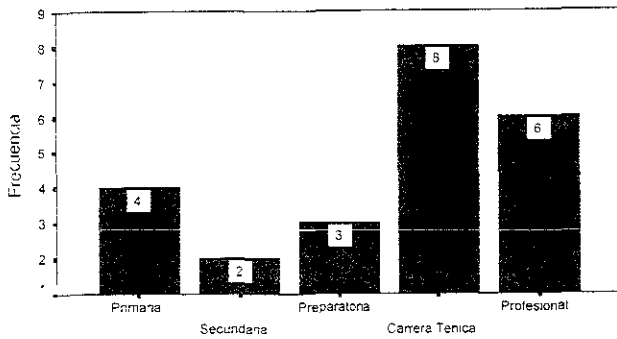


Figura 10 Muestra la frecuencia de la escolaridad en las pacientes que padecen cáncer de mama en etapa IIa

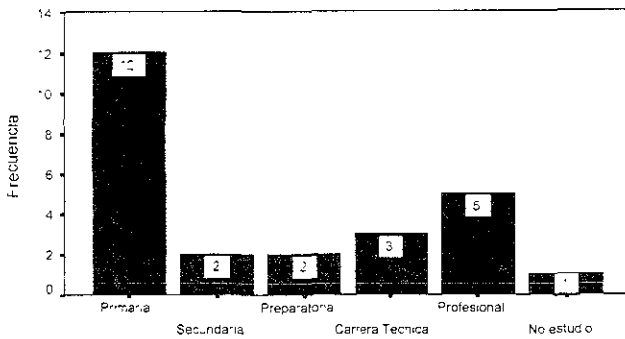
En la etapa IIa, la cual puede verse claramente en la figura 10, el mayor número de casos se presenta en mujeres que apenas cursaron el nivel primaria (9), siguiendo las mujeres que cursaron alguna carrera técnica (8) y en menor frecuencia mujeres profesionistas, que cursaron la preparatoria y secundaria

En la figura 11 se presenta la escolaridad de las pacientes que desarrollaron cáncer de mama en etapa IIb, en la cual las mujeres que tienen una carrera técnica presentan la mayor frecuencia, con 8 casos, le siguen las profesionistas (6 casos), primaria (4), preparatoria (3) y secundaria (2). En comparación con la etapa anterior, puede verse que las mujeres que han tenido una mejor preparación escolar son las que se presentan al médico en una etapa un poco más avanzadas.



ESCOLARIDAD

Figura 11 Muestra la frecuencia de la escolaridad que tienen las pacientes que sufren cáncer de mama en etapa IIb



ESCOLARIDAD

Figura 12 Muestra la frecuencia de la escolaridad que tienen las pacientes en etapa IIIa de cáncer de mama

Mientras en la figura 12 se presenta la escolaridad de las mujeres que presentan cáncer de mama en etapa IIIa. Existiendo 12 casos de mujeres que sólo estudiaron la primaria y en menor frecuencia las mujeres profesionales, las mujeres que cursaron alguna carrera técnica, secundaria, preparatoria y las que no estudiaron, con un número de 5, 3, 2, 2, 1 caso respectivamente. Lo cual puede llegar a deberse, al igual que en la etapa IIa, que mujeres a nivel primaria no están al pendiente de los cambios que sufre su cuerpo

En la etapa IIIb, al igual que en las etapas anteriores (IIa y IIIa), la mayor frecuencia se presenta en mujeres a nivel primaria con 11 casos, los cuales pueden verse claramente en la figura 13. Mientras que en las mujeres que han estudiado una carrera técnica o ser mujeres profesionales se presentan en menor frecuencia (7 y 3 casos respectivamente).

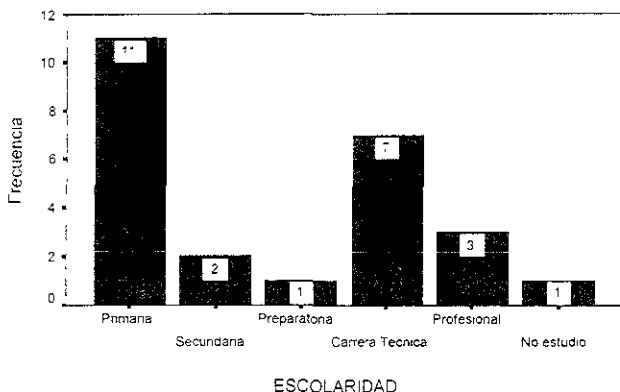


Figura 13 Muestra la frecuencia de la escolaridad en pacientes con cáncer de mama en etapa IIIb

Como lo vimos en la descripción del cuestionario, éste se divide en dos áreas que están conformadas por diversas variables que miden cualitativamente la intensidad de la frecuencia de cada pregunta. Fue por ello conveniente analizar cada una de las variables para encontrar diferencias entre ellas.

Los resultados más significativos para cubrir el objetivo del presente trabajo fue la comparación de la "descripción de la enfermedad" y "evitar ponerse tenso".

En lo que se refiere a la descripción de la enfermedad, las pacientes en etapa IIa respondieron que la consideraban *media* (el 33%) y le sigue, la descripción como *moderada* y *muy seria* (30 y 22% respectivamente), como se puede apreciar en la figura 14.

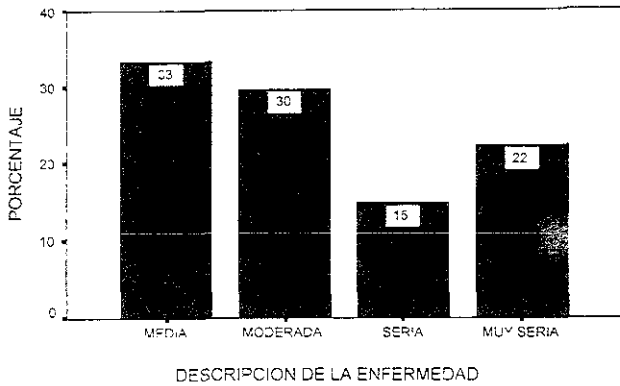


Figura 14 Muestra el porcentaje de las respuestas que dieron las pacientes en etapa IIa acerca de la descripción de su enfermedad

El 39% de las pacientes con cáncer de mama en etapa IIb describieron la enfermedad como *moderada* mientras que el 22% como *seria*, el otro 22 como *muy seria* y sólo el 17% como *media*, lo cual puede observarse en la figura 15. Como puede notarse, a diferencia de la etapa anterior, la descripción va aumentando en intensidad, ya que la mayoría de las pacientes en etapa IIa la consideran *media* y en etapa IIb *moderada*.

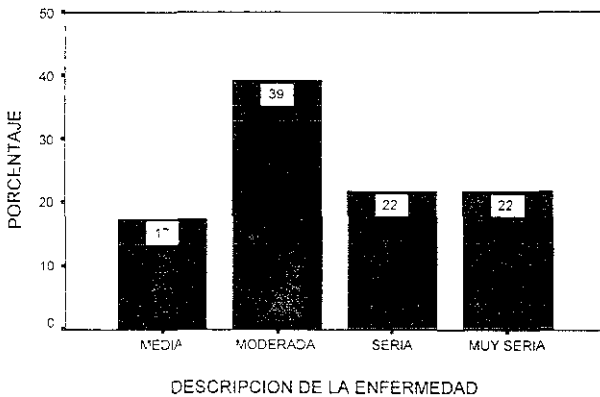


Figura 15 Muestra el porcentaje de las respuestas que dieron las pacientes a describir el cáncer de mama en etapa IIb

Como puede observarse en la figura 16, el 36% de las pacientes en etapa IIIa describen el cáncer de mama como una enfermedad *seria*, el 29% como una enfermedad *moderada* y el 20 y 16% como *media* y *muy seria* respectivamente.

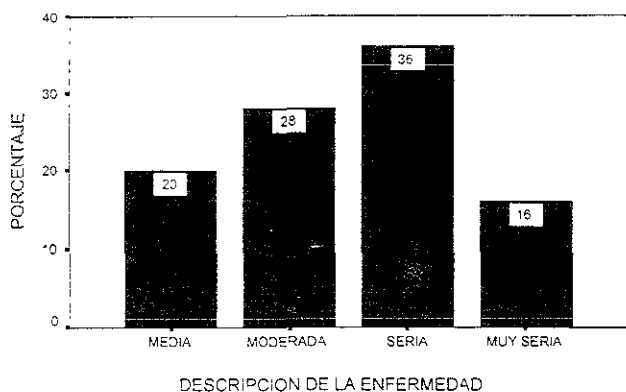


Figura 16 Muestra el porcentaje de las respuestas que dieron las pacientes en etapa IIIa en la manera de describir el cáncer de mama

Por último, las pacientes en etapa IIIb describen en mayor medida (40%) su enfermedad como *muy seria*, mientras que el 29% como *seria*, y en igual porcentaje (16%) como *media* y *moderada*, lo cual puede apreciarse en la figura 17.

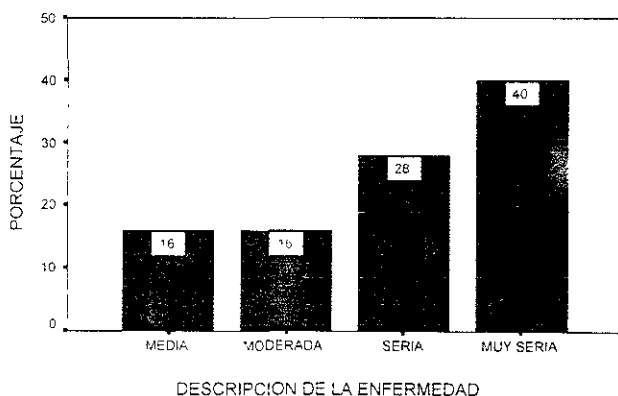


Figura 17 Muestra el porcentaje de las respuestas dadas por las pacientes en etapa IIIb de la manera en como describen el cáncer

Es así, como puede notarse claramente como va aumentando la intensidad (frecuencia) de las respuestas de las pacientes al igual que va aumentando la etapa de cáncer de mama.

En cuanto a ponerse tenso, las pacientes en etapa 2a respondieron que se sintieron tensas y nerviosas al enterarse que padecían cáncer de mama, específicamente el 52% de ellas lo menciona así, mientras que el 48% no siente nervios de tener cáncer.

