

Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología



Resiliencia de las mujeres mastectomizadas:
Reconstrucción de la imagen corporal y sexualidad

Trabajo Final de Carrera
26/09/2024

Alumna/o: Groppa, Martina

Matrícula: 40221905

ID: 000- 169058

Tutor: Verónica León

Índice

Resumen.....	3
Introducción	
Presentación de la temática.....	4
Problema y pregunta de investigación.....	4
Preguntas de investigación.....	5
Relevancia de la temática.....	5
Objetivos Generales y Específicos.....	5
Alcances y Limites.....	6
Antecedentes.....	7
Estado del Arte.....	8
Marco Teórico.....	12
Procedimiento.....	13
Índice Comentado.....	14
1. Capítulo 1: La Psicooncología como disciplina científica	
1.1. Cáncer. Definición general.....	16
1.2. Cáncer de mama: Definición y etapas de la enfermedad.....	17
1.3. Etapa quirúrgica: Mastectomía y su impacto psicológico.....	19
1.4 ¿Psicooncología?.....	21
1.5 Resiliencia como determinante.....	26
2. CAPITULO 2: Abordaje desde la Terapia Cognitivo- Conductual (TCC)	
2.1 El surgimiento de la Psicoterapia Cognitiva.....	27
2.2 Terapia cognitivo- conductual como tratamiento para las mujeres mastectomizadas.....	28
3. CAPITULO 3: Imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres mastectomizadas.	
3.1 La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento.....	33
3.2 Alteración de la imagen corporal y disminución de la autoestima.....	33
3.3 Dificultades en la propia sexualidad y como repercute en la relación de pareja.....	34
Conclusiones.....	38
Referencias Bibliográficas	40

Resiliencia de las mujeres mastectomizadas:

Reconstrucción de la imagen corporal y sexualidad

Resumen

El presente trabajo de investigación buscará abordar la resiliencia de las mujeres con cáncer de mama sometidas a una mastectomía y el impacto que tiene sobre la imagen corporal y la sexualidad, así como también se analizarán los efectos terapéuticos de la psicoterapia cognitivo-conductual en las mismas. Por otro lado, se busca indagar de qué manera influye esta reconstrucción de la imagen corporal en la sexualidad en la relación de pareja. La tesina tendrá un enfoque descriptivo- relacional ya que se busca describir las cualidades de la realidad de estas mujeres sometidas a dicha intervención quirúrgica y los posibles impactos en las diversas áreas de la vida. Para ello, el presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica tomando como referencias revistas científicas, trabajos de grado y artículos con rigurosidad científica pertenecientes al modelo cognitivo- conductual.

El reconocimiento de la necesidad de un abordaje psicológico surge del entendimiento de que ya el diagnóstico impacta a la persona en diversas áreas de su vida personal, sumado a la intervención quirúrgica que consiste en extirpar uno o ambos senos, generando un impacto en la imagen corporal de dichas pacientes.

A lo largo de esta tesina se desarrollará la idea de que el cáncer de mama implica un impacto que trasciende la conmoción física, y que por ende implica también un proceso emocional que involucra aspectos personales, familiares y ambientales de la persona.

Palabras Claves: *Resiliencia -Imagen corporal-Sexualidad- Cáncer de mama- Psicooncología*

Introducción

Presentación de la temática

Este trabajo se propone investigar acerca de la resiliencia de las mujeres que atraviesan una mastectomía tanto unilateral como bilateral.

El punto de partida de esta investigación fue el reconocimiento de que el cáncer de mama, según la “Organización Mundial de la Salud” (OMS), es el tipo de cáncer más común, con más de 2,2 millones de casos en 2020. Una de cada 12 mujeres enfermará de cáncer de mama a lo largo de su vida, siendo así la principal causa de mortalidad en las mujeres.

Desde 1980 se han realizado importantes avances en el tratamiento del cáncer de mama; entre el decenio de 1980 y 2020, en los países de ingresos elevados la mortalidad por cáncer de mama normalizada por edades se redujo en un 40%. La mejora de los resultados es fruto de la combinación de la detección precoz y las terapias eficaces, basadas en cirugía, radioterapia y farmacoterapia. La mastectomía es una de ellas, que consiste, según “American Cancer Society”, en una cirugía que extirpa el seno por completo para tratar o prevenir el cáncer de mama, habiendo así cuatro tipos principales de esta intervención. En este caso, nos centraremos en la mastectomía total que implica una extirpación tanto del tejido mamario como del pezón.

Las mujeres que se someten a esta intervención quirúrgica padecen de un adistorsión de su propio cuerpo y una falta de reconocimiento de este, generando una inadecuación de su nueva imagen corporal y así un malestar psicológico permanente. Una de las áreas más afectadas es la sexualidad, incluyendo dentro de ella a los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, la intimidad, etc. La sexualidad posiblemente se vea afectada por el cambio en la imagen corporal, previamente mencionada, que presentan estas mujeres, un cambio en la percepción del propio cuerpo puede incidir en el desarrollo de la sexualidad con la pareja.

En este trabajo de investigación se indagará respecto del papel que cumple la resiliencia en el proceso de reconstrucción de la percepción de la propia imagen y de la sexualidad de estas pacientes, en ese sentido, debemos comprender que la resiliencia es la capacidad que tienen o no las personas de poder adaptarse a los diversos cambios de la vida.

Problema y pregunta de investigación

Se escogió este tema debido al incremento de diagnóstico de cáncer de mama en todo el mundo. Dado que la Medicina pone énfasis en la eficacia de la intervención y tratamientos, la ayuda psicológica es escasa. Si bien en el campo de la salud mental existe la especialización “Psicooncología”, no se puede precisar por qué se acude poco a estos especialistas o el motivo por el cual no circulan en abundancia las investigaciones de manera interdisciplinaria.

Con este trabajo de investigación, entonces, intentaremos demostrar que la mastectomización

en mujeres puede generar consecuencias tanto físicas como psíquicas que dificultan el disfrute pleno de la sexualidad tanto individual como en pareja. Además, intentaremos establecer las diversas intervenciones que pueden realizarse desde la terapia cognitivo-conductual.

Preguntas de investigación

¿En qué consiste el proceso de reconstrucción de la imagen corporal y de la sexualidad de las mujeres que se someten a una mastectomía?

¿Se podría decir que la mastectomía influye en el vínculo sexoafectivo de pareja?

¿Qué intervenciones pueden ponerse en juego desde la TCC para acompañar estas mujeres?

¿Qué papel ocupa la resiliencia en la reconstrucción de la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama que se someten a una mastectomía?

Relevancia de la temática

La relevancia de esta temática es tanto teórica como social. Por un lado, es crucial la realización de este trabajo de investigación debido a que se planteará esta problemática y se abordará dicho problema desde una perspectiva diferente a la que está vigente en la actualidad, es decir, desde una visión más alejada de la medicina y menos patologizante. Además, es un aporte teórico rico en contenido para Argentina ya que en nuestro territorio no se encuentra gran cantidad de investigaciones vinculadas a la temática de la mastectomía y como es el impacto psicológico de estas mujeres mientras que sí hay gran cantidad de información vinculada a los impactos del cáncer y del cáncer de mama. Por otro lado, también hablamos de una relevancia social, ya que es el tipo de cáncer más frecuente y la causa más común de muerte de mujeres a nivel mundial. Esperamos que a partir de producciones como esta se pueda avanzar en nuevas investigaciones respecto del incremento de casos de cáncer de mama en personas transgénero que hasta el momento no abundan.

Objetivos Generales y Específicos

Objetivo General

- Indagar acerca de la reconstrucción de la imagen corporal y sexualidad en mujeres mastectomizadas.

Objetivos Específicos

- Indagar acerca de la resiliencia que poseen las mujeres al momento de la mastectomía.
- Establecer cómo la mastectomización en una mujer impacta en la relación sexoafectiva de pareja.

- Conocer qué intervenciones psicológicas pueden llevarse a cabo desde la terapia cognitivo-conductual y para qué sirven.
- Mencionar si se establecen cambios post-mastectomía en la percepción de la imagen corporal.

Alcances y límites

El presente trabajo de investigación aborda la intervención psicológica desde la perspectiva de la psicooncología, tomando como modelo terapéutico de referencia al Modelo Cognitivo Conductual. Se tendrán en cuenta factores psicológicos, psicosociales y la calidad de vida para intentar modificar las estructuras cognitivas que se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad en donde dichas creencias, a su vez, influyen en el bienestar de los pacientes.

La población elegida son mujeres cisgénero, cuya edad sea mayor a los 40 años ya que, por un lado, pertenecer al género femenino es el principal factor de riesgo en el caso del cáncer de mama y alrededor de la mitad de los casos corresponden al factor de riesgo de la edad (más de 40 años) y el previamente mencionado como el sexo (Organización Mundial de la Salud, 2023). Por otro lado, incluiremos temas vinculados a la sexualidad e imagen corporal de dichas mujeres y qué papel juega la resiliencia al momento de afrontar la intervención quirúrgica llamada "mastectomía" tanto de ellas como de sus vínculos sexoafectivos. En este caso, el trabajo extraerá información de diversos sitios tanto nacionales como internacionales ya que no abundan la investigación y en cuanto a los autores, la tesina incluirá aquellos que son característicos de la TCC como Aron Beck y Albert Ellis y algunos más recientes como Hayes característico de la "tercera ola".

Sabemos que el psicoanálisis ha hecho grandes aportes al tema de la resiliencia, la construcción de la imagen corporal y, sobre todo, acerca de la sexualidad, pero no lo tomaremos en este trabajo de investigación ya que excede los objetivos propuestos y teniendo en cuenta que no nos centraremos en la naturaleza intrapsíquica del conflicto centrada en el pasado sino en cómo se pueden modificar ciertas creencias para vivir de forma placentera. En este sentido, la tesina no incluirá autores propios de dicho marco teórico como Freud, Lacan, Anna Freud, Spitz o Boris Cyrulnik. Por otro lado, se debe destacar que, si bien el modelo sistémico o interaccionista y la perspectiva existencialista han realizado diferentes investigaciones, no serán consideradas ya que exceden a los objetivos de esta investigación.

