

Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico

MARÍA DEL PILAR MEZA-RODRÍGUEZ^a

RESUMEN

La noticia de portar cáncer puede sobrepasar los recursos emocionales de una mujer, debido a que diversos factores se involucran, tales como: la representación social que se tiene de la muerte, la sensación de incapacidad, el deterioro corporal y la mutilación física, entre otros. Todos estos factores generan una gran inestabilidad emocional durante la evolución de la enfermedad, conformando una amenaza constante, no sólo para la vida, sino también para la integridad física, familiar, económica y social de la paciente. Las respuestas emocionales deben ser diferenciadas, entre una condición reactiva esperable (originada como una estrategia adaptativa para la asimilación progresiva de la realidad) o como una condición premórbida precipitada que cubre criterios diagnósticos para ser atendida como una entidad psicopatológica por sí misma. La valoración psicológica, a partir de la historia clínica detallada, debe permitir al profesional de la salud mental elegir el manejo adecuado, en particular: favorecer la adherencia terapéutica y ayudar a elaborar el fortalecimiento de la personalidad frente al evento mórbido, incluida la posibilidad de una recurrencia.

PALABRAS GUÍA: Cáncer, respuesta emocional, valoración psicológica.

¿QUÉ ES EL CÁNCER DE MAMA Y CERVICOUTERINO?

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Diagnóstico, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama^{1(1+ +, B)*} define al cáncer como un tumor maligno que se caracteriza por la pérdida en el

control del crecimiento, desarrollo y multiplicación celular con capacidad de producir metástasis.

Torres Lobatón^{2(4,C)} define el cáncer cervicouterino como una neoplasia maligna que por lo general se origina en la unión escamocolumnar del cuello uterino o cérvix, por lo común de estirpe epidermoide y con menor frecuencia del tipo del adenocarcinoma, el cual se desarrolla por lo común a partir de lesiones preeexistentes en las que se identifican células displásicas y con gran frecuencia infección por virus de papiloma humano.

^a Investigadora del Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología. Isidro Espinosa de los Reyes.

Correspondencia:

Dra. Ma. del Pilar Meza Rodríguez

Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología. Isidro Espinosa de los Reyes. Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, México, D.F., C.P. 11000. Tel.: 5520-9900, Ext. 147. Correo electrónico: mezapilar@yahoo.com

Recibido: 11 de diciembre de 2006.

Aceptado: 9 de febrero de 2007.

* Los números y las letras entre paréntesis corresponden a los Niveles de Evidencia y a los Grados de Recomendación, respectivamente, propuesto por la Red de Guías Intercolegiadas Escocesas (SIGN, 2004). Ver: Aldana-Calva E, Gómez-López ME. Criterios para la elaboración de las Guías de Intervención Psicológicas. Perinatol Reprod Hum 2007; 21(1): 11-21.

¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DEL CÁNCER DE MAMA Y CERVICOUTERINO EN MÉXICO Y EN EL INPER?

De acuerdo con la Primera Revisión del Consenso Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama, se señala que los dos tumores más frecuentes en nuestro país son, en primer lugar, el carcinoma cérvicouterino (18.1%); seguido por el cáncer mamario (10.8%). Ambas neoplasias representan cerca del 50% de los tumores malignos que afectan al sexo femenino.^{3(3,C)}

En el cáncer de mama el grupo de edad más afectado es el de 40 a 49 años, con 29.5% del total de casos; mientras que 45% de éstos se presentan antes de los 50 años.

En cuanto al cáncer de cervix, Franco y Harper refieren que la infección por virus de papiloma humano es la causa más importante del cáncer cervical en una proporción atribuible de 99.7%.^{4(2+,C)}

En el año 2004, en el Instituto Nacional de Perinatología Dr. Isidro Espinosa de los Reyes (INPerIER) fueron diagnosticadas en la Consulta de primera vez de Ginecología: 11 pacientes con neoplasias malignas de mama, 15 de cervix y 51 de útero. (Anuario estadístico INPer 2004)^{5(I+,A)}

¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A LAS ALTERACIONES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA O GINECOLÓGICO?

