

Escuela Universitaria de Enfermería
"Casa de Salud de Valdecilla"

El cáncer de mama

-desde la perspectiva de la experiencia-



Autora: Rebeca Nieto Flaño
Directora: Lourdes Sevilla Miguélez

Trabajo Fin de Grado
Departamento de Enfermería
Universidad de Cantabria

Febrero 2013

ÍNDICE

RESUMEN/ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. Incidencia de los cánceres más comunes en mujeres.....	4
1.2. El cáncer de mama	5
1.3. Qué es el cáncer de mama.	5
1.3.1. Tipos de cáncer de mama.	5
1.3.2. Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de mama.	6
1.4. Motivo de la monografía.....	6
1.5. Objetivos.	7
1.6. Estrategia de búsqueda.....	7
1.7. Estructuración del trabajo.....	9
2. CAPÍTULO I. DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA LA ACEPTACIÓN	10
2.1. ¿Qué es el estigma?	10
2.2. La estigmatización del cáncer.	10
2.3. La vivencia del estigma.	10
2.4. El diagnóstico.	11
2.5. El proceso de reajuste psicológico.	12
2.6. Aceptando con dificultad el diagnóstico	13
2.7. Búsqueda del bienestar.....	14
3. CAPÍTULO II. REPERCUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN LA FAMILIA	15
3.1. La familia.	15
3.2. Impacto del diagnóstico en la familia.	15
3.3. Reconocimiento del apoyo familiar.	16
3.4. Modificaciones de la estructura familiar.....	16
3.4.1. Relaciones con la pareja.	17
3.4.2. Relaciones con los hijos.....	18
3.4.3. Relaciones con el resto de la familia y amigos.....	19
4. CAPÍTULO III. CÓMO AFECTAN A LA MUJER LOS CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL	20
4.1. La percepción de la imagen corporal.	20
4.2. Principales cambios corporales.....	20
4.3. Repercusiones de los cambios corporales en la sexualidad.....	21
4.4. Beneficios de la reconstrucción mamaria.	22
5. CAPÍTULO IV. IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS DE APOYO EN LA SUPERACIÓN DEL CÁNCER	23
5.1. ¿Qué son los grupos de apoyo?	23
5.2. Beneficios de los grupos de apoyo.....	23
6. CAPÍTULO V. LA IMPORTANCIA DEL USO DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER QUE PADECE CÁNCER DE MAMA	27
6.1. Utilización de la metodología enfermera en la práctica diaria.	27
7. CONCLUSIONES	32
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

RESUMEN

El cáncer de mama –desde la perspectiva de la experiencia-

La presente monografía trata el cáncer de mama desde la perspectiva de la experiencia. Está estructurada en cinco capítulos en función de los siguientes objetivos: describir la vivencia de las mujeres con cáncer de mama, explicar el impacto del diagnóstico en la familia, analizar el impacto de la nueva imagen corporal, explicar los beneficios de la participación en grupos de apoyo, y la importancia del uso de la metodología enfermera en el cuidado de estas pacientes. Las neoplasias de mama son el tumor maligno más frecuente entre las mujeres. Su incidencia ha aumentado en España y en el mundo, por ello es esencial desarrollar medidas de prevención. Este diagnóstico es un dictamen difícil de aceptar para la paciente y su familia, una experiencia que cambia el ritmo de vida por completo, ocasionando alteraciones en los roles que cada miembro desempeñaba hasta el momento. Además, la mujer debe afrontar cambios en su imagen, secundarios a la mastectomía y la quimioterapia, que repercuten negativamente en su autoestima y su sexualidad. Por ello, resulta imprescindible reconocer la individualidad de la paciente y proporcionar una correcta información y atención durante la enfermedad.

Palabras clave: neoplasias de mama, experiencias que cambian la vida, sexualidad, familia.

ABSTRACT

Breast cancer –from the perspective of the experience-

This monograph is about breast cancer shown of the perspective of experience. It is organized in five chapters depending on objectives such as the description of the experience of women with breast cancer, the explanation of the impact of the diagnosis in the family, the analysis of the impact of the new body appearance, the explanation of the benefits of participating in support groups, and the importance of using nurse methodology in the care of these patients. Breast neoplasms are the most common malignant tumor among women. Its incidence has increased in Spain and around the world. This is the reason why it is essential to develop preventive measures. This diagnosis is a difficult verdict for the patient and her family to accept, an event that changes the pace of their lives completely, causing alterations in roles each member of the family carried out until that moment. In addition to this, women must face changes in their appearance, after mastectomy and chemotherapy, both of which have a negative effect in their self-esteem and sexuality. That is why it is, indeed, indispensable to accept the individuality of each patient and provide her precise information as well as proper service during the disease.

Key words: breast neoplasms, life change events, sexuality, family.

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es una compleja enfermedad, ya que se manifiesta en forma de pluripatología, con sus correspondientes tratamientos, dependiendo de los órganos afectados. Pueden existir muchos tipos de cáncer con sus particularidades y su distinta forma de desarrollo, su formación y aparición es un proceso que va ligado al fenómeno de nuestra actividad biológica y su correspondiente regulación y evolución, en la que influyen tanto factores internos como externos. Por lo tanto, podría afirmarse que ninguna persona está exenta de llegar a padecer cáncer.

Esta enfermedad, o mejor dicho, grupo de enfermedades, constituye la segunda causa de muerte en nuestro país, después de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, basta con hacer una reflexión, para darnos cuenta que aunque las enfermedades cardiovasculares sean la primera causa de muerte o existan enfermedades mucho más invalidantes, el cáncer es la enfermedad que más revuelo y temor causa entre la población, llegando incluso a ser entendido como único sinónimo de muerte. Desde el punto de vista social, es visto como esa terrible enfermedad, que ha llegado a convertirse en un tabú por el estigma que implica el término. Incluso, en muchas ocasiones, resulta un término impronunciable siendo sustituido por sinónimos y sin embargo, es utilizado para designar conductas sociales que resultan moralmente inaceptables. En la actualidad, se ha comenzado a dar pequeños pasos hacia una normalización del tema, debido a la aparición en medios televisivos de personas públicas que están luchando contra el cáncer o que lo han superado, así como series televisivas sobre la vivencia del cáncer. Pero, a pesar de esto, todavía queda mucho camino por recorrer para llegar a una normalización completa del término.

Esta enfermedad ha sufrido una evolución a lo largo de la historia, incluso ha llegado a ser denominada como la enfermedad del siglo XXI, ya que al estar ligada a la actividad biológica, el aumento de la esperanza de vida también ha dado lugar al aumento de casos nuevos. Gracias a los avances científicos se ha ido conociendo más sobre la patología, se han descubierto y puesto en práctica nuevos medios diagnósticos y tratamientos, lo cual pone de manifiesto una nueva perspectiva para comenzar a olvidar el antiguo concepto de enfermedad incurable.

Dentro del marco del tratamiento, algunos de los más comunes actualmente, son tratamientos locales, como la cirugía o la radioterapia, o sistémicos, como la quimioterapia, hormonoterapia, etc. Del mismo modo, estos tratamientos también pueden ser aplicados conjuntamente, según el tipo de cáncer y el criterio de los especialistas para obtener mejores resultados. Pero, obviando la gran importancia de los avances científicos en cuanto a los nuevos medios diagnósticos o de tratamiento, la presente monografía se centra en los aspectos psicológicos y las repercusiones que sobre los pacientes tiene el cáncer. El tratamiento de la psique tiene la misma importancia que el tratamiento físico.

Cuando a un individuo le diagnostican cáncer esto provoca una profunda crisis vital, es un momento desconcertante, lo que conlleva un enorme sufrimiento, el abandono de la vida cotidiana y, como consecuencia, la pérdida de las ganas de vivir y la disminución del bienestar. Al paciente, ante su situación, se le plantean las distintas alternativas de tratamiento y un sinnúmero de visitas a los diferentes especialistas. Al enfermo le urge empezar cuanto antes su tratamiento, pero los preparativos del mismo hacen que el comienzo no sea tan inmediato ya que conllevan un proceso minucioso de coordinación entre los especialistas que intervienen. Entre tanto, los sentimientos que el paciente interioriza o manifiesta pasan por la sumisión, el silencio, la impotencia, la rebeldía, el miedo,... sentimientos que es importante trabajar con el enfermo; es conveniente hablar con él, dejarle exteriorizar lo que piensa y siente y ayudarle a enfrentarse positivamente a la

INTRODUCCIÓN

situación en que se encuentra. Ante la enorme e insoportable ansiedad que provoca este diagnóstico, es aconsejable informar con realismo al enfermo y darle autonomía para tomar sus propias decisiones.

Del mismo modo, se han elaborado diversas estrategias políticas respecto al cáncer, como recomendaciones para la prevención, con el objetivo de disminuir los riesgos o de detectar precozmente los casos existentes. Se han establecido diversas estrategias por el Sistema Nacional de Salud para la organización de los servicios y la actuación mediante planes de calidad, como la "Estrategia contra el cáncer del Sistema Nacional de Salud" establecida por el Ministerio de Sanidad y Consumo (1). Esta estrategia está justificada en la Ley General de Sanidad. *Ley 14/1986 de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado, nº 101, (29/4/1986)*. La cual, en uno de sus artículos, establece que las actuaciones de las administraciones sanitarias deberán estar dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, a garantizar la atención sanitaria en todos los casos de pérdida de salud y a promover todas las acciones necesarias para la rehabilitación y la nueva inserción de los pacientes. Por lo tanto, algunos de los objetivos de la mencionada estrategia son: la promoción y protección de la salud, la atención a adultos y niños con cáncer, asegurar la calidad de vida, y los cuidados paliativos. La consideración de este último ítem es de vital importancia para garantizar la calidad de vida hasta el momento en que ésta acabe.

El auge de la investigación y la mejora de las pruebas diagnósticas han traído consigo un avance increíble, tanto en el conocimiento, como en el tratamiento de las enfermedades, pero también ha producido una ruptura innecesaria entre los elementos técnicos requeridos en los tratamientos y los derechos de los enfermos y su capacidad para responsabilizarse de su salud. Durante años, el único objetivo de la medicina era curar las patologías físicas y el progreso tecnológico no ha tenido en cuenta que la enfermedad es algo que padecen las personas. La muerte era considerada como un fracaso, tanto por el equipo sanitario como por la sociedad. Como consecuencia, se restaba autonomía a las personas en una lucha desmedida por prolongar la vida, acabando en muchas ocasiones en un encarnizamiento terapéutico. Sin embargo, gracias a la evolución y a la consideración del ser humano como un ente biopsicosocial, se ha tenido en cuenta la importancia de la búsqueda del bienestar del enfermo y su familia, incluso hasta la fase terminal, a través de una atención integral para asegurar el confort de las personas.

1.1. Incidencia de los cánceres más comunes en mujeres.

La incidencia del tumor indica la frecuencia de aparición de dicho tumor. Algunos tumores sólo afectan a mujeres, como el de ovario, cérvix y mama (este último puede aparecer de forma ocasional en hombres), y otros sólo afectan a hombres, como el de próstata. Por otro lado, los cánceres comunes a ambos sexos también aparecen con distinta incidencia en mujeres y en hombres (2).

Según los últimos datos publicados por la AECC, algunos de los cánceres más comunes y sus respectivas incidencias, actualmente, son los siguientes (3):

-Cáncer de mama: Es el tercer tipo de cáncer más frecuente en el mundo y el tumor maligno más frecuente entre las mujeres. En nuestro país, representa el 30% de los cánceres del sexo femenino. Suelen ser diagnosticados entre los 35 y los 80 años. Además, estos diagnósticos han aumentado, lo cual puede ser debido al envejecimiento de la población y al diagnóstico precoz.

-Cáncer de cérvix: El cáncer de cérvix o cáncer de cuello de útero, es el segundo en frecuencia en las mujeres. En nuestro país, representa el 3,3 % de los tumores del sexo femenino, lo que supone unos 2.100 casos al año. Hay grandes diferencias entre los países desarrollados y subdesarrollados, ya que aunque en este último supone el segundo tumor más frecuente, en los países desarrollados como España, ha disminuido notablemente su frecuencia.

INTRODUCCIÓN

-**Cáncer de ovario**: Este tipo de tumor es el sexto en frecuencia en las mujeres, supone el 5,1% de los tumores femeninos. En nuestro país, son diagnosticados alrededor de 3.300 casos al año, por lo tanto, suponen una alta incidencia. Además, se está produciendo un ligero aumento.

-**Cáncer colorrectal**: Aunque este cáncer se da en ambos sexos, en España en las mujeres es el segundo más frecuente detrás del cáncer de mama. Este tipo de cáncer suele ser diagnosticado entre los 65 y los 75 años, a pesar de esto, también se diagnostican casos a tempranas edades.

1.2. El cáncer de mama.

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. Más de 1.200.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer de mama en el 2007. En España, según el I.N.E., en 2009 se registraron 6.130 fallecimientos, con una tasa ajustada de mortalidad de 26,35 por 100.000 mujeres (4,5). Tanto el número de casos como las tasas de incidencia aumentan lentamente en España y en el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y a un diagnóstico cada vez más precoz (5).

La Organización Mundial de la Salud, prevé que para el 2021 se detecten alrededor de dos millones de casos al año. Se trata, por tanto, de un problema importante de Salud Pública (6). Actualmente es imposible prevenir la aparición del cáncer de mama ya que no se puede actuar sobre las variables que lo condicionan (sexo, edad, menopausia tardía, genética, etc.), por tanto la prevención secundaria, es decir, los métodos para la detección precoz del cáncer, son esenciales (5).