No será posible generalizar lo desarrollado previamente a otro grupo etario que no sea el especificado, es decir, no se tomarán en cuenta las mujeres cisgénero menores a 40 años ya que la prevalencia del cáncer de mama en ellas es mucho menor, así mismo, tampoco se tendrán en cuenta los varones con cáncer de mama ya que pertenecer al género femenino es el principal

factor de riesgo en el caso del cáncer de mama. Aproximadamente entre el 0,5% y el 1% de los casos de cáncer de mama afectan a varones. Vinculado a lo recientemente expuesto, tampoco se tendrán en cuenta en el presente trabajo a las personas transgénero, las cuales están expuestas a un eventual incremento de riesgo por hiperestimulación estrogénica durante el tratamiento hormonal, debido a que las cifras de prevalencia del cáncer de mama son similares a las de los varones cisgénero y hasta el momento no hay suficientes investigaciones al respecto para sustentar un trabajo de esta índole.

Antecedentes

El diagnóstico de un cáncer de mama supone tener que enfrentarse a una serie de elementos estresantes que afectan a todas las áreas de la vida de la paciente y que, en consecuencia, obliga a realizar importantes esfuerzos y adaptaciones personales ante los cambios físicos, emocionales y cognitivos que se producen (González-Tablas, Palenzuela, Pulido, Sáez y López, 2001; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel y Pérez- Manga, 2001). La forma en que en que la paciente afronte la situación y el tipo de apoyo emocional que reciba determinarán, en gran medida, el grado de adaptación a la enfermedad (Bárez, Blasco, Fernández-Castro y Viladrich, 2007, 2009; Hack y Degner, 2004; Wong-Kim y Bloom, 2005). Si la paciente necesita ayuda para sobrellevar la situación, la psicooncología ofrece diferentes estrategias e intervenciones que han demostrado su utilidad en el tratamiento del malestar emocional que sufren las pacientes con cáncer de mama, y que han permitido facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad (Antoni, Lechner, Kazi, Wimberly, Sifre, Urcu-yo et al. 2006; Cameron, Booth, Schlatter, Ziginskis y Har-man, 2007).

Desde 1950, varios estudios prospectivos se pusieron a examinar la respuesta psicológica de los pacientes hospitalizados por cáncer. Y en 1955 el grupo psiquiátrico del Hospital General de Massachusetts bajo la dirección de Finesinger y el grupo de investigación psiquiátrica en el Centro de Cáncer Memorial Sloan- Kettering, realizaron los primeros informes de adaptación psicológica al cáncer y su tratamiento. Por otra parte, estos grupos comenzaron a forjar lazos clínicos y de investigación con cirujanos, radioterapeutas y oncólogos, estableciendo así los primeros elementos de lo que más tarde se llamó Psicooncología. Otro factor que produjo el aumento del interés por los problemas psicológicos en relación al cáncer fue la obra de la psiquiatra Elizabeth Kúbler-Ross en la década de 1960, quien desafió el tabú de hablar con los pacientes de cáncer respecto de su muerte inminente y desafió a los médicos y enfermeras a que dejaran de evitar a estos pacientes y escucharan sus preocupaciones. La especialidad de psicooncología se inició formalmente a mediados de 1970, cuando la barrera para revelar el diagnóstico se cayó y se hizo posible hablar con los pacientes respecto de éste y de las implicancias del cáncer para sus vidas (Holland,2002).

La Psicooncología se origina de la fusión de la oncología clínica y la psicología en respuesta al estrés emocional que presentan los pacientes que cursan por esta enfermedad, así como la familia y el equipo médico. Esta disciplina es considerada como una subespecialidad de la oncología, siendo un campo interdisciplinar en el que interactúan psicólogos, oncólogos, junto a otros profesionales.

La Dra. Jimmie Holland es la fundadora de la Psicooncología. En los años setenta, como se mencionó previamente, definió los aspectos psicológicos y psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer. De ahí que su figura sea crucial en el desarrollo de la Psicooncología como una subespecialidad clínica que cada vez tiene mayor resonancia en el mundo entero (Holland, 2004). Los estudios se iniciaron investigando en base a dos interrogantes: *"cuáles eran las ideas y sentimientos de aquellos pacientes que habían sido diagnosticados recientemente de cáncer"* y *"cuáles serían las actitudes negativas ligadas a la enfermedad mental y los problemas psicológicos que se presentan en el contexto de una enfermedad médica"* (Holland, 2003).

La psicología no siempre se aplicó del mismo modo, en un comienzo la psicología se enfocaba casi exclusivamente en el paciente con tratamiento oncológico activo, pero hoy en día se ha ido expandiendo y abarcando la prevención, riesgo genético, aspectos de supervivencia y adaptación a largo plazo, además del cuidado clínico y el manejo comunicacional médico-paciente (Almanza-Muñoz, J. Holland, J. 2000).

Estado del Arte

En el siguiente apartado, se procuró hacer una revisión descriptiva y una síntesis de algunas tesis, trabajos e investigaciones publicadas en los últimos años 10 años, que demuestren el estado de las conceptualizaciones que se han de investigar y de exponer desde un marco teórico cognitivo-conductual: resiliencia, sexualidad e imagen corporal.

En primer lugar, tomaremos los escritos de García Serrablo en donde se logran identificar factores protectores, el propósito en la vida y hasta puede entender a la enfermedad como una oportunidad para crecer. García Serrablo (2008) revisó investigaciones que indican que, ante una enfermedad catastrófica, las personas identifican secuelas a dicha enfermedad que han sido tanto positivas, como negativas. Entre éstas se incluyen la capacidad para encontrar beneficios, el crecimiento postraumático, así como niveles de depresión, de angustia, dificultades sexuales y un mejor o peor estado de salud física y mental. García Serrablo, Acevedo Ortiz (2011) mencionan que el cáncer de mama afecta emocionalmente a la mujer que lo padece. Sin embargo, tal parece que las sobrevivientes de esta condición han llegado a percibir su enfermedad de forma diferente, de modo que han llegado hasta encontrar beneficios, luego de ser diagnosticadas con la condición y haber afrontado el tratamiento de esta. Por otro lado, reportar beneficios ante el diagnóstico de

cáncer sirve para predecir sensación de bienestar general y a una mejor calidad de vida percibida, posterior al diagnóstico en las mujeres que lo padecen, según Carver y Antoni (2004). Esto significa que el poder evaluar los beneficios al afrontar el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama en mujeres, sirvió para disminuir el estrés asociado a la condición. Estos autores también identificaron menos emociones negativas, así como menos sintomatología depresiva durante el seguimiento posterior al tratamiento de cáncer. Por otra parte, Pelusi (1997) expresa que la mujer sobreviviente de cáncer de mama evoca sentimientos y preocupación por el resto de las mujeres que le rodean. Al identificar, reconocer y manejar estos sentimientos y preocupaciones, las sobrevivientes hallan sentido a su travesía a través de su historia de cáncer. Esto sirve, a su vez, para proveerles confort y crecimiento personal al enfrentar su propio futuro incierto.

En otro estudio llevado a cabo por Crespo & Rivera (2012) también hallaron que las mujeres con cáncer de mama mencionaban haber salido fortalecidas tras la enfermedad, pasaron a tener más fe, sentirse más capaces de solucionar problemas, poder relacionarse mejor con las personas que le rodean y tener menor preocupación sobre la enfermedad, pudiéndose inferir que estas mujeres presentan elevados niveles de resiliencia y, por ende, mayor nivel de bienestar y satisfacción con la vida

Para continuar estableciendo la relación entre la resiliencia y las mujeres con cáncer de mama tomaremos la investigación realizada por la Asociación Nacional de Psicología Evolutiva de la Infancia, Adolescencia y Mayores de España en donde los resultados obtenidos de la misma postulan la existencia de elevados niveles de resiliencia en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que han sido evaluadas para este estudio. Eso quiere decir que el hecho de estar experimentando un acontecimiento traumático y adverso como es el padecimiento de cáncer de mama, con la incertidumbre del pronóstico de la enfermedad, los efectos secundarios que los tratamientos médicos tienen sobre la salud física y psicológica de estas mujeres, así como todos los cambios en su vida cotidiana derivados del diagnóstico, han activado un mecanismo de crecimiento postraumático. Es decir, a pesar del sufrimiento, estas mujeres son capaces de obtener aspectos positivos de la enfermedad, y salir fortalecidas de dicha experiencia. Estos datos van en consonancia con lo aportado por García-Serrablo, Acevedo y Ortiz (2011) quienes indican que las mujeres con cáncer de mama han llegado a tener una percepción de su enfermedad de forma positiva, encontrándole beneficios a la misma, después de haber pasado por el sufrimiento derivado de los tratamientos médicos y la incertidumbre sobre el pronóstico. También Crespo y Rivera (2012) hallaron que mujeres con cáncer de mama mencionaban haber salido fortalecidas tras la enfermedad, pasaron a tener más fe, sentirse más capaces de solucionar problemas, poder relacionarse mejor con las personas que le rodean y tener menor preocupación sobre la enfermedad, es decir, con elevados niveles de resiliencia. Por último, en cuanto a la relación entre la Resiliencia y la Satisfacción con la vida, los resultados arrojan

relaciones positivas entre ambas variables, es decir, cuanto mayores niveles de resiliencia mayores niveles de bienestar subjetivo, lo cual va en la misma línea de los resultados hallados por Bellizzi y Blank (2006), Scignaro, Barni y Magrin (2010), Vázquez y Castilla (2007), Aspinwall y MacNamara (2005), Aydin, (2008), Bozo et al., (2009), Salsman, Segerstrom, Brechting, Carlson y Andykowski (2009), quienes indicaban que las mujeres con cáncer de mama que presentaban mayores niveles de resistencia a la adversidad, y salían fortalecidas de la misma, presentaban mejores niveles de bienestar. Si bien, no se puede confirmar que la resiliencia sea un predictor de la satisfacción con la vida o bienestar subjetivo en las mujeres con cáncer de mama que participaron en este estudio. Esto puede ser debido a varios factores entre los que cabe destacar el pequeño tamaño de la muestra. Por lo que, de cara a futuros estudios, se considera crucial aumentar el tamaño de la muestra para poder afinar más en los resultados y aumentar el conocimiento de la dirección de las relaciones encontradas entre las dos variables principales de este trabajo.