Pimentel,^{6(4,C)} advierte sobre la existencia en algunos casos que por sus características pueden llegar a presentar o exacerbar algún problema psiquiátrico. Las siguientes son algunas de las características que pueden identificarse como promotoras de este tipo extremo de trastornos:

1. Historia previa de trastornos psiquiátricos, tales como: alcoholismo, drogadicción, depresión y ansiedad crónica.
2. Evidencia de altos niveles de angustia presente desde el inicio de la enfermedad y de manera persistente durante el transcurso de la misma. De manera especial, cuando existe una clara evidencia de estrategias de afrontamiento limitadas.
3. Actitudes negativas hacia el equipo de salud y los tratamientos, así como pobres expectativas ante la posibilidad de la recuperación.

4. Manifestación de factores médicos que sugieran una alta vulnerabilidad como síntomas difícilmente controlados, como el dolor o el insomnio.

Almanza^{7(4,C)} señala que existen diversos factores relacionados con la paciente, que incluyen: su etapa en la vida (infancia, adolescencia, adultez, etc.), recursos sociales, objetivos biológicos, aspectos personales y su capacidad de afrontamiento, los cuales van a verse influidos por el cáncer. Asimismo, existen otros factores derivados de la enfermedad, los cuales incluyen: el tipo de cáncer, su estadio, la sintomatología (especialmente la presencia de dolor) y el pronóstico.

¿CUÁL ES LA INFLUENCIA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL CÁNCER EN EL EFECTO EMOCIONAL DE LAS MUJERES QUE PADECEN CÁNCER DE MAMA O GINECOLÓGICO?

Es innegable que cada sujeto responde de manera única e individual a un mismo estímulo; sin embargo, alrededor del cáncer existe una representación social entendida como el significado que hace la sociedad de la enfermedad, en la cual se encuentran inmersas las creencias de la mujer sobre el evento específico, en este caso sobre el cáncer. Estas creencias inciden en la interpretación individual del evento mórbido, el cual es comúnmente evaluado como una condición que amenaza la integridad física, así como a la vida misma. Almanza^{7(4,C)} relaciona la presencia del cáncer como un evento catastrófico, asociado con la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y disruptión de la relación con otros.

Aun cuando las condiciones físicas reales de la enfermedad ubiquen a la mujer en una situación favorable para la recuperación de la salud física, es difícil luchar contra la representación emocional que la paciente hace al respecto y a partir de la cual se manejará durante el evento. Bárez^{8(4,C)} señala que recibir un diagnóstico de cáncer y pasar por un tratamiento del mismo, supone un hecho estresante que sobrepasa en numerosas ocasiones a las personas que lo padecen y a su familia, reconociendo la importancia y trascendencia de la alteración emocional secundaria.

Es importante destacar 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 conceptuar su enfermedad por las experiencias previas que tenga con el cáncer y no sólo por el diagnóstico médico.^{9(4,C)}

¿CUÁLES SON LAS VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA RESPUESTA EMOCIONAL DE LAS MUJERES FRENTE AL CÁNCER?

Haber,^{9(4,C)} en una adaptación de Meyerowitz, señala que en el cáncer de mama existen variables individuales que influyen en la intensidad y duración del impacto psicológico, las cuales son:

Variables anteriores a la enfermedad

1. Características de la paciente. Importancia que tiene la apariencia física de las mamas para la paciente, edad y expectativas prequirúrgicas.
2. Características del entorno. Preparación prequirúrgica por el cirujano, calidad de la relación conyugal y sexual.

