

***PSICOLOGÍA
IBEROAMERICANA***

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Meza Rodríguez, María del Pilar; Espíndola Hernández, José Gabriel; Mota González, Cecilia;
Rodríguez Pérez, María Lilian; Díaz Franco, Edgar Cuauhtémoc
Factores que Inciden en la Adaptación a la Enfermedad en Mujeres con Cáncer de Mama
Psicología Iberoamericana, vol. 13, núm. 1, 2005, pp. 43-47
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133926982007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Factores que Inciden en la Adaptación a la Enfermedad en Mujeres con Cáncer de Mama

Adaptation Factors in Women with Breast Cancer

María del Pilar Meza Rodríguez,* José Gabriel Espíndola Hernández,
Cecilia Mota González, María Lilian Rodríguez Pérez y Edgar Cuauhtémoc Díaz Franco
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

Resumen

El cáncer es una patología que exhibe repercusiones a todos los niveles, por lo que su manejo debe ser multidisciplinario. La intervención psicológica es compleja, dado que las exigencias de la enfermedad obligan al paciente a un replanteamiento de la vida, cursando por diversas etapas y por una variedad de respuestas emocionales. Las mujeres con cáncer de mama ponen en juego todos sus recursos, exhibiendo diferentes mecanismos de defensa, en el intento por mantener un equilibrio emocional. Ya que la enfermedad en sí misma y las particularidades de reacción de la paciente conforman el escenario de la crisis, el psicólogo clínico deberá generar la estrategia terapéutica adecuada para cada caso particular.

Descriptores: cáncer, mecanismos de defensa, respuesta emocional, equipo multidisciplinario, crisis

Abstract

Cancer is a pathology that exhibits repercussions at all levels. Consequently, its handling must be multidisciplinary. The psychological intervention is complex, since the demands of the illness force the patient to reorganize her life, passing diverse stages and emotional states. Women with breast cancer tax all their resources, exhibit different defense mechanisms, and strive to safeguard an emotional equilibrium. Since the illness interacts with the particularities of each patient, different reactions will conform the state in which the crisis will manifest itself. The clinician should generate an adequate therapeutic strategy taking into account this compound of factors.

Descriptors: cancer, defense mechanisms, emotional answer, multidisciplinary staff, crisis

Introducción

El reconocimiento del impacto generado por el cáncer de mama en la mujer no sólo debe incluir el área física, ya que es bien sabido que el manejo de la paciente debe ser integral, permitiendo observarla bajo un modelo biopsicosocial, donde la atención adecuada no permite dejar de lado ningún área. Por lo mismo, el manejo multidisciplinario se torna fundamental y exige la coordinación y comunicación de todos los especialistas involucrados.

Es necesario poner atención a la ubicación de factores psicosociales, los cuales incluyen el manejo de la familia y de aspectos relativos al equipo médico, además de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la aparición del tumor y en

su progresión (Almanza, 2000). La evaluación del contexto cultural en el cual se encuentre inmersa la mujer es trascendental en la adaptación que logre la paciente ante la enfermedad, entendiendo por *cultura* las normas, valores, actitudes y conductas que son típicas de un grupo étnico y que son transmitidas entre generaciones (Pimentel, 1998).

La mujer con cáncer de mama requiere de atención y manejo psicológico durante la evolución de su padecimiento, es decir, desde la sospecha, confirmación, tratamiento médico y recurrencia ya que la presencia de cáncer se vislumbra como un evento catastrófico, asociado a la idea de muerte, incapacidad, desfiguro físico, dependencia y disrupción de la relación con otros (Almanza, 2000). Las estrategias que se han de adoptar para proporcionar esta asistencia son varia-

* Dirigir correspondencia a: Montes Urales 800, Torre de Investigación, piso 1, México D.F., C.P. 11000. Correo electrónico: mezapilar@yahoo.com

das y se encuentran en función de las características de cada paciente y del momento en que se encuentre la evolución de la enfermedad.

De esta manera, se ha señalado que las intervenciones psicológicas proporcionan un elemento de autocontrol a las pacientes sobre una situación que de otra forma no podrían dominar (Phinney, 1996).