A la luz de los resultados obtenidos mediante el presente estudio se puede concluir entonces que: Las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que participaron en este estudio muestran elevados niveles de resiliencia. Hasta aquí hemos hablado de la resiliencia de las mujeres con cáncer de mama, pero no especificando si atravesaron o no una mastectomía, en este caso, y para abordar esta temática hemos tomado un trabajo de grado de Wilches, V. y Cabrera, J. estudiantes de psicología de la Universidad Surcolombiana. Dicha investigación permitió determinar que la actitud hacia la imagen corporal de las mujeres participantes después de haber padecido cáncer de mama y mastectomía radical modificada es favorable. Los datos se encontraron de forma simétrica. Así mismo, se logró identificar que la actitud resiliente de las mujeres participantes, se expresaron con una tendencia tanto hacia la actitud favorable y la actitud desfavorable, observando un dato atípico, lo que implica que, de esta manera, los datos estén sesgados hacia la desfavorabilidad, a pesar de haberse presentado un mayor número de datos hacia la favorabilidad en la escala de actitud resiliente. A partir de los datos obtenidos, se encontró una asociación positiva moderada entre la actitud hacia la imagen corporal y la actitud resiliente en las mujeres con cáncer de mama y mastectomía radical modificada que participaron voluntariamente en la investigación.

Tanto la imagen corporal y el funcionamiento sexual son aspectos afectados por el cáncer de mama, la autoestima y el optimismo son considerados recursos psicológicos que permiten afrontar las situaciones estresantes. La enfermedad del cáncer de mama y las consecuencias de su tratamiento, llevan a la paciente a adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello conlleva (Sebastian, Manos, Bueno & Mateos, 2007). El concepto de imagen corporal es de carácter subjetivo debido a que es la opinión que la persona tiene de su propio cuerpo como

totalidad o en relación con las partes individualizadas, además engloba ideas y actitudes respecto al mismo (López-Perez, Polaino-Loretente & Arranz, 1992). La alteración en la imagen corporal es una de las reacciones a la mastectomía y se refiere a la modificación de la totalidad, sensación de asimetría e impresión de tener el cuerpo deformado (Alonso, 2001). Uno de los factores relacionado con la imagen corporal es el tipo de cirugía ya que se ha encontrado que las pacientes con mastectomía muestran una imagen corporal menos favorable en comparación con las mujeres con cirugía conservadora (Härtl et al., 2003). Asimismo, las mujeres con incisión local se muestran más satisfechas con su operación, presentan menos problemas con su atractivo sexual, imagen corporal y autoestima que las mujeres con mastectomía y mastectomía con reconstrucción de la mama (Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey, 2000). Sin embargo, en pacientes que recibieron incisión local anterior o lateral, no presentaron diferencias significativas en la percepción y satisfacción de la imagen corporal en cuanto al tipo de incisión (Lee, Patel, Creswell & Bentley, 2007). Además del tipo de cirugía, otros problemas asociados con la imagen corporal son las preocupaciones acerca del aumento o pérdida de peso, pérdida de cabello debido a la quimioterapia, así como baja puntuación en salud mental y baja autoestima (Fobiar et al., 2006). Por otro lado, la insatisfacción con la imagen corporal es un predictor de la disminución del interés sexual en las mujeres sobrevivientes del cáncer de mama (Ganz, Desmond, Belin, Meyerowitz & Rowland, 1999), también en una evaluación de la trayectoria de los problemas sexuales se reporta que un predictor constante (antes del diagnóstico, después y durante el seguimiento a 6 meses), es una baja percepción del atractivo sexual (un indicador de la imagen corporal) (Burwell et al., 2006). Así, debido a que la mama es un símbolo de feminidad y sexualidad, la mastectomía y la terapia sistémica (quimioterapia y hormonoterapia), también generan un impacto en los sentimientos de atractivo y deseo sexual, principalmente en mujeres premenopausicas debido a que los tratamientos provocan una menopausia prematura generando los síntomas relacionados con esta (Schover, 1991). También mujeres con mastectomía profiláctica bilateral presentan un efecto negativo en las situaciones íntimas, así como en la feminidad (Brandberg et al., 2008). Algunos de los cambios reportados en la actividad sexual de las mujeres con cáncer de mama son la disminución de la frecuencia de la relación sexual y disminución del deseo sexual, problemas en dominios del funcionamiento sexual después del diagnóstico como: interés y excitación sexual, dificultad para relajarse y disfrutar del sexo, así como dificultad para llegar al orgasmo en los primeros meses después de la cirugía (Burwell, Case, Kaelin & Avis, 2006).

Relacionado a lo planteado previamente, se utilizará un artículo publicado por el Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada para hacer mayor énfasis en la sexualidad de dichas mujeres y cuál es la contracara de la intervención quirúrgica llamada mastectomía. La pérdida de uno o de ambos senos genera un gran impacto en la percepción de la imagen corporal que tienen

estas mujeres, como hemos planteado previamente, entonces, se debe debatir acerca de la utilidad de un médico, enfermera o asistente social entrenados como experto en rehabilitación sexual. Incluso en los principales centros oncológicos es raro encontrar un especialista en salud sexual. Se puede decir que la evaluación de éstos incluye un interrogatorio exhaustivo (entrevistas privadas a solas y con la pareja estable y/o cuestionarios estandarizados), un examen físico completo, exámenes complementarios (análisis sanguíneo completo, determinación de niveles séricos hormonales y técnicas de imagen), evaluaciones neurológica, vascular y psicológica detalladas. Lo ideal sería realizar una entrevista pre tratamiento o pre-cirugía para discutir con el paciente las dificultades sexuales que pueden aparecer y reducir así su ansiedad. Es fundamental proporcionar al paciente información de su anatomía, ciclo de respuesta sexual, impacto del tratamiento sobre la función sexual.

Por otro lado, es fundamental recordar que la cirugía, la quimioterapia, la terapia hormonal, la radioterapia o algunos medicamentos (Ej. antihistamínicos) puede causar cambios que producen sequedad vaginal, estrechez, úlceras o infecciones. Esto ocasiona dolor durante el coito. Una experiencia de dolor puede desencadenar temor al mismo y conducir a tensión, por ese motivo, desde la psicología se debe trabajar con el paciente para que pueda comunicarle a su pareja que ha perdido interés por la actividad sexual debido al estigma, la mutilación o los obstáculos físicos, ya que esto evita sentimientos de rechazo. De todas formas, se deben sugerir alternativas de proximidad y afecto como caricias, autoerotismo y otras técnicas de focalización sensitiva (Kaplan, 1974).

Marco Teórico

Dado que la mira central de este trabajo estará puesta en cómo atraviesan las mujeres el proceso de la mastectomía como tratamiento de la enfermedad física crónica llamada cáncer de mama, será necesario plantear los ejes conceptuales sobre los que nos vamos a apoyar para poder comprender correctamente el corpus de este.

El presente trabajo se llevó a cabo desde un marco teórico cognitivo- conductual (TCC) y con bases referenciales fundamentales que parten de la psicooncología. La Terapia Cognitivo-Conductual se basa tanto en la conducta como las emociones de las personas se apalancan en su forma de percibir el mundo. Por lo tanto, la forma en la que pensamos es el detonante directo de las emociones que nos acometen y de la manera en la que actuamos, entonces, es a través de la TCC que se buscará la disminución de estas creencias falsas y así reducir el número de perturbaciones o emociones displacenteras (Beck, 1976).

En cuanto a lo referido a la conceptualización teórica de la noción de resiliencia, Fue Bowlby 1992 el primero en usar el término en sentido figurado, que corresponde a la física, con el significado de "resorte moral", para denominar la cualidad de una persona que no se deja abatir. Sin embargo,

en este caso, definiremos a la resiliencia como un proceso dinámico, pero de carácter evolutivo que implica una adaptación del individuo mejor que la que cabría esperar, dadas las circunstancias adversas (Luthar, 2006; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Por otro lado, el concepto de resiliencia está vinculado al de sexualidad, el cual tomaremos del mismo modo en el que es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones”. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. Luego de entender este concepto pasamos al siguiente que es el de mastectomía extraído del CIE-9, éste es un sistema operativo de diagnóstico en donde podemos encontrar una clasificación de enfermedades y procedimientos utilizada en la codificación de información clínica derivada de la asistencia sanitaria, principalmente en el entorno de hospitales y centros de atención médica especializada. Dicho sistema de diagnóstico define a la mastectomía como el término médico para la extirpación quirúrgica de una o ambas mamas de manera parcial o completa.”. En este caso, nos centraremos en esta intervención quirúrgica en pacientes oncológicos, no estética.

Al extirpar nuestras mamas nuestra imagen corporal se ve distorsionada inevitablemente, pero ¿Qué entendemos por imagen corporal? La imagen corporal es la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta (Schilder, 1935). Por lo tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Gran cantidad de sujetos, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales, presentando una alteración de la imagen corporal. Entonces, podríamos decir que la imagen corporal está formada por diferentes componentes: el componente perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), el componente cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de éste), el componente afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción) (De la Serna, 2004).