Variables posteriores a la mastectomía

1. 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

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

La observación de la población de mujeres con cáncer en el INPer ha permitido la elaboración de parámetros propios que facilitan la evaluación de factores que intervienen en la respuesta emocional frente al cáncer, los cuales llegan a adquirir un valor predictivo y generan un parámetro de mayor utilidad para la evaluación integral.^{10(4,C)} Dichos factores conforman tres grupos:

1. Características propias de la paciente y del entorno que la rodea, anteriores al diagnóstico de cáncer. Edad, nivel sociocultural (el cual dará pauta a la significación que para la mujer tenga de su enfermedad), valor que se da a la mama o al útero, así como a la maternidad (lo que influye especialmente en el planteamiento de tratamientos que le pueden ocasionar esterilidad), estado civil, calidad de la relación de pareja, eventos reproductivos (esto para indagar si la paridad está satisfecha), contactos previos con la enfermedad (familiares o personas cercanas que la hayan padecido, ya que en gran parte para la paciente representan la evolución de su propia enfermedad, puesta en la experiencia del otro), facilidad de acceso a la atención médica, aceptación de la enfermedad (pues existen pacientes que se niegan a recibir atención médica facilitando la progresión de la enfermedad), habilidad emocional y antecedentes de trastornos psiquiátricos.

2. Factores relacionados con los tratamientos propuestos. Estos van de la mano con los efectos secundarios de los tratamientos a los que se ha sometido la paciente. Por ejemplo, los tratamientos quirúrgicos que pueden provocar pérdida total o parcial de algún segmento corporal (mastectomía, hysterectomy o de alguna función). Así como los tratamientos farmacológicos (quimioterapias), que suponen pérdidas diversas, como el cabello, la libido, etcétera.

3. Factores posteriores al tratamiento. Se asocian básicamente con las secuelas psicológicas que deja la lucha por reestablecer la salud física y que se relacionan primordialmente con lograr la aceptación de las mismas, así como del impacto que éstas generan a nivel familiar, de pareja y social. En este punto, el temor a la recurrencia de la enfermedad es un factor que se observa comúnmente.

¿CUÁLES SON LAS ALTERACIONES EMOCIONALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA O GINECOLÓGICO?

Las alteraciones que se observan con más frecuencia son: miedo, ansiedad y enojo.^(C)

El cáncer de mama y ginecológico constituyen un ente patológico que exhibe repercusiones a todos los niveles (físico, psicológico y social), por lo que el abordaje electivo debe ser multidisciplinario. Por otro lado, se menciona que los cambios psicológicos que aparecen desde el inicio de la enfermedad, son fuente de gran confusión en la paciente y consisten en la generación de miedo, ansiedad y enojo. Éstos, a su vez, involucran cambios en los patrones de vida como malestar físico, ruptura marital y disminución de la actividad sexual.^{11(4,C)} Por lo tanto, el efecto psicológico en la paciente es innegable, dado que las exigencias de la enfermedad que por sí mismas obligan a la mujer a un replanteamiento de su vida y de sus expectativas, lo que provoca que la paciente curse por diversas etapas y por una gama interminable de respuestas emocionales.

Veronesi^{12(4,C)} refiere que el diagnóstico de cáncer puede alterar y asustar a cualquiera, el miedo que genera, produce alteración emocional, aunado a ello, los posibles efectos de los tratamientos sugeridos, generan un desequilibrio emocional, reconociendo francamente la asociación de la enfermedad con una alteración en las emociones que requiere manejo conjunto a favor de la atención integral del padecimiento. Aunado a lo anterior, la importancia de definir y reconocer las respuestas psicológicas esperadas 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, lo que su vez permite tomar la decisión de que sean canalizadas a una atención especializada para que dispongan de apoyo psicológico adicional (Pimentel, 1998).^{6(4,C)}

¿CUÁL ES LA RESPUESTA EMOCIONAL DE LA MUJER ANTE EL CÁNCER?

La respuesta emocional se presenta en tres fases:

Clasificación de Almanza

- Fase I, en donde se presenta la negación.
- Fase II, reconocimiento de la realidad.
- Fase III, adaptación a largo plazo.^{7(4,C)}

La respuesta se da en tres etapas:

Clasificación de Kauffman

- Etapa I, caracterizada por la búsqueda del dominio de la experiencia.
- Etapa II, en donde aparece un intento por controlar los acontecimientos.