1.3. Qué es el cáncer de mama.

El cáncer de mama es el tumor maligno causado por el crecimiento incontrolado de células anormales en la glándula mamaria. Si no se toman medidas, este crecimiento incontrolado puede acabar dando origen a tumores secundarios en las proximidades o en órganos lejanos y vitales (6,7).

Existen dos fases de crecimiento del cáncer (7):

-**Localizado**: las células cancerosas permanecen en la parte del cuerpo en la que comenzó a desarrollarse.

-**Metastatizado**: cuando las células cancerosas se extienden a través del sistema linfático y de la sangre a otras partes del cuerpo.

1.3.1. Tipos de cáncer de mama.

El cáncer de mama se origina en la unidad terminal ducto-lobulillar de la glándula mamaria. Cuando el proceso de malignización se dirige hacia el conducto se origina el carcinoma ductal. Cuando se dirige hacia el lobulillo el resultado es el carcinoma lobulillar. Se distinguen dos tipos de tumor, dependiendo de si en el momento de la detección las células anómalas han traspasado o no la pared del lobulillo. Como consecuencia se denomina tumor "in situ" si no han traspasado dicha pared, por el contrario si la respuesta es afirmativa se denomina tumor "infiltrante o invasor" (6).

TUMOR "IN SITU"

Se denomina de este modo, cuando todas las células malignas han proliferado y están aisladas en el conducto o en el lobulillo de origen, es decir, sin traspasar la pared. El cáncer no presenta amenaza en esta etapa, por lo tanto, detectarlo en este momento, es uno de los beneficios de las campañas de diagnóstico precoz.

A su vez se divide en:

-**Ductales "in situ"**: se denomina así si el conducto es un ducto.

-**Lobulillares**: en este caso se encuentra dentro de un lobulillo.

TUMOR INFILTRANTE O INVASOR

Es aquel tumor que ha atravesado la pared de los conductos o lobulillos cuando son diagnosticados. Se distinguen:

- Ductales infiltrante*: se originan en los conductos galactóforos (en las células).
- Lobulillares infiltrantes*: se originan en las células de los lobulillos.

El más frecuente es el carcinoma ductal infiltrante. La gravedad depende de la extensión en el momento del diagnóstico. Se conocen más de 20 tipos (medular, tubular, coloide, inflamatorio, etc.).

ENFERMEDAD DE “PAGET”

En el caso en que el tumor afecte al área en que desembocan los conductos en el pezón se denomina “enfermedad de paget”.

1.3.2. Prevención y diagnóstico precoz del cáncer de mama.

El cáncer es un problema de gran magnitud en nuestro país ya que constituye la segunda causa de muerte. La prevención es esencial, y consiste en un conjunto de acciones cuyo objetivo es disminuir la incidencia o la mortalidad por cáncer. Los dos tipos de prevención del cáncer son los siguientes:

PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria está constituida por el conjunto de acciones encaminadas a modificar los hábitos poco saludables de la población hacia otros más adecuados. Así se consigue evitar que los factores de riesgo actúen y causen alteraciones que puedan generar un cáncer (8). Actualmente no se dispone de medios definitivos para la prevención primaria del cáncer de mama ya que no es posible actuar sobre las variables que lo condicionan (sexo, edad, etc.) (5).

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Está constituida por la agrupación de acciones dirigidas a detectar precozmente determinados tumores malignos. También es denominada como programas de screening o cribado. El objetivo del screening es disminuir la mortalidad mediante la detección en la población que se encuentra en riesgo. Por tanto la prevención secundaria es el diagnóstico precoz de la enfermedad (5).

En el caso del cáncer de mama, está basada en el estudio mamográfico de forma periódica, lo que ayuda a diagnosticar tumores en fase temprana o precoz (7). Las más comunes en el caso de la detección de cáncer de mama son las siguientes:

- Exploración mamaria por el médico: inspección y palpación.
- Medios diagnósticos auxiliares: en la actualidad los más utilizados son la mamografía, la ecografía, la Resonancia Magnética Nuclear, la biopsia y la citología (7).

Es importante también, la autoexploración mamaria, puesto que ayuda a familiarizarse con el propio cuerpo y permite detectar posibles cambios.

1.4. Motivo de la monografía.

El motivo de realizar esta monografía surge de la necesidad de contemplar el cáncer de mama desde otra perspectiva, la de la experiencia de las mujeres.

No trata de analizar qué es el cáncer, cómo se diagnostica o qué tratamiento y cuidados son más los correctos, sino de describir la vivencia de las mujeres que lo padecen, así como la de su familia desde el punto de vista psicológico, esto es, los sentimientos que les suscita.

Para llegar a comprender esta situación hemos realizado una selección y posterior lectura de varios artículos de psicooncología.

Según la R.A.E. (9), la *psicología* es la parte de la filosofía que trata del alma, sus facultades y operaciones; y la *oncología* la parte de la medicina que trata de los tumores. Por eso es tan importante la correspondencia de ambas palabras, porque en la interrelación entre el cuerpo, la mente y el alma es donde debemos centrar nuestros cuidados.

INTRODUCCIÓN

De este modo, los profesionales de la salud, mediante el trabajo en equipo interdisciplinar, podremos comprender lo importante de este proceso y así prestar una atención integral, tanto a la mujer como a su familia, considerando a la persona un ente biopsicosocial. Ya que “el tratamiento del cáncer, no consiste sólo en salvar vidas” (10).

1.5. Objetivos.

1. Describir la vivencia de las mujeres con cáncer de mama desde el diagnóstico hasta la aceptación.
2. Explicar el impacto que supone en la familia dicho diagnóstico.
3. Analizar el impacto de la nueva imagen corporal.
4. Explicar los beneficios de participar en grupos de apoyo.
5. Explicar la importancia del uso de la metodología de enfermería en el cuidado de la mujer con cáncer de mama.

1.6. Estrategia de búsqueda.

Para el desarrollo de la monografía se realizó una búsqueda bibliográfica que generó un total de 363 trabajos relacionados con el tema (Tabla 1). Se seleccionaron 36 del total con base a la pertinencia y exhaustividad de la información que aportan para el desarrollo de la presente monografía, entre ellos 23 artículos de bases de datos (Tabla 2).

En dicha búsqueda se emplearon los siguientes recursos:

- Cinco bases de datos electrónicas (CSIC-IME, CSIC-ISOC, CUIDEN-PLUS, PUBMED, DIALNET) y Biblioteca Virtual Biomédica (SCIELO).
- Revistas Científicas (ELSEVIER).
- Google académico.
- Web Instituto Nacional de Estadística.
- Web Asociación Española Contra el Cáncer.
- Biblioteca Universidad de Cantabria.

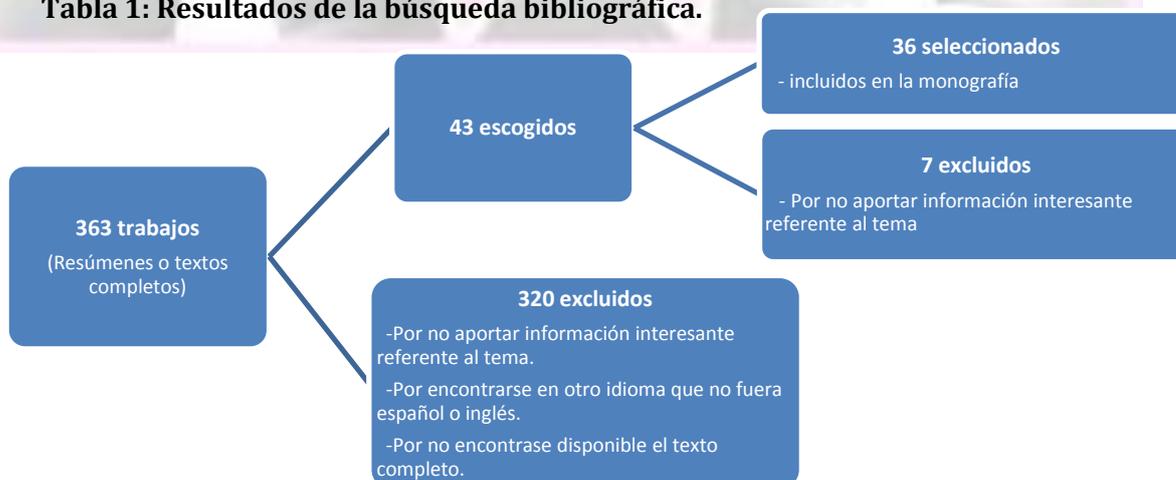
La búsqueda se realizó en inglés y en español, utilizando cuatro palabras clave: neoplasias de la mama (breast neoplasms), experiencias que cambian la vida (life change events), sexualidad (sexuality) y familia (family). Todas estas palabras fueron combinadas mediante los operadores booleanos (AND) y (OR).

Se excluyeron los artículos que no tenían acceso libre al texto completo y aquellos que estaban en otro idioma que no fuera el inglés o el español.

De los 43 trabajos primeramente seleccionados, se excluyeron 7 por no aportar información interesante referente al tema (Tabla 1).

En cuanto al gestor bibliográfico utilizado, se empleó Refworks.

Tabla 1: Resultados de la búsqueda bibliográfica.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2: Artículos seleccionados para el desarrollo de la monografía.

Título del Artículo	Base de Datos	Criterio de Selección
Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de cáncer de mamas.	SCIELO	Aportaciones sobre experiencias vividas por las mujeres.
Cáncer de mama: una experiencia personal.	DIALNET	Aportaciones sobre experiencias vividas por las mujeres.
Cáncer de mama y ovario: significados, dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes.	G A	Aportaciones sobre experiencias vividas por las mujeres y el consecuente sufrimiento.
Oncología y psicología: un modelo de interacción.	DIALNET	Aportaciones sobre la importancia de la fusión de psicología y oncología, y la superación del estigma.
Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer.	DIALNET	Aportaciones sobre la aceptación del proceso.
Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer.	DIALNET	Aportaciones sobre los grupos de apoyo y sus aspectos psicoterapéuticos.
La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas.	SCIELO	Aportaciones sobre la visión que las mujeres intervenidas de mastectomía tienen sobre los cuidados recibidos.
Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia.	SCIELO	Aportaciones sobre experiencias, el estigma y la repercusión de los cambios corporales.
Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos.	DIALNET	Aportaciones sobre las repercusiones del diagnóstico en la familia.
Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama.	CUIDEN-PLUS	Aportaciones sobre las repercusiones del diagnóstico en la familia.
Significados de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.	DIALNET	Aportaciones sobre experiencias vividas por las mujeres.
Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama.	SCIELO	Aportaciones sobre el impacto en la sexualidad.
La formulación clínica en psicooncología: un caso de depresión, aversión a alimentos y problemas maritales en una paciente de cáncer de mama.	IME (CSIC)	Aportaciones sobre las consecuencias derivadas incluidas las repercusiones sobre la relación de pareja.
Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico.	SCIELO	Aportaciones sobre el impacto de la imagen corporal y la reconstrucción mamaria.
Cribado de cáncer de mama. Estado actual.	ELSEVIER	Actualidad del cáncer de mama, incidencia y medidas de prevención.
Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama.	DIALNET	Aportaciones sobre la importancia de los grupos de ayuda.
Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama.	DIALNET	Aportaciones sobre el impacto en la sexualidad.
Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama	DIALNET	Aportaciones sobre la importancia de los grupos de ayuda.
Breast cancer survivors' perception of survivorship.	PUBMED	Aportaciones sobre experiencias en el proceso de aceptación.
Sexual function after Breast Cancer.	PUBMED	Aportaciones sobre el impacto en la sexualidad.
Bienestar psicológico y cáncer de mama.	DIALNET	Aportaciones sobre la calidad de vida, los aspectos psicológicos y el modo de afrontamiento.
Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama.	GA	Aportaciones sobre las etapas desde el diagnóstico hasta la aceptación y sobre el estigma del cáncer.
Grupo de apoyo/soporte: espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas.	CUIDEN-PLUS	Aportaciones sobre la importancia de los grupos de apoyo para las pacientes con cáncer de mama.

Fuente: Elaboración propia.

1.7. Estructuración del trabajo.

En base a los objetivos propuestos, la presente monografía ha sido estructurada en cinco capítulos:

-Capítulo I. Desde el diagnóstico a la aceptación.

En este capítulo, en primer lugar, se explica cómo es percibido el cáncer desde la perspectiva social, ya que su diagnóstico conlleva un gran estigma social y personal. Asociar cáncer y muerte hace que este tema suponga un tabú. Todo esto, en muchas ocasiones, puede desembocar en un dolor silencioso y no expresado, debido a la falta de comunicación e información sobre la enfermedad.

Se comenta también, el proceso que experimenta una mujer desde que se le diagnostica cáncer de mama, hasta que lo acepta completamente.

Las fases que tienen lugar concuerdan con las fases del duelo (Kubler Ross) siendo tan importante experimentarlas para la mujer, como para su familia.

- Capítulo II. Repercusiones del diagnóstico de cáncer de mama en la familia.