Procedimiento

El procedimiento llevado a cabo en esta investigación es una revisión bibliográfica sobre la resiliencia de las mujeres sometidas a una mastectomía y su impacto en la sexualidad e imagen

corporal, la cual se realizó consultando diferentes bases de datos como: Redalyc, Scielo y Dialnet, de las cuales se extrajeron artículos científicos, publicaciones en revistas de psicología y medicina, tesis de grado y trabajos de campo que nos proveerán datos cualitativos como cuantitativos relevantes para esta temática. Los autores utilizados se especializan en la psicoterapia del marco cognitivo-conductual pudiendo obtener de ellos posibles intervenciones. La búsqueda se realizó utilizando palabras claves como: “cáncer de mama”, “resiliencia en pacientes oncológicos” “psicooncología con pacientes de cáncer de mama”, “calidad de vida en cáncer de mama”, “cáncer y sexualidad”, “comunicación del diagnóstico de cáncer de mama”. Otras fuentes bibliográficas de interés han sido diversas páginas web, como la de la OMS, CIE, APA, Sociedad Argentina de Mastología y American Cancer Society. Además, se realizaron diversas entrevistas en profundidad para poder complementar con la bibliografía utilizada. El enfoque de la presente investigación es de carácter descriptivo- exploratorio.

Índice comentado

El presente trabajo se encuentra conformado por tres capítulos y una conclusión.

Capítulo 1: Mastectomía e imagen corporal.

En este capítulo se definirá el concepto de cáncer de mama, los síntomas y cómo es que se llega a una mastectomía, haciendo una breve reseña anatómica sobre los órganos afectados e intervenidos y en qué consiste dicha intervención quirúrgica en pacientes con cáncer de mama, como así también el impacto psíquico, físico y social. Además, se trabajará acerca de cómo este impacto repercute en la resiliencia de la mujer mastectomizada. Por otro lado, se hará énfasis en la importancia de la detección temprana y las respectivas evaluaciones que deberían realizarse las mujeres para poder detectarlo a tiempo.

Capítulo 2: Abordaje psicoterapéutico desde la Terapia Cognitivo- Conductual.

El siguiente capítulo estará dedicado a describir la psicoterapia, partiendo de una breve reseña histórica sobre la TCC, para luego centrarnos en su definición, fundamentos y las posibles intervenciones que se podrían realizar con estas pacientes desde este modelo destacando la importancia de un abordaje terapéutico; también se realizará una exploración de diversos enfoques alternativos a la psicoterapia y al tratamiento médico, que puedan complementar los mismos desde la interdisciplina, como es el caso del Mindfulness y la meditación, con el fin de contribuir a una mejora en la calidad de vida de las pacientes. Además, se realizará una mención a los trastornos emocionales que se dan en las mujeres mastectomizadas.

Capítulo 3: Imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres mastectomizadas.

En este próximo capítulo se abordará la temática de cómo repercute el impacto previamente mencionado en el vínculo sexoafectivo de pareja. Como lo vive la mujer sometida a la mastectomía y cual debería ser la postura de la pareja frente a esta nueva realidad. Además, se mencionará el papel que cumple la resiliencia en el contexto terapéutico y qué intervenciones pueden llevarse a cabo para poder mejorar el desarrollo de esta en mujeres mastectomizadas.

1. CAPITULO I: La Psicooncología como disciplina científica

1.1 Cáncer. Descripción general.

The American Cancer Society (American Cancer Society, 2005) describe a esta enfermedad como un crecimiento descontrolado de células de alguna parte del cuerpo. Aunque existen muchos tipos de cáncer, todos comienzan debido al crecimiento sin control de las células anormales. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen y mueren en una forma ordenada. Por otro lado, durante los primeros años de vida, las células normales se dividen con mayor rapidez hasta que la persona alcanza la edad adulta. Posteriormente, las mismas de la mayoría de los tejidos sólo se dividen para reemplazar las células desgastadas o moribundas y para reparar las lesiones. Debido a que las células anormales continúan creciendo y dividiéndose, son diferentes de las células normales. Las primeras, en lugar de morir, viven más tiempo y continúan formando nuevas células anormales.

Las células cancerosas surgen como consecuencia de daños en el ADN. Este puede dañarse y degenerarse en cáncer. La mayoría de las veces en las que el ADN se daña, la célula muere o ésta puede reparar el ADN. En cambio, en las células cancerosas el ADN no se repara.

La OMS señala que la enfermedad oncológica es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, destacando que en 2012 hubo 14 millones de casos nuevos, y 8,2 millones de muertes debido a la enfermedad convirtiéndose en la segunda causa principal de muerte en los EEUU y la tercera en la Argentina, después de las cardiopatías y los accidentes de tránsito. La mitad de los hombres y una tercera parte de las mujeres padecerán de cáncer durante su vida. Además, se prevé que el número de casos nuevos aumente un 70% en los próximos 20 años (Organización Mundial de la Salud, 2015).

A pesar de lo enunciado, Alonso (2010) afirma que, en las últimas décadas, el progreso en la detección, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad ha provocado un aumento de la tasa de supervivencia para muchos tipos de cáncer, generando nuevos desafíos en su asistencia y en la calidad de vida de los sobrevivientes. Mientras más tempranamente se detecte el cáncer y más rápido comience el tratamiento, mayores serán las probabilidades de que el paciente viva por muchos más años. De todas formas, esto se ve reflejado, sobre todo, en los países en donde se puede observar una buena llegada del sistema de salud (Alonso, 2010). Sin embargo, el riesgo de contraer la mayoría de los tipos de cáncer se puede reducir mediante cambios en el estilo de vida, por ejemplo, dejando de fumar, consumiendo alimentos más saludables o realizando actividad física.

Considerando la incidencia del cáncer a nivel mundial y los datos expuestos, es que se subraya la importancia de una asistencia integral y/o interdisciplinaria, de tipo biológica, pero también social y psicológica, del paciente y su familia, en cada una de las etapas que atraviesan a lo largo

del proceso médico, con el objeto de incrementar tanto el bienestar como la resiliencia del paciente y la calidad de vida de ella y de toda su familia.

El cáncer, como hemos mencionado previamente, puede aparecer en diversas partes del cuerpo humano, en este caso, nos centraremos en el cáncer que se ubica en la mama.

1.2 Cáncer de mama: Definición y etapas de la enfermedad.

La National Cancer Institute (National Cancer Institute, 2005), agencia dedicada a la prevención, difusión y tratamiento del cáncer en los Estados Unidos, define al cáncer de mama como una enfermedad en la que las células proliferan de manera anormal y descontrolada en el tejido mamario.

De todos los tipos de cáncer, el cáncer de mama representa un 16% de las neoplasias malignas en la mujer a nivel mundial y cada día se reportan aproximadamente 1.38 millones de casos nuevos (Azcárate et al., 2017). Las proyecciones para el 2030 indican que esta enfermedad se incrementará un 60%. Estas cifras lo colocan como el tumor más frecuente en la mujer y la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino (Arroyo, M., 2017).

El pronóstico después de un diagnóstico de cáncer de mama ha mejorado dramáticamente en los países de altos ingresos, los cuales han tenido una disminución del 40% en mortalidad por cáncer de mama (estandarizada por edad) entre 1980 y 2020, tras la introducción de programas de detección temprana y protocolos de tratamiento estandarizados. Sin embargo, no sucede lo mismo en países con recursos limitados, en donde la detección temprana de la enfermedad y el acceso a un tratamiento efectivo sigue siendo un reto para ellos (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

El cáncer de mama puede presentarse de muchas maneras, por lo que es importante un examen médico completo. Los síntomas del cáncer de mama incluyen engrosamiento de la mama, alteración en el tamaño, la forma o la apariencia de la mama, alteraciones de la piel como enrojecimiento, picaduras o hoyuelos, cambio en la apariencia del pezón o la piel alrededor (areola), y/o secreción anormal del pezón. Los cánceres de mama avanzados pueden erosionarse a través de la piel y propagarse a otras partes del cuerpo, desencadenando síntomas adicionales.

El tipo más común de cáncer de mama es el Carcinoma ductal, en donde las células cancerosas se originan en los conductos y luego se expanden fuera de ellos y se multiplican a otros tejidos mamarios. Por otro lado, otro de los tipos más comunes es el Carcinoma lobulillar que se origina en los lóbulos o los lobulillos y se encuentra con más frecuencia en ambas mamas en comparación a los otros tipos de cáncer de mama. Por último, es muy frecuente también el Cáncer inflamatorio de mama que es un tipo de cáncer en el cual la mama está caliente al tacto, enrojecida e inflamada.

Luego del diagnóstico de esta enfermedad, los médicos se encargan de averiguar si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama “estadificación” (o determinación de la etapa). La etapa (estadío) describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a determinar qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de tratarlo (American Cancer Society, 2021). El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para este tipo de cáncer es el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC). Los cánceres de mama en etapas más tempranas se identifican como etapa 0 (carcinoma in situ), y los demás van desde la etapa I (1) a la IV (4). Mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer. Aunque la experiencia del cáncer de cada persona es única, los cánceres con etapas similares suelen tener un pronóstico similar, y a menudo son tratados de manera muy similar.

Austrich y González (2007) han mencionado diversos factores que se han relacionado con la aparición del cáncer de mama llamados “factores de riesgo”. Estos están relacionados con los estilos de vida de las personas, entre los más frecuentes encontramos: dieta rica en grasas, ingesta de alcohol, obesidad, tabaquismo, uso de hormonas por más de 10 años, entre otras.

Cualquier elemento que aumente las probabilidades de desarrollar una enfermedad se lo conoce como factor de riesgo. Diferentes tipos de cáncer tienen diferentes tipos factores de riesgo, Sin embargo, es importante recordar que estos factores aumentan el riesgo de la persona, pero no siempre “causan” la enfermedad. Es decir, muchas personas que tienen uno o más factores de riesgo nunca desarrollan un cáncer, mientras que otras que padecen de esta enfermedad no tienen ningún factor de riesgo conocido. Se debe destacar el aumento de la edad principal factor de riesgo para la mayoría de los cánceres.

Es de suma importancia conocer acerca de estos factores de riesgo, de manera que puedan tomarse medidas apropiadas para poder prevenir este tipo de enfermedades (American Cancer Society, 2005).

Una vez que la paciente posee el diagnóstico de cáncer de mama es importante saber el estadío en el que se encuentra la enfermedad para poder planificar el mejor tratamiento y entender el pronóstico.