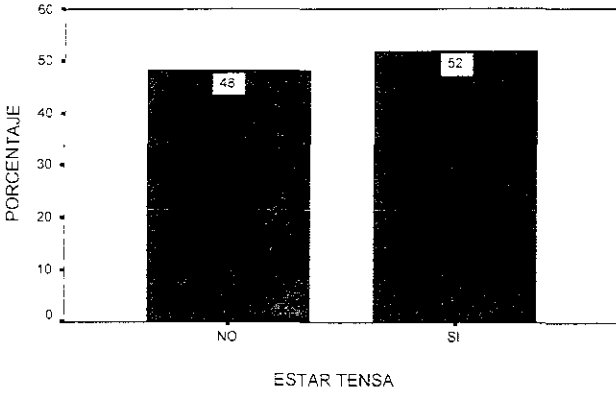


Figura 18 Muestra el porcentaje de las pacientes que se encuentran tensas a causa del cancer en etapa 1a

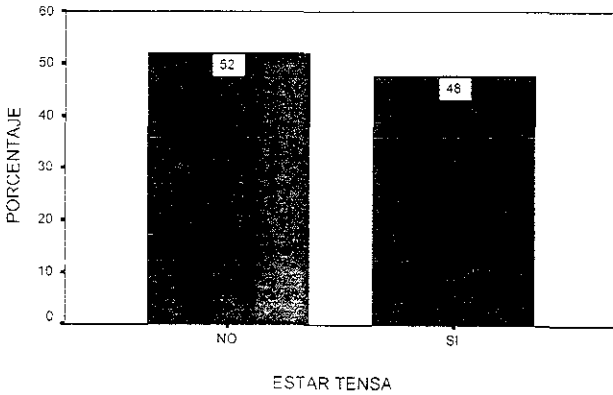


Figura 19 Muestra el porcentaje de las pacientes que se encuentran tensas a causa de su enfermedad en etapa 1b del cancer

En la figura 19 se muestra el porcentaje de las pacientes en etapa IIb, en donde se puede observar que el 48% de las pacientes están tensas por tener cáncer mientras que el 52% no lo están. Notándose que el mayor número de pacientes en etapa IIa se muestran más tensas que en etapa IIb, aunque la diferencia no sea muy significativa.

Las pacientes en etapa IIIa, al igual que la IIb, no se muestran nerviosas, al padecer una enfermedad crónica, como es el caso de las etapas anteriores; ya que el 69% de ellas no se muestran tensas ante su enfermedad y sólo el 29% de ellas se muestran tensas y el 4% se sienten regular ante el hecho del cáncer de mama. (ver figura 20)

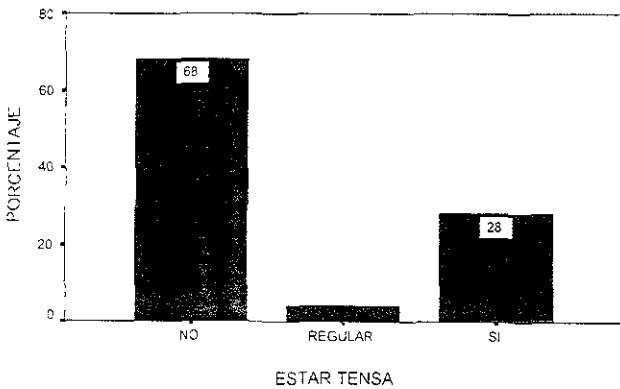


Figura 20 Muestra el porcentaje de la manera en como las pacientes describen el cáncer de mama en etapa IIIa

Por último, en la figura 21 puede verse que la mayoría de las pacientes en etapa IIIb no se muestran nerviosas ante el hecho de tener cáncer de mama (76%) y un porcentaje menor se siente tensa por éste hecho (20%). Como puede verse, el porcentaje va disminuyendo como aumenta la etapa del cáncer. Sin embargo estas comparaciones no concuerdan, del todo, con la manera en como las pacientes describen la enfermedad, ya que se esperaría que si creen que su enfermedad es muy seria se sintieran más nerviosas por éste hecho.

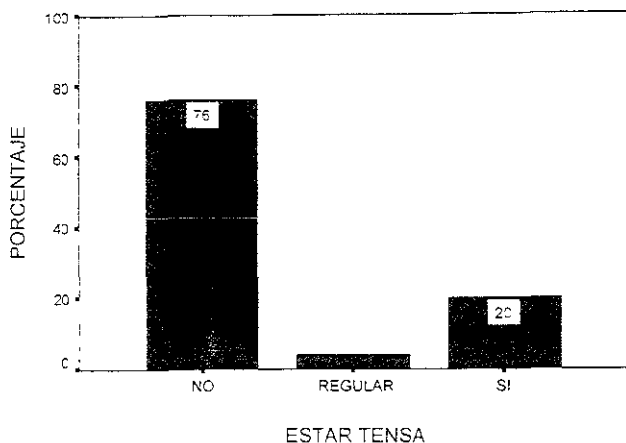


Figura 21 Muestra el porcentaje de la manera en que las pacientes se encuentran tensas a causa del cancer de mama en etapa IIIb

Por otro lado, en la tabla 1 se muestran los porcentajes de las variables: "no realizar sus actividades comunes" (7), "caminar a diario" (18), "comer menos" (20), "consumir tabaco" (22), "limitación de actividades diarias" (42), "atiende y cuida su salud" (47), "es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en su vida" (52), y "atiende a las reacciones de su cuerpo" (53) con opciones de respuestas de no (respuesta 1), algunas veces (respuesta 2), regular (respuesta 3), pocas veces (respuesta 4) y sí (respuesta 5). Como podrá notarse, los porcentajes de las respuestas de dichas variables no muestran diferencias en cuanto a la actitud que toman las pacientes en cuanto a las actividades que realizan a partir del momento en que les fue detectado el cáncer de mama en cada uno de los grupos evaluados.

Es así como se podrá observar que las pacientes en general coinciden en sus actividades diarias que de una manera u otra afectan en la Calidad de Vida de cada una de ellas, es decir, que de alguna forma el diagnóstico de cáncer de mama sólo afecta las percepciones de cómo se describe la enfermedad y el sentirse tensas, en la muestra evaluada

| Etapa del cáncer | Respuesta | Porcentaje (%) de las variables | | | | | | | |
|------------------|-----------|---------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | v'7 | v'18 | v'20 | v'22 | v'42 | v'47 | v'52 | v'53 |
| IIa | 1 | 26 | 7 | 63 | 96 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| | 2 | 0 | 0 | 11 | 0 | 11 | 0 | 0 | 4 |
| | 3 | 7 | 0 | 7 | 4 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| | 4 | 4 | 4 | 15 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 0 | 89 | 4 | 0 | 70 | 100 | 100 | 96 |
| IIb | 1 | 26 | 4 | 70 | 87 | 74 | 4 | 9 | 0 |
| | 2 | 13 | 9 | 13 | 0 | 13 | 0 | 0 | 0 |
| | 3 | 17 | 9 | 13 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| | 4 | 5 | 4 | 0 | 7 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 4 | 73 | 4 | 4 | 0 | 96 | 91 | 100 |
| IIIa | 1 | 4 | 8 | 60 | 100 | 76 | 0 | 4 | 0 |
| | 2 | 4 | 20 | 24 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| | 3 | 8 | 8 | 4 | 0 | 16 | 0 | 4 | 0 |
| | 4 | 8 | 4 | 4 | 0 | 4 | 4 | 0 | 0 |
| | 5 | 76 | 60 | 8 | 0 | 0 | 96 | 92 | 100 |
| IIIb | 1 | 0 | 4 | 56 | 88 | 64 | 0 | 4 | 0 |
| | 2 | 0 | 12 | 8 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 |
| | 3 | 0 | 0 | 4 | 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| | 4 | 99 | 12 | 16 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 5 | 1 | 72 | 16 | 4 | 4 | 100 | 96 | 100 |

Tabla 1 Muestra los porcentajes de algunas variables del cuestionario aplicado a las pacientes, en las diversas etapas del cancer de mama

Por otro lado, se realizó un Análisis de Varianza (Tukey) en donde se compararon las etapas del cáncer de mama con las variables del cuestionario aplicado.

Al realizar éste análisis, se encontró diferencias significativas en la etapa del cáncer con "leer escritos sobre el cuidado de la salud". se obtuvo una $F(3, 96) = 8.003$, $p > 0.000$. Los valores promedios se muestran en la tabla 2. Específicamente, estas diferencias se encontraron con las etapas: IIa con IIIb, IIb con IIIa y IIb con IIIb (ver tabla 3). Es decir, que la calidad de vida afecta significativamente en la etapa de cáncer de mama evaluadas (IIa, IIb, IIIa y IIIb), en la frecuencia de informarse adecuadamente acerca del cuidado de su salud.

| Etapa del cáncer | N | Media | Desviación estándar | Error estandar |
|------------------|-----|-------|---------------------|----------------|
| IIa | 27 | 3.96 | 1.63 | 0.31 |
| IIb | 23 | 3.17 | 1.70 | 0.35 |
| IIIa | 25 | 4.44 | 1.16 | 0.23 |
| IIIb | 25 | 4.96 | 0.20 | -0.02 |
| Total | 100 | 4.15 | 1.45 | 0.14 |

Tabla 2 Muestra los valores promedios de la variable. *leer escritos sobre el cuidado de la salud*"

| (I) Etapa de Cáncer | (J) Etapa de cáncer | Diferencias de medias (I - J) | Std. error | Sig. |
|---------------------|---------------------|----------------------------------|------------|-------|
| IIa | IIb | 0.79 | 0.37 | 0.155 |
| | IIIa | -0.48 | 0.36 | 0.559 |
| | IIIb | -1.00* | 0.36 | 0.037 |
| IIb | IIa | 0.79 | 0.37 | 0.155 |
| | IIIa | -1.27* | 0.38 | 0.006 |
| | IIIb | -1.79* | 0.38 | 0.000 |
| IIIa | IIa | 0.48 | 0.36 | 0.559 |
| | IIb | 1.27* | 0.38 | 0.006 |
| | IIIb | -0.52 | 0.37 | 0.502 |
| IIIb | IIa | 1.00* | 0.36 | 0.037 |
| | IIb | 1.79 | 0.38 | 0.000 |
| | IIIa | 0.52 | 0.37 | 0.502 |

* Las diferencias de las medias son significativas al nivel 0.05

Tabla 3 Muestra los valores obtenidos de las comparaciones de etapa del cancer de mama con *"leer escritos sobre el cuidado de la salud"*

De igual manera se encontraron diferencias significativas entre la etapa de cáncer con la variable *"tomar tequila, ron, brandy u otros"*, ya que se obtuvo una $F(3, 96) = 3.072$, $p < 0.031$. En la tabla 4 se muestran los valores promedio, mientras que en la tabla 5 se observan las comparaciones, en donde se encontró que existen diferencias significativas entre la etapa IIa con la IIb. Es decir, la calidad de vida afecta significativamente en la etapa de cancer IIa y IIb, respecto a la manera de tomar de las pacientes con cáncer de mama.

| Etapa del cáncer | N | Media | Desviación estándar | Error estándar |
|------------------|-----|-------|---------------------|----------------|
| IIa | 27 | 4.81 | 0.40 | -0.02 |
| IIb | 23 | 4.43 | 0.59 | 0.12 |
| IIIa | 25 | 4.80 | 0.41 | -0.02 |
| IIIb | 25 | 4.68 | 0.56 | 0.11 |
| Total | 100 | 4.69 | 0.51 | -0.02 |

Tabla 4. Muestra los valores promedios de la variable "tomar tequila, ron, brandy u otros"

| (I) Etapa de Cáncer | (J) Etapa de cáncer | Diferencias de medias (I - J) | Std. error | Sig. |
|---------------------|---------------------|----------------------------------|------------|-------|
| IIa | IIb | 0.38* | 0.14 | 0.038 |
| | IIIa | -0.02 | 0.14 | 1.000 |
| | IIIb | 0.13 | 0.14 | 0.756 |
| IIb | IIa | 0.38* | 0.14 | 0.038 |
| | IIIa | 0.37 | 0.14 | 0.055 |
| | IIIb | 0.25 | 0.14 | 0.315 |
| IIIa | IIa | -0.02 | 0.14 | 1.000 |
| | IIb | 0.37 | 0.14 | 0.055 |
| | IIIb | 0.12 | 0.14 | 0.824 |
| IIIb | IIa | 0.13 | 0.14 | 0.066 |
| | IIb | 0.25 | 0.14 | 1.000 |
| | IIIa | 0.12 | 0.14 | 0.807 |

* Las diferencias de las medias son significativas al nivel 0.05.