Aquí se desarrollan las consecuencias que dicho diagnóstico tiene también para la familia. Cuando a una persona le comunican que padece un cáncer, se le desatan una serie de sentimientos y etapas que a menudo no sólo afectan a la persona que lo padece sino también a sus familiares y allegados. El diagnóstico de esta enfermedad alcanza de lleno a quienes están unidos a la enferma.

- Capítulo III. Cómo afectan a la mujer los cambios en la imagen corporal.

Es en este apartado donde se explica cómo los cambios corporales van afectar psicológicamente a la mujer. Tanto la mastectomía como la quimioterapia suponen una serie de reajustes y cambios físicos importantes en la enferma. La amputación del pecho afecta a la autoestima, a la sexualidad, etc. y esto provoca un trauma en la mayoría de las mujeres.

-Capítulo IV. Importancia de los grupos de apoyo en la superación del cáncer.

Este capítulo trata sobre los grupos de apoyo y los beneficios que aportan a las pacientes. Muchas mujeres consideran que el hecho de que existan estos grupos es vital, ya que permite la vivencia con otras personas que están pasando por la misma situación. Es un momento de encuentro, de compartir e intercambiar experiencias, lo cual posibilita que la mujer perciba y sienta no estar sola.

-Capítulo V. La importancia del uso de la metodología de enfermería en el cuidado de la mujer que padece cáncer de mama.

En este capítulo se explica la importancia de la utilización de la metodología enfermera en el cuidado de la mujer con cáncer de mama, en la práctica diaria, puesto que comportan numerosos beneficios. El foco de atención es la salud de la paciente y permiten administrar cuidados eficientes y de calidad atendiendo a las respuestas humanas. Se señala también, uno de los diagnósticos de la NANDA más frecuentes en las mujeres con cáncer de mama, *“Trastorno de la imagen corporal” (00118)*.

2. CAPÍTULO I. DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA LA ACEPTACIÓN

2.1. ¿Qué es el estigma?

Si se consulta el significado de la palabra estigma, se observa que, según la R.A.E. (9), es el “desdoro, afrenta o mala fama”, y es precisamente esta “mala fama” lo que ha acompañado al cáncer a lo largo de su historia.

En muchas ocasiones, llega a ser una palabra impronunciable, como si se designase una conducta moralmente inaceptable, lo cual ha hecho que llegue a convertirse en nuestra sociedad en un “tabú”.

2.2. La estigmatización del cáncer.

Tal vez, la explicación esté en la creencia de que el cáncer es siempre, o casi siempre, letal. El ser humano no está preparado psicológicamente para cierto tipo de enfermedades, sobre todo para las que pueden suponer dolor, sufrimiento, o a la larga muerte o posibilidad de muerte, como es el proceso oncológico.

Como consecuencia, el concepto de cáncer asociado a muerte, se percibe como algo doloroso y traumático, y es por ello que todavía sigue siendo un “tabú” en nuestra sociedad (10), llegando a convertirse en un término impronunciable.

Este hecho tiene lugar incluso entre el propio personal sanitario. Muchos médicos rehúyen pronunciar la palabra cáncer, y la sustituyen por neoplasia, tumor, bulto,... Si esto tiene lugar en el ámbito médico, puede llevar en ocasiones a ocultar la verdad a la paciente dándose “la conspiración del silencio”, que es la ocultación de la enfermedad a la propia enferma por parte de la familia y los facultativos (10). Todo ello se debe a que el diagnóstico del cáncer se percibe como un obstáculo insalvable de sufrimiento (6,10,11), y es que si reflexionamos sobre él y su visión en la sociedad se reconoce como una “larga y penosa enfermedad” (6,12).

Como se ha mencionado, incluso el lenguaje nos muestra ejemplos de la falta de normalización del término. Se llega al punto de utilizar sinónimos para referirse al proceso oncológico y, sin embargo, se utiliza la palabra cáncer para designar otro tipo de situaciones en la sociedad, las cuales son vistas como moralmente inadmisibles, tal es el caso de la corrupción política, etc. (6). Por lo tanto, estamos ante un problema social. La palabra cáncer causa ese temor porque no está normalizada y, sin embargo, existen otro tipo de patologías, como las cardiovasculares, que son la primera causa de muerte, o enfermedades mucho más invalidantes que el propio cáncer.

Si nos centramos en el cáncer de mama, el tema del estigma cobra especial significado. Está influenciado por aspectos sociológicos y culturales: creencias, roles sociales, personalidad, emociones, etc. Estos aspectos asociados hacen que continúe siendo visto como *“una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y una amenaza permanente, tanto para las sobrevivientes como para sus familias”* como explica el psicólogo Gonzalo Rojas-May (12).

2.3. La vivencia del estigma.

Como ya se ha mencionado, la presente monografía trata de describir la vivencia de las mujeres que padecen cáncer de mama.

En la mayoría de las ocasiones, tras escuchar la palabra cáncer y su diagnóstico, automáticamente la persona lo entiende como fallecimiento inmediato. Supone una auténtica crisis al asociarse a un sufrimiento prolongado, a una separación de los seres queridos, a no poder realizar ciertas cosas en la vida y a no conseguir metas fijadas.

Según entrevistas del artículo “Cáncer de mama y ovario. Significados, dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes” de García, A.M.T. (13) se refleja cómo una paciente, tras su diagnóstico, expresa que al principio el diagnóstico fue:

“un sinónimo de muerte, de haber llegado hasta ahí, de ahí quedarse” (13).

Otra de las pacientes refiere:

“...la verdad, me siento mal, mal, mal, y me siento así porque... la palabra cáncer para mí es morirse, y siento que todavía no he tenido el tiempo suficiente como para morirme...aún me quedan muchas cosas por hacer” (13).

El hecho de que esta enfermedad esté socialmente estigmatizada, hace que tanto la mujer que lo padece como sus familiares y allegados tengan una visión negativa hacia la enfermedad, y también que todos ellos experimenten sentimientos de temor. Este proceso influye disminuyendo el propio bienestar de la afectada.

Tras el conocimiento del diagnóstico, este estigma llega incluso a suponer un efecto de freno en el desarrollo de la vida individual y social de la enferma. De este modo, se modifica el sistema de relaciones con la familia y allegados con expresiones de miedo e incertidumbre ante dicha situación (14).

A toda la serie de sentimientos descritos, incluso se le suma, también, el sentimiento de vergüenza (6). En ocasiones, las mujeres, debido a las repercusiones físicas visibles de la quimioterapia, como la caída del pelo, las cejas, las pestañas... entre otras, también tienen miedo a ese estigma social y son víctimas del tabú que supone, llegando incluso a aislarse para evitar ser tildadas de enfermas.

A lo largo de la historia las mamas han sido consideradas como esencia de la feminidad, de la seducción y de la maternidad. Son responsables de una característica simbólica de identidad de la mujer. Por lo tanto, que el tumor se localice en dicha parte empeora las cosas, ya que la mastectomía supone un cambio brusco y una pérdida de dicha identidad. Debido a todo este proceso, en muchas ocasiones, la mujer oculta el diagnóstico a los allegados y se produce un drama personal (15).

Para finalizar, es verdaderamente importante que desde el ámbito médico se preste atención en formar al personal sanitario en el proceso de la enfermedad oncológica. Deben ser los profesionales de la salud los que comiencen a olvidar el estigma del cáncer devolviéndole el significado que tiene y no utilizando sinónimos.

La enferma y sus familiares deben ser asistidos a lo largo de todo el proceso para, así, evitar situaciones de incomunicación que desemboquen en ese dolor silencioso. El cáncer de mama no debiera ser visto como una condena a muerte.

2.4. El diagnóstico.

El diagnóstico del cáncer es una noticia para la que ningún ser humano está capacitado. Dicho dictamen supone un impacto psicológico brutal, lo que desencadena que todos los componentes del ser humano se vean afectados (10).

El cáncer no es sólo una enfermedad, supone toda una vivencia cotidiana a la que tienen que hacer frente la mujer y su familia. Esto provoca una profunda crisis vital. Por lo tanto, nos encontramos ante un escenario realmente complicado, en el cual la paciente deberá verse enfrentada, por un lado, a los tratamientos médicos con sus correspondientes secuelas orgánicas, funcionales, estéticas y cognitivas y, por otro, a una gran cantidad de repercusiones psicosociales y familiares (12).

En un primer momento, se percibe como especialmente traumático, como un shock. Esto se debe a que las personas no estamos preparadas para cualquier tipo de enfermedad, sobre todo para aquellas que significan posibilidad de sufrimiento o muerte.

La enfermedad irrumpe bruscamente como algo extraño y suscita en ella un sinnúmero de preguntas (13). En el caso del diagnóstico de cáncer de mama, las mujeres se ven enfrentadas a una serie de problemas psicológicos comunes a otros pacientes, con preguntas como: ¿voy a morir?, ¿por qué ha tenido que tocarme a mí?, ¿cómo se lo explico ahora a mi familia?, etc. A estas cuestiones hay que añadir las que son específicas del

cáncer de mama, como: ¿voy a perder la mama?, ¿cómo va a afectar esto a mi sexualidad?, ¿seguiré gustando a mi pareja?, etc. (12).

Hay tantas reacciones como individuos. Por eso debemos tener en cuenta que la enfermedad le ocurre siempre a un individuo concreto, por lo cual se reviste de individualidad. Del mismo modo, influyen las características de la personalidad, de la familia y de sus relaciones sociales (10). Por tanto, la respuesta emocional tras el diagnóstico se verá influenciada por una serie de condicionantes, como sus experiencias previas, enfermedades oncológicas de familiares o allegados, etc. (12). Es decir, cada persona tiene un modo distinto de ser y de enfrentarse a los problemas y, como consecuencia, todo esto condicionará la forma de dar la cara a la enfermedad y el bienestar de la persona.

Es realmente importante que los miembros del equipo sean “diestros observadores, buenos escuchas, y eficaces comunicadores” (10). Es necesario que los profesionales sanitarios se formen en el proceso de comunicación de malas noticias, es decir, deben estar capacitados en técnicas y habilidades comunicativas. Del mismo modo, deben comprender que la capacidad de entendimiento y de aceptación en situaciones estresantes como la de recibir un diagnóstico de cáncer, se ve disminuida.

Para ello, según el psicólogo Gonzalo Rojas-May es necesario que se contemplen algunos de los siguientes objetivos (12): facilitar la percepción de control sobre la enfermedad, orientación emocional a la enferma y su familia a través de material educativo y grupos de apoyo, detección de las necesidades emocionales, psicológicas y sociales de la paciente y la familia, y derivación a un especialista de salud mental si fuera necesario. Tras el diagnóstico, la mayoría de las pacientes viven un proceso adaptativo de reajuste psicológico.

2.5. El proceso de reajuste psicológico.

El ya mencionado proceso psicológico adaptativo (10,12,14,16), concuerda con las fases del duelo explicadas por Kubler Ross. Este conjunto de etapas, han sido denominadas, según autores, como duelo oncológico (12). Los estadios no son necesariamente secuenciales y consisten en un mecanismo de reconstrucción psíquica, lo cual permite a la persona estructurar correctamente las respuestas a los retos de esta nueva situación. Los ciclos son los siguientes:

-Shock (miedo): se acompaña de respuestas de negación del diagnóstico como escudo protector, con respuestas como:

“Tengo miedo, pero no puedo estar enferma porque no tengo dolor en la mama” (16).

-Negación (rechazo de la verdad): es un mecanismo defensivo, se acompaña de ansiedad severa. En esta etapa, la paciente suele evitar cualquier discusión sobre su diagnóstico.

-Enfado (reconocimiento de la verdad): aparecen reacciones de rebeldía y rabia. También sentimiento de culpa y dudas con respecto a la necesidad de una consulta previa, con reacciones como:

“Si pudiera volver en el tiempo y cuando me lo sentí hubiera consultado...quizás habría posibilidad de mejorar” (16).

En muchas ocasiones tienden a desplazarse de la gente, lo que puede causar mucho dolor en la familia.

-Negociación o pacto (compromiso con la verdad): es la fase de las promesas y la negociación consigo misma, por ejemplo para ser mejor, menos egoísta, etc.

-Depresión (abatimiento de la verdad): en esta fase aparece un mayor cansancio para luchar, la paciente tiende a aislarse, no desea hablar.

-Aceptación o resignación (reconciliación con la verdad): esta fase se asume con dificultad, las pacientes están viviendo un doloroso proceso ante esta nueva e inesperada situación.

2.6. Aceptando con dificultad el diagnóstico.

Esta fase, es la última dentro del periodo de “duelo oncológico” y llegar a ella es el proceso más difícil. Es muy importante que los profesionales sanitarios sepamos reconocer el proceso individual y subjetivo por el que cada persona afronta su situación, ya que es una vivencia cargada de sentimientos. En ningún momento se debe olvidar que se está tratando a personas, y que el ser humano es algo complejo, con múltiples y variadas respuestas (17). Y es que, tanto o más importante que los tratamientos físicos, es el hecho de estar ahí, escuchando, apoyando, y tratando a la paciente como persona que importa y no como uno más. Sin embargo, el personal sanitario suele descuidar las reacciones emocionales de las pacientes (10). El éxito de este proceso requiere aplicar la empatía con el fin de entender el contexto vital en el que la enferma está sumergida, es decir, vislumbrar sus vivencias dentro de su entorno sociocultural (13).