El tratamiento del cáncer de mama puede ser eficaz, especialmente cuando se detecta a tiempo. Por lo general, implica cirugía con o sin radiación y medicamentos. La efectividad del tratamiento depende de someterse al curso completo del mismo. Además, los cuidados paliativos y de apoyo ayudan a mejorar la calidad de vida de las pacientes y sus familias y también pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad, con el objetivo de satisfacer las necesidades de atención de apoyo, psicosociales y espirituales de las mujeres con cáncer de mama.

Se puede concluir, entonces, que un diagnóstico de cáncer de mama supone un importante impacto emocional debido a que la persona tiene que asumir el hecho de que padece una

enfermedad que amenaza potencialmente su existencia. Aun cuando se incrementa el número de pacientes a las que se les ha realizado un diagnóstico precoz en estadios iniciales del cáncer y aumentan los índices y porcentajes de supervivencia, el miedo a la posible extensión y/o reaparición de la enfermedad es insoslayable.

1.3 Etapa quirúrgica: Mastectomía y su impacto psicológico

Ya hemos introducido previamente diversos aspectos sobre esta enfermedad, pero en este caso nos centraremos en tratamiento de la misma.

La American Cancer Society y National Comprehensive Network (2007), mencionan que el tratamiento al que se somete cada mujer es diferente y esto va a depender del avance de la enfermedad. Las principales formas de tratamiento conocidas son:

- La radioterapia: es un tratamiento con rayos (o partículas) de alta energía que destruyen las células cancerosas.
- La quimioterapia: se basa en el uso de medicamentos que destruyen las células malignas que podrían reproducirse y formar otro cáncer. Estos medicamentos, por lo general, se inyectan directamente en la vena a través de una aguja o se administran por vía oral en forma de píldoras.
- Los tratamientos hormonales: fármacos o medicamentos para reducir los niveles o bloquear la actividad de las hormonas sexuales femeninas (estrógeno y progesterona) en el cuerpo de la mujer. Esto ayuda a frenar el crecimiento de muchos cánceres de mama.
- La cirugía: se ofrece como primera opción para aquellas mujeres que presentan tumores pequeños, sin embargo, también es una opción de tratamiento adyuvante.

En especial, de los tratamientos mencionados anteriormente, la cirugía es de las intervenciones que más impacta en la estructura física y funcional de las mujeres, sobre todo cuando se trata de una mastectomía radical.

La cirugía permite extirpar solo el tejido canceroso (tumorectomía) o todo el seno (mastectomía total). Con la cirugía también se pueden extirpar los ganglios linfáticos a fin de evaluar la capacidad del tumor para propagarse.

En este caso, el trabajo hará énfasis únicamente en la mastectomía y no en la tumorectomía, definiendo así a la mastectomía como la extirpación del seno por completo, es decir, gran parte de piel de la pared torácica y nódulos. Se puede hablar de una mastectomía unilateral o bilateral, cuya secuela física inmediata y permanente en muchos casos es una mutilación (Instituto Nacional de Cancerología, 2006).

Según la American Cancer Society (2021) una mastectomía se podría realizar en diversas situaciones:

- Cuando la persona no es candidata para una cirugía con conservación del seno (tumorectomía).
- Si una mujer opta por la mastectomía en lugar de la cirugía con conservación del seno por motivos personales.
- Para mujeres con un riesgo muy alto de padecer otro cáncer de seno que a veces optan por someterse a una mastectomía doble (la extirpación de ambos senos).

Hay varios tipos diferentes de mastectomías, en función de cómo se realiza la cirugía y cuánto tejido se extrae:

- Mastectomía con preservación del pezón: El cirujano extirpa toda la mama, pero deja intacto el pezón y la areola (el círculo pigmentado alrededor del pezón). Si tiene cáncer, el cirujano puede hacer una biopsia de los ganglios linfáticos en la zona de la axila para ver si el cáncer se ha diseminado.
- Mastectomía con preservación de la piel: El cirujano extirpa la mama con el pezón y la areola con un mínimo de remoción de piel. Si tiene cáncer, el cirujano puede hacer una biopsia de los ganglios linfáticos en la zona de la axila para ver si el cáncer se ha diseminado.
- Mastectomía simple o total: El cirujano extrae toda la mama junto con el pezón y la areola. Si tiene cáncer, el cirujano puede hacer una biopsia de los ganglios linfáticos en la zona de la axila para ver si el cáncer se ha diseminado.
- Mastectomía radical modificada: El cirujano extrae todo el tejido mamario con el pezón y la areola junto con algunos de los ganglios linfáticos de la axila.
- Mastectomía radical: El cirujano extirpa la piel sobre la mama, todos los ganglios linfáticos axilares y luego la piel se cierra con suturas (puntos).
- Mastectomía doble: Cuando se extirpan ambos senos, esto se denomina mastectomía doble (o bilateral). A veces la mastectomía doble se hace como una cirugía con fines de mitigar (o prevenir) el riesgo entre aquellas mujeres con un riesgo muy elevado de desarrollar cáncer mamario.

Muchas mujeres que padecen este tipo de cáncer en etapas tempranas pueden elegir entre la cirugía con conservación del seno y la mastectomía. Es posible que una persona se incline inicialmente por la mastectomía por verla como una forma de “deshacerse del cáncer lo más rápido posible”. Sin embargo, la realidad es que, en la mayoría de los casos, la mastectomía no provee una mejor probabilidad de supervivencia a largo plazo en comparación con la cirugía con conservación del seno. Diversas investigaciones que hacen un seguimiento durante más de 20 años a mujeres con cáncer de mama muestran que cuando la cirugía con conservación del seno

se hace junto con la radiación, el resultado es similar al que se obtiene con una mastectomía (American Cancer Society, 2021).

La mastectomía puede recomendarse si la persona:

- No puede recibir radioterapia
- Preferiría someterse a una cirugía más exhaustiva que recibir radioterapia
- Ha recibido tratamiento con radiación en el seno anteriormente
- Ya se hubo sometido a una cirugía con conservación del seno con re-excisión(es) que no extirparon completamente el cáncer
- Tiene dos o más áreas de cáncer en cuadrantes diferentes del mismo seno (multicentro) que no están lo suficientemente cercanas como para ser extraídas a la vez sin cambiar mucho la apariencia del seno
- Tiene un tumor que mide más de 5 centímetros (2 pulgadas) de ancho o un tumor que es grande en relación con el tamaño de su seno
- Está embarazada y necesitaría radioterapia durante el embarazo (con el riesgo de perjudicar al feto)
- Tiene un factor genético, como una mutación *BRCA*, que podría aumentar la probabilidad de un segundo cáncer
- Padece una enfermedad grave del tejido conectivo, como por ejemplo esclerodermia o lupus, que puede causar que usted sea especialmente sensible a los efectos secundarios de la radioterapia
- Padece cáncer de seno inflamatorio

1.4 ¿Psicooncología?

Dicha mutilación desemboca en diferentes conflictos. Culturalmente los senos son concebidos como símbolo de mujer, femineidad y capacidad reproductora, entre otros (International Journal of Good Conscience, 2014); sin embargo, por medio de relatos de pacientes mastectomizadas, Pires y Norbe (2003) encontraron que los senos también expresan erotismo, sensualidad y sexualidad. Esta concepción es valorada por las mujeres de manera significativa, por lo que, ante la pérdida de un seno, las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en la autoimagen, puesto que visualmente constituye una deformidad importante sobre el cuerpo de la mujer y se ha comprobado que mientras una paciente presente mayor deformidad y disfunción, la probabilidad de que desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales aumenta (Fernandez, A., 2004).

La Psicooncología llega para ocupar ese lugar que tanto hacía falta en la esfera de la atención de la salud. La Psicooncología es una subespecialidad “bisagra” de la oncología, la psiquiatría y la psicología, que entiende al cáncer como una enfermedad multifactorial, tanto en su génesis,

como en su tratamiento y evolución. Esta ciencia centra su atención en el paciente, no en la enfermedad que lo aqueja. En otras palabras, entiende al enfermo en su totalidad biopsicosocial. Esta especialidad es ejercida por psicólogos y psiquiatras que se encargan específicamente de la prevención, el diagnóstico precoz, la evaluación de las necesidades psicosociales, el tratamiento de psicopatologías asociadas a la enfermedad neoplásica, la rehabilitación psicológica y social de pacientes oncológicos, el apoyo a pacientes y familiares que ingresan a un programa cuidados paliativos; como así también a mejorar las competencias comunicativas y de interacción de los miembros de los equipos de salud oncológicos.

El esquema de intervención psicooncológica cubre cada una de las etapas del cáncer de mama que cursa tanto la paciente como su familia. Este esquema de intervención lleva a un protocolo de atención psicooncológica para cada una de las etapas o fases de enfermedad. Estas fases son: la fase de diagnóstico, fase de tratamiento, fase de intervalo libre de enfermedad, fase de supervivencia, fase de recidiva y, por último, la fase terminal.

- Fase de Diagnóstico: Esta fase tiene como objetivo facilitar que la paciente y su familia adhieran correctamente a los protocolos médicos, tengan la información adecuada y se puedan diagnosticar a tiempo eventuales problemas psicológicos-psiquiátricos.
- Fase de Tratamiento: Controlar y manejar los efectos secundarios psicológicos (p.ej. angustia, fobia, ansiedad, depresión, etc.) asociados a los tratamientos médicos; orientando también a la paciente y a su familia directa frente a las reacciones emocionales propias de este escenario.
- Fase Libre de Enfermedad: Lo primero que se debe remarcar es que una de las principales fuentes de estrés para una paciente que ha cursado o que está cursando un cáncer de mama son los controles médicos. Cada uno de ellos es experimentado como una potencial situación de recaída, generándose un gran nivel de angustia en cada uno de ellos. En esta etapa, el objetivo del psicooncólogo es ayudar a afrontar mejor las preocupaciones de las pacientes a través de sus preguntas y dudas, estableciendo protocolos de información claros. También proporcionar estrategias para facilitar su reincorporación a la vida cotidiana
- Fase de Supervivencia: Cada vez toma más relevancia, ya que muchas dificultades relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad de la paciente pueden continuar causando dificultades psicológicas y sociales. Los objetivos terapéuticos específicos en este momento son: Facilitar la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales que haya podido provocar la enfermedad y facilitar la reincorporación a las actividades e intereses significativos para la paciente.
- Fase de Recidiva: El impacto de esta etapa puede ser hasta más intenso que en el momento del diagnóstico inicial. La paciente atraviesa estados de ansiedad, angustia

extrema y depresión. Es fundamental que el profesional se centre en la prevención y tratamiento psicopatologías, en la facilitación de la adaptación al nuevo estado de la enfermedad, reforzar la relación médico-paciente y establecer las necesidades emocionales de la familia frente a la recaída.