Tabla 5 Muestra los valores obtenidos de las comparaciones de etapa del cancer de mama con "tomar tequila, ron, brandy u otros"

En cuanto a la etapa de cáncer con los conocimientos que tienen las pacientes para cuidar de su salud, se obtuvo una $F(3, 96) = 9.465$ $p < 0.000$ y los valores promedios de ésta comparación se muestran en la tabla 6. Encontrándose diferencias significativas entre las etapas 2a con 3b, 2b con 3a y 2b con 3b (ver tabla 7), o sea que la calidad de vida afecta significativamente en las etapas de cáncer 2a, 2b, 3a y 3b, con lo que respecta a los conocimientos con los que cuentan las pacientes en cuanto a como cuidar de su salud.

| Etapa del cáncer | N | Media | Desviación estándar | Error estándar |
|------------------|-----|-------|---------------------|----------------|
| IIa | 27 | 3.93 | 1.69 | 0.32 |
| IIb | 23 | 3.17 | 1.70 | 0.35 |
| IIIa | 25 | 4.94 | 0.81 | 0.16 |
| IIIb | 25 | 4.96 | 0.20 | -0.02 |
| Total | 100 | 4.19 | 1.42 | 0.14 |

Tabla 6. Muestra los valores promedios de la variable 'cuento con los conocimientos para cuidar de mi salud'

| (I) Etapa de Cáncer | (J) Etapa de cáncer | Diferencias de medias (I - J) | Std. error | Sig. |
|---------------------|---------------------|----------------------------------|------------|-------|
| IIa | IIb | 0.75 | 0.36 | 0.163 |
| | IIIa | -0.71 | 0.35 | 0.184 |
| | IIIb | 1.03* | 0.35 | 0.021 |
| IIb | IIa | -0.75 | 0.36 | 0.163 |
| | IIIa | 0.37 | 0.37 | 0.001 |
| | IIIb | 0.37 | 0.37 | 0.000 |
| IIIa | IIa | 0.71 | 0.35 | 0.184 |
| | IIb | 1.47* | 0.37 | 0.001 |
| | IIIb | -0.32 | 0.36 | 0.808 |
| IIIb | IIa | 1.03* | 0.35 | 0.021 |
| | IIb | 1.79* | 0.37 | 0.000 |
| | IIIa | 0.32 | 0.36 | 0.808 |

* Las diferencias de las medias son significativas al nivel 0.05

Tabla 7. Muestra los valores obtenidos de las comparaciones de etapa del cancer de mama con "cuento con los conocimientos para cuidar de mi salud"

En cuanto a "autoayuda", la cual es una variable general que enmarca tres variables, las cuales son: "ponerse tenso", "no realizar sus actividades comunes" y "quedarse en cama". Se obtuvo una $F(3, 96) = 26.817$ $p < 0.000$, y en la tabla 8 se muestra los valores promedios de las variables. Al realizar las comparaciones, se encontró que existen diferencias significativas entre las etapas IIa con IIb, IIa con IIIa, IIa con IIIb, IIb con IIIa y IIb con IIIb (ver tabla 9). De esta manera se puede decir que la calidad de vida afecta significativamente dichas etapas en cuanto a la autoayuda que las pacientes se proporcionan ellas mismas.

| Etapa del cáncer | N | Media | Desviación estándar | Error estándar |
|------------------|-----|-------|---------------------|----------------|
| IIa | 27 | 11.78 | 2.98 | 0.57 |
| IIb | 23 | 9.65 | 1.97 | 0.41 |
| IIIa | 25 | 13.44 | 2.18 | 0.44 |
| IIIb | 25 | 14.88 | 0.44 | -0.02 |
| Total | 100 | 12.48 | 2.84 | 0.28 |

Tabla 8 Muestra los valores promedios de la variable. "autoayuda"

| (I) Etapa de Cáncer | (J) Etapa de cáncer | Diferencias de medias (I - J) | Std. error | Sig. |
|---------------------|---------------------|----------------------------------|------------|-------|
| IIa | IIb | 2.13* | 0.60 | 0.004 |
| | IIIa | -1.66* | 0.59 | 0.030 |
| | IIIb | 3.10* | 0.59 | 0.000 |
| IIb | IIa | -2.13* | 0.60 | 0.004 |
| | IIIa | -3.79* | 0.61 | 0.000 |
| | IIIb | -5.23* | 0.61 | 0.000 |
| IIIa | IIa | 1.66* | 0.59 | 0.030 |
| | IIb | 3.79* | 0.61 | 0.000 |
| | IIIb | -1.44 | 0.60 | 0.085 |
| IIIb | IIa | 3.10* | 0.59 | 0.008 |
| | IIb | 5.23* | 0.61 | 0.054 |
| | IIIa | 1.44 | 0.60 | 0.000 |

* Las diferencias de las medias son significativas al nivel 0.05.

Tabla 9 Muestra los valores obtenidos de las comparaciones de etapa del cáncer de mama con "autoayuda"

6.2 RESULTADOS CUALITATIVOS

El afrontar una enfermedad como el cáncer, suele ser impacto bastante fuerte en la vida de cualquier persona y más aún, si es una cáncer que afecte la apariencia física del paciente. él cual nunca espera ser mutilado por desarrollar algún tumor maligno.

Específicamente, el cáncer de mamá afecta a un sin número de mujeres con edades que oscilan desde los 27 hasta los 90 años, según la muestra evaluada. Las pacientes se ponen bastantes tensas al saber que su vida y su integridad física corren peligro, y nunca esperan ser sometidas a una cirugía o peor aún, ser mutilada por lo avanzado de la enfermedad.

Al tener contacto directo con 100 pacientes diagnosticadas con cáncer en alguna de sus mamas (derecha o izquierda) en etapa IIa, IIb, IIIa y IIIb del cáncer: la mayoría (90%) sometidas a tratamientos de quimioterapia (QT), radioterapia (radio) y cirugía, en las que el 50% de las pacientes han sido mutiladas; las experiencias de cada una de ellas han sido de mucha utilidad a éste trabajo, ya que cada una experimenta diversos sentimientos y situaciones diferentes a partir del descubrieron del tumor.

A continuación se describirán y analizarán algunas experiencias obtenidas durante la aplicación del cuestionario. Las oraciones o palabras que se presentan entre comillas y cursivas son algunas de las frases dichas por las pacientes

Para algunas pacientes escuchar la palabra "cáncer" es sinónimo de sufrimiento, dolor y en casos extremos, de muerte. Sin embargo, para aquellas a las que algún familiar ha sufrido de cáncer, el impacto fue menos doloroso y asimilaban más fácil el problema; ya que "*he aprendido a vivir con la enfermedad*", como lo expresan ellas mismas. Por esto motivos, las pacientes refieren que no le tienen miedo al cáncer y estas dispuestas a someterse a los tratamientos y superar la enfermedad.

Sin embargo, Wohl, (1960) y Kübler-Ross (1989) argumentan que el hecho de morir para el hombre ha cambiado. La muerte es todavía un acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles. Aunado a que el paciente es

arrebataado drásticamente de su ambiente familiar, en el cuál llevaba una vida tranquila, en cuanto a su salud, mientras que sus preocupaciones eran otras

Es así como para Lipkin y Cohen (1989) las reacciones que tienen las pacientes ante la presencia de un tumor mamario suele ser una mezcla de negación y miedo llegando a crear pautas defensivas por un mal que llegan a creer terrible: ya que de esta manera, las creencias que llegan a elaborar las pacientes van desde su etiología (contagioso, hereditario, etcétera) hasta miedo al dolor, al tratamiento y a sus efectos colaterales, entre otros

Lo cual nos hace suponer que las pacientes saben en realidad la gravedad de tener un tumor maligno y de los riesgos y las repercusiones que esto significa al decir "*he aprendido a vivir con la enfermedad*", e inconscientemente se muestran renuentes ante el hecho de sufrir cáncer: sin embargo, no pudo averiguarse ampliamente acerca de éste hecho, ya que no era el objetivo de la entrevista.

Todas las pacientes refieren que el tiempo que transcurría de la detección del tumor en la mama al diagnóstico, era un periodo bastante "*angustiante*" y "*desesperante*"; ya que ellas estaban ansiosas por conocer el resultado de los estudios a las que fueron sometidas para saber si padecían o no, cáncer de mama. Ante esto, su estado anímico se deterioraba totalmente, lloraban la mayoría del tiempo, sufrían de insomnio y se les iba el apetito.

Es así como Holland y Rowlan (1989) argumentan que durante el periodo diagnóstico, la mujer se enfrenta con la necesidad de reprimir y guardar su ansiedad y temor. Mientras que Kirby, Bland y Edward (1993) han observado que durante el diagnóstico del cáncer, es el momento de mayor estrés psicológico. Llamando a éste periodo como la fase de anticipación, en la cual la mujer experimenta una ansiedad extrema acerca del porvenir, lo cual da como resultado una disfunción social y psíquica. Lo cual nos da a entender y comprender la reacción que las pacientes experimentaron antes de ser diagnosticadas, ya que los autores revisados coinciden en que éste periodo anticipatorio, las mujeres están expuestas a sufrir estrés al saber que su bienestar está en peligro.

Kübler-Ross (1989) detectó que hablar con médicos y enfermeras, se mostraban preocupados al saber que sus pacientes sufrían alguna enfermedad crónica y le impresionaba lo que éstos profesionales llegaban a argumentar acerca

del diagnóstico. "... por como va encajar un paciente la verdad" (pág. 47), ya que la autora menciona que hacer frente a un paciente no es tarea fácil.

Algunas pacientes mencionan que después de haber recibido el diagnóstico, se preguntan a ellas mismas que habían hecho para contraer el cáncer, tratando de buscar una respuesta a su enfermedad, o de encontrar un culpable de su padecimiento. notándose claramente que las pacientes que mencionaban esto, eran las más deprimidas y las que lloraban con mucha más facilidad que el resto de las pacientes.