- Etapa III, en donde existe un intento por retomar el dominio sobre la vida y la autoestima, siendo necesario para llegar a esta última etapa, una redefinición del yo.^{6(4,C)}

Dentro de la respuesta emocional se presentan:

- Negación.
- Choque emocional.
- Asimilación.
- Aceptación.
- Confrontación inmediata y mediata.
- Recuperación y sublimación (Monroy, 2003).^{13(4,C)}

Aun cuando no existen parámetros claros de la respuesta emocional frente al cáncer, es necesario tomar alguna referencia para ubicarlos. Diversos autores han dedicado sus esfuerzos a esta tarea, Almanza^{7(4,C)} agrupa las respuestas emocionales que con mayor frecuencia se observan, enfatizando que no hay un manera única de afrontar el cáncer ni tampoco un orden de aparición de las respuestas, que el autor estructura en tres fases: La primera, se caracteriza por la presencia de negación y resistencia a creer que la noticia es cierta, la cual se acompaña de un sentimiento de “anestesia emocional”, seguido de un periodo de confusión, agitación emocional y disforia. En la segunda fase, la realidad se reconoce lentamente e incluye síntomas como ansiedad, depresión, insomnio y falta de apetito. En la tercera y última fase, se presenta un proceso de adaptación a largo plazo, que incluye el retorno a la rutina normal y la aparición de un estado de “optimismo.”¹

Por otra parte, autores como Brantner, Lohmann, Kauffman, de Vita, Taylor y Bayes, (citados por Pimentel),^{6(4,C)} estructuran la existencia de tres etapas, que aparecen en función de las respuestas que el enfermo da a lo largo de los distintos momentos de la enfermedad, partiendo de la premisa de que ante una enfermedad cancerosa existe una respuesta universal que toma la forma de estrés, la cual varía en el proceso de adaptación a la enfermedad en las siguientes etapas:

1. Etapa I: Búsqueda del dominio de la experiencia.
2. Etapa II: Intento de controlar los acontecimientos.



3. Etapa III: Retomar el dominio sobre la vida y la autoestima, siendo necesario para llegar a esta última etapa una redefinición del yo.^{2(4,C)}

Monroy^{13(4,C)} menciona la presencia de estadios psicológicos como respuesta de la mujer latina ante el cáncer mamario, los cuales son: negación, choque emocional, asimilación, aceptación, confrontación inmediata y mediata, recuperación y sublimación.

**¿CÓMO REALIZAR EL
DIAGNÓSTICO CLÍNICO PSICOLÓGICO
EN MUJERES CON CÁNCER DE
MAMA O GINECOLÓGICO?**

Historia clínica semiestructurada que contempla las áreas: familiar, sexual, datos sociodemográficos, relación de pareja y datos de la estructura de personalidad, que conduzcan al hallazgo del dato clínico a evaluar.^{14(4,C)}

Es indispensable la evaluación psicológica integral de la paciente, ya que estos eventos facilitan la aparición de respuestas emocionales que bajo otros contextos pueden catalogarse como patológicas; sin embargo, las reacciones observadas están claramente relacionadas con la situación que se atraviesa.^{14(4,C)}

La anamnesis, realizada durante la elaboración de la historia clínica, debe considerarse como la herramienta de elección que permite realizar un diagnóstico adecuado entre inhibición o síntoma, fundamentada básicamente en: rastreo de la historia del dato clínico, evolución, persistencia, recurrencia, pertinencia y simbolización.

El valor del dato clínico evaluado a la luz de la anamnesis, permite elaborar la diferenciación entre inhibición y síntoma. La tabla 1, muestra las principales características de ambas entidades.