El cáncer de mama es una vivencia cargada de sentimientos que llegan a la mujer de manera brusca: la negatividad hacia la enfermedad, la angustia, la incertidumbre, la alteración de la propia imagen corporal (17). El proceso resulta complicado, dado que además de aceptar la enfermedad como tal, la paciente debe aceptar la mastectomía, con todo lo que ello conlleva. Aparece el temor al rechazo y a la discriminación, así como sentimientos de mutilación y pérdida de feminidad. La aceptación de la quimioterapia también resulta difícil debido a las secuelas que ésta produce, sobre todo por la pérdida del cabello, en este sentido, aparece el temor a la alopecia (16).

Otro aspecto complicado de sobrellevar es la sensación de dependencia que les produce el tratamiento con quimioterapia o radioterapia. En muchas ocasiones las afectadas deben desplazarse de su ciudad y tienen que separarse de la familia, etc. (6,16) por lo que también surge el sentimiento de soledad. A este respecto, algunas mujeres afirman:

“Siento impotencia porque tendré que depender del hospital mientras dure la quimioterapia y la radioterapia. A lo mejor es feo asimilar, pero lo veo como un drogadicto que depende a diario de una aguja” (16).

“Lo más duro del tratamiento para mí fue, sin duda, tener que viajar a Mallorca, para ponerme la radioterapia. Aquí en Menorca no existe este servicio. En total tuve que estar en Mallorca dos meses. Si me encontraba bien y con energías, los fines de semana volaba a casa para estar con mis hijos. Esto me daba ánimo para seguir, ya que la distancia, psicológicamente, me afectaba muchísimo” (6).

Se refleja de este modo el hecho de que la mujer, en nuestra sociedad, es considerada como el pilar básico en la estructura familiar y social (17) y, por tanto, el diagnóstico de esta enfermedad supone una ruptura en la vida diaria, no sólo personal, sino también familiar y social, lo que conlleva a un reajuste en todo el entorno de la afectada. Para lograr la adaptación, es necesario experimentar el proceso de duelo oncológico, mencionado anteriormente, que supone llevar a cabo una serie de reajustes personales de todo tipo, hasta llegar a una plena aceptación de la enfermedad. En este sentido, algunas mujeres se enfrentan a ella de modo positivo, a través de afirmaciones, tales como:

“Todo es importante en mi vida, cada pequeña cosa. Aparece el significado de las pequeñas cosas que no se aprecian, hasta que el cáncer de mama te hace más consciente de lo que es la vida” (18).

“Sabía que debía aceptar un cambio en mi vida, pero no me asustó, lo tomé como todas las cosas que me han llegado” (16).

Otras mujeres lo aceptan con resignación y en función de las creencias, atribuyen un carácter sobrenatural a la causa de su enfermedad:

“La vida me cambió muchísimo para bien y para mal, pero yo creo que no tanto para mal, yo digo que me ha ayudado mucho. No le digo a Dios y nunca he renegado ¿por qué a mí?, ¿por qué yo? Nunca, yo la acepto porque él sabe

porqué; entonces le echo ganas, y pongo de mi parte para que sea más llevadero” (13).

Se refleja de este modo, la importancia de considerar la individualidad de las personas y la influencia de su contexto sociocultural en todo el proceso de la enfermedad para, así, poder constatar el significado que se da a la experiencia personal.

2.7. Búsqueda del bienestar.

Tomando en consideración lo anteriormente expuesto, resulta imprescindible la formación en el ámbito de la psicooncología para, de este modo, poder predecir, intervenir, manejar y resolver los distintos problemas psicosociales a los que puedan enfrentarse las pacientes (10,12). El principal objetivo de la atención sanitaria consiste en promover el máximo bienestar posible para la paciente y su familia (10). De este modo, es necesario elaborar estrategias de prevención o tratamiento que contribuyan a aumentar la calidad de vida de las pacientes.

Como ya se ha explicado, la personalidad de la mujer con cáncer de mama, junto a otros factores, condiciona el modo de reaccionar ante el diagnóstico y el modo de hacer frente a la enfermedad. Así pues, la forma de dar la cara influirá en el bienestar de la paciente (14). Según algunos autores (14), si la mujer posee alta autoestima y extraversión tendrá mayor propensión al bienestar psicológico. Se señala, por tanto, que la estabilidad emocional, la autoconfianza, la fortaleza, condicionarán positivamente estos niveles. Además, la capacidad para controlar estos momentos de la vida y realizar planes de futuro, hace que la mujer esté preparada para controlar estos sucesos traumáticos y para desarrollar una actuación positiva. Sin embargo, si el enfrentamiento se caracteriza por reacciones pesimistas, ansiosas y depresivas habrá una disminución del bienestar (14). Estas conmisericordias negativas, sentimientos de inutilidad, recuerdos desagradables... hacen que la paciente esquive el problema y a la larga terminan incrementándose los miedos. El hecho de padecer cáncer es visto como un obstáculo insuperable en muchos casos e implica pensamientos pesimistas acerca de no poder llevar una vida satisfactoria o realizar lo que se quería. Por ejemplo, una actuación esquiva en una paciente con cáncer de mama puede ocurrir tras la mastectomía; ante el miedo de no excitar a su pareja renuncia a iniciar una relación sexual pero está comprobado que el miedo sólo se aleja temporalmente. Se explica de este modo, que lo que disminuye el bienestar de la paciente y termina limitándola no son los miedos en sí, sino la tendencia a reaccionar evitándolos (11). Según Marisa Beatriz Pérez et al. (11), es por este motivo que surge la necesidad de buscar que las pacientes aprendan a aceptar, a través de la Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso, lo que no puede ser cambiado, ya que no aceptarlo supone una barrera para el bienestar y por tanto, para vivir.

3. CAPÍTULO II. REPERCUSIONES DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN LA FAMILIA

3.1. La familia.

La familia es un conjunto de personas que viven habitualmente bajo un mismo techo y que están ligadas entre ellas por lazos de parentesco, afinidad o amistad. Es la unidad básica de la sociedad y necesita especial protección y asistencia para asumir plenamente sus funciones y responsabilidades. Del mismo modo, la familia también es generadora de problemas de salud, es decir, cuando se convive con personas y se sufren alteraciones de bienestar de alguno de sus miembros se generan una serie de modificaciones emocionales en el conjunto familiar.

Al enfrentarse una mujer a un cáncer de mama, es necesario que participen en el proceso la familia, los amigos y el equipo de salud correspondiente, siendo de vital importancia que la mujer cuente con los apoyos necesarios a la hora de tomar decisiones, entre ellos, la familia es considerada “la unidad ética de cuidado”, como sistema básico de atención y protección (19).

3.2. Impacto del diagnóstico en la familia.

Como ya se ha mencionado, el diagnóstico de cáncer supone un trágico hecho que desemboca en una profunda crisis vital, lo cual no sólo afecta a la enferma, sino que alcanza de lleno a quienes están unidos a ella. El diagnóstico produce en la mujer un desequilibrio emocional que también se extiende a la familia, suponiendo una ruptura con la vida cotidiana (6,15,19,20).

Para la familia, igual que para la propia enferma, es difícil aceptar lo que está pasando. El diagnóstico, exige una respuesta adaptativa a la nueva situación mediante mecanismos de afrontamiento (6,20). Al igual que la enferma, sus familiares, también experimentan ese proceso de *duelo oncológico*. El primer sentimiento tras el conocimiento de la noticia es el temor a la enfermedad. En este momento, se pone de manifiesto el estigma que implica el término, debido a que la familia, en un primer momento, también suele asociarlo a muerte. Es importante destacar que, del mismo modo que en la aceptación del diagnóstico por parte de la mujer influyen sus creencias, valores, personalidad, etc., en la familia ocurre lo mismo, cada persona enfrentará la situación de modo distinto según sus características individuales, experiencias previas, etc. (20). Todos estos sentimientos de miedo, incertidumbre, desesperación, ansiedad, aparecen porque los integrantes de la familia toman conciencia de la amenaza que supone la enfermedad para una persona a la que quieren y a la que, incluso, pueden llegar a perder. Otro problema añadido, en el caso del cáncer de mama, es el tratamiento quirúrgico, la mastectomía, que produce alteraciones tanto en el día a día de la mujer teniendo que realizar ajustes en los roles que desempeña cada miembro de la familia como el miedo a la pérdida de la feminidad. Estos sentimientos y preocupaciones quedan reflejados en las siguientes afirmaciones extraídas de algunas entrevistas:

Declaración de una hermana: “Pensé enseguida en la muerte...”, “y...para conmocionarnos más... una cirugía muy... que afecta mucho a la cabeza de la mujer...” (20).

Declaración de una hija: “Lloré... es una mutilación...” (20).

Del mismo modo, ante esta situación, aparecen sentimientos de desesperación y de desconocimiento acerca de cómo actuar en estos difíciles momentos, desconocimiento acerca de cómo manejar correctamente la situación a la que se enfrentan (6,20). Por lo tanto, las demandas variarán en función de la gravedad del proceso, de la incapacidad, de la percepción de deformación (mastectomía), del pronóstico, etc. (19).

Por otra parte, las reacciones ante dicha situación se muestran con distinta intensidad, dependiendo del lazo afectivo que les une a la mujer; como es obvio, los familiares que tienen mayor cercanía con la afectada experimentan mayor sufrimiento (20). Los miembros más allegados se convierten en una parte integral en la trayectoria de la enfermedad. Afecta a los familiares emocional y conductualmente, en los planes futuros, en la calidad de vida, etc. y, por tanto, en la estructura y dinámica familiar (19). Por este motivo, es de vital importancia la consideración de la paciente y su familia como una unidad a tratar. Es necesario implicar a la familia en todo el proceso de tratamiento, y considerar que en ocasiones pueden existir deficiencias en las orientaciones a los distintos componentes, se minimizan los sentimientos negativos al ser partícipes del proceso. El personal sanitario, y en concreto la enfermera, debe incluir a la familia en la planificación de la asistencia, además un conocimiento real del diagnóstico repercutirá en una mejora de las relaciones y en el afrontamiento de la situación, ya que la familia constituye una parte esencial de dicha asistencia. Debe ser incorporada en el proceso de cuidado para, así, lograr una atención integral y conseguir mantener el equilibrio y bienestar de todos (20).

3.3. Reconocimiento del apoyo familiar.

La familia está considerada como una fuerza para el desarrollo de acciones individuales y grupales, de este modo su unión favorecerá a la mujer en la adaptación a la nueva situación. Por tanto, todo esto ratifica que la familia constituye una pieza esencial para la seguridad personal de la mujer, para su recuperación y sobre todo para la integración familiar y la armonía. Por este motivo, incluir a la familia en este proceso contribuirá a que enfrenen la enfermedad conjuntamente (20).

Para cualquier persona, a lo largo de la vida, es esencial contar con el apoyo de seres queridos y, por tanto, satisfacer esta necesidad cobra especial importancia en el momento de la enfermedad. Existe asociación entre las reacciones sociales y su influencia en los estados de salud. Estas relaciones sociales pueden ayudar a la persona a resistir los efectos psicológicos adversos surgidos de la tensión y también es necesario el apoyo para promover una mejor recuperación física y mental. Estos niveles de ayuda impulsan un aumento de bienestar y de autoestima (19). Sin embargo, es importante tener en cuenta que, la familia no puede ser considerada como el único apoyo natural para la paciente con cáncer, debido a que ellos mismos necesitan apoyo también, e incluso deben aprender de qué modo pueden ayudar a la enferma.

3.4. Modificaciones de la estructura familiar.

La mujer, en la familia convencional, supone un pilar fundamental, es la principal cuidadora, el pilar básico de la estructura familiar, por eso, en esta situación se produce la ruptura de la vida cotidiana que hasta el momento llevaba la familia (17). Se alteran los roles domésticos, la mujer, que era la principal cuidadora, es ahora quien necesita más cuidados (6). Aparecen sentimientos de tristeza al no poder cumplir su rol de sostén del hogar, que se ve amenazado por las consecuencias de la enfermedad, y ante la posibilidad de dejar a la familia sin figura materna. Surge un intenso sufrimiento ante el posible desamparo de los hijos, temen dejarlos sin figura materna, y sufren por su futuro más que por ellas mismas (16,21). En relación a dichos sentimientos, se pueden observar afirmaciones como ésta:

“pensaba en mis niños, que van a hacer, quien me los va a cuidar,...” (21).

“No recuerdo nada de lo que me dijeron el día del diagnóstico, sólo pensé en mis niñas, por duro que sea, una debe saber para programarse,...” (16).

Ninguna paciente puede sostener el ritmo de vida que llevaba antes del diagnóstico, ni comportarse como ese pilar de fortaleza que supone para la familia. La mujer lucha contra la enfermedad y contra los efectos de ésta; cansancio, alteraciones emocionales, etc., pero al mismo tiempo, no quiere suponer una carga para la familia ni causarles mayor sufrimiento, ya que es un sentimiento innato el querer proteger a la familia. La mayoría de

las mujeres atraviesan momentos de decaimiento, conformismo, enfado, rabia, preocupación por los demás, y al mismo tiempo, temor por ella misma (6).

El proceso de reajuste frente al diagnóstico de cáncer está compuesto por cambios inesperados e incontrolados en los que la enfermedad puede percibirse como potencial peligro de desintegración o, por el contrario, como una oportunidad para el fortalecimiento de la familia, la adaptación y la comprensión de las necesidades (19). Los familiares deben estar bien informados del diagnóstico, del tratamiento y de las posibles reacciones de la enferma. Es condición sine qua non que exista una buena conexión entre la paciente y su entorno para lograr comprender mejor su situación y así evitar que se produzcan errores o equívocos. Los familiares más allegados necesitarán poseer cierta astucia y sutileza para captar las señales de la enferma y encontrar el camino a seguir (6).