Otro factor que influye de manera significativa, es el estado de ánimo de las pacientes que no recibían información adecuada respecto al cáncer. Ellas se referían, a que los doctores eran confusos y no entendían nada de lo que les decían, ya que en ocasiones, éstos usan un lenguaje técnico. Esta situación les ocasionaba bastante angustia y más aún, el no ser orientadas ni recibir alguna plática informativa.

Lazarus (1981: citado en López, 2000) ante los hechos anteriores, explica que una de las estrategias de afrontamiento en éste tipo de pacientes son: buscar información, tomar decisiones firmes, aceptar lo inevitable, tener fe y esperanza, etcétera. Es por ello, que para que las pacientes no pasen por momentos tan angustiantes, Kübler-Ross (1989) recomienda que si se presenta una paciente con un bulto en el pecho, el médico debe prepararla para la posibilidad de un tumor maligno, explicándole que una biopsia revelará la naturaleza del tumor, por ejemplo. También debe decirle a tiempo, que si se descubre un tumor maligno, se requerirá de una intervención quirúrgica más extensa. Así la paciente tendrá más tiempo para prepararse ante la posibilidad de un cáncer, y estará dispuesta a aceptar la operación. Lo cual evitaría que las pacientes sufrieran largos periodos de ansiedad

El apoyo familiar que reciben las pacientes evaluadas, es muy variado; ya que los familiares, tanto esposos como hijos se preocupan de manera significativa por la salud de su esposa o madre, y tratan de hacer todo lo posible para que ella se sienta bien, desde acompañarlas a las citas con el médico, a quimioterapia o a la radioterapia, y ayudarlas con sus quehaceres o el trabajo.

Mientras, las mujeres que tienen hijos pequeños, asimilar su situación de enfermedad es más difícil, ya que se preocupaban por el bienestar de sus hijos y se

olvidaban por completo de ellas mismas: es decir, para ellas su prioridad es su familia y en especial los hijos, preocupándose por "*quién los va a cuidar*", "*quién los va a llevar a la escuela*", etcétera. Se podría decir, que el amor de madre es único e invaluable, porque en vez de preocuparse por ellas mismas y luchar por salir adelante y vencer la enfermedad, se olvidan por completo de ellas y se preocupan más por su familia.

Esto puede deberse al hecho de que las pacientes suelen aislarse, y temen hablar con sus familiares acerca del cáncer, ya que sus necesidades principales son: tener dominada la situación, sentirse autosuficientes así como ser capaz de ayudar a los demás (Gómez y Saburido, 1996).

Mientras tanto, las pacientes que viven solas ya sea porque son divorciadas o viudas, refieren que no les gusta ser una carga para sus familiares, que les incomoda dar molestias o quitarles el tiempo y no aceptan, que necesitan ayuda ante su convalecencia y se comportan renuentes ante los cuidados de sus familiares, ya que como lo vimos arriba, siempre necesitan tener control de su situación, tanto en la familia como la de enfermar.

Es por ello que puede suponerse que el tener el control de su vida y mostrarse fuertes ante los demás, las hará sentirse bien, llegando a no depender de nadie. Además, podemos argumentar que su reacción también puede deberse, a intentar que su estilo de vida no se vea modificado totalmente, ya que los acontecimientos a los que se enfrentan están ligados a las consecuencias de la enfermedad y los tratamientos, los cuales se conceptualizan con los niveles de bienestar y satisfacción personal (Patrick y Erickson, 1988; citados en Martínez y Lozano, 1998).

Por otro lado, desde el momento en que comienza a ir a quimioterapia, o a ser intervenidas quirúrgicamente, las pacientes son incapacitadas inmediatamente, y su estilo de vida cambia radicalmente, ya que si trabajan, tienen que dejar de asistir al trabajo y dedicarse a descansar. Mientras que las que son amas de casa no pueden realizar sus tareas domésticas, que antes era muy fácil realizar sus tareas pero por la operación o el cansancio tienen que dejar de realizarlas. Es de suponerse, que dejar de ser activas y estar todo el tiempo en casa o el hospital, pensando que tienen cáncer, es una variable que influye negativamente en las

pacientes, ya que el estar pensando todo el tiempo que están enferman, se siente más afligidas

Según Lipkin y Cohen (1989), un problema fuerte al que se enfrenta la mujer con mastectomía es la pérdida del empleo, ya que puede resultar imposible para una mujer seguir trabajando si el puesto que ocupa junto con las tareas domésticas le ocasiona una fatiga extrema, aunado a que debe someterse a quimioterapia y radioterapia. Dichos tratamientos tienen efectos colaterales en la paciente, como náuseas, vómito, fatiga, etcétera. Notándose claramente que el tratamiento para el cáncer es muy agresivo y las pacientes, por más que sean fuertes o se quieran hacer las fuertes llegará el momento en que el cansancio y la fatiga sean más fuertes y tengan que quedarse en cama. Suponiendo que este hecho no las hace sentirse bien, porque sus necesidades se ven limitadas ante su deterioro físico y más aún ante su salud, que como sabemos la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como el estado completo del bienestar físico, mental y social.

Se notó claramente durante las entrevistas, que más del 60% de las pacientes, sólo querían ser escuchadas. Daba la impresión de que ellas sólo querían platicar acerca de cómo se sentía, del miedo que le tienen a los tratamientos y sobre todo de ser mutiladas; ya que cuando se les pedía su colaboración para contestar el cuestionario y se les pedía a los familiares que las esperaran; era increíble ver que con sólo tomarlas del brazo comenzaban a llorar y a desahogarse. Ellas manifiestan que no les gusta preocupar a su familia, que lloran en silencio cuando nadie les ve, que no les gusta platicar con ningún miembro de la familia de cómo se sienten porque no quiere que ellos también se sientan mal. En ocasiones daban la impresión de no querer "causar lastima".

Esto se debe principalmente, según Kubler-Ross (1989), a que la capacidad de comunicarse entre la familia y la paciente está totalmente deteriorada, aunado a que "a menudo los pacientes responden con un agradecimiento casi exagerado ante alguien que se preocupa por ellos y les dedique un poco de tiempo", ya que "... se encuentra tan privados de esta amabilidad que no es sorprendente que un pequeño toque de humanidad provoque una respuesta tan abrumadora" (pág. 327), como era el caso de las pacientes entrevistadas.

Otra situación importante, era el hecho de que sólo una minoría de las pacientes platicaban con sus amigos de su salud, refiriéndose a ellos como un gran

apoyo moral que las ayudaba a aminorar un poco la "angustia" que sienten. Mientras que el 90% de las pacientes, no hablaban de su enfermedad con sus amigos y les molesta la curiosidad de la gente cuando las ven decaídas o "demacradas" o peor aún sin cabello, mencionando que esta situación les causa enojo e incomodidad, si les llegaban a preguntar lo que les sucedía.

Lo anterior, aunado a la mutilación del seno que como sabemos forma parte de su feminidad, mencionan que es muy difícil aceptar la idea de ya no tenerlo, y cuando asimilan ésta idea y comienzan a usar la prótesis, algunas de ellas mencionan, no sentirse cómodas y "me deprimó mucho"; mientras que otras pacientes que tienen tiempo usando la prótesis las hacen sentir muy bien y dicen que en ocasiones "olvidan que le hace falta un seno".

Por lo tanto, al asimilar que tiene cáncer, con las implicaciones que esto trae consigo, en términos de bienestar futuro y expectativa de vida. La posible diseminación de la enfermedad, la pérdida de la otra mama o la aparición de metástasis en zonas distintas del organismo constituyen preocupaciones obvias en las pacientes (Holland y Rowland, 1989; Lipkin y Cohen, 1989). Además de que la paciente debe asimilar y adaptarse a la pérdida de su mama, pérdida que le vendrá a la memoria a diario mientras se bañe, mire al espejo, etcétera

Otra explicación puede ser que las pérdidas que sufren las pacientes son muy diversas, como perder su salud e integridad física, no poder llevar a cabo su vida normal, las pérdidas económicas, perder su autoestima, etcétera (Casciato y Lowitz, 1990).

Sin embargo ante estos hechos tristes y en ocasiones conmovedores, un recuerdo muy positivo que se tiene, es el caso de una paciente que menciona que ella se despidió de su seno, que le dio las gracias porque con ellos "presumió, gozo y alimento a sus hijos" y que era hora de separarse de él. Ella misma refiere que no se sentía enferma, y que esa concepción le había ayudado mucho para soportar el tratamiento y salir adelante. No sabemos que fue lo que paso la paciente antes de llegar a tomar esta actitud, pero lo que si es claro que esta imagen y creencia que tuvo ante el hecho de perder su seno, tiene repercusiones positivas ante los tratamientos y sanar rápidamente. Se puede creer que si más pacientes llegarán a tomar una actitud más positiva ante la enfermedad, esta podría a combatirse y erradicarse con mayor facilidad para los médicos.

Una situación que debe considerarse, es el hecho de que la mayoría de las pacientes asisten al médico hasta que el tumor es bastante grande (de 5 hasta 12 cm), ya que muchas refieren este hecho a que la "bolita" (como ellas las nombran) era muy pequeña, no molestaba ni causaba dolor. Las pacientes recuerdan que comenzaban a preocuparse sólo cuando la "bolita" creció de manera considerable y/o comenzaba a doler o aparecían más "bolitas" en la misma mama o en la axila. Aunado, a que cuando asistían a medicina preventiva a realizarse su papanicolao y le indicaban al doctor o enfermera del acceso en su mama, éstos les decían que era sólo una inflamación y que se pusieran fomentos de agua fría o caliente. Es por ello que se quejan mucho, de los servicios de su clínica u hospital; ya que es sólo, hasta que llegan a Centro Médico que la atención cambió considerablemente y que los doctores "se preocupan por mi salud". Sin embargo, cuando llegan a Centro Médico es bastante tarde para poder llevar un tratamiento que prevenga no quitarles el seno.

Lo anterior puede deberse a la pena o vergüenza que sienten las pacientes al ser sometidas a la exploración de una parte muy íntima de su cuerpo o el miedo a que les digan que tienen algo malo y a la poca sensibilización que tenemos las mujeres de cuidar nuestra salud (Lipkin y Cohen, 1989). El esposo de una paciente, que iba a ser intervenida quirúrgicamente y le iban a quitar el seno, se quejaba abiertamente de la falta de información y de la poca preocupación de los servicios sanitarios por divulgar información tan sencilla, que podía salvar la vida de muchas mujeres: evitando pasar "momentos tan angustiantes" como el que estaba pasando su esposa y él. Pero no es sólo el hecho de la falta de información acerca del cáncer de mama, sino también de la falta de sensibilización que tenemos las mujeres de cuidar nuestro cuerpo, ya que nadie nos ha preparado para explorar nuestro cuerpo.