La acción clínica debe ser integral, ya que la falta de especificidad en el diagnóstico impacta de forma importante la acción de intervención, pues las estrategias que se elijan son dependientes de esta especificidad y, a la vez, influirán tanto en el pronóstico como en el resultado de la atención.^{15(4,C)}

**¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO
MÁS ADECUADO DE LAS
ALTERACIONES EMOCIONALES
DE LAS PACIENTES CON CÁNCER?**

La psicoterapia grupal a nivel institucional ha demostrado grandes beneficios en el manejo de alteraciones emocionales asociadas a eventos médicos.^{16(4,C)}

La utilización de la psicoterapia grupal en instituciones ya ha sido referida por autores como Fiorini,^{16(4,C)} quien hace alusión al aumento en la demanda de atención, lo que obliga a la reorganización de elementos teóricos y prácticos en el ejercicio psicoterapéutico institucional, lo que hace necesaria la adaptación de modelos tradicionales para la atención psicoterapéutica grupal.

La psicoterapia de grupos en ámbitos hospitalarios resulta ser tan eficaz como la psicoterapia individual, además de ser un tratamiento más económico y al alcance de los pacientes.^{17(4,C)}

La intervención psicoterapéutica grupal en un ámbito hospitalario, facilita la atención de las reacciones emocionales asociadas a eventos médicos y en los casos de trastornos psicopatológicos establecidos, aminora las consecuencias que impacten al evento médico. Aunado a ello, el hecho de pertenecer a un grupo que es dirigido de manera ética y profesional por un especialista clínico, donde sus integrantes presentan un denominador común que es

**Tabla 1
Principales características psicológicas de la inhibición y el síntoma**

Inhibición	Síntoma
Funcional	Disfuncional
Reactiva	Persistente y recurrente
Ganancia primaria	Ganancias secundarias
Angustia objetiva aguda	Angustia por conflicto intrapsíquico crónico
No simbolizada	Simbolizado
Restricción transitoria de la conciencia	Inconsciente

la experiencia de cáncer, crea un escenario donde la mujer puede expresar libremente sus dudas, ideas y sentimientos alrededor de la enfermedad, sin temor de ser criticada, preocupar a sus allegados, parecer exagerada, etc. construyendo una red de apoyo de gran valor durante la evolución de la enfermedad.

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS DEBE POSEER LA PSIOCOTERAPIA GRUPAL PARA MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y GINECOLÓGICO?

Debe ser una terapia breve con objetivos limitados y focalizados, con grupos abiertos y homogéneos, con un estrecho apego a los objetivos institucionales, todo ello con base en la caracterización que ya se ha hecho de la población.^{15(4,C)}

Tales objetivos varían acorde a la etapa de progresión del cáncer, reestructurándose de forma paralela a este avance físico para proporcionar un acompañamiento eficaz con la etapa de enfermedad que vive la mujer.

Intervención durante el diagnóstico médico

Ésta se deriva de la confirmación de la enfermedad, lo que Almanza^{7(4,C)} refiere como comunicación de malas noticias, haciendo énfasis en el hecho de que a la enfermedad médica se le asocia con la amenaza en el deterioro físico, mental, incluyendo la muerte, o bien, con el establecimiento de secuelas que modifiquen o impidan continuar con el estilo de vida ya adoptado.

La mayoría de las pacientes vistas en el servicio de oncología del INPer suelen manifestar que no comprenden por qué se encuentran viviendo esos momentos, creyendo inclusive que el diagnóstico médico ha fallado en algún punto, o bien, que no han sido exploradas de manera adecuada. Finalmente intentan encontrar un error técnico donde no existe, siendo la negación la estrategia de elección más común en un intento por visualizar una realidad que no sea tan amenazante. Sin embargo, es importante identificar la negación que mantiene estancada a la paciente y que no le permite evolucionar al reencuentro con la realidad y, por el contrario, mientras más se labore y se establezca, la irá alejando proporcionalmente de la misma.^{10(4,C)}