En este tipo de mujeres es importante favorecer el enlace con el conjunto de especialistas con el objetivo de crear una relación personalizada donde la paciente no se perciba como una más, logrando el esclarecimiento de sus dudas acerca de la enfermedad. En este punto el psicólogo juega un papel importante, pues se ubica como facilitador de este tipo de comunicación, creando un puente entre ambas partes, además de mostrarse como un profesional en el cual la paciente puede depositar su confianza, logrando una empatía que ha de procurarse que perdure durante todo el proceso. A partir de ello, la paciente se siente mucho más confiada y, en consecuencia, disminuye sus niveles de ansiedad, controlando la fantasía que gira alrededor de lo desconocido y de la sensación de serle indiferente al grupo de especialistas, así como de encontrarse sola frente a la enfermedad, ya que se sabe que, cuando un paciente se encuentra con una enfermedad, se enfrenta a un hecho novedoso, generalmente inesperado y que atenta contra su integridad física y emocional (Torrico, Santín, Andrés, Menéndez & López, 2002).

En la mujer con cáncer de mama puede existir la sensación de que su vida depende de las decisiones que tome el médico. Esta dependencia puede ser contraproducente, ya que provoca sumisión y pérdida de la autonomía en un momento en que la exteriorización de sus sentimientos acerca del cáncer puede proporcionarle una mayor ayuda (Phinney, 1996). Esto puede deberse en parte al hecho de que el paciente que está hospitalizado ante una situación de crisis entiende que se encuentra en un estado de indefensión, reconociendo el peligro y reaccionando frente a él en función de sus elementos previos, los cuales están determinados por formaciones simbólicas que intenta implementar como solución. Tal estado de indefensión sugiere una inhibición funcional del yo, lo que orilla al paciente a aceptar casi de forma inmediata al médico como único responsable de su enfermedad, tratamiento y cura (Torrico *et al.*, 2002).

También es cierto que el conocimiento médico fidedigno, libre de cualquier tabú o creencia que lleguen a lograr la paciente y su familia acerca del cáncer de mama, le facilitará a la mujer la toma de decisiones

sobre una base más real y objetiva, logrando un control sobre la elección de los procedimientos que han de realizarse, sin dejar que esta toma de decisiones recaiga sobre el equipo médico o algún otro allegado con el consecuente desplazamiento de la responsabilidad ante el éxito o fracaso del manejo, evadiendo el enfrentamiento directo del proceso.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en uno de sus estudios, sugiere una serie de recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina en la atención del paciente con cáncer. Estas recomendaciones surgen a partir de la identificación de fallas en la atención de pacientes con esta patología, lográndose identificar como uno de los principales problemas de calidad en la atención médica la comunicación entre el médico, la paciente y sus familiares (Jiménez, 2002).

El psicólogo, al funcionar como facilitador de ese tipo de comunicación, deberá estimular a la paciente y a su familia en la búsqueda de la aclaración de sus dudas, a la vez que ha de exaltar al resto del equipo de profesionales a procurar una comunicación más estrecha y personalizada. De ésta manera se permite un mayor control y dominio para cada situación en específico.

Es claro que el impacto emocional que por sí mismo genera el cáncer de mama es considerable; aunado a ello, la falta de comunicación y la ausencia de un escenario propicio para la aclaración de dudas y la contención emocional puede ser tan devastador que inmovilice a la mujer e inclusive a su familia y de una manera u otra les impida tomar las medidas pertinentes para iniciar o continuar la lucha contra la enfermedad e inclusive se recurra a tratamientos no comprobados científicamente en busca de curas mágicas; con las consecuentes repercusiones ante la evolución de la enfermedad. Asimismo, la ansiedad y los efectos secundarios del tratamiento tienen un impacto negativo en la eficacia de las intervenciones médicas, pudiendo propiciar un incumplimiento o abandono precoz del tratamiento (Phinney, 1996).