Como ya se había mencionado antes, otro factor que contribuye negativamente en la actitud de las pacientes, era el servicio médico que habían recibido antes de ser atendidas en Centro Médico, ya que aproximadamente la mitad de las mujeres entrevistadas se atendieron primeramente en hospitales privados o en clínicas del Seguro Social. Ellas refieren que el servicio es bastante deficiente y por ende el personal médico que "cuida mi salud" dejaba pasar mucho tiempo antes de darles un diagnóstico acertado o proporcionarles el tratamiento al cáncer. Un ejemplo de

ello, es que a una paciente en etapa IIIb que requería de quimioterapia y después una mastectomía radical por el tamaño tan grande del tumor, sólo le dieron tratamiento de quimioterapia y la dieron de alta en otro Hospital, lo cual contribuyó a que el tumor de la paciente creciera y sufriera de dolores constantes en su mama.

A esto, Kübler-Ross (1989) argumenta que la familia y el paciente siempre trata de buscar la mejor atención, yendo a hospitales famosos o consultando médicos conocidos y gradualmente se van enfrentando a la realidad que sabemos, va a cambiar su estilo de vida drásticamente.

La mayoría de las pacientes eran muy humildes, aunque no se investigó acerca de su nivel socioeconómico, se notaba claramente que no contaban con los recursos económicos para solventar los gastos de transportes y algunas medicinas que Centro Médico no les podía proporcionar. De esta manera, muchas pacientes temían perder el trabajo por estar casi todo tiempo incapacitadas o que las corrieran por pedir varios permisos al mes para asistir a sus consultas, añadiendo una preocupación más a su estado de salud. Lo cual, es un factor determinante para deteriorar la Calidad de Vida de las personas, ya que al no contar con recursos económicos que le den seguridad, experimentarán angustia e inseguridad al no poder satisfacer sus necesidades primarias (Levi y Anderson, 1980; Gómez y Saburido, 1996, Murillo, 1996, López y Rueda, 1997, Palomar, 1997; Ramírez, 1998)

Se nota claramente que al contraer cáncer, las mujeres sufren la "angustia" de estar enfermas y también sufren por los malos tratos de personal médico fuera de Centro Médico

El cambio en su estilo de vida es radical y les es muy difícil adaptarse a su nueva situación de "enfermedad", a cambiar sus hábitos cotidianos y a volverse dependientes de los cuidados de sus familiares, pero no todas sufren estas situaciones, ya que se adaptan más fácilmente a la situación que están viviendo. En cambio para otras es una situación catastrófica comenzar a vivir después del diagnóstico de un tumor maligno.

Es claro que estos hechos, deterioran de cierta manera la Calidad de Vida de las pacientes, porque las consecuencias que tiene el cáncer sobre el bienestar físico, emocional y social son totalmente negativas (Gómez y Sabe, 2000); y se

modifican las características del constructo "Calidad de Vida", que son el nivel de vida, que se refiere al "vivir bien"; el modo de vida que se centra en las interacciones del enfermo con su medio social y por último, el estilo de vida que se enfoca en el comportamiento del individuo (Ramírez, 1998).

Por todo lo anterior, se creyó conveniente describir ampliamente la entrevista de por lo menos dos pacientes.

La primer paciente de 40 años soltera, no tiene hijos y sufre de cáncer de mama en etapa IIIb. La mujer es de complexión robusta, tez morena clara, y aparenta ser totalmente saludable. Vive con sus padres, ella es la tercera de 4 hermanos: el mayor es casado y vive en la misma casa con su esposa, la segunda hermana es madre soltera y también vive en casa de sus padres y ella como su hermana menor son mujeres solteras. Ella menciona que la relación con sus hermanos es muy difícil, ya que le da "*mucho coraje*" que no aporten nada en casa y ella tenga que ser la única persona que se encargue de los gastos de comida, luz, teléfono, gas, etcétera. Menciona que no es justo, que si sus hermanos viven allí no contribuyan con los gastos de la casa.

Sus padres son personas mayores, mencionando que ellos están en contra de ella y siempre les dan la razón a sus hermanos, peor aún su madre siempre justifica sus enojos por el cáncer y por que ya no tiene seno. A esto, ella comenta que no le causo temor el cáncer, que vio la enfermedad como cualquier otra, pero su curación es más agresiva que el resto de las enfermedades y tenía que cuidarse más.

También mencionó que aproximadamente hace un año ella se palpaba en su mama derecha una pequeña bolita del tamaño de una canica, creía que desaparecería después de su menstruación pero no fue así. Fue entonces cuando asistió al médico y le pidió varios estudios: un Baaf (tomar una muestra con una jeringa del tumor), una biopsia y mastografía. De esta manera le dieron el diagnóstico de un tumor maligno, diciéndole los doctores que la mejor opción era operarse, quitarle el seno y tomar ganglios de la axila para poder analizarlo y comprobar si el cáncer había o no invadido esa parte de su cuerpo; además que después de la operación era seguro que recibiera quimioterapia y radiaciones para destruir el cáncer en su totalidad.

Ella aceptó la cirugía y la intervinieron inmediatamente, dice que tenía un poco de miedo a la anestesia o que hubiera complicaciones durante la cirugía. Sin embargo, no pasó a mayores y todo salió bien, tan bien que al siguiente día la dieron de alta y pudo irse a casa.

Después de ello, aproximadamente un mes, asistió a consulta y le dijeron que era hora de recibir quimioterapia. Mencionando que las únicas molestias que sintió fue un poco de cansancio y comenzó a perder el cabello. Después de 6 inyecciones, tomó radioterapia y no sufrió ningún síntoma secundario.

Ella menciona sentirse afortunada por estar asistida por los mejores doctores y por haber sido curada en su totalidad. Se siente muy bien y no le afecta, en nada, no tener seno, no le afecta verse sin él y que ya se acostumbro a la prótesis

Su única queja era la situación familiar que vivía en casa y más aún, que sus hermanos hicieran comentarios como *“estas amargada desde que te quitaron el seno”*, *“que carácter te cargas desde que te quitaron el seno”*, etcétera.

Ello reconoce ser una persona bastante activa, ya que menciona *“me urge entrar a trabajar y no estar todo el día en casa”*, porque estaba muy contenta, ya que en pocos días asistiría nuevamente al trabajo: después de más de 6 meses de incapacidad y que se sentía muy bien porque su jefe se preocupaba por su salud

Ella trabaja en un despacho, es asistente contable y dice que le encanta su trabajo, el cual le ha traído muchas satisfacciones personales así como económicas; pero que no era justo que ese dinero que con tanto sacrificio gana lo disfrutaran sus hermanos.

En el transcurso de la entrevista, pudo notarse que es una persona muy alegre y abierta, que sabía que su enfermedad era seria pero que no significaba que se iba morir sino que iba a salir adelante si se cuidaba y tomaba el tratamiento y medicamento recetado por los doctores.

Como podemos ver, esta paciente tiene una vida llena de responsabilidades, cuando depende de ella una serie de personas. Sus padres, que son personas mayores y sus hermanos jóvenes que están a expensas de ella. Siendo comprensible, que estas cargas familiares hagan sumamente difícil su situación de enfermar y rehabilitarse. Además de que su madre no la escucha y la priva de la oportunidad de compartir sus preocupaciones, sintiéndose al mismo tiempo disgustada y deprimida.

Quizá la demostración de su enojo sea su indignación contra sus hermanos, quienes creen que la paciente los mantendrá económicamente por el resto de sus vidas. Entonces la familia, que depende mucho de la actitud la consciencia y la capacidad de comunicarse de la paciente (Kübler-Ross, 1989), no es capaz de compartir sus preocupaciones ni solucionar sus problemas.

Además, que su Modo de Vida esta totalmente deteriorado, que sabemos es una característica de Calidad de Vida, ya que con las personas con las cuales esta en constante contacto (su familia) la hacen sentirse sólo, al no ser comprendida y desamparada ante éste hecho (Ramírez, 1998).

Así, la paciente al pasar por un momento de ira, causada por su situación y se enfada consecutivamente con su madre y hermanos

Los acontecimientos por los cuales ha pasado la paciente, han influido negativamente en su familia, lo cual puede notarse con la profunda distorsión de la interacción familia-enfermo que pudo haberse deteriorado después del diagnóstico del cáncer (Viladiu y Catalán, 1996), ya que sus hermanos y su mamá le reprochaban su mal carácter a partir de su enfermedad. Aunado a los sentimientos de culpa de unos y otros, como el caso de la madre, la cuál nunca mostró preocupación por la enfermedad de su hija.

En cuanto a la asimilación de tener cáncer y de la extirpación de su seno, no se notó disfunciones psicológicas ante el hecho, aunque no se investigó profundamente sobre este aspecto. Sin embargo, esta reacción no concuerda con Holland y Rowland (1989), ya que estos autores argumentan que el hecho de que una mujer soltera padezca cáncer, es más difícil, ya que en esta época lo más importante es ser atractiva para conseguir una pareja. Suponiéndose que puede deberse a que, para la paciente no sea importante conseguir o tener pareja, sino que sus objetivos están más empeñados a su trabajo.

La segunda paciente, una señora de 56 años de edad que sufre cáncer de mama en etapa IIIb, soltera. Vive sola en la ciudad de México, tratada fuera de Centro Médico.

Durante el transcurso de la entrevista y la aplicación del cuestionario no pudo parar el llanto, estaba desconsolada y comenzó a platicar de su experiencia después de que le diagnosticaron que tenía cáncer, así que no habló mucho de su vida anterior.

Aún vive su madre, menciona, *“ya es muy viejita”*, vive en un pueblito que pertenece al estado de Hidalgo y tiene una hermana que vive en ese pueblo. La cual es casada y muy pobre. La paciente menciona que vino a trabajar hace un par de años a la Ciudad para poder ganar dinero y enviárselo a su mamá, que esta un poco enferma y necesitaba comprar medicamentos

Ella no menciona tener más familia y mucho menos en la Ciudad de México, además de que refiere no tener amigos (as) ni vecinos con quien convivir, ya que trabaja en unas oficinas haciendo el aseo y que el patrón, como ella lo llama, le dio un cuartito donde vivir, porque no tiene casa en la Ciudad.

Menciona sentirse muy sola y más aún porque no tiene con quien hablar, ni quien la acompañe al Doctor. Además, no quiere preocupar a su mamá diciéndole que tiene cáncer, ya que no quiere mortificarla.

Comenzó a explicar, que no tenía Seguro Social así que hace como 6 meses comenzó a asistir al Hospital General porque se había tocado *“una bolita del tamaño de un limón”* en su mama derecha. Allí, el Doctor le hizo una biopsia, la cual salió positiva, es decir, que la paciente tenía cáncer de mama en una etapa temprana y que podrían tratarla sólo con quimioterapia.