- Fase terminal: Pueden aparecer reacciones emocionales muy intensas tanto en el enfermo como en su familia. Los objetivos de la intervención psicológica en este momento son: colaborar en el control de síntomas físicos como el dolor, detectar y atender dificultades psicológicas y sociales que el paciente y su familia puedan presentar, diagnosticar y tratar psicopatologías propias de esta etapa, delirios, alucinaciones, depresión, somatizaciones, etc., acompañar a la paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo.

Es por esta razón que es fundamental reconocer al comportamiento humano como parte esencial en la calidad de vida ya sea en la salud como en la enfermedad. El término de comportamiento humano incluye emociones, cogniciones y conductas y son estas 3 esferas las que se ven afectadas de manera drástica, tal como se ejemplifica a continuación (Encyclopedia de Life Support Systems, 2002).

A nivel emocional

Sánchez Sosa (2002) plantea que las emociones, pueden ser vistas de 2 maneras. La primera, “son la expresión interpersonal o social de las emociones y sentimientos, tales como el miedo, rabia, placer, tristeza, etc.”. La segunda, “las emociones también involucran reacciones psicofisiológicas, por ejemplo, el miedo y la ansiedad son asociados con el incremento de la tasa cardiaca, presión arterial sistólica, circulación sanguínea en músculos o decremento de la irrigación sanguínea en la piel”. Teniendo en cuenta lo mencionado previamente, se puede observar el impacto emocional que causa la mastectomía sobre la mujer, produciendo diferentes emociones con diferentes intensidades, el manejo de estas y de la forma en la que se presenten van a estar mediada por los estilos de afrontamiento con los que se cuentan. Diferentes autores han recopilado datos de las emociones que más se presentan como consecuencia de la mastectomía. Por su parte, Amayra, Exteberria y Valdosedá (2001) mencionan que ante la mastectomía se producen sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal, entre otros. La pérdida de un seno también está asociada a diversas emociones, como frustración, tristeza, enojo, etc. Sin embargo, diversos autores Fernández, 2004; Gil y Costa, 2005; Deanna, 2004 y Lentz, 2005 coinciden en que las pacientes mastectomizadas presentan con mayor regularidad trastornos de ansiedad y depresión.

En un estudio realizado por Engel, Kerr, Schlesinger, Sauer y Hölzel durante el 2004, se encontró que las mujeres después de la cirugía reportan haber experimentado síntomas depresivos y

estos se correlacionaron con el estrés, ya que existen percepciones del cáncer como un evento estresante con pensamientos intrusivos. Sin embargo, aquellas mujeres que poseen altos niveles de autoestima, apoyo social y mejores estilos de afrontamiento, tendrán un mayor bienestar psicológico, según García y González (2007).

A nivel cognitivo

Las cogniciones, mejor conocidas como creencias, ideas y pensamientos, son otro componente psicológico para considerar; éstas regulan las emociones y por ende las conductas. Según Ellis (1975) las cogniciones son la interpretación de la realidad, inferencias o evaluaciones que se hacen las personas sobre sí mismos, sobre los demás y el mundo que los rodea. Es importante aclarar que el sufrimiento emocional de las pacientes no se debe únicamente a las circunstancias o eventos de la cirugía, sino también se debe a las creencias que cada individuo tiene con respecto a la imagen corporal y de sí mismo; la intensidad con la que se vivan éstas va a depender de las habilidades de afrontamiento y características de personalidad de cada paciente. Si las cogniciones son irracionales, es decir, interpretaciones ilógicas, poco empíricas o inconsistentes con la realidad empírica, dificultan la obtención de las metas establecidas por el individuo (Ellis, 2002). Una de las distorsiones cognitivas que presentan estas pacientes, se da principalmente por la atención selectiva que tienen sobre la zona afectada (seno o senos mutilados). La alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una “deformidad” (Rojas, 2006) y al mismo tiempo, suelen magnificar el tamaño de las cicatrices provocando creencias disfuncionales relacionadas con la pérdida del atractivo personal, de su valor como persona y de la identidad sexual.

Flórez (1994), Die T y Die G (2003), señalan que el pensarse deformada impide en muchas ocasiones mantener relaciones sociales adecuadas (la mujer evita determinadas situaciones, como la interacción con otras personas) y puede producir un estado de alerta continuo acerca del propio aspecto, aun cuando la deformidad no sea obvia para los demás. También es importante identificar que la percepción del impacto ante la pérdida o deformidad de los senos varía dependiendo de la edad de la paciente, pues se ha visto que la amenaza al autoconcepto de femineidad sería más intensa en las mujeres jóvenes cuyo atractivo y fertilidad está en auge, especialmente en aquellas que son solteras y no disponen de pareja.

Como se puede observar, el aspecto cognitivo hace referencia principalmente a la percepción corporal y a la valoración que se tiene del autoconcepto de mujer; en otras pacientes es interesante señalar que existen factores (como la edad y el estado civil) que influyen en la magnificación o adaptación de dichas creencias.

A nivel conductual

Las conductas o el comportamiento consisten en toda actividad que “sirve como instrumento para afectar el ambiente (interno o externo) dejando consecuencias relativamente específicas”, es decir, hace referencia a todo lo que hacemos y decimos. La conducta de un individuo se ve afectada por las emociones, creencias, ideas y pensamientos que se tengan. Las creencias funcionales pueden provocar conductas como la adherencia terapéutica, la adaptación y reconocimiento de la enfermedad, que permiten mejorar el bienestar físico y psicológico; o de manera contraria, pueden generar conductas desadaptativas, como la inconsistencia al seguir el tratamiento médico, no acudir a las citas, etc. las cuales conllevan diversas complicaciones físicas y psicológicas. En el caso de las mujeres mastectomizadas se pueden identificar ciertas conductas desadaptativas, tales como las postula Fernández (2004):

- Comportamientos de evitación de las relaciones sociales y aislamiento: debido a la vergüenza y temor al rechazo por parte de las personas del entorno.
- Evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada: a menudo tienden a magnificar la percepción y tamaño de las cicatrices, así como ver de deformidad en su cuerpo.
- Cambio en el estilo de ropa: sobre todo para ocultar la parte operada.
- Problemas sexuales: dado que los senos tienen un valor cultural importante sobre la sexualidad y la percepción corporal.

Gil y Costa (2005), encontraron que la deformidad física altera el establecimiento de relaciones íntimas. Rojas (2006) afirma que la aparición de trastornos sexuales y los conflictos maritales se dan de manera regular en estos casos. Se piensa que en el caso de las mujeres mayores el impacto de la mastectomía en el aspecto sexual podría ser “menor” dado que, en diversas ocasiones, las relaciones íntimas han disminuido. Sin embargo, de acuerdo con un estudio realizado por Mandelblatt, Figueiredo y Cullen en el 2003, se encontró que 15.1% mujeres de su muestra habían sido sexualmente activas antes de padecer cáncer, y posterior al diagnóstico reconocían un impacto negativo sobre sus intereses sexuales. La mayoría de las problemáticas sexuales relacionadas al cáncer, suelen tener un origen psicológico, puesto que “la cirugía per se no debe producir alteraciones en el deseo sexual, ni reducir su capacidad para lubricar afectando el alcance de un orgasmo” según Die Trill (2006), la depresión y la ansiedad que experimentan estas mujeres son las que repercuten en su actividad sexual.

Tomando en cuenta lo expuesto, resulta imprescindible contar con un protocolo de intervención psicooncológica que permita predecir, intervenir, manejar y resolver los distintos problemas psicosociales a los que puedan enfrentarse las pacientes, como mejorar las relaciones de pareja e impedir la aparición de otros trastornos que afecten la calidad de vida de las pacientes.

1.5 Resiliencia como determinante

El padecimiento de cáncer de mama conlleva grandes desajustes psicológicos y emocionales debido, entre otras cosas, a su carácter crónico, la incertidumbre de su pronóstico que sienten las mujeres que lo padecen, los efectos secundarios de los tratamientos médicos usados para combatirlo y el significado o representación social de la propia palabra cáncer (Alonso & Bastos, 2011; Guil, Zayas, Gil-Olarte, Guerrero & Mestre, 2017).

Barreto & Soler (2008) enumeran diferentes factores protectores de la aparición de cuadros psicopatológicos derivados del padecimiento de cáncer de mama, entre los que se encuentra el hecho de que estas mujeres cuenten con fuentes internas de resiliencia.

Se podría definir la resiliencia como la capacidad que poseen las personas para resistir, sobreponerse y salir delante de manera exitosa después de haber pasado por dificultades o acontecimientos traumáticos (Aguila, 2000). Existen múltiples definiciones, pero todas ellas enfatizan que en todo sujeto resiliente se destacan las siguientes características: habilidad, adaptabilidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, baja susceptibilidad, entre otras. Melillo y Ojeda (2001) expresan: *“La resiliencia se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos. No se nace resiliente ni se adquiere “naturalmente” en el desarrollo depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con otros seres humanos, responsable de la construcción del sistema psíquico humano”*.

Se espera que la resiliencia juegue un papel fundamental en el proceso de mastectomización de las mujeres con cáncer de mama, promoviendo la salud mental y la satisfacción con la vida, a pesar de atravesar esa situación traumática (Zayas & Guil, 2018). Es decir, a mayores niveles de resiliencia mayores niveles de bienestar subjetivo.