Adaptación

Es importante señalar que el cáncer se ha conceptualizado como una enfermedad devastadora y mortal, lo que pudiese ser cierto en algunos casos, pero no en todos. Las pacientes con frecuencia viven momentos de angustia e incertidumbre relacionados con su enfermedad, con la sensación de convivir con la muerte en todo momento, por lo que la calidad de vida se desvanece de manera proporcional.

La mujer, en un intento por hacer frente al desequilibrio emocional que le genera el cáncer, pone en práctica mecanismos de defensa que le permitan de momento salvaguardar su integridad emocional. Estos mecanismos de defensa pueden ser adaptativos o desadaptativos. La negación, por ejemplo, puede ser una forma de no querer ver la realidad y de alguna manera procurar tener un estilo de vida lo más semejante al que se tenía antes de recibir la noticia de cáncer. Sin embargo, se oculta la situación a la cual tarde o temprano tendrá que enfrentarse. Los mecanismos de defensa actúan inicialmente como un proceso de inhibición ante la situación de amenaza continua a la vida, integridad física y emocional. Esa "estrategia" le permite sobrellevar la situación en tanto consigue ser funcional en una adaptación progresiva a la realidad, con la consecuente asimilación del evento. Sin embargo, cuando la estrategia adoptada se instaura de manera que inmovilice el funcionamiento de la paciente, inutilizándola frente a la problemática, se trata entonces de la transformación de un proceso inhibitorio a la instauración sintomática de una alteración emocional que demanda detección, atención y manejo oportuno.

Lederberg & Massie (en Pimentel, 1998) señalan que algunos enfermos de cáncer se pueden sentir culpables ante su enfermedad lo cual les genera un estado de angustia que interfiere negativamente en su adaptación. También se ha relacionado el sentimiento de culpa con el intento de búsqueda por parte de la paciente de la causalidad de la enfermedad en su historia, oscilando esta búsqueda de causas desde accidentes meramente físicos hasta aspectos de orden moral y ético. En este intento de ubicación de culpa las pacientes fácilmente establecen relaciones entre la enfermedad y algún hecho de su vida pasada. Todo ello origina sentimientos de inestabilidad e inseguridad tendientes a la reinterpretación de eventos pasados a los que se matiza de culpa en relación a la forma de reeditar su propia historia en el presente (Haber, 2000).

Por otra parte, la experiencia de tener cáncer se puede manifestar con un matiz diverso que dependerá de factores tales como la capacidad de afrontamiento, las redes de apoyo con las que se cuente, la proposición de diversos tratamientos, el estadio por el que cursa la enfermedad, entre otros muchos aspectos que han de ser evaluados oportunamente por el profesional de salud. Considerando que la paciente pone en marcha diversas reacciones emocionales, las cuales, como ya se señaló anteriormente, no necesariamente han de plantearse como sintomáticas de inicio, pues

podiesen constituir un modelo inhibitorio en un intento por asimilar la nueva situación. Las reacciones emocionales como el pánico, la confusión, la negación, la culpa, la decepción, la ansiedad, y el aislamiento han de observarse de forma frecuente, de manera que la distinción entre inhibición y sintomatología dependerá básicamente de la duración, intensidad, frecuencia e interferencia en el funcionamiento de la persona.

Es importante referir que el impacto emocional por el que curse la paciente puede interferir con el o los tratamientos médicos propuestos y que, además, la mujer ha de conceptualizar su enfermedad por las experiencias previas que tenga con el cáncer. No sólo por el diagnóstico médico propio, sino también por la influencia de la percepción que tienen las personas que rodean al paciente acerca de la enfermedad (Slaikeu, 1996).

Una vez evaluada la situación, el profesional de salud ha de adoptar la estrategia que mejor se adecue al caso con el que se enfrenta, funcionando básicamente como un contenedor emocional de las reacciones de la paciente, proporcionando las herramientas que se requieran para el manejo de las mismas y de las circunstancias en las que se ubique la enfermedad; esto en función de las diversas etapas del tratamiento ya que las pacientes en situación de crisis presentan, entre otros aspectos, dificultades para la toma de decisiones, lo cual es directamente proporcional a la fragilidad del yo (Espíndola, Meza, Díaz, Rodríguez, & Mota, 2003).