La paciente comenzó a tomar la quimioterapia y notaba que el tumor no disminuía de tamaño, pero los doctores le decían que era muy pronto para poder notar un decremento en el tumor. Al finalizar la quimioterapia, el Doctor la dio de alta y la mando a su casa diciéndole que todo estaba bien. Esto le reconforto mucho, porque menciona que el dinero no le alcanzaba para mandarle a su mamá y le quedaba poco para sus gastos personales. Sin embargo, se sentía un poco preocupada porque estaba segura que tenían que operarse para que le quitaran el tumor, porque sabía que *“en el fondo sabía que ese tumor no debía quedarse ahí”*

Después de algunas semanas sintió que el tumor había crecido y sentía mucho dolor, fue entonces como a su compañera de trabajo le comento su padecimiento y ésta le sugirió asistir al Seguro Social.

Se aseguro en el IMSA asistió al Hospital General para que le dieran su expediente, pero dice que la Doctora que la recibió se porto bastante grosera con ella, diciéndole que *“no podía enviárselo y que, además, a donde iba a ir si ya se iba a morir y no valía la pena seguir tratándose”*. La paciente, muy triste pero a la

vez muy enojada, le dijo que: "*no le importaba y que no es nadie para tratarme de esa forma*". Se gritaron tanto ella como la Doctora y al notar la situación el Jefe de Servicio, la llevó a su consultorio diciéndole que la recomendaría con un buen Doctor, un amigo que trabaja en Centro Médico, para que le dieran los tratamientos que necesita.

Fue así como llegó a Centro Médico, le informaron que su tumor ya era muy grande, que aunque se lo había detectado muy a tiempo, en Hospital General habían dejado pasar mucho tiempo y no la habían tratado correctamente.

Lo anterior, destrozó a la Señora, la cual se sentía bastante enojada con los doctores, mencionando que como podría llegar a confiar en los médicos, si en Hospital General no la habían tratado como a una persona. Refiriéndose que por ser pobres o por no tener una buena educación, la traten con mala voluntad

Llorando mencionó que ella quería curarse para poder irse a su pueblo a cuidar a su mamá y que no le importaba que le quitaran su seno, sí con eso ella se iba a curar.

También, otro hecho importante fue que la paciente nunca deja de mencionar lo sola que se siente y su demanda era el necesitar a alguien a su lado para ya no sentirse tan triste y sola

La Señora al ser una mujer mayor que cuenta con pocos recursos económicos y ningún pariente cercano con quién acudir Se siente bastante sola y desdichada ante la situación por la cual está atravesando. No tiene ningún lugar a dónde ir, porque su pueblo es muy pobre y no hay trabajo; ningún ser humano con quien hablar, ya que vive en un cuarto de oficina sola, ni siquiera la seguridad de disponer de dinero para su tratamiento. Atormentándole el hecho de que su mamá vive sola, es muy viejita y no hay quien vea por ella.

Estos acontecimientos la agotaban significativamente, ya que como lo menciona Buceta y Bueno (1996) el apoyo social percibido por la paciente es de suma importancia al ser un predictor del estado de salud así como de la adaptación ante los acontecimientos estresantes Si se tienen pocos o escasos lazos sociales, como es el caso de la Señora, presentan menor frecuencia de conductas preventivas y llegan a un nivel más avanzado de la enfermedad, mientras que el impacto de la enfermedad es mucho más estresante y su modo de vida esta completamente deteriorado

Sin embargo, aunque la Señora se atendió a tiempo, es claro que la atención médica fue deficiente y los doctores no se preocuparon por su salud. Así que el estrés y sentimiento de soledad han contribuido de manera importante en la ansiedad que experimenta la Señora. Casciato y Lowitz (1990), Ibancovich y Medina (1994), y Delgado (1995) argumentan que la ansiedad se manifiesta con agitación, poca capacidad de concentración y problemas de sueño, mientras que en la depresión se pierde el interés en todo; son algunos de los síntomas que pueden notarse a primera vista en la Señora, por su manera de expresarse y su manera de actuar.

DISCUSIÓN

Como se sabe, el cáncer de mama es una de las enfermedades más temidas por las mujeres, ya que éste es la segunda causa de muerte en nuestro país. Esta abrumadora cifra ha despertado el interés de investigadores, médicos, psicólogos, entre otros, en estudiar las consecuencias que trae consigo el padecer cáncer de mama.

Algunos autores argumentan que desarrollar cáncer de mama, crea en las pacientes varios conflictos, ya que en nuestra cultura la mama simboliza la femineidad en su triple aspecto: estético, reproductivo y sexual (Lipkin y Cohen, 1989). Lo cual nos lleva a suponer que en el contexto social de la mujer que sufre cáncer de mama, se modifica y estructura de tal forma que la vida familiar comienza a girar alrededor de la enferma.

Sin embargo, a pesar de que su estilo de vida se ve modificado al sufrir una enfermedad crónica; ya que se tienen que someter a tratamientos muy agresivos que contrasten su enfermedad, la mayoría de las pacientes siguen llevando una vida "normal" sin tener que dejar de realizar sus actividades cotidianas.

Es así como las actitudes que toman a partir del diagnóstico de la enfermedad, las ayuda a sobrellevarla. No obstante, como se ha visto el cáncer de mama es clasificado según la extensión del nódulo maligno en la mama, es así como no es lo mismo tener cáncer de mama en etapa 2a (tumores indetectables con o sin metástasis en los ganglios linfáticos) a tener un tumor mayor de 5 centímetros que en ocasiones llega a invadir la piel (Peterson, 1987, Hugh y Barber, 1989, Kirby, Bland y Edward, 1993).

¿Pero, por qué es diferente tener un tumor más grande o más pequeño? Porque el tratamiento para cada una de las etapas es distinto, los efectos secundarios de éstos también varían de paciente en paciente y por ende su Calidad de Vida se ve modificada en diferentes aspectos.

Pero no por eso la Calidad de Vida es buena o no ya que, no sólo los aspectos físicos y biológicos llegan a afectar la Calidad de Vida de las pacientes, sino que también otros factores llegan a deteriorarla, como son, el apoyo social, familiar, el entorno físico, la economía de la paciente, etcétera.

Agregando que por ser individuos únicos y especiales, cada uno llega a experimentar la enfermedad desde distintos aspectos, ya que dependerá únicamente de la percepción que cada paciente tenga de la enfermedad al igual que la Calidad de Vida, ya que cada paciente hace una valoración de ésta a partir de aspectos subjetivos que son inherentes a cada individuo.

En la presente investigación, el interés fundamental fue describir la Calidad de Vida de la paciente que sufre cáncer de mama, para lo cual, se evaluó la Calidad de Vida con un cuestionario. Los resultados obtenidos fueron que las pacientes describen la enfermedad según la etapa del cáncer en la que se encuentre, es decir, que entre más avanzada es la enfermedad las pacientes lo perciben y la describen como "*muy seria*". Esto puede deberse a que las mujeres en etapas avanzadas, son aquellas que no estuvieron al pendiente de las modificaciones que sufría su cuerpo en presencia del tumor maligno y acuden al médico cuando la enfermedad ha avanzado, y ellas lo saben; ya que como argumenta Vicens (1995), el vivir con prisas y urgencias son manifestaciones cotidianas que conducen a vivir de manera angustiante que impide que una persona detecte enfermedades crónicas, como es el caso del cáncer.

Es común que la paciente oncológica experimente ansiedad, depresión, miedo, angustia, etcétera, que se ve reflejado en los resultados anteriores. Éstos datos coinciden con lo mencionado con Lipkin y Cohen (1989), Buceta y Bueno (1996), ya que ellos concuerdan que las pacientes al experimentar miedo ante el hecho de padecer una enfermedad crónica, suelen reaccionar de manera estresante ante los acontecimientos de su salud, lo cual repercute negativamente el estilo de vida de las pacientes.

También se encontraron diferencias entre la etapa del cáncer y el sentirse tensas, ya que las mujeres en etapas más avanzadas (3a y 3b) manifiestan sentirse menos tensas que aquellas que se encuentran en una etapa temprana de cáncer (2a y 2b), las cuales se encuentran más tensas. Ante éste hecho, Buceta y Bueno (1996) mencionan que el estrés es un factor psicosocial que afecta el inicio o curso del cáncer que interfiere con hábitos de conductas saludables, que puede llevar a las pacientes a llevar a cabo conductas como beber, fumar, sufrir insomnio, etcétera. Sin embargo, en la muestra evaluada, no se encontraron diferencias significativas entre dichas

conductas, al contrario sus patrones de alimentación son muy buenos, no sufren ningún tipo de trastornos durante la hora de dormir y mucho menos, fuman. No obstante se encontró asociación entre las etapas del cáncer 2a y 2b, en cuanto a tomar alguna bebida alcohólica, es decir, que la Calidad de Vida de las pacientes en estas etapas se ven afectadas significativamente por el hecho de beber.

Algunos autores (Casciato y Lowitz, 1990, Ibancovich y Medina, 1994 y Delgado, 1995) argumentan que, experimentar la pérdida de la salud y el ritmo de vida produce un desequilibrio en la paciente: ante éstos acontecimientos, la paciente utiliza varios mecanismos de defensa que se manifiestan en estrés, depresión, ansiedad, etcétera. Estas reacciones son algunas por las que atraviesan las pacientes, en menor o mayor medida, según la etapa del cáncer, esto puede apoyar los datos anteriores

Otro hecho importante es, que sin importar en que etapa del cáncer de mama se encuentre la paciente, manifieste aislamiento social que para Pascual y Ballester (1997), dicho acontecimiento se debe al hecho de que las pacientes temen que sus familiares desarrollen la enfermedad y esta última al ser un padecimiento largo, familiares y amigos se alejan poco a poco de ella y ésta lo tome como un abandono. Así que el enfermo tratará de enfrentarse a la enfermedad él solo y salir adelante sin la ayuda de ningún familiar o amigo. Lo cual ayuda a cubrir sus necesidades primarias como enfermas, ya que como lo menciona Gómez y Saburido (1996) sus principales necesidades son mantener el control y sentirse autosuficientes, imaginando que el hecho de tener dominada la situación las hará sentirse mejor, las hará no sentirse enfermas.