Esta herramienta será aquella que ayude a las mujeres mastectomizadas en el contexto terapéutico favoreciendo al desarrollo de estrategias de afrontamiento para poder continuar con sus vidas luego de este evento tan estresante y doloroso.

2. CAPITULO 2: Abordaje desde la Terapia Cognitivo- Conductual (TCC)

2.1 El surgimiento de la Psicoterapia Cognitiva

La Psicoterapia Cognitiva surgió desde dos sectores, por un lado, autores que venían del Psicoanálisis y por otros representantes del sector conductista, pero más allá de estas dos corrientes, se destaca Kelly (1955), como el primer teórico cognitivo, ya que presenta un enfoque de la persona y la terapia desde un planteo claramente cognitivo (Weishaar y Beck, 1987). Sin embargo, los principales exponentes de esta psicoterapia originalmente venían del Psicoanálisis, entre ellos Ellis (1962) y Beck (1967), ambos se alejaron de esa escuela por considerar que la misma no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico. Por esta razón, la Psicoterapia Cognitiva puso un acento especial en la comprobación, validación e investigación de sus teorías y fundamentalmente de su práctica (Camacho, 2003).

En la Psicoterapia Cognitiva no existe, como en otras escuelas, un corpus teórico unificado o un autor centralizador. En general existe cierto consenso respecto de los lineamientos básicos, pero pueden encontrarse distintas conceptualizaciones o incluso términos diversos que hacen referencia al mismo proceso. Este modelo trabaja específicamente con los esquemas, es decir, patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad. Estos esquemas a su vez están compuestos por creencias, a las cuales podemos definir como todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia. Al mismo tiempo, estos mapas internos están constituidos por pensamientos automáticos, pensamientos que aparecen en el flujo del pensamiento normal y condicionan su dirección o curso, además, se les atribuye una certeza absoluta y es por ese motivo que no son cuestionados y condicionan la conducta y el afecto del sujeto.

Este modelo psicoterapéutico trabaja con esos diálogos internos que todas las personas poseen, de hecho, gran parte de nuestra vida la pasamos hablándonos a nosotros mismos y al repetir tantas veces los mismos contenidos, las personas terminan creyendo con un nivel muy alto de certeza, lo que ellos afirman, sin someterlos a un juicio crítico. Un ejemplo podría ser el de una mujer mastectomizada que estando en una fiesta mira a un hombre que le gusta y se dice: “Sin mamas sos fea”, “No te va a dar bola”, “Igual te vas a quedar sola” o “Te va a terminar dejando por no tener mamas”. Estos pensamientos automáticos podrían corresponder a una creencia nuclear del tipo: “No merezco el amor de nadie si no tengo mamas”.

2.2 Terapia cognitivo- conductual como tratamiento para las mujeres mastectomizadas.

Es sabido que la palabra cáncer ha sido durante mucho tiempo sinónimo de muerte, generando un importante rechazo y temor en todos aquellos que la padecen (Prieto Fernández, 2004). Los conceptos populares, los prejuicios sociales, la ignorancia con respecto a la enfermedad, el ambiente oncológico hospitalario y la propia imaginación son aspectos que no colaboran en el afrontamiento del cuadro clínico.

Sumado a la dificultad de la aceptación y el manejo de la enfermedad con la que lidian las mujeres con cáncer de mama, se les suma el peso de una intervención quirúrgica, con todo lo que eso conlleva. La mastectomía es considerada una intervención quirúrgica agresiva, que compromete a la mujer en las dimensiones biológica, psicológica y social. Conociendo la importancia que representa para la mujer su aspecto físico y en especial las mamas, es común que cuando se enfrentan a una cirugía de carácter mutilante como es la mastectomía presenten reacciones de angustia, ansiedad y miedo, en el periodo pre y posoperatorio.

Teniendo en cuenta lo planteado previamente, se describirán a continuación posibles técnicas que se encuentran bajo el marco de la Terapia Cognitivo- Conductual que permiten identificar los sentimientos negativos que pueden interferir en la rehabilitación, readaptación y en la resiliencia de las mujeres mastectomizadas.

En psicología existen diversos marcos teóricos desde los cuales se puede desarrollar una psicoterapia exitosa, de forma que la calidad de vida de la paciente mastectomizada que la solicita experimente un cambio positivo y duradero. En la última década, y desde de la tradición conductual, han surgido las terapias contextuales o de tercera generación.

En este caso, se ha decidido abordar la situación de las mujeres mastectomizadas desde la mirada de la terapia cognitivo- conductual (TCC) ya que diversas investigaciones confirman su efectividad para esos casos.

La investigación "Estudio de la efectividad de la intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama localizado" llevada a cabo por Gloria Moraga Sahuquillo, Ascensión Bellver Pérez, Ana Santaballa Beltrán en el año 2020 pudo comprobar que la TCC ha conseguido reducir los niveles de las dos patologías más comunes en estas mujeres, es decir, la ansiedad y la depresión. Estos índices logran disminuirse debido a que el tratamiento desde la TCC consiste básicamente en identificar las creencias disfuncionales del paciente para transformarlas en hipótesis a contrastar (ya que todavía no se sabe de su certeza) para, luego, someterlas a contrastación para ver si dichas creencias son falsas o verdaderas. Luego de identificadas las creencias (ahora transformadas en hipótesis), deben ser contrastadas con la realidad y para ello se necesitan construir experiencias o experimentos que permitan comprobar su grado de veracidad o su falsedad. La labor del psicólogo que trabaja desde este modelo es similar al del científico ya que

debe ser minucioso y debe trabajar con hipótesis constantemente. Esta comparación entre la labor del científico con el trabajo clínico también remarca uno de los pilares de la Terapia Cognitiva, que es la investigación empírica.

En esta sección se describirán diversas técnicas cognitivo-comportamentales como la psicoeducación, métodos de relajación y ejes de reflexión que se utilizan diariamente en la práctica clínica para pacientes mastectomizadas y tienen un alto grado de eficacia. Estas herramientas ayudan al profesional a identificar y reflexionar sobre los síntomas de depresión y ansiedad que atraviesa la paciente, su manifestación fisiológica, cognitiva y conductual, así como los factores que han influido en su desarrollo. Así mismo, se pueden utilizar estas mismas herramientas para atravesar el duelo, reconociendo así las pérdidas que han tenido a partir del diagnóstico oncológico y de su alteración física.

Tanto la ansiedad como la depresión son considerados como trastornos emocionales y muchas veces como dos caras de la misma moneda. Ambas patologías poseen una característica en común que es la “afectividad negativa”, es decir, la visión negativa sobre sí mismo, sobre el entorno y sobre el mundo, siempre ver “la mitad del vaso vacío”. Sin embargo, estos trastornos poseen diferencias entre sí; la ansiedad es el exceso de futuro en donde el sujeto crea escenarios catastróficos sobre posibles situaciones experimentando constantemente experiencias de amenaza. Por el contrario, la depresión es el exceso de pasado, en donde hay desgano, falta de apetito, alteración del sueño, disminución de la iniciativa y en donde la quietud es una de sus características principales. Además de estas dos patologías, el temor a la muerte, la alteración de los planes de vida, los cambios en la imagen corporal, autoestima, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas, son constantes temores que expresan las pacientes mastectomizadas.

A su vez, estos temas son posibles gatillantes de episodios de ansiedad y/o depresión extrema en estas mujeres, amenazando aún más su calidad de vida. Además de poseer una enfermedad fatal, se le suma el impacto de la pérdida de la mama. Esto conlleva a lo que señala Salvador (1991), que la prevalencia de los trastornos mentales en los pacientes oncológicos es aproximadamente el doble de la que se presenta en los pacientes con otra patología médica y el triple de la que se observa en la población en general.

Héctor Fernandez Alvarez en su libro “Paisajes de la Psicoterapia” menciona que una persona que padece un trastorno emocional se puede ver beneficiado por un tratamiento psicoterapéutico focalizado de duración breve, es decir, de extensión aproximada de 3 a 6 meses. El objetivo de este modelo de tratamiento es producir cambios en la sintomatología, tanto ansiosa como depresiva, es decir, desactivar el ciclo disfuncional mediante el cual estos trastornos emocionales se instalan. Para operar en este tipo de trastornos se debe partir de cuatro componentes que enmarcan todo tratamiento psicoterapéutico: la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la

exposición y la prevención de recaídas.

La psicoeducación consiste en un modelo explicativo de la disfunción y una explicación sobre en qué va a consistir el tratamiento. A menudo los individuos poseen ideas erróneas acerca de la ansiedad y, por lo tanto, es sumamente relevante un debate acerca del miedo y la ansiedad en referencia a la experiencia personal del paciente. Además, debería brindarse una explicación acerca de la ansiedad persistente así la persona puede fácilmente entenderla y aplicarla a su propia situación.

Si nos referimos a la depresión, este procedimiento apunta a definir el trastorno como un problema común que le puede ocurrir a cualquiera y se le debe informar al paciente, siguiendo los postulados de A. Beck sobre el "Modelo Cognitivo de la Depresión", que las personas con esta patología poseen una visión no realista y negativa acerca de sí mismos, de sus vidas y del futuro.

Así como las formas iniciales de operar están vinculadas a la psicoeducación, en el núcleo del programa terapéutico se encuentran las intervenciones.

En los trastornos del estado del ánimo la reestructuración cognitiva es un elemento fundamental junto a la reevaluación positiva, destinadas a la proyección de escenarios futuros.