Debido a la diversidad de reacciones emocionales que se observan ante la experiencia de tener cáncer es difícil poder establecer un plazo para la adaptación a la enfermedad ya que ésta se torna muy variable. Algunos autores hacen referencia a cinco años como tiempo requerido, mientras que otros señalan que seis meses son suficientes. Sin embargo, los factores que inciden en la paciente para contribuir a lograr una adaptación más eficaz a la enfermedad expuestos por Haber (2000) indican que las variables individuales que influyen en la intensidad y duración del impacto psicológico son:

Variables anteriores a la enfermedad

- Características de la paciente. Importancia que tiene la apariencia física (la mama) para la paciente, edad y expectativas prequirúrgicas.
- Características del entorno. Preparación prequirúrgica por el cirujano y calidad de la relación conyugal y sexual.

Variables posteriores a la mastectomía

- Forma en que la paciente afronta la situación. Uso, intensidad y selección de la negación autodefensiva y de otros recursos psicológicos. Búsqueda de las causas que originan la autoculpabilidad y la proyección de la culpa.

Variables del entorno

- Tiempo transcurrido desde la cirugía. Disponibilidad de apoyo (médico-cirujano, marido, familia y otras pacientes). Tratamientos médicos secundarios (radioterapia, quimioterapia).

Arbizu (2001) señala que la contribución de la paciente a la adaptación a la enfermedad proviene de diversas fuentes, atribuyéndoles inclusive un valor predictivo; entre ellas, se encuentran la estructura de personalidad estable y la ausencia de trastornos psiquiátricos o problemas psicológicos significativos. Pacientes con estas características buscarán información y seguirán de manera activa y participativa su tratamiento, además de que reaccionarán frente a la enfermedad como un cambio. Mientras que aquellos pacientes que no cuentan con estas características enfrentarán la situación tratando de evitar las implicaciones de la enfermedad y demorando la toma de decisiones necesarias para un cuidado óptimo. Dado lo anterior, pueden ubicarse aquellos pacientes con factores de riesgo y dar un valor predictivo a la adaptación de la enfermedad.

La observación hecha a la población femenina con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Perinatología ha posibilitado la detección de una serie de factores que influyen en el éxito que puede exhibir la mujer en su intento de adaptación a la enfermedad, tales factores son los siguientes:

a) Características propias de la paciente y del entorno que le rodea anteriores al diagnóstico de cáncer.

Este rubro se compone básicamente del conocimiento de la edad, nivel sociocultural, estado civil, existencia de paridad satisfecha, experiencia previa de la enfermedad, acceso a los servicios de salud y antecedentes de alteraciones psiquiátricas o mentales entre otros. Lo anteriormente expuesto nos permite poseer una visión mucho más amplia de la paciente y el entorno inmediato que le rodea lo que posibilita la deducción del grado de significación que para la paciente exhibe la mama.

b) Factores relacionados con los tratamientos propuestos.

Se presentan de manera paralela a la proposición médica de la terapéutica a seguir; es decir, con los efectos secundarios que el tratamiento exhibe en un intento por conservar la salud. Cabe mencionar, de igual manera, aquellos tratamientos que implican una pérdida corporal parcial o total, como sucede en procedimientos como la mastectomía, los cuales impactan a la mujer de manera acorde al simbolismo que del segmento corporal que en específico tenga la paciente.

c) Factores posteriores al tratamiento.

Estos se relacionan con la evaluación hecha a las secuelas que objetivamente ha dejado la enfermedad, una vez que médicamente ésta se ha superado; tales factores se relacionan con la secuela a nivel corporal, familiar, de pareja, posibilidad reproductiva, social, laboral entre otros. La incredulidad al hecho de haber superado la enfermedad se exhibe comúnmente bajo el sustento del temor a la recurrencia.