Los acontecimientos anteriores, se apoyan con lo encontrado en la evaluación de la muestra, ya que se encontró que existen diferencias significativas en las cuatro etapas del cáncer evaluadas con la variable "autoayuda", es decir, que la Calidad de Vida de las pacientes no se deteriora en su totalidad, ya que se esperaría que ellas se volvieran dependientes a partir del diagnóstico, que según Casciato y Lowitz (1990), Ibancovich y Medina (1994) y Delgado (1995) es una reacción común que se produce ante los procesos malignos avanzados. Aunado a que tomar el papel de enfermo, significa depender de los demás. Este es un hecho no solventado por la

muestra estudiada: ya que para las pacientes, el estar enfermas no significa “*quedarse en la cama*”, “*dejar de realizar sus actividades comunes*” o “*limitar sus actividades diarias*”. Al contrario, se puede asegurar que todas ellas, a pesar que algunas están en etapa avanzadas del cáncer, se han adaptado a su nuevo estilo de vida, el cual es: adherirse adecuadamente a los tratamientos, y asimilar positivamente la enfermedad, lo cual se ve apoyado con las entrevistas realizadas a las pacientes. Estos argumentos no concuerdan con algunos autores (Casciato y Lowitz, 1990; Buceta y Bueno, 1996; Juárez, 1997; Pascual y Ballester, 1997), que argumentan lo contrario, ya que mencionan que el impacto de la enfermedad en las pacientes trae consigo situaciones estresantes, como son la incapacidad para trabajar o perder el interés a las cosas que antes le eran atractivas

Es así como el cáncer de mama, al ser un problema de salud pública, se ha convertido en un factor preocupante para las mujeres, ya que se encontró asociación entre la Calidad de Vida y las variables “*leer sobre el cuidado de la salud*” y “*contar con los conocimientos para cuidar de su salud*” en las cuatro etapas (2a, 2b, 3a y 3b), es decir, que la Calidad de Vida es afectada por el hecho de que las pacientes que padecen cáncer de mama se preocupa por saber como se desarrolla la enfermedad, como actúa y como enfrentarla médicamente, ya que actualmente ellas no sólo se preocupan por los síntomas sino que también por informarse y conocer más de lo que sucede con su cuerpo. No obstante, aún siguen existiendo barreras culturales que impiden acudir a tiempo al médico, ya que la mama al ser una parte del cuerpo de la mujer muy íntima aún suele esconderse por vergüenza o por el miedo a que le digan que padece una enfermedad crónica (Kirby, Bland y Edward, 1993). Además de que si las pacientes cuentan con buena información y conocimiento de sus síntomas, en “*que hacer*” y “*como hacerle*”, podrá manejar adecuadamente su situación y por ende, su nivel de vida no se verá deteriorado en su totalidad.

El hecho de que las mujeres evaluadas no vean la enfermedad como algo que llegue a deteriorar totalmente su Calidad de Vida, puede que lleguen a superar con éxito el cáncer, ya que como lo mencionan Kirby, Bland y Edward (1993), la “*voluntad de vivir*” de las pacientes juega un papel importante en la supervivencia de

las pacientes, aunado a que sí éstas son “*luchadoras*”, como ellos lo mencionan, tienen más posibilidad de vivir mejor.

Además, no debemos olvidar que el trabajo multidisciplinario, realizado en Centro Médico es de total trascendencia en la curación de la enfermedad, ya que no sólo se preocupan por los aspectos biológicos en los cuales la enfermedad actúa, sino que cuentan con personal capacitado, como psicólogos y psiquiatras, para atender la salud psicológica de las pacientes. Como lo argumenta Vicens (1995), actualmente las Instituciones no sólo se preocupan por la mejoría física ante un padecimiento crónico, sino que el hecho de conseguir una Calidad de Vida satisfactoria para el paciente le permite vivir y hacer frente a su enfermedad de la mejor manera que le sea posible.

Sin embargo, no podemos recalcar que la muestra evaluada presente una buena Calidad de Vida según el instrumento aplicado, ya que se cree que no fue lo bastante sensible para evaluar la Calidad de Vida de las pacientes con cáncer de mama, dicho argumento se apoya con el resultado del análisis cualitativo realizado, ya que las algunas situaciones descritas por las pacientes nos dan mucho que pensar

Primero, la evaluación que hace el instrumento no concuerda totalmente con la definición de Calidad de Vida tomada en la presente investigación, ya que esta se enfoca principalmente a describir y evaluar la Calidad de Vida como resultado de la intervención médica y de la tecnología utilizada para mejorar la salud (Dalhof, Fletcher, Tucker, 1991, citados en Blanco, Rivera, Lopez y Rueda, 1997) Es decir, que el instrumento no aborda las características propias de la enfermedad, como “*que sucede antes del diagnóstico*”, “*la reacción ante éste*”, “*como reaccionó al tratamiento quirúrgico, a la quimioterapia o radioterapia, si las hubo*”, etcétera.

Como lo menciona Murillo (1996), la Calidad de Vida se va modificando a partir de la evolución de la enfermedad, del tratamiento y hasta de la propia acción del médico; ya que las pacientes expresaban las deficiencias del servicio médico fuera de Centro Médico, el miedo a la quimioterapia y a lo confuso que en ocasiones solía ser el Médico al explicar que es el cáncer. Lo anterior, las hacía sentirse nerviosas y las llevaba a la preocupación extrema de su salud y el riesgo de mantenerse vivas.

Gómez y Sabe (2000) argumenta que la salud relacionada con la Calidad de Vida se refiere a las percepciones subjetivas que tiene cada paciente de los efectos de la

enfermedad o de la aplicación del tratamiento en diversos ámbitos de su vida y las consecuencias que provoca sobre el bienestar físico, emocional y social. Siendo claro, que se abordó superficialmente algunos aspectos sociales del enfermo, así como algunos aspectos emocionales, olvidándose totalmente de los aspectos físicos que trae consigo la enfermedad, como por ejemplo, el hecho de quitarles un seno o sentirse agotadas por la quimioterapia y/o la radioterapia y sufrir de vómitos, náuseas, diarreas, fatiga o perder el cabello, etcetera (Gómez y Saburidio, 1996), ante dichos tratamientos.

Segundo, al no enfocarse a las situaciones y condiciones por las cuales atraviesa una mujer con cáncer de mama, no se puede llegar a describir con claridad las características de la Calidad de Vida de ellas, según la etapa de cáncer en la que se encuentren, ya que la valoración que cada mujer hace sobre su Calidad de Vida se basa en gran medida en sus procesos cognoscitivos relacionados con sus niveles de aspiración, expectativas, valores personales, actitudes y necesidades (Ramírez, 1998). Así, al no evaluar dichos niveles, no podemos argumentar con certeza la forma en como perciben su estilo de vida actual

Esto no quiere decir que el instrumento no sea bueno o que no mida correctamente la Calidad de Vida, lo que se quiere dar a entender es que el instrumento al no enfocarse totalmente a las características propias de la enfermedad, ya que la evaluación del paciente con cáncer debe comprender las dimensiones psicológicas, sociales, funcionales y la sintomatología física que están asociados con el cáncer y su tratamiento (Buceta y Bueno, 1996), no evalúa las áreas correctas que afectan la Calidad de Vida de una persona que sufre cáncer de mama

Ahora bien, no podemos argumentar que todas las mujeres que padecen cáncer de mama, experimentan las mismas situaciones o los mismos sentimientos sobre el cáncer, ya que debemos recalcar fuertemente las diferencias individuales que nos hacen ser únicos y especiales en el mundo, así cada mujer experimenta el cáncer según su historia y sus mecanismos de defensa que ella ha construido a partir del diagnóstico. Sin embargo, coinciden que el sufrir cáncer es una situación aterradora y angustiante, pero al transcurrir el tiempo, al ser sometidas a mastectomía y

quimioterapia y/o radioterapia su actitud de sanar va siendo más positiva, lo cual las lleva a querer curarse y superar la enfermedad

De esta manera podemos argumentar que su Calidad de Vida, en un principio se ve deteriorada en sus cuatro aspectos, es decir, que se ven afectadas las características de la Calidad de Vida. Primero, el Nivel de vida que se refiere al dominio del individuo sobre sus recursos monetarios, energía física y psicológica, etcétera (Johansson, 1970; citado en Ramirez, 1998), así, al perder dicho dominio aunado a las escasas interacciones sociales y la deteriorada comunicación que existe entre la familia y el enfermo deteriora el modo de vida y el estándar de vida; y por último, el estilo de vida que se refiere al comportamiento saludable del paciente, sólo se ve afectado en las etapas 2a y 2b de pacientes con cáncer de mama. Todo ello conforma una buena o mala Calidad de Vida, lo cual está deteriorado en mayor o menor medida en las pacientes

Pero a pesar de estas catastróficas modificaciones que sufre la paciente, llegan a recuperar lo perdido poco a poco, ya que se notó durante las entrevistas, algunas actitudes positivas ante el cáncer: como el querer recuperarse y vencer la enfermedad. Es así como su actitud las ha llevado a muchas de ellas a recuperar la confianza, mientras que a otras les afecta problemas externos a la enfermedad

Además debemos agregar que las necesidades de cada paciente son distintas, es así como al ser profesionales de la salud debemos aprender escuchar al paciente y conocer cuáles son sus necesidades en cuanto al tratamiento, la información o el sólo el poder hablar acerca de sus inquietudes y miedos que tiene para ellas el padecer cáncer con una persona que pueda entenderla y proporcionarle algunas herramientas que le ayuden a superar su estrés o ansiedad. Al mismo tiempo, ayudarlas a aceptar su enfermedad, explicando que este hecho las ayudará a hacerle frente al cáncer con éxito

Es así, como se llegó a conocer más sobre la Calidad de Vida de las pacientes con cáncer de mama, así como saber acerca de sus necesidades e inquietudes acerca de la enfermedad y sobre todo entender su situación de enfermar. Por ello, se cree haber cumplido con el objetivo de la presente investigación.

CONCLUSIÓN

En la actualidad, el cáncer de mama es la 2ª causante de muerte en nuestro país y por ende, es la enfermedad más temida por las mujeres, ya que el impacto del cáncer es complejo, por ser una enfermedad con repercusiones en el aspecto biológico, socioeconómico y emocional de la paciente y su entorno.

Pero, ¿qué es el cancer de mama? Brevemente, se puede decir que el cáncer de mama es una formación anormal de cualquiera o ambos senos, de un tejido cuyos elementos sustituyen invasoramente los tejidos normales. El diagnóstico de éste tipo de cáncer se hace por medio del autoexamen de mama realizado por la mujer y el uso de mastografía por parte del médico, cuando este tiene sospechas de algún nódulo extraño en la mama.

Cuando éstas acciones se llevan a cabo y el resultado es positivo, los medicos determinan la extensión anatómica de la enfermedad y la tendencia tumoral a la progresión que permitirá aplicar el mejor tratamiento, es decir, clasificaran el tumor de la mama según el sistema TNM.

Al conocer la dimensión anatomica del tumor, la localizacion y extensión de éste, la edad de la paciente, entre otros, se procederá a tomar la decisión de los tratamientos a llevar, que generalmente indican una mastectomía radical con quimioterapia y radioterapia (Peterson, 1987).

Estos acontecimientos traen en la paciente una mezcla de sentimientos encontrados, como son: negacion y miedo (Lipkin y Cohen, 1989), estres (Buceta y Bueno, 1996), hostilidad, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, arrogancia, docilidad, depresión y dependencia (Casciato y Lowitz, 1990, Ibanovich y Medina, 1994, Delgado, 1995); y por último se experimenta miedo a la muerte, a la incapacidad, al dolor, a la progresión, etcetera (Wohl, 1960).