Es también el momento del diagnóstico médico donde es preciso tomar una decisión con tal de obtener la estrategia más adecuada dentro de la gama de

posibilidades médicas expuestas para iniciar la lucha contra la enfermedad y es aquí donde las pacientes señalan no poseer la capacidad de tomar una decisión. Se sabe que la toma de decisiones implica responsabilidades sobre la misma y es aquí donde el manejo de la paciente se enfoca a depositar la responsabilidad en el otro, optando porque sea el médico o alguien de la familia quien tome la determinación, en especial en tratamientos radicales, generando así un culpable en potencia donde si las cosas salen mal, la paciente pueda depositar directa o indirectamente los sentimientos que esto le genere. Es importante en este punto crear la conciencia de que se trata de su propio cuerpo y de su estado de salud.

El temor de la paciente a la propia muerte, le genera un estado de ansiedad, que a su vez la confronta con las expectativas de vida que hasta el momento se han cubierto, provocando por lo común inconformidades hacia lo ya vivido, donde puede llegar a la conclusión que aún no ha cumplido con las metas que se había planteado antes de saber el diagnóstico de cáncer, las cuales ahora están amenazadas, o bien, tendrán que modificarse.

Es lógico que tras lo ya expuesto, las pacientes ostenten una baja autoestima, donde el sentimiento de culpa aparece, el cual puede relacionarse con las conductas o sentimientos inadecuados que se han tenido a lo largo de la vida: hábitos higiénico-dietéticos (alcohol, tabaco, alimentación, etc.), rencores, malas acciones o pensamientos hacia los otros, entre otras cosas. Por lo cual la paciente puede llegar a ver el cáncer como un castigo.

En este punto es oportuno señalar a la paciente que el análisis de conductas o eventos pasados no será tan productivo en este momento, por lo que sería mejor analizar las opciones que se planteen para hacer frente a la enfermedad.

El estado de ánimo, por lo general tiende a la depresión, ya sea porque la paciente manifiesta estar triste la mayor parte del tiempo, o bien, irritable o poco tolerante ante circunstancias que anteriormente no le generaban estas reacciones.

Intervención psicológica durante el tratamiento médico

Mientras transcurre la enfermedad, la presencia de reacciones emocionales se encuentra ligada al deterioro o mejoría en el estado de salud. Así, Haber^{9(4,C)} señala que los niveles de ansiedad se

relacionan con la presencia de síntomas físicos percibidos por la mujer aun cuando no guarden relación con el riesgo médico real.

El nivel de ansiedad se eleva, pensando la paciente que si lo que se está haciendo por luchar contra el cáncer es lo correcto, o bien, si se presentarán los resultados que se esperan, encontrándose bajo la amenaza constante de llegar a un punto determinado donde el tratamiento tenga que ser radical, si es que no lo fue de inicio, por ejemplo, en aquellas mujeres donde se lleva a cabo un manejo conservador con la consigna de que si no aparecen los resultados esperados, se optará por el radical, lo que pudiese significar la pérdida de algún segmento corporal o de alguna función.

Los eventos quirúrgicos comúnmente implican una pérdida o modificación de algún segmento corporal, en aras de conservar la salud; sin embargo, el resultado final de este procedimiento, aun cuando conserve la salud, no suele ser del todo satisfactorio para la mujer.

En el cáncer ginecológico la pérdida física o de función de los órganos genitales femeninos, así como de las mamas son una amenaza constante, por lo que es importante reconocer la carga emocional que tenga para la paciente.

La depresión es un aspecto que por lo común también se identifica, pues de alguna manera la paciente se va enfrentando de forma paulatina a su "nueva vida". Este aspecto suele observarse más en tratamientos radicales como la mastectomía y la histerectomía, donde la pérdida exige la elaboración del duelo, el punto aquí sería que el clínico tuviese la capacidad de diferenciar las reacciones esperadas de acuerdo con el contexto de aquellas que presenten tendencia a establecerse como síntomas, o bien, que por su incongruencia desde el inicio se presenten como tal, lo cual es paralelo a la estructura psíquica previa de la paciente, donde la evaluación de los factores previamente citados, adquiere gran valor.