Como se ha comentado anteriormente, un problema que suele aparecer es el hecho de no saber manejar correctamente la difícil situación por parte de la familia. Suelen surgir otro tipo de reacciones y comentarios, muchas veces con la mejor voluntad, pero que no son los correctos en este momento. También pueden aparecer reacciones de “optimismo” en las que se emplean expresiones que refieren que la fatiga pasa, que la alopecia o la mastectomía no es tan importante o que el cáncer de mama casi siempre se cura. Así creen dar ánimos y, en muchas ocasiones, privan a la enferma de poder desahogarse (6). Otra de las reacciones que presentan los familiares es el “exceso de protección”, pero esta reacción tampoco es un buen recurso debido a que puede acabar agobiando a la paciente (6).

En función de la relación afectiva que se tenga con la enferma, las consecuentes reacciones ante la presente situación serán distintas. Pueden ser clasificadas del siguiente modo:

- Relaciones con la pareja.
- Relaciones con los hijos.
- Relaciones con el resto de la familia y amigos.

3.4.1. Relaciones con la pareja.

En el caso de que la mujer tenga pareja, la comunicación es un acto muy importante; comunicar es una de las condiciones del éxito de una buena relación, en especial, en el contexto de la enfermedad. Se pueden dar casos en los que la mujer encuentre gran apoyo por parte de su pareja, y otros en los que ocurra todo lo contrario, donde la relación se verá afectada por el poco aliento recibido, llegando incluso a terminar con dicha relación (15).

Es necesaria una buena comunicación de sentimientos. En ocasiones la pareja no muestra sus sentimientos e incluso calla, no por indiferencia sino por miedo (6). Según algunos autores (19), existen estudios en los que se ha identificado que, en general, la pareja es la que proporciona el apoyo emocional más evidente y positivo. Además, las parejas tienen una adaptación más exitosa a la enfermedad cuando modifican su relación para tener en cuenta, en vez de esquivar, las situaciones difíciles derivadas de la enfermedad.

En cuanto a los sentimientos más comunes, por ejemplo, en una familia convencional, la pareja, en este caso el marido, se verá en la situación de asumir su propia ansiedad y miedo, y a la vez, estar apoyando a su mujer, ayudándola a tomar decisiones, afrontando gran cantidad de nuevas tareas, viendo modificada su intimidad, y en el caso de tener hijos, atenuando el impacto de esta nueva situación sobre ellos, dado que son los miembros más débiles (6). Incluso en las relaciones bien cimentadas es difícil permanecer impermeable a la situación, soportar la acumulación de cansancio, la ansiedad, etc. Es decir, la interacción de la enfermedad y la pareja hace que se experimenten variadas dificultades relacionadas con la enfermedad, como por ejemplo la carga que supone proporcionar cuidado constante a la enferma, paralizar de la intimidad de pareja, social y de ocio, tratar de reducir la ansiedad que experimenta la enferma, y a la vez atender a las necesidades de los miembros sanos de la familia. Por lo tanto, las necesidades emocionales de la paciente son uno de los requisitos más difíciles exigidos a los demás miembros de la familia, en especial a

la pareja, quien tiene mayor riesgo de sufrir los efectos de la situación: trastornos de sueño, alimentarios, ansiedad, depresión. Todo esto, debido a la exposición constante y reiterada a la ansiedad y miedos de la paciente (19).

Ante la presente situación, se pueden apreciar distintas reacciones por parte de las parejas: por un lado, de aliento y comprensión o, por el contrario, de privación de apoyo (15). Existen ocasiones en las que la pareja no soporta la situación y se aleja, con la consecuente ausencia de amparo a su mujer, aunque esto puede ser una reacción, no de indiferencia, sino de miedo (6). Si existe una buena comunicación entre la pareja, y además se le incluye en la toma de decisiones en cuanto a la enfermedad, el afrontamiento se hará de modo más positivo.

En las siguientes afirmaciones se pueden observar ambas situaciones. En la primera, el marido mostró sentimientos de apoyo y comprensión (15):

“No me preocupa mucho con respecto a mi esposo, y con el tratamiento, él extremó el cuidado conmigo. Estaba pendiente todo el tiempo, dedicado a mí, consiguiendo los medicamentos, todo, todo. No me hizo sentir que estaba fea, ni sin pelo, ni...” (15).

En la segunda, en contraste, la relación de pareja se afectó de forma considerable, y ante la de ausencia de apoyo y comprensión frente a la enfermedad por parte del marido, la relación terminó (15):

“Cuando me diagnosticaron esto, él me acompaña, él trató como de estar ahí, pero ya no podía. Yo lo llamé, y me dijo: ‘Listo, que sea lo que Dios quiera...pero yo te diría que sea lo que Dios quiera, pero yo te apoyo, cuenta conmigo, pero venga, ¿tú qué quieres?, jno!, no lo que Dios quiera, por siempre solidaridad con el género humano’. Para mí eso fue terrible. Yo esperaba de esa persona un apoyo, y al no contar con el...no entré en crisis depresiva, pero sí sentí mucha tristeza...” (15).

En otro caso, el marido tampoco muestra apoyo a su mujer durante el diagnóstico y tratamiento. La paciente afirma lo siguiente (22):

“Cuando le diagnosticaron cáncer su marido comenzó a alejarse de ella, de forma evidente al principio, no acompañándola a las visitas del médico, apenas le preguntaba sobre cómo iba,... Durante la quimioterapia tampoco le acompañaba nunca,... Un año y medio después de la terminación del tratamiento, él nunca la ha visto desnuda, no ha visto la cicatriz, no han mantenido ninguna relación sexual ni afectiva,...” (22).

Estos tipos de problemas, son una situación muy dura y difícil de sobrellevar para la paciente, que se suma a toda la carga y consecuencias derivadas de la propia enfermedad. En esta situación, en la que aparecen problemas en la relación de pareja, según varios autores (22), se debe asistir a la paciente para tomar una decisión en el momento más oportuno. Es necesario ayudarla, para que reconozca que lo prioritario es mejorar su estado de ánimo. De este modo, en el momento en que se encuentre estable emocionalmente, se sentirá capacitada para tomar decisiones sobre la relación con su pareja.

3.4.2. Relaciones con los hijos.

Si la paciente tiene hijos, es aquí donde aparece la primera y mayor preocupación tras recibir el diagnóstico (6,16,21). Todo esto se debe a que la mujer, como ya se ha comentado anteriormente, en una familia convencional, es el pilar básico y fundamental, y ante la posibilidad de dejar a la familia sin figura materna o ante el posible desamparo de sus hijos aparecen sentimientos de temor y tristeza al pensar en el mañana. Sufren al pensar en el futuro de sus descendientes, y ante el hecho de no poder estar cuando estos necesiten de su orientación y ayuda (16,21). Es aconsejable informar siempre a los hijos sobre el diagnóstico, lógicamente adecuando la información y el lenguaje a la edad que tengan, debido a que ocultarles la situación no les protege porque, si son pequeños,

intuyen que algo sucede y pueden sufrir más si no se les informa, y si son mayores pueden sentirse apartados de la situación, lo que también generará mayor amargura (6).

Otra preocupación que puede aparecer es, en este caso, en relación a las hijas, que en general, son las que más se identifican con la situación y el sufrimiento de la madre. Las pacientes sienten temor ante la predisposición genética del cáncer de mama, es decir, que su enfermedad pueda ser de algún modo determinante de la salud de sus hijas, en un futuro (6,16).

3.4.3. Relaciones con el resto de la familia y amigos.

La comunicación del diagnóstico de cáncer al resto de la familia es una situación que produce ansiedad y tristeza, es un momento muy difícil. Esta reacción de tristeza ante el diagnóstico, en ocasiones, puede dar lugar a un sentimiento de comprensión y de apoyo ante esta situación, como se puede observar en las siguientes afirmaciones (15):

“Yo nunca fui sola donde el médico. Mis hermanos me llevaban y me traían. No me dejaban manejar... Tengo muchísima colaboración por parte de mi familia, no me desamparaban en ningún momento. El apoyo que sentí en mi familia me ayudó a seguir adelante” (15).

Cuando se comunica el diagnóstico al resto de la familia y amigos, éste puede verse como un peligro potencial de desintegración de las relaciones familiares o de amistad o, por el contrario, como una oportunidad para el fortalecimiento, adaptación y comprensión de las necesidades de la enferma (19). La reacción del resto de personas ante la enfermedad cabe originar respuestas de todo tipo, pueden surgir nuevas relaciones al recibir ayuda de personas no tan cercanas o sin ninguna obligación, o por el contrario, quebrarse las relaciones con personas que permanecen ausentes a lo largo de esta etapa. Esto puede deberse a cuestiones personales, como incapacidad para acercarse a la propia enferma porque la situación les evoque recuerdos de experiencias personales anteriores relacionadas con la enfermedad, o que les cause malestar la percepción de sufrimiento, etc. (6). Estas situaciones de huida de personas cercanas a la enferma pueden causar gran decepción y sufrimiento en la mujer.

Otra situación que puede darse, por parte de gente no tan próxima a la paciente, es el acercamiento de personas guiadas por la curiosidad morbosa e indiscreción, hecho que puede causar mucho daño a la enferma y miedo de que hablen de ella a sus espaldas (6,15).

Para finalizar, se puede llegar a la conclusión de que todo esto pone de manifiesto que el ser humano es un ser social, y que necesita de la relación con otras personas para poder vivir plenamente. Esta necesidad vital debe ser satisfecha y merece especial atención en situaciones de enfermedad. La familia y las personas más allegadas a la enferma pueden suponer un importante apoyo y desempeñar una función primordial en esta situación.

4. CAPÍTULO III. CÓMO AFECTAN A LA MUJER LOS CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL

4.1. La percepción de la imagen corporal.

Desde la antigüedad la imagen corporal fue motivo de interés, en nuestros días, la preocupación por el cuerpo, por el aspecto exterior, y por conseguir el ideal de belleza ha adquirido mayor relevancia. La sociedad está eclipsada por la perfección física, por lo tanto no es de extrañar que el culto al cuerpo sea un valor en alza. En el caso de la mujer, a lo largo de la historia, la cultura y la sociedad han dado gran importancia a su aspecto físico, las mamas representan la feminidad y la maternidad, teniendo un valor importante en la consecución de la belleza armónica. Incluso la escultura y la pintura nos muestran ejemplos de la importancia atribuida a las mamas como parte esencial de la identidad de la mujer, representando un ideal de feminidad, un modelo deseable de mujer que cumple esos cánones de perfección y belleza armónica.

Según la R.A.E. (9), la imagen es “el conjunto de rasgos que caracterizan ante la sociedad a una persona”. Como consecuencia, la percepción de la autoimagen es algo muy importante para la mujer, ésta se va formando durante la niñez y la adolescencia siendo relevante para su desarrollo psicosocial y su autoestima (21).

4.2. Principales cambios corporales.

Tras el diagnóstico de cáncer de mama, la mujer, además de aceptar la enfermedad, proceso difícil que requiere una serie de reajustes, en la mayoría de los casos, debe aceptar también el tratamiento quirúrgico y sus consecuencias.

En todas las épocas y culturas, las mamas han tenido una importancia relevante, siendo el símbolo de la feminidad, un órgano con una representación cultural, psicológica y sexual múltiple (12). Si analizamos a la mujer y su imagen corporal se entiende la importancia de la mama como parte integral del cuerpo femenino, es una importante característica de la identidad de la mujer, relacionada con la belleza y la sexualidad (23), además de estar íntimamente ligado a la maternidad (6). Por lo tanto que el cáncer se localice en la mama, lejos de facilitar las cosas, empeora la situación para la mujer. Por este motivo, cuando a la paciente se le informa de que va a precisar el tratamiento quirúrgico de la mastectomía es necesario tener en cuenta el impacto emocional y las consecuencias que se derivan de este proceso (24). Es una situación difícil de aceptar que requiere una serie de reajustes, por lo tanto, este tratamiento quirúrgico origina un sentimiento de pérdida de la feminidad y como consecuencia la disminución de la autoestima y la aparición del miedo al posible rechazo por parte de su pareja (24).

La mastectomía es percibida por la enferma como una mutilación, lo que se acompaña de sentimientos de ansiedad, incertidumbre y temor. En muchas ocasiones origina en la mujer una percepción negativa de la propia valía en respuesta a la nueva imagen, viviendo su asimetría corporal como una deformidad (12,21). Algunas mujeres, en un primer momento, se aferran a la tragedia y rehúyen de su nueva imagen, se rechazan a sí mismas, llegando al punto de no querer contemplarse en ningún momento. Es aquí, donde el personal sanitario debe ayudar a la mujer a aceptar su nuevo cuerpo, a mirarse en el espejo y a asumir la nueva realidad (23,25). El primer paso para mantener una buena autoestima y confianza en sí misma es la aceptación, de esta manera su seguridad aumentará y le será más fácil mostrarse desnuda (21,25).

A la repercusión de la mastectomía en la apariencia corporal hay que añadirle las repercusiones físicas del tratamiento con quimioterapia, el pelo también es un símbolo de la feminidad y su caída resulta difícil de aceptar. La mujer puede sentirse intimidada por la alopecia, es una situación que encierra complejos y miedos a la reacción del resto de personas cuando la vean (21).