Como menciona Juárez (1997) "la vida del paciente crónico depende más de los aspectos psicologicos que de los biológicos, es decir, el tipo de comportamiento que se tome ante la enfermedad determina los estilos de vida de sí y su familia, así como las diversas opciones para aprender a vivir con la enfermedad" (pág. 49).

De esta manera, la desadaptación psicológica es uno de los factores que contribuyen al deterioro de la Calidad de Vida en las pacientes que padecen cáncer de mama. Por ello, la evaluación de la Calidad de Vida en las pacientes contribuye esencialmente en estudiar los factores subjetivos que conducen al bienestar de las pacientes así como conocer el proceso por el cual pasa la paciente ante la enfermedad; ya que los resultados serían más reales a partir del valor subjetivo que tenga la paciente, con respecto a su presente y futuro que influyen significativamente en el aspecto objetivo de su vida.

Así se comenzó a analizar cada vez más un nuevo enfoque de la salud y la atención médica, integrando el aporte de las ciencias sociales, como la psicología, y el desarrollo de las concepciones sobre Calidad de Vida del hombre moderno

Por ende, la Calidad de Vida ha devenido como un concepto valorativo fundamental para enfrentar los problemas de la conquista de la salud y el bienestar humano, que el objetivo fundamental de la Calidad de Vida

De esta manera, la Calidad de Vida vincula factores objetivos y subjetivos relacionados con el proyecto personal de vida del hombre. Su objetivo es configurar un nivel suficiente para llevar una vida social, cultural y económicamente digna, una vida verdaderamente humana, lo que depende de las particulares circunstancias socioculturales que definen a la comunidad y de las aspiraciones, deseos y propuestas de sus integrantes.

La Calidad de Vida ha llegado a ser un elemento indispensable en la evaluación de los tratamientos, especialmente en los ensayos clínicos realizados en diversos países. En oncología, actualmente se han preocupado por entender la importancia que tiene la evaluación de sus pacientes, respecto a la Calidad de Vida de ellos, ya que se interesan más en el bienestar de sus pacientes.

En este estudio, al ser el objetivo fundamental describir la Calidad de Vida de las Pacientes, se puede concluir que la Calidad de Vida no se ve deteriorada en su totalidad, ya que las pacientes de la muestra se muestran optimistas ante la enfermedad, ya que la manera en que viven y la actitud que han tomado en cuanto al cáncer ha sido positiva. No obstante cabe recalcar, que no por esto, las pacientes tengan una buena Calidad de Vida, sino lo que se quiere dar a entender que sólo

algunos aspectos de su estilo de vida se han visto modificados a causa del cáncer, pero ello no significa que su Calidad de Vida no sea buena

Estos acontecimientos, son relevantes para las mujeres que padecen cáncer de mama, ya que la actitud que han tomado con respecto a la enfermedad les trae muy buenos beneficios, como son: la no progresión del cáncer (metástasis), no sufrir depresiones ante el hecho de padecer una enfermedad crónica que permite bajar los niveles de ansiedad, no perder su autoestima ante el hecho de ser mutiladas, y sobre todo aprender a vivir con la enfermedad

Así que al verse cumplido el objetivo de la presente investigación se propone, a partir de un trabajo multidisciplinario, crear un programa de apoyo que integre aquellos aspectos que intervienen en el transcurso de la enfermedad, que se han tratado durante el desarrollo del presente trabajo, para que todas las pacientes conozcan más acerca de los acontecimientos por los cuales van a atravesar y proporcionarles las herramientas necesarias que le permitan superar el cáncer

Esto puede llevarse a cabo mediante seminarios, como lo propone Kübler-Ross (1989), en donde médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos entrevistan al paciente y conocen más profundamente los sentimientos, necesidades y entender mejor el comportamiento de las pacientes. Al mismo tiempo ofreciéndole apoyo emocional dentro de la unidad hospitalaria

Así como ofrecer terapia de grupo a aquellas pacientes que deseen compartir sus experiencias y sentimientos acerca del cáncer para que en conjunto aprendan a **"vivir con el cáncer"** y conozcan que existen otras mujeres que sufren al igual que ellas

- Aaronson, N. K., Cull, A. M., Kaasa, S. y Mirjam, A. G. S. (1996). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincott - Raven
- Arias, B. A. (2000). *Cáncer de mama* Ganar Salud. El periódico que te cuida.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. y Segura, A. (1999). La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Medicina familiar*, 112 p 79-86.
- Ballerter, A. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud* México Promolibro.
- Barber, H. R. K. (1992). *Manual de oncología ginecología*. México. Interamericana Mc Graw Hill.
- Benson C. R. (1994). *Manual de obstetricia y ginecología interamericana*, México: Interamericana Mc Graw Hill.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. M. (1996). *Tratamientos psicológicos de hábitos y enfermedades* Madrid: Pirámide
- Buendía, J. (1991) *Psicología Clínica y salud* Marcia: Ingramar
- Casciato, D. A. y Lowitz, B. B. (1990) *Manual de Oncología Clínica*. España. Salvat.
- Delgado, V. E. (1995). *Los perfiles cognitivos y las estrategias de pacientes oncológicos Elementos para una consideración del tratamiento en pacientes terminales*. México: Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala.

Disaia J.P. y Creasman (1991). *Ginecología Oncológica*. Argentina Médica Impanamericana.

García, M. C., Giron, M. M. A. y Victoria, G. Y. (1996) *Estilo de Vida y Obesidad: Estudio explorador sobre algunos indicadores de asociación*. México: Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala.

Garza, F. C. (1996). *Calidad de vida y exigencias éticas: III Simposio Internacional Memorias*. México: Universidad Iberoamericana.

Gómez, D. E. y Saburido, X. L. (1996). *Salud y Prevención. Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica*. España Universidad de Santiago de Compostela

Gómez, M y Sabeh, E N (2000). *Calidad de Vida Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica* España: Universidad de Salamanca. Facultad de Psicología

González, B. M., Ordonez, A., Feliu, J., Zamora, P. y Espinosa, E. (1996). La Calidad de Vida del Enfermo Neoplásico. Murillo, C. E *Tratado de Medicina Paleativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. España: Panamericana.

González, B. M., Ordonez, A., Feliu, J., Zamora, P. y Espinosa, E. (1996). Sociedad y Enfermedad. Viladiu, Q. P. y Catalán, F. J. G. *Tratado de Medicina Paleativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. España: Panamericana.

González M. J. (1991). *Oncología ginecológica*. Barcelona Salvat Editores.

Grau, A. J. y González, P. U. (1998). Ética, calidad de vida y psicología de la salud. *Revista de Psicología y Salud*, 12, 83-96.

Hernández, S. R., Fernández, C. I. y Baptista, L. P. (1991) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hugh, R. K y Barber, M. D. (1989). *Manual de Oncología Ginecológica*. México: Interamericana

Holland, J. C y Rowland, J. H. (1989) *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press.

Ibancovich, H. G. y Medina, C. B. A. (1994). *Instrumento de evaluación para determinar la calidad de vida de pacientes con alguna enfermedad crónica*. México: Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala

Juárez, T. (1997). *Aportaciones de la psicología a la medicina en el estudio de las enfermedades crónicas degenerativas*. México: Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala

Kirby, I., Bland, M. D. y Edward, M. (1993). *La mamá. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas*. México: Panamericana.

Kübler-Ross, E. (1989) *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

Legorreta, J y Paente, S (1988) *Medio Ambiente y Calidad de Vida*. México: Plaza Valdez

Levi, L. y Anderson, L. (1980). *La Tensión Psicosocial Población, Ambiente y Calidad de Vida*. México: Manual Moderno.

Lipkin, G. B. y Cohen, R. G (1989). *Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales*. Barcelona: Doyma.

López, E. (1998) El cáncer cérvico-uterino, tema de estudio del maestro Rafael Jiménez Flores *Gaceta UNAM IZTACALA* Época 5 No. 109.

López, S. E. (2000) *Propuesta Teórico – Metodológico para trabajo con familiares de enfermos terminales oncológicos*. México: Tesis de Licenciatura. UNAM Iztacala

López, S. F. (1995) *Calidad de vida en pacientes con trasplante renal y hemodialisis Estudio comparativo*. México: Tesis de Licenciatura. UNAM Facultad de Medicina.

Martínez, V. V. y Lozano, M. A. (1998). *Calidad de vida en ancianos*. Cuenca: Ciencia y Técnica

Marquéz, M. J., Fernández, L. I., Tejera, J. C. C., Gallego, A., Sánchez, y Baca, E. (2000). Psicopatología y calidad de vida en pacientes portadores de un desfibrilador automático implantable. *Monocardio*, 50.

Merck, S. D. (2000) *Manual Merck de Información Médica para el Hogar*.

Micallef, J., Auquier, P., Siméoni, MC., Varnazza-Licht, N., Beresniak, A. y Gastaut, JA. (2000) Quality of Life of non-institutional caregivers of patients infected by the aids virus.

Montalvo, Q. J. y Vital, F. A. (1988). *Habilidad de la vivienda y calidad de vida* México: Tesis de Licenciatura. UNAM Facultad de Psicología.

Palomar, L. J. (1997) *Calidad de vida y Salud. Aproximaciones teóricas y su exploración en el espacio urbano*. Blanco, G. J., Rivera, M. J. A., López, A. O. y Rueda, A. F. *Memoria del Seminario Permanente de Antropología Urbana: Un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno Suburbano. Calidad de vida*. México: Universidad Autónoma de México.

- Palomar, L. J. (1997). Calidad de vida en la ciudad de México. García, R. I. *Memoria del Seminario Permanente de Antropología Urbana: Un modelo multidisciplinario en el estudio del fenómeno Suburbano. Calidad de vida.* México. Universidad Autónoma de México.
- Pascual, O. L. M. y Ballester, A. R. (1997). *La práctica de la Psicología de la Salud. Programas de intervención.* Valencia: Promolibro.
- Peterson, B. (1987) *Oncología.* Moscú Mir.
- Ramírez, G. L. H. (1998). *Propuesta de la calidad de vida: Las apreciaciones subjetivas de psicosocial de las amas de casa.* México. Tesis de Licenciatura UNAM Iztacala.
- Reader's Digest. (1995) *Vida y Psicología.* México: Reader's Digest
- Silva, R. A. (1992). *Métodos cuantitativos en Psicología. Un enfoque metodológico.* México Trillas
- Sirgio, A., Díaz, O. M. B., García, G. K., Guevara, M. S., López, C. P., López, L.V., Alija, L. V y Pérez, M. G. (1999). Evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con cáncer de pulmón. *Revista Electrónica de Psicología, 3 (3)*
- Sprangers, M. A. G., Cull, A., Bjordal, M., Groenvold y Aaronson, N. K. (1993). The European Organization of Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. *Quality of Life Research, 2* P 287-295.
- Torres, T. R. (1994). *Tumores de mama. Diagnóstico y tratamiento.* México: Interamericana
- Viamante, M. (1993). *Al encuentro de la salud, felicidad y longevidad* México: Trillas.