Es necesario tomar en cuenta la existencia de factores derivados de la paciente, que incluyen su etapa vital (infancia, adolescencia, adultez, etc.), sus recursos sociales, sus objetivos biológicos, personales, sociales y su capacidad de afrontamiento y cómo estos son influenciados por el cáncer. A la vez, existen factores derivados de la enfermedad los cuales incluyen el tipo de cáncer, su estadio, la sintomatología (especialmente la presencia de dolor) y el pronóstico (Almanza, 2000).

Hay que señalar que factores sociales como el estado socioeconómico bajo, la presencia de problemas maritales y familiares así como la ausencia de redes de apoyo desempeñan una interferencia en la adaptación de la paciente.

Es necesario recalcar, aunque pareciese reiterativo, que los parámetros anteriormente expuestos dependen básicamente de las características individuales de cada sujeto. Por otra parte, Lederberg y Massie (1993) señalan que al paciente se le debe permitir responder a la situación con sus propias estrategias de adaptación, coherentes a su estilo de personalidad y sin reprimir las emociones que pueda sentir.

Respuesta emocional al cáncer

La importancia de definir y reconocer la respuesta psicológica esperada ante la enfermedad, así como su magnitud, radica en que su conocimiento nos ubica

en la posibilidad de identificar a aquellas pacientes que requieren de una evaluación más fina. Esto a su vez permite tomar la decisión de canalizar a las que lo requieran a una atención especializada para que dispongan de apoyo psicológico adicional (Haber, 2000).

En un intento por ubicar y definir la respuesta "normal" al cáncer, diversos autores se han abocado a la tarea de clasificar las respuestas emocionales que con mayor frecuencia han observado en fases o estadios. Almanza (2000) señala tres fases:

Fase I

Caracterizada por la negación y resistencia a creer que la noticia es cierta, se acompaña de un sentimiento de "anestesia emocional", seguido de un periodo de confusión, agitación emocional y disforia.

Fase II

La realidad es reconocida lentamente e incluye síntomas como ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito.

Fase III

Adaptación a largo plazo, que incluye el retorno a la rutina normal y la aparición de "optimismo".

Acorde con las fases expuestas, Almanza señala que no hay una manera única de enfrentar el cáncer ni tampoco un orden en la aparición de respuestas adaptativas, por lo que es necesario hacer énfasis en que cada paciente exhibe una manera peculiar de reacción emocional que no ha de pasarse por alto y que, de la misma manera, requiere de una evaluación eficaz y oportuna, proporcionando un valor predictivo que permita el establecimiento oportuno de la estrategia psicológica que se considere más adecuada.

Conclusión

El impacto emocional del cáncer de mama puede ser devastador y exige que la mujer ponga en marcha todos los recursos emocionales que posee. Sin embargo, la intervención del clínico es trascendente para el acompañamiento durante el proceso, adoptando diversas estrategias terapéuticas. Toda maniobra clínica ha de sustentarse en una evaluación óptima y eficaz con la habilidad profesional para detectar en qué punto se localiza la mujer. Debe incluirse en la evaluación de la paciente a su entorno y familia, lo cual contribuirá a decidir la elección terapéutica que más le favorezca.

Referencias

- Almanza, H.J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206.
- Arbizu, J.P. (2001). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(1), 173-178.
- Espíndola, G., Meza, P., Díaz, E., Rodríguez, L. & Mota, C. (2003). Aproximación de la intervención psicológica en pacientes hospitalizados de instituciones no psiquiátricas. *Revista de Perinatología*, 18(3), 9-13.
- Haber, S. (Ed.) (2000). *Cáncer de mama: Tratamiento psicológico*. Barcelona: Paidós.
- Jiménez, M.E. (2002). Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina en la atención del paciente con cáncer. *Revista Conamed*, 11(22), 5-12.
- Phinney, J.S. (1996). Ethnicity and cancer outcomes: Behavioral and psychosocial considerations. En B. Meyowitz, J. Richardson, S. Hudson & B. Leedham. *Psychological Bulletin* (1998), 123(1), 47-70.
- Pimentel, D. (1998). *Alteraciones de la sexualidad y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico en el Instituto Nacional de Perinatología*. México: Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Psicología, tesis de licenciatura).
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación* (2a. ed.) México: Manual Moderno.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López, M.J. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.