Es importante manejar a las pacientes que se someten nuevamente a tratamientos de manera secundaria a una reincidencia, las cuales señalan encontrarse desesperanzadas y con la idea de que lo anteriormente hecho no sirvió de nada, o bien, fue una mala elección o un error médico con todo lo que emocionalmente conlleva el haberse sometido a tratamientos que aparentemente no sirvieron de nada, por lo que refieren que la muerte es algo ya

inevitabile donde quizás no valga la pena sostener la lucha, o bien, opten por un manejo alternativo no profesional que les complique más su estado de salud, lo que hace necesario el replanteamiento de las metas a corto plazo enfocadas a encontrar un sentido a la lucha que aún continúa, haciendo énfasis en el valor de los tratamientos por los que ya se ha pasado, favoreciendo con ello la adherencia terapéutica.

Otro tipo de tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia generan un sobresalto emocional en la mujer especialmente cuando es la primera vez que los recibe, con un temor frecuente a lo desconocido, a cómo van a reaccionar, a cómo les va a afectar en su estado general, por lo que el reforzamiento de la capacidad de enfrentar estas y otras circunstancias es definitivo.

Se puede decir que en esta fase la energía está centrada en elegir y llevar a cabo las maniobras estratégicas requeridas para continuar haciendo frente al cáncer.

El inicio del duelo se presenta ante la pérdida real de algún segmento corporal, o bien, cuando se alcanza a detectar de manera más objetiva el deterioro físico, el cual se relaciona con la pérdida de salud.

Intervención posterior al tratamiento médico

En este rubro, la preocupación principal de la paciente es buscar evidencias que le confirmen que realmente el cáncer se ha superado, por lo que el temor constante a la recurrencia es muy grande. Esto puede deberse entre otros factores al hecho de que la consulta médica cada vez es más lejana hasta reducirse a visitas de control, lo que hace suponer a la paciente que no se le está vigilando ni se están tomando las medidas necesarias para evitar que ocurra nuevamente, con la sensación de que la estructura y el soporte médico ya no están al alcance, ubicándola en una sensación de vulnerabilidad.^{9(4,C)}

En este punto, la evaluación objetiva de las secuelas que se han establecido por la lucha contra el cáncer sale a flote esto una vez que la atención ya no se encuentra focalizada en los puntos anteriores. Las mujeres con cáncer de mama y ginecológico del INPer, dejan ver una contradicción, haciendo énfasis en la duda de si valió la pena el enfrentarse a la enfermedad, elaborando su balance de las secuelas que la enfermedad originó.

Confrontar aquí la calidad de vida, suele dar buenos resultados, enfatizando el hecho de que ya se ha pasado por cuestiones que han implicado dolor físico y emocional, permitiendo conseguir sus objetivos iniciales, los cuales, una vez logrados, no generan satisfacción alguna.

Las mujeres pueden externar su incredulidad por haber logrado recobrar la salud, es decir, presentan un miedo continuo al cáncer, estableciéndose esto como un pensamiento obsesivo, donde cualquier situación o cambio físico que les ocurra por mínimo que pudiese ser o por la poca relación que con la enfermedad tenga, es atribuido al cáncer, viviendo expectantes a detectar oportunamente estos cambios.

Por otro lado, están aquellas pacientes donde el temor a la enfermedad es tal que evitan llevar a cabo su control médico periódico y dejan de asistir al mismo, exponiendo un sinnúmero de pretextos. En ambos casos es necesario propiciar en la paciente una prueba de realidad, sensibilizándola al hecho de que el cáncer es un evento con el que tendrá que convivir

el resto de su vida y que si bien por ahora se encuentra bajo control, la posibilidad de recurrencia es una posibilidad real, pero que es ella quien debe tomar las riendas de su propia vida y obtener el control de la misma. Por lo que debe llevar a cabo las estrategias de cuidado necesarias y no continuar en un desconocimiento que sólo la perjudicaría.