Esta etapa, en la que la mujer se ve enfrentada a su nuevo cuerpo le suscita una serie de reacciones, acompañadas de sentimientos de miedo e incertidumbre, como se refleja en las siguientes afirmaciones:

“Como a los tres meses, yo me vestía en el baño para no mirarme, yo decía que no puedo mirarme al espejo, me daba como desespero” (21).

“Bueno una se mira al espejo y se ve horrible, se ve mutilada, como una vez que me dijo un niño, ‘ ¡uy profesora usted parece una mutante!’ No me había percatado de que yo no tenía la bolsita o la prótesis que uno se pone, ahora mis blusas son tapaditas, con cuello,...” (21).

4.3. Repercusiones de los cambios corporales en la sexualidad.

Padecer cáncer de mama implica un conjunto de cambios corporales y repercusiones físicas y psicológicas que originan una disminución de autoestima y de confianza. Estas repercusiones afectarán también al terreno de la sexualidad. Para cualquier mujer con cáncer de mama es realmente difícil aceptar su nuevo cuerpo y, además, seguir sintiéndose atractiva. Si la mujer no se siente atractiva, ni acepta la nueva situación le costará sentir deseo, y sentirse deseada (6). A esto hay que añadirle los efectos del tratamiento de quimioterapia u hormonal, antidepresivos, etc., que tienen un impacto negativo en la actividad sexual, pues disminuyen o suprimen el deseo (6,26,27). Algunos de los alcances secundarios del tratamiento que influyen negativamente en la sexualidad son: sequedad vaginal, dolor durante la penetración, disminución de la libido, de la excitación, etc. (26). Por lo tanto, este duro tratamiento altera también el ritmo de la vida sexual.

Por otra parte, también se puede apreciar que el principal motivo de alteración de la vida sexual es consecuencia directa de la mastectomía, de la disminución de la autoestima y del temor al rechazo de la nueva imagen por parte de la pareja. Es decir, la actividad sexual puede verse disminuida significativamente por el hecho de sentirse mutilada. La mujer siente la pérdida del atractivo y se muestra avergonzada por su nuevo cuerpo (21).

La inseguridad y el temor a sentirse rechazada pueden manifestarse en forma de ansiedad y como consecuencia la mujer mastectomizada protege su cuerpo evitando mirarse al espejo y evitando el desnudo integral delante de su pareja, como se puede observar en las siguientes afirmaciones (21,25):

“No me desnudaba delante de él, porque no quería que me viera. Me fui a casa con las grapas, y no quería que él me viera. Y él decía que no pasaba nada, que si yo no quería él no me forzaría... De todas formas yo hubiera necesitado que él me hubiera insistido, yo supongo que sí que tenía ganas, daba una imagen que no era la real, estaba en contradicción, porque me daba miedo su rechazo, su cara de no aceptación” (25).

“Yo pensé en ese momento, cuando él me fuera a mirar, que como se fuera a sentir él,...yo pensaba qué irá a decir él de eso...” (21).

Para tener una vida sexual satisfactoria es necesario mantener una buena autoestima, confianza en sí misma y aceptación de su nuevo cuerpo, de este modo la seguridad de la mujer aumenta y le resulta más fácil mostrarse desnuda ante su pareja (25). En este momento, si tiene pareja afectiva y sexual adquiere gran importancia para ella y, si encuentra comprensión y apoyo, la aceptación y la recuperación psicológica y sexual se lograrán de modo más fácil (25), como se puede apreciar en las siguientes declaraciones:

“Tengo un marido que es un cielo, me ha ayudado mucho, ha padecido mucho, siempre ha sido una persona que he tenido al lado, que me ha ayudado a desdramatizar. A la radioterapia me acompañó cada día... y estas cosas pienso que nos unen más, o sea que no es ningún problema, al contrario, una mucho esto” (25).

Sin embargo, en contraposición a estas reacciones, positivas y de apoyo a la enferma, también se pueden ver otro tipo de reacciones de abandono por parte de la pareja al no aceptar esta situación. La mujer se siente sola y rechazada, y la relación acaba deteriorándose por completo (22). Esto se puede ver reflejado en las afirmaciones siguientes:

“Al principio ella pensó que él necesitaba tiempo para hacerse a la idea, pero el tiempo transcurría y no manifestaba ninguna aproximación afectiva hacia ella. Ahora, que hace un año y medio del tratamiento, su marido nunca la ha visto desnuda, no ha visto la cicatriz, no han mantenido ninguna relación sexual ni afectiva” (22).

“Como pareja falta la intimidad, yo necesitaba su cariño porque cuando yo me encontraba muy mal, estábamos en la cama y él cogió y se salió de la cama y se fue a otra habitación para que yo pudiera dormir, pero es que yo lo necesitaba, porque he pasado noches muy malas y estaba sola” (25).

“No tengo pareja, tenía, qué paso, pues que le entró ansiedad, por todo lo que me había pasado a mí. Me lo dijo así, que necesitaba un tiempo porque estaba agobiado, y todo esto. Hacía tres años y pico que salíamos, y yo recibí la noticia mal, supongo que lo que me dijo era verdad, era porque él estaba mal” (25).

Como se puede apreciar, estos momentos producen gran sufrimiento en la mujer, ya que a la carga que supone la enfermedad, y las exigencias de reajuste psicológico que requiere, se le suman, en ocasiones, estos problemas de pareja, a los que la enferma tiene que hacer frente también. Esto genera sufrimiento en la mujer por el hecho de sentirse rechazada, afecta a su autoestima y a la confianza en sí misma y supone un obstáculo más para superar la situación.

4.4. Beneficios de la reconstrucción mamaria.

Tras optar por la mastectomía, una opción decisiva posterior que puede ayudar a disminuir las repercusiones emocionales de este tratamiento quirúrgico, es la reconstrucción mamaria (24). Es una técnica que permite al cirujano plástico crear una mama similar en forma y características, a la no intervenida. Esta alternativa es fundamental en el proceso de recuperación psicológica de la mujer, permitiéndole recuperar una imagen adecuada, pues la mastectomía radical, ocasiona en la paciente incertidumbre, temor y percibe los cambios en su imagen corporal como deformidad o mutilación (21). No sólo es importante para la recuperación física, sino sobre todo, psicológica, ya que en ningún momento se debe olvidar el estado de salud de la paciente, seriamente afectado tras sufrir la mastectomía.

Según algunos autores (24), existe cierta relación entre la práctica de la reconstrucción mamaria y el aumento de la satisfacción de la paciente, además, cumple un importante papel en el fortalecimiento de la relación afectiva y sexual con la pareja. La mujer no se siente mutilada ni desfigurada y se ve considerablemente aumentada su autoestima y confianza.

El personal sanitario debe informar correctamente a la paciente de cuáles son las posibilidades con las que cuenta para que ella pueda estar en posesión de una información fidedigna que le permitirá decidir. Una buena calidad de información aumenta la seguridad de la paciente y ayuda a minimizar el sufrimiento.

5. CAPÍTULO IV. IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS DE APOYO EN LA SUPERACIÓN DEL CÁNCER

5.1. ¿Qué son los grupos de apoyo?

Los grupos de apoyo representan un recurso de soporte social desarrollado para enfrentar las repercusiones psicológicas y sociales que derivan del diagnóstico y tratamiento de enfermedades graves o crónicas, como es el caso del cáncer, así como facilitar información relacionada con su enfermedad (28-30). Una de las definiciones más conocidas sobre los grupos de apoyo es la descrita por Katz y Bender (1976), que más tarde adoptó también la Organización Mundial de la Salud (28), quizá porque es una de las más completas y recoge las principales características de este tipo de grupos: *“los grupos de apoyo son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un hándicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes. Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción social cara a cara y la responsabilidad personal de sus miembros. Con frecuencia proporcionan ayuda material así como apoyo emocional; están orientados a la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo pueden obtener e incrementar un sentimiento de identidad personal”*. Por lo tanto, estos grupos están compuestos por personas que se encuentran o se han encontrado en situaciones similares y que se reúnen con el objetivo de recibir o aportar ayuda mutua y satisfacer las necesidades comunes que presentan en esta situación, como es superar los problemas a los que se ven enfrentados en su vida cotidiana, tras el diagnóstico de la enfermedad (28,29).

En el caso del cáncer de mama existen grupos de apoyo para las mujeres que viven esta experiencia, en los cuales se trabaja la asimilación del proceso oncológico y la aceptación de la nueva situación (28,31).

5.2. Beneficios de los grupos de apoyo.

Como se ha explicado a lo largo de la presente monografía la mujer que padece cáncer de mama se ve enfrentada repentinamente a variadas emociones de miedo, ansiedad, inseguridad, incertidumbre, etc. por el propio diagnóstico y por el tratamiento y la mastectomía. Como es obvio, las actitudes y emociones varían de una mujer a otra debido a factores como la personalidad o experiencias vividas anteriormente. El ritmo de vida que hasta el momento llevaba la paciente se ve alterado por la enfermedad. La familia o los amigos, en muchas ocasiones no son capaces de ofrecer todo el apoyo que la enferma necesita debido a que la situación, también, en algunos casos, les sobrepasa a ellos mismos y no pueden hablar abiertamente del tema. Es en este contexto donde los grupos de apoyo adquieren importancia relevante y pueden aportar a la mujer una importante ayuda (28,29). El afrontar el problema en colectivo posibilita disponer de un espacio de intervención terapéutica adecuado para el intercambio de emociones, conocimientos, experiencias y favorece la realización de diversas actividades, promoviendo de este modo la rehabilitación y el aumento de la autoestima de la mujer (29).

Las actividades que se desarrollan en este tipo de encuentros se centran en la expresión de emociones y experiencias, y en el apoyo mediante la comunicación y la comprensión de problemas similares. El hecho de compartir vivencias permite a la paciente ver que no es la única que sufre. Todo esto, además, permite la socialización y el aprendizaje interpersonal (31).

Algunos autores (28), destacan que para la mayoría de las pacientes es de vital importancia la conexión e intercambio de experiencias con otras personas que sufren o han sufrido la misma situación. Del mismo modo, destacan los beneficios de sentirse comprendidas y de compartir experiencias comunes. Además les resulta muy satisfactoria la posibilidad de poder prestar ayuda a otras mujeres en situaciones similares, y no sólo recibirla. Asimismo, para muchas pacientes el hecho de relacionarse con mujeres en su misma situación les hace sentir reales al ser una oportunidad para compartir experiencias y para poder ayudar a otras mujeres (18). Otro aspecto muy valorado por las pacientes diagnosticadas recientemente de cáncer de mama, que acuden a estos encuentros, es el hecho de poder conocer y relacionarse con mujeres supervivientes de la enfermedad, en la mayoría de las ocasiones les aporta fuerza para luchar (28).

Según algunos autores (30), existe evidencia de que los grupos de apoyo en el cáncer de mama tienen cierto beneficio sobre las mujeres, puesto que les proporcionan apoyo emocional, las ayudan a enfrentarse el estrés generado por la nueva situación y a reducir los sentimientos de angustia por las repercusiones físicas y psíquicas de dicha enfermedad.

El hecho de compartir experiencias y de sentirse identificadas es algo muy valorado por las mujeres que participan en estos grupos, pero es importante destacar otro aspecto muy útil de participar en dichos encuentros, como es el hecho de poder obtener toda la información necesaria referente a su enfermedad y a los tratamientos que existen, lo cual les proporciona mayor seguridad y control, ya que tener mayor conocimiento del tema les permite participar activamente en las decisiones médicas que les afectan (28).

Como se ha mencionado, estos encuentros grupales favorecen la expresión de emociones, hecho que algunos autores (31) consideran imprescindible para que el proceso se desarrolle correctamente. Según Cristian Ochoa et al. (31), es muy importante la Psicoterapia Positiva Grupal en la cual se trabaja la expresión de emociones positivas, pero se califican de “positivas” no por ser agradables como la alegría, sino por cumplir una función de adecuación a la nueva situación. Además, defienden este enfoque emocional desde las primeras sesiones grupales para que las componentes del grupo se aclimaten a su situación desde el primer momento.

Existen varias causas por las que la terapia en grupo es capaz de promover la recuperación psicológica de las pacientes que participan en ella. Algunas de las más destacadas son (30):

-Catarsis: hace referencia a la oportunidad que tienen las pacientes de liberarse de la acumulación de sentimientos intensos que experimentan en esta situación, lo cual puede resultar terapéutico.

-Esperanza: esta causa se refiere a que la terapia grupal es ventajosa porque las pacientes pueden desarrollar un sentimiento de universalidad, al darse cuenta de que existen otras mujeres que han pasado por lo mismo y con las que se sienten identificadas. Este punto mejora el afrontamiento.

-Aprendizaje: una característica de la terapia en grupos de apoyo es que facilita el aprendizaje, debido a que las pacientes se ven expuestas a roles variados con los que tienen la posibilidad de descubrir otros modos de superar los problemas y dificultades a los que se enfrentan. Además el grupo puede proporcionar feedback favoreciendo la identificación de pensamientos o comportamientos de los que la enferma no es consciente y que pueden estar interfiriendo en su recuperación psicológica.