La atención en salud no debe centrarse sólo en la salud física, sino que es labor del psicólogo clínico recoger los cambios emocionales generados ante las situaciones de riesgo y la repercusión emocional que impacta a cada mujer ante la evaluación de las secuelas observadas y favorecer así el fin del duelo. Una vez superado este punto, se debe trabajar en la desfocalización de la energía para encaminarla hacia situaciones que le proporcionen algún beneficio, como por ejemplo, evaluar la opción de colocar una prótesis, analizar la alternativa de adopción (en los casos en que la función reproductiva se pierde), así como retomar el control sobre la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

ABSTRACT

To knowledge that cancer has been detected, may emotionally exceed women because of the various factors involved, that are related with the social representation of the disease, including death, physical disability, health damage, physical disfigurement, etc. This generates emotional instability during the course of the illness, shaping a constant threat not only for life, but for the physical, familiar, financial and social integrity. The emotional response must be differentiated between a reactive condition awaited as an adaptative response for the progressive assimilation, and as a condition that covers all the diagnosis criteria to be attended as a psychopathological entity. The psychological evaluation through a detailed clinical history, allows the professional in mental health to choose the right treatment, favoring the therapeutic adherence and strengthening the personality through this event, including the possibility of a relapse.

KEY WORDS: Cancer, emotional response, psychological evaluation.

REFERENCIAS

1. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, 17 de Septiembre, 2003.
2. Torres-Lobatón A. Cáncer ginecológico, diagnóstico y tratamiento. México: Ed. McGraw Hill, 2004.
3. Cárdenas J, Sandoval F. Primera revisión del consenso nacional sobre diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. Secretaría de Salud, Colima, México, Junio 2005.
4. Franco EL, Harper DM. Vaccination against human papillomavirus infection: a new paradigm in cervical cancer control. Vaccine 2005; 23: 2388-94.
5. Anuario Estadístico INPer 2004.
6. Pimentel D. Alteraciones de la sexualidad y estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer ginecológico en el Instituto Nacional de Perinatología. Tesis de Licenciatura. México: UNAM, 1998.
7. Almanza-Muñoz JJ, Holland JC. Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. Cancerología 2000; 46:196-206.
8. Baréz M, Blasco T, Fernández J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. Ann Psicol 2003; 19: 235-46.
9. Haber S. Cáncer de mama. Manual de Tratamiento Psicológico. Barcelona: Ed. Paidós; 2000.
10. Meza RP, Espíndola G, Mota C, Rodríguez L, Díaz E. Factores que inciden en la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama. Psicología Iberoamericana 2005; 13: 43-7.
11. Olper PR. Aspectos psicosociales de las pacientes con cáncer de mama. En: Sánchez C. (ed.). Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria. México: Manual Moderno, 2003, p. 635-7.
12. Veronesi U. Psychological consequences of cancer and their management. Breast Cancer 2003; 15: 61-7.
13. Monroy A. Aspectos psicológicos, sexuales y educativos del cáncer de mama. En: Sánchez C. (ed.). Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria. México: Manual Moderno; 2003: 639-49.
14. Morales-Carmona F, Díaz E, Espíndola G, Henales C, Meza P, et al. Concepto de Salud Psicológica. Temas selectos en orientación psicológica, creando alternativas. México: Universidad Iberoamericana, Manual Moderno; 2005: Vol. 1, p. 48-61.
15. Morales-Carmona F, Díaz E, Espíndola G, Henales C, Meza P, Mota C, Pimentel D. Psicopatología y atención psicológica institucional. Temas selectos en orientación psicológica. Ámbitos profesionales. Vol. 2. Universidad Iberoamericana-University of Scranton NY: Manual Moderno; 2006, p. 57-67.
16. Fiorini H. Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva Visión; 2000.
17. González J. Psicoterapia de grupos. México: Ed. Manual Moderno; 1999.