A pesar de todo lo comentado, es cierto que en algunos casos, la terapia grupal puede no ser la acertada en un primer momento, pero es importante tomarla en consideración dentro del plan terapéutico, ya que tiene la ventaja de crear un clima intimista para poner en práctica las habilidades interpersonales en el que se sienten seguras las afectadas (30). Por otro lado, algunas pacientes, en un primer momento, también pueden resistirse a participar en un grupo de apoyo por vergüenza a la revelación de sus experiencias

personales, por las dudas acerca de los beneficios de pertenecer a dichos grupos, por temor a la sobrecarga emocional al empatizar con otras pacientes y sus problemas, etc. Por este motivo es imprescindible explicar a la paciente en qué consiste formar parte de estos grupos, cuáles son los objetivos, la metodología, etc., para así evitar falsas expectativas (30).

Como se ha mencionado, en estos encuentros se comparten experiencias, conocimientos, emociones y, también, se realizan diversas actividades. Dependiendo de la institución en la que se desarrollen estas terapias las actividades varían, pero en general se suelen realizar actividades corporales, autoexpresivas, ejercicios de relajación, etc. (29). Por ejemplo, en la Asociación Española Contra el Cáncer se implantó en 1986 un programa centrado en el ámbito del cáncer de mama. Este programa, "Mucho X Vivir", permite a las mujeres diagnosticadas de este tipo de cáncer tener acceso a diversas actividades y encuentros, tanto individuales como grupales, en los que se trabajan aspectos, como la ansiedad, la sexualidad, la estética. Trabajan el momento de la aceptación de la nueva imagen corporal ayudando a las mujeres a mirarse de nuevo en el espejo, se realizan actividades de ocio, etc. Habilita un espacio que permite el intercambio de experiencias, el apoyo mutuo y el autoconocimiento, de este modo se previene el aislamiento y se facilita la promoción de la salud (32).

Asimismo, para poder llevar a cabo de manera eficaz y eficiente todas las actividades que se realizan en la terapia en grupo, y para que los grupos funcionen correctamente, es muy importante que exista una buena preparación de la persona que dirige el grupo, de modo que pueda atender correctamente a las necesidades de sus componentes y sepa conducir cada situación. Además, también es necesario que sepa utilizar la herramienta del *counselling*. Mediante este proceso la persona que dirige el grupo plantea preguntas y aporta sus conocimientos para hacer reflexionar a las pacientes y así conseguir que decidan por sí mismas qué quieren hacer (29-31).

La psicooncóloga María Die Trill (30) establece que existen varias experiencias grupales que resultan adecuadas para las mujeres que padecen cáncer de mama y, que al mismo tiempo, dependerán de la institución donde se lleve a cabo este tipo de terapias, puesto que pueden desarrollarse en un hospital, centro médico, asociación, etc. Según la psicooncóloga (30) estos grupos se forman para tratar las dificultades emocionales que aparecen en esta situación, y los más comunes son:

-Grupo de sesión única: el objetivo fundamental es la expresión de emociones en un momento dado, por ejemplo, tras la intervención quirúrgica. Este tipo de grupo requiere menor compromiso.

-Grupo de duración limitada: en este tipo de grupos, las participantes se reúnen, en general, semanalmente, y suelen durar entre 8 y 16 semanas. El objetivo será, no sólo tratar temas médicos sobre la enfermedad y el tratamiento, si no también centrarlo en la expresión de emociones personales. Estos grupos tienen la ventaja de facilitar el compromiso y cohesionar el colectivo.

-Grupo de larga duración: en este caso el objetivo se centrará en las necesidades de las pacientes y estará determinado, también, por la extensión de la enfermedad. En este tipo de grupos se facilita un entorno de apoyo seguro para que las pacientes expresen sus emociones y puedan sentirse apoyadas por el resto de integrantes. La característica fundamental se basa en entender el componente emocional para el tratamiento del cáncer de mama, así como en optimizar el apoyo y los mecanismos de afrontamiento de las mujeres que participan en dicho grupo.

Según María Die Trill (30), a la hora de formar un grupo de apoyo también es importante tener en cuenta la composición del mismo, debido a que su interacción será un factor indispensable para el buen funcionamiento. En el momento de establecer la composición se

tendrán en cuenta factores como la personalidad de las participantes, el diagnóstico, la fase de la enfermedad, etc.

Para finalizar, es importante destacar que la existencia de este tipo de grupos y la participación en ellos es algo realmente positivo en el ámbito del cáncer de mama. Como se ha mencionado anteriormente, debe ser una herramienta a tener en cuenta en el tratamiento y recuperación de la paciente, debido a que ayuda a la rehabilitación integral de la mujer, recuperando el bienestar psicosocial y la calidad de vida, pudiendo desarrollar actividades profesionales, domésticas, etc., de modo que puedan vivir plenamente (29).



6. CAPÍTULO V. LA IMPORTANCIA DEL USO DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER QUE PADECE CÁNCER DE MAMA

6.1. Utilización de la metodología enfermera en la práctica diaria.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial, permitiendo a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, sensata y ordenada. Consta de las siguientes partes: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación (33,34). Fomenta unos cuidados humanísticos eficaces, centrados en unos objetivos. Además, promueve que el profesional de enfermería examine continuamente su trabajo y que se plantee como puede mejorarlo, puesto que se basa en el pensamiento crítico y se rige por la reflexión (34).

Es necesario incorporar el proceso de enfermería en la práctica diaria porque (34):

- Previene la enfermedad y promueve y mantiene la salud.
- Fomenta el bienestar y permite que la persona dirija sus cuidados.
- Suministra cuidados eficientes y de calidad de acuerdo con las necesidades de la paciente.
- Aumenta la satisfacción de la paciente con los cuidados administrados.

Antes de poner en funcionamiento los diagnósticos de enfermería es necesario llevar a cabo la primera etapa del proceso, es decir, la valoración de la paciente buscando las evidencias de funcionamiento anormal o de factores de riesgo (34). A continuación se analizan los datos y se identifican los problemas reales o potenciales de salud. El diagnóstico de enfermería, según la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) (33) es “*un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras, para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable*”. Resulta imprescindible la aplicación de dichos diagnósticos en la práctica enfermera diaria, puesto que el foco de atención es la salud del ser humano, en este caso, de la mujer con cáncer de mama. Asimismo, la aplicación de dichos diagnósticos requiere que el personal de enfermería ponga en práctica, tanto habilidades profesionales como interpersonales.

Según la NANDA (33) existen dos condiciones que son la base para el desarrollo de competencias diagnósticas:

- El diagnóstico de enfermería requiere competencias en los dominios intelectual, interpersonal y técnico.
- El diagnóstico de enfermería requiere el desarrollo de tolerancia a la ambigüedad y el uso de la práctica reflexiva como fortalezas personales.

Las competencias intelectuales son una condición indispensable para poder diagnosticar. Es necesario, por tanto, que el profesional de enfermería conozca los diagnósticos y las intervenciones, y que sepa cómo acceder a dicha información cuando la necesite. Además, es importante el desarrollo de habilidades cognitivas para la aplicación de los diagnósticos de forma precisa (33). Resulta fundamental, el desarrollo de **habilidades técnicas** para poder realizar de forma correcta la valoración y la formulación de los diagnósticos de enfermería. De igual manera, es imprescindible desarrollar **habilidades de comunicación interpersonal**, para reforzar la confianza que las mujeres depositen en los profesionales de enfermería y, así, poder comunicarse y hablar sobre sus respuestas a los problemas de salud y sus procesos vitales derivados del diagnóstico de cáncer (33). Otro aspecto importante es **la práctica reflexiva**, condición indispensable para la autoevaluación, se refiere a la habilidad que el profesional de enfermería posee para poder examinar sus propias actuaciones relacionadas con las competencias cognitivas y las habilidades técnicas e interpersonales (33).

CAPÍTULO V. LA IMPORTANCIA DEL USO DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER QUE PADECE CÁNCER DE MAMA

Una vez identificado el diagnóstico se establecen los resultados deseados (objetivos) en la etapa de planificación. El resultado, según la NOC (Nursing Outcomes Classification) es el “estado, comportamiento o percepción del individuo, familia o comunidad, que se mide de forma continuada y que se puede atribuir a las intervenciones de enfermería” (35). Tras fijar los objetivos, se establecen las intervenciones a realizar para alcanzar dichos objetivos. Según la NIC (Nursing Interventions Classification) la intervención es “cualquier tratamiento, basado en el criterio y en el conocimiento clínico, que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados del paciente” (36).

En la fase de ejecución se lleva a cabo la puesta en práctica del plan. Se realizan las intervenciones propuestas anteriormente, observando y reflexionando sobre las respuestas de la paciente (34). Por último, en la etapa de evaluación se determina en qué grado se han alcanzado los objetivos propuestos en la planificación, para identificar todo aquello que dificulta o facilita el proceso (34).

La formulación de diagnósticos enfermeros, además de mejorar la planificación de los cuidados permite, por un lado mejorar la comunicación entre el equipo de salud implicado en el cuidado de las mujeres que padecen cáncer de mama, por otro nos ayuda a explorar aspectos más difíciles de valorar como son los psicológicos, los espirituales y los sexuales (33,34), que merecen especial atención en el caso de la enfermedad oncológica, puesto que en ningún momento debemos olvidar el estado de salud global de la paciente.

Uno de los diagnósticos de enfermería (33) identificado con mayor frecuencia en el caso de las mujeres con cáncer de mama es el de “Trastorno de la imagen corporal” (00118), debido a las repercusiones físicas de la mastectomía y del tratamiento con quimioterapia.

- **Diagnóstico de enfermería según la NANDA** (33)

“Trastorno de la imagen corporal” (00118).

Definición: Confusión de la imagen mental del yo físico.

- **Criterio de resultado (NOC)** (35)

“Adaptación a la discapacidad física” (1308).

Definición: Respuesta adaptativa a un reto funcional importante debido a una discapacidad física.

CAPÍTULO V. LA IMPORTANCIA DEL USO DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER QUE PADECE CÁNCER DE MAMA

<i>“Adaptación a la discapacidad física” (1308)</i>	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES MÁS FRECUENTES EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA (35):					
(130802)-“Expresa verbalmente reconciliación con la discapacidad”.	1	2	3	4	5
(130803)-“Se adapta a las limitaciones funcionales”.	1	2	3	4	5
(130806)-“Utiliza estrategias para disminuir el estrés relacionado con la discapacidad”.	1	2	3	4	5
(130807)-“Identifica maneras para aumentar el sentido de control”.	1	2	3	4	5
(130808)-“Identifica maneras para enfrentarse con cambios en su vida”.	1	2	3	4	5
(130821)-“Obtiene información sobre la discapacidad”.	1	2	3	4	5
(130823)-“Obtiene ayuda de un profesional sanitario”.	1	2	3	4	5
(130817)-“Informa de la disminución de estrés relacionado con la discapacidad”.	1	2	3	4	5
(130818)-“Informa de la disminución de los sentimientos negativos”.	1	2	3	4	5
(130819)-“Informa de la disminución de la imagen corporal negativa”.	1	2	3	4	5
(130820)-“Informa del aumento de confort psicológico”.	1	2	3	4	5

• **Intervenciones de enfermería propuestas (NIC) (36)**

“Potenciación de la imagen corporal” (5220).

Definición: Mejora de las percepciones y de las actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

ACTIVIDADES (36):

Algunas actividades útiles a realizar con una paciente con cáncer de mama para llevar a cabo la intervención propuesta serían (36):

- “Determinar las expectativas corporales de la paciente, en función del estadio de desarrollo”.
- “Utilizar una guía previsoras en la preparación de la paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles”.
- “Ayudar a la paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía”.
- “Ayudar a la paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento”.
- “Determinar si se ha producido un cambio físico reciente en la imagen corporal de la paciente”.
- “Ayudar a la paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal”.

CAPÍTULO V. LA IMPORTANCIA DEL USO DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER QUE PADECE CÁNCER DE MAMA

- “Ayudar a la paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía”.
- “Observar la frecuencia de las frases de autocrítica”.
- “Observar si la paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio”.
- “Observar si hay frases que identifican las percepciones de la imagen corporal que tienen que ver con la imagen y el peso corporal”.
- “Determinar las percepciones de la paciente y la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad”.
- “Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social”.
- “Ayudar a la paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas”.
- “Identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa, pelucas o cosméticos, si procede”.
- “Ayudar a la paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto”.
- “Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares”.

• **Criterio de resultado (NOC)** (35)

“Autoestima” (1205).

Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

“Autoestima” (1205)	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
INDICADORES MÁS FRECUENTES EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA (35)					
(120501)-“Verbalizaciones de autoaceptación”.	1	2	3	4	5
(120502)-“Aceptación de las propias limitaciones”.	1	2	3	4	5
(120505)-“Descripción del yo”.	1	2	3	4	5
(120507)-“Comunicación abierta”.	1	2	3	4	5
(120508)-“Cumplimiento de los roles significativos personales”.	1	2	3	4	5
(120509)-“Mantenimiento del cuidado/higiene personal”.	1	2	3	4	5
(120510)-“Equilibrio entre participa y escuchar en grupos”.	1	2	3	4	5
(120511)-“Nivel de confianza”.	1	2	3	4	5
(120515)-“Voluntad para enfrentarse a los demás”.	1	2	3	4	5
(120519)-“Sentimientos sobre su propia persona”.	1	2	3	4	5

• **Intervenciones de enfermería propuestas (NIC)** (36)

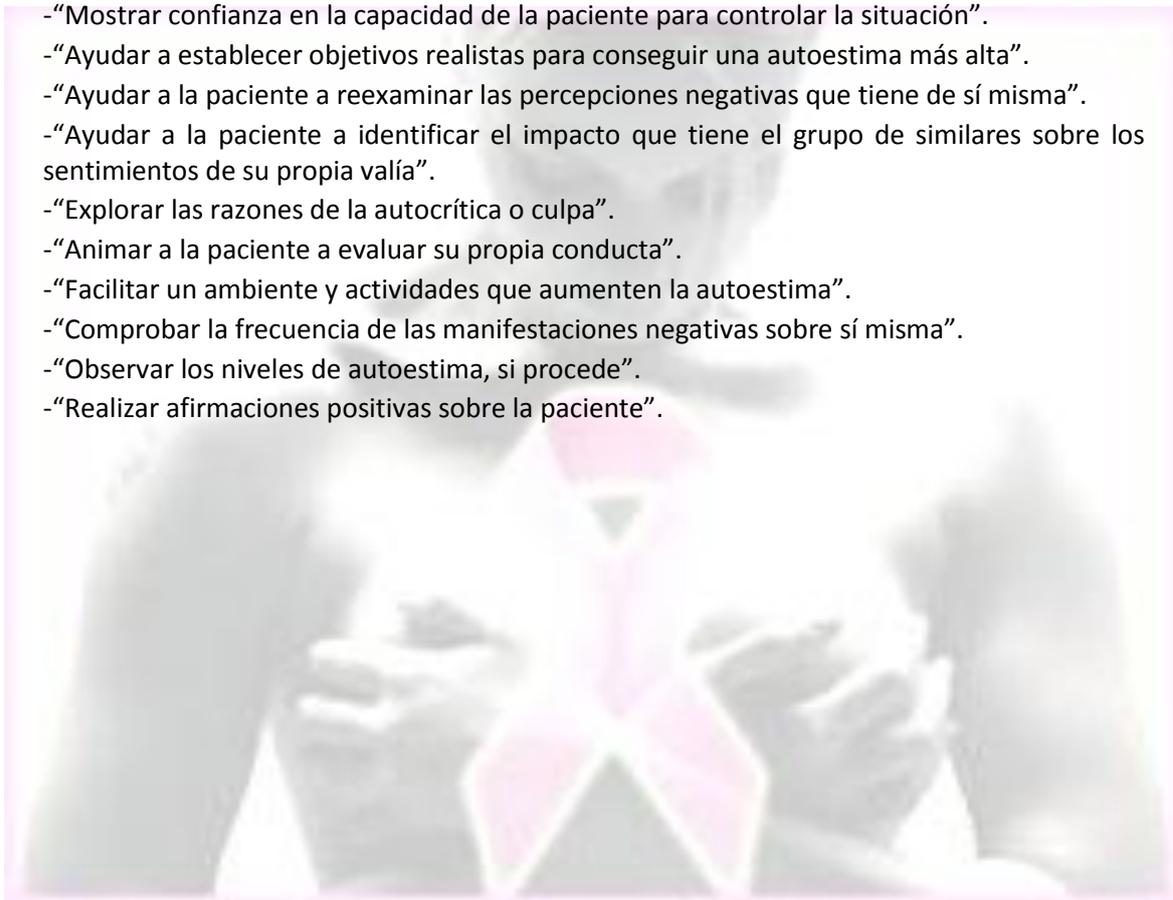
“Potenciación de la autoestima” (5400).

Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

ACTIVIDADES (36):

Algunas actividades útiles a realizar con una paciente con cáncer de mama para llevar a cabo la intervención propuesta serían (36):

- “Observar las frases de la paciente sobre su propia valía”.
- “Determinar la posición de control de la paciente”.
- “Animar a la paciente a identificar sus virtudes”.
- “Reafirmar las virtudes personales que identifique la paciente”.
- “Ayudar a la paciente a identificar las respuestas positivas de los demás”.
- “Mostrar confianza en la capacidad de la paciente para controlar la situación”.
- “Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta”.
- “Ayudar a la paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí misma”.
- “Ayudar a la paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía”.
- “Explorar las razones de la autocrítica o culpa”.
- “Animar a la paciente a evaluar su propia conducta”.
- “Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima”.
- “Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí misma”.
- “Observar los niveles de autoestima, si procede”.
- “Realizar afirmaciones positivas sobre la paciente”.



7. CONCLUSIONES

Para finalizar, es importante comentar y destacar los aspectos más relevantes desarrollados a lo largo de la presente monografía:

- El cáncer es un problema de gran magnitud en nuestro país, constituyendo la segunda causa de muerte, por lo que, la prevención es esencial para disminuir su incidencia o su mortalidad. Actualmente, es casi imposible la prevención primaria del cáncer de mama, por ello se hace necesaria la realización de la prevención secundaria (5).

- Cuando a una mujer le diagnostican un cáncer de mama surge una profunda crisis vital, su vida cambia por completo y sufre una serie de reajustes psicológicos para adaptarse a la nueva situación. Se producen cambios en los roles que desempeñaba hasta el momento y en su vida laboral, social y familiar (6,10,12). Ninguna persona está preparada para recibir el diagnóstico de cáncer dado que es la enfermedad más temida por la población, por encima de otras mucho más invalidantes, debido al estigma asignado al término. Es una enfermedad que todavía no está normalizada, convirtiéndose en un tabú (6,10). Como consecuencia, la mujer, en un primer momento, lo entiende como fallecimiento inmediato. Se trata de un diagnóstico que irrumpe en la vida de la persona y genera multitud de preguntas y sentimientos. Es pues, imprescindible que los profesionales sanitarios tengan en cuenta que pueden surgir tantas reacciones como individuos, que la enfermedad es algo que le ocurre a una persona concreta, y que, por ello, se requiere de la individualidad para su abordaje (10).

- Esta compleja situación provoca un desequilibrio, también, en la familia. En este momento, se toma conciencia de la amenaza que supone la enfermedad para una persona a la que quieren y a la que pueden perder, surgiendo sentimientos de desesperación, incertidumbre y desconocimiento acerca de cómo actuar (6,20).

- Esta crisis vital se ve incrementada por los cambios corporales que se producen con el tratamiento farmacológico y quirúrgico. Las mamas son una parte integral del cuerpo femenino y de la identidad de la mujer (6,23). La mastectomía se percibe como una mutilación que ocasiona una asimetría corporal la cual da lugar a que la paciente pierda confianza en sí misma y temor al rechazo (24). El cambio en la imagen corporal y los efectos secundarios de los tratamientos repercuten negativamente en su autoestima, lo que conlleva, en muchos casos, a la falta de interés por la actividad sexual. (6,26,27). Un factor que puede reforzar la autoestima tras la mastectomía es la reconstrucción mamaria, aumentando la satisfacción de la mujer y mejorando la relación afectiva y sexual con la pareja (24).

- Otro aspecto a tener en cuenta para la recuperación de la mujer son los grupos de apoyo, compuestos por personas que se encuentran en situaciones similares y que se reúnen con el objetivo de recibir ayuda mutua, compartir experiencias e intercambiar información sobre la enfermedad y los tratamientos (28,29). Resulta, esto, positivo debido a que en muchas ocasiones la familia o los amigos no son capaces de proporcionar la ayuda que la paciente necesita.

- Por último, destacar la importancia de utilizar la metodología enfermera en el cuidado de estas pacientes dado que ello va a repercutir positivamente en la calidad de los mismos. Para desarrollar de modo correcto el proceso enfermero es necesario adquirir competencias y habilidades tanto a nivel profesional como a nivel interpersonal (33).

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) **Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia contra el cáncer del Sistema Nacional de Salud.** AECC. [Página principal en Internet]; 2011 [actualizado 7 febrero 2011; consultado 20 noviembre 2012]. [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadocumentos/Paginas/estrategiacontraelcancer.aspx>.
- (2) Blasco MA, Bonilla F. **Superar el cáncer. Guía práctica de prevención y tratamiento.** 1a ed. Barcelona: Ediciones Martínez Roca; 2011.
- (3) **Tipos de cáncer por localización.** AECC [Página principal en Internet]; 2012 [actualizado 7 mayo 2012; consultado 20 noviembre 2012]. [Aprox. 5 pantallas] Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/Paginas/Localizacióndelcáncer.aspx>.
- (4) Instituto Nacional de Estadística. **Defunciones según la causa de muerte. Año 2009** [consultado 5 noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np664.pdf>.
- (5) Mellado M, Osa A. **Cribado de cáncer de mama. Estado actual.** Radiología [Internet]. 2012 [consultado 5 noviembre 2012]; [aprox. 10 p.] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rx.2012.05.003>.
- (6) Iraburu B, Mahillo E. **Cáncer de mama. Claves y Relatos.** 1a ed. Madrid: Siddhart Mehta Ediciones; 2008.
- (7) Fernández-Cid A. **La mama y sus cuidados.** 1a ed. Barcelona: Ronsel; 2006.
- (8) Comas Á, Cueto Espinar A, García Casas JB, García Cueto E, García Díaz MF, López ML, et al. **Actitud hacia la prevención primaria del cáncer: validación de una escala.** 1a ed. Oviedo: Publicaciones de la Universidad de Oviedo; 2002.
- (9) **Real Academia Española.** [Página Principal en Internet]. Madrid: Real Academia Española. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.
- (10) Sanz J, Modolell E. **Oncología y psicología: un modelo de interacción.** Psicooncología 2004;1(1):3-12.
- (11) Páez MB, Luciano C, Gutierrez O. **La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer.** Psicooncología 2005;2(1):49-70.
- (12) Rojas-May PG. **Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama.** Rev Med Clin Condes 2006;17(4):194-197.
- (13) García AMT. **Cáncer de mama y de ovario: significados, dolor y sufrimiento en la cotidianidad de mujeres pacientes.** Espacios Públicos 2012;15(33):174-199.
- (14) García-Viniegras CRV, Blanco MG. **Bienestar psicológico y cáncer de mama.** Av Psicol Clin Latinonot 2007;25:72-80.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (15) Gómez CEP, Sánchez LVG, Enríquez JI. **Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia.** Rev Colomb de Psiquiatr 2011;40(1):65-84.
- (16) Calvo-Gil MJ, Narváez Pinochet PA. **Experiencia de mujeres que reciben diagnóstico de cáncer de mamas.** Index Enferm 2008;17(1):30-33.
- (17) Solano MC. **Cáncer de mama: una experiencia personal.** Cul Cuid 2005(18):7-10.
- (18) Documet PI, Trauth JM, Key M, Flatt J, Jernigan J. **Breast cancer survivors' perception of survivorship.** Oncol Nurs Forum 2012 ;39(3):309-315. DOI: [10.1188/12.ONF.309-315](https://doi.org/10.1188/12.ONF.309-315)
- (19) Baider L. **Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos.** Int J Clin Health Psychol 2003;3(3):505-520.
- (20) Mesquita E, Magalhães da Silva R, De Almeida A, Carvalho A, Mota C. **Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama.** Enferm Global -Esp- 2007;6(1).
- (21) Vargas RE, Pulido SM. **Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.** Revista Ciencia y Cuidado 2012;9(1):65-78.
- (22) Cruzado JA. **La formulación clínica en psicooncología: Un caso de depresión, aversión a alimentos y problemas maritales en una paciente de cáncer de mama.** Psicooncología 2006;3(1):175-188.
- (23) Pereira AB, Da Costa M, Pinto A. **La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas.** Enferm Global -Esp- 2012;11(26):416-426.
- (24) Oiz B. **Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico.** An Sist Sanit Navar 2005;28(Supl. 2):19-26.
- (25) Blanco R. **Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama.** Index Enferm 2010;19(1):24-28.
- (26) Panjari M, Bell RJ, Davis SR. **Sexual function after breast cancer.** J Sex Med 2011;8(1):294-302.
- (27) Lumbreras SG, Blasco T. **Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama.** Psicooncología 2008;5(1):155-170.
- (28) Durá E, Hernández S. **Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama: las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España.** Boletín de psicología 2003(78):21-40.
- (29) de Oliveira MS, Alves ÂM, Souza AF. **Grupo apoyo/soporte: espacio de rehabilitación para mujeres mastectomizadas.** Rev. Electr. Enf. [Internet] 2008 [consultado 14 diciembre 2012]; 10(3): [aprox. 7 p.] Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a27.htm>.
- (30) Die Trill M. **Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: una aproximación clínica.** Psicooncología 2007;4(2):405-415.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(31) Ochoa C, Sumalla EC, Maté J, Castejón V, Rodríguez A, Blanco I, et al. **Psicoterapia positiva grupal en cáncer: hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer.** *Psicooncología* 2010;7(1):7-34.

(32) **Programa Mucho X Vivir.** AECC [Página principal en Internet] 2012; [actualizado 24 septiembre 2010; consultado 14 diciembre 2012]. [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <https://www.aecc.es/TeAyudamos/apoyoyacompañamiento/Paginas/Muchoxvivir.aspx>.

(33) NANDA International. **Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2009-2011.** 1a ed. Barcelona: Elsevier; 2010.

(34) Alfaro-LeFevre R. **Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso.** 4a ed. Barcelona: Masson; 2003.

(35) Moorhead S. **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).** 4a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

(36) Bulechek GM. **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).** 5a ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