La reestructuración cognitiva se dirige a identificar, analizar y modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas. Es decir, ayuda al paciente a cuestionarse las creencias disfuncionales y crear explicaciones alternativas a su modo de pensar. En el caso de los pacientes que sufren de ansiedad se puede trabajar con los escenarios catastróficos que crean a partir de una situación. Respecto a la experiencia con la ansiedad en las mujeres mastectomizadas, se trata de una exposición a la enfermedad oncológica, ésta como amenaza física real, ya que se pone en peligro tanto su estado de salud, como en los estadios finales de la enfermedad, el peligro para su supervivencia. Ahora bien, la interpretación que hacen de dicha situación, algunas ocasiones las lleva a valorar el hecho como una pérdida irremediable para su concepto femenino, materno y sexual. El mantenimiento del pensamiento negativo y la ansiedad responde a tres factores: la atención selectiva, el cambio fisiológico y las conductas evitativas o búsqueda de seguridad. Éstos se relacionan entre sí, haciendo que se generen otros tipos de círculos viciosos o auto confirmatorios, que afectan negativamente el estado psicológico de la paciente (Camacho, 2003). En caso de los pacientes que padecen depresión, el individuo tiende a evaluarse a sí mismo de forma disfuncional prestando atención a la información negativa e ignorando la positiva; mediante la reevaluación positiva, el terapeuta busca ayudarlo a observar que su atención selectiva y estas comparaciones que realiza de sí mismo y con los demás son disfuncionales. Le enseña a hacer contrastaciones más funcionales y a sostener un registro de autoafirmación. La exposición, por otro lado, puede ser interoceptiva, es decir, a sensaciones físicas

displacenteras o in vivo, a situaciones que se evitan por miedo. Se trabaja a partir de un afrontamiento efectivo buscando desactivar reaseguros y distractores que le confirman al sujeto sus creencias disfuncionales.

Por último, para trabajar con pacientes que padecen de trastornos del ánimo, como las mujeres mastectomizadas, es importante contar con un plan de prevención de recaídas.

Las recaídas pueden ser minimizadas si el individuo tiene expectativas realistas de los resultados del tratamiento y adopta una perspectiva saludable de lo que es la ansiedad como la depresión. Con la prevención de recaídas se busca repasar lo trabajado a lo largo del tratamiento desde la psicoeducación hasta las herramientas y estrategias con las que hacer frente a manifestaciones que presenta el paciente.

Como hemos mencionado previamente, en la última década, y desde el marco conductual, han surgido las terapias contextuales o de tercera generación. Estas terapias cognitivo-conductuales se focalizan en el contexto y en las funciones de los fenómenos psicológicos (Hayes, 2016). Así, en lugar de pretender cambios cognitivos que alteren la conducta de la persona, transforman la función psicológica del evento en particular por medio de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004).

Una de las terapias de la tercera ola que ha demostrado su efectividad es la Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante ACT, acrónimo de sus siglas en inglés) que ayuda a ejercer un control cognitivo y conductual que mantiene a las pacientes en un equilibrio emocional, permitiéndoles afrontar mejor su enfermedad. La ACT, además, tiene un perfil más psicoeducativo que terapéutico, actuando simultáneamente en un aumento de la autoestima de las pacientes (Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007).

Las mujeres que eligen ACT como técnica para poder afrontar lo que les sucede luego de una mastectomía se nutren de recursos que les permiten afrontar la situación difícil que están atravesando y lograr las metas personales establecidas más allá de si poseen o no estados cognitivos y/o emocionales negativos, como el dolor, la tristeza o el miedo. Logran, a su vez, que estos estados de ánimo no sean incapacitantes y que, por el contrario, permitan encontrar el equilibrio entre la atención y los procesos de aceptación. Es decir, pretende conseguir un reequilibrio y una mejor gestión emocional de las pacientes (Páez et al., 2007).

El objetivo de esta intervención terapéutica en mujeres mastectomizadas es, entonces, la mejora de su autoestima, la reducción de su sintomatología ansioso-depresiva, la optimización del afrontamiento al estrés y, por último, la reducción del nivel de fusión cognitiva.

Las pacientes, al final del proceso terapéutico deberían haber podido aceptar aquellos pensamientos, sentimientos y miedos que han sido generados por la experiencia que han vivido,

contemplando su situación como un mero observador externo para que, de esta forma, no se paralice su vida cotidiana.

La terapia grupal es otra opción que tiene muy buenos resultados para las mujeres mastectomizadas ya que las que participan de este formato de terapia son conducidas para que expresen sus emociones y compartan ideas y sentimientos, promoviendo la capacidad de percibir y vivir sus limitaciones y potencialidades. Las actividades grupales son pensadas para lograr que estas mujeres desarrollen una red de ayuda mutua y entendimiento, fundamental para la superación de dificultades psicológicas como ansiedad, miedo, culpa, rechazo, dificultades para aceptar las nuevas limitaciones y cambios en la apariencia, superar la inseguridad y encontrar apoyo de los familiares y amigos.

La forma más utilizada de esta modalidad grupal es conocida por el nombre de grupos terapéuticos que no es lo mismo que grupos de autoayuda ya que estos últimos no son considerados como “terapia” sino como ayuda. En cambio, los grupos terapéuticos, consisten en (comúnmente) un grupo de formación espontánea, entre personas que se sienten identificadas por algunas características entre sí y que se unen cuando se dan cuenta que tienen posibilidades de ayuda recíproca. De esta forma se logra aliviar el malestar ya que se encuentran con otros que les sucede o les ha sucedido algo similar/igual.

La terapia de grupo, entonces, utiliza actividades que permiten y ayudan a la expresión de sentimientos y el intercambio de experiencias. La libre expresión de los sentimientos es muy importante para la salud de las mujeres que han atravesado una mastectomía ya que de esta manera logran fortalecerse psicológicamente y de esta forma aumenta su resiliencia que lleva a readaptarse y rehabilitarse.

Se ha demostrado en varias investigaciones que luego de este tipo de terapia se puede evidenciar una mejoría en la apariencia física y en los cuidados personales, cambios de actitud, aumento en la independencia funcional, mejora de los síntomas físicos y en la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas que forman parte de este tipo de terapias. El grupo proporciona oportunidades para la socialización y la comunicación.

Por último, pero no menos importante, es fundamental destacar a la terapia cognitivo conductual (TCC) basada en “mindfulness” ya que se presenta también como una técnica de la tercera ola, eficaz para el manejo de la ansiedad y la depresión que pueden afectar la funcionalidad de pacientes mastectomizadas. “Mindfulness” significa mente- plena o atención plena, y es una técnica que busca que el paciente logre prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación. Esta técnica surge hace unos años atrás para combatir y prevenir las recaídas en cuadros depresivos. Los pacientes que padecen depresión suelen estar constantemente centrados en el pasado y los sujetos que padecen de ansiedad en el momento futuro, entonces, esta técnica logra traer a estos pacientes al “aquí y

ahora". Las mujeres mastectomizadas obtienen grandiosos resultados a partir de esta técnica ya que logran disminuir los síntomas ansiosos y depresivos que están presentes previamente a la intervención quirúrgica y se incrementan posterior a ella.

CAPITULO 3: Imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres mastectomizadas

3.1 La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento.

Seifert (2006) postula que la pérdida de una o ambas mamas es una experiencia traumática que conduce a un profundo proceso de represión psicológica, de inhibición y represión sexual.

La mayor parte de las pacientes mastectomizadas, al igual que el resto de los pacientes oncológicos, viven un proceso psicológico adaptativo denominado "duelo". El duelo es la reacción normal ante la pérdida ya sea la pérdida de una persona querida, un animal, un objeto, etapa o evento significativo (Organización Mundial de la Salud, 2020). En el caso de las mujeres que atraviesan una mastectomía el duelo que se da es por pérdida corporal. Luego de la intervención quirúrgica comienza un proceso cognitivo que busca afrontar y reestructurar los pensamientos sobre la imagen corporal, el sí mismo, la identidad y sobre el mundo en el que debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida (Gérman, 2004).

La vivencia del duelo por pérdida corporal requiere que la mujer signifique la pérdida, es decir, que le proporcione un sentido, con el objetivo de afrontar lo que le sucede y así lograr tener una mejor calidad de vida. Está comprobado que la calidad de vida de estas mujeres mejora si logran expresar por medio de la palabra aquello que está escrito en el cuerpo (Marques, 2003; Suárez, 2005) y eso se logra a partir de lo que he mencionado previamente que es el afrontamiento de este suceso traumático. Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes considerando los recursos del individuo.

Las estrategias de afrontamiento están presentes en todas las etapas del proceso de duelo y, a su vez, son cambiantes de acuerdo con la etapa de la enfermedad.

Es fundamental hacer énfasis en que, en la medida que el proceso de duelo no se haya elaborado, se reduce cada día un poco más la calidad de vida de estas mujeres.

3.2 Alteración de la imagen corporal y disminución de la autoestima

El estudio de la imagen corporal en pacientes mastectomizadas tiene especial relevancia por la importancia epidemiológica de la enfermedad y sus connotaciones psicosociales para las

mujeres. En la cultura occidental la mama de la mujer está relacionada con la sexualidad y el atractivo físico, así como con la maternidad y la lactancia, por lo que, para algunas mujeres, su pérdida supone también la renuncia a sus deseos de tener hijos (Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N).

Una de las definiciones más aceptadas de la imagen corporal es la que la describe como la percepción que tenemos tanto del cuerpo global y de cada una de sus partes como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (Raich, 2000). Es decir, se refiere a cómo pensamos, sentimos, percibimos y actuamos en relación con el propio cuerpo. La imagen corporal está estrechamente vinculada con la autoestima que, ésta por su parte, implica la valoración positiva o negativa que tiene la persona de sí misma, los sentimientos sobre las características personales y la valencia afectiva de estos (Mora M, Raich RM., 2010).

Existe evidencia de que las mujeres sometidas a cirugías conservadoras preservan mejor la imagen y la integridad corporal que las que se someten a cirugías radicales como la mastectomía (Die Trill M, Die Goyanes A, 2003). La mastectomía afecta determinadas áreas concretas de la imagen corporal como son las actitudes ante el propio cuerpo desnudo o la autovaloración del atractivo físico debido a que le atribuyen un valor desproporcionado a la apariencia externa (García, 1999). Estos problemas se manifiestan a través de sentimientos negativos como vergüenza, falta de atractivo y desagrado cuando se ven desnudas ante el espejo o cuando las ve la pareja. Todo ello las lleva, en muchas ocasiones, a evitar mirarse o a esconderse ante las miradas de otro, a juzgarse negativamente y a percibir que no están a la altura de los ideales o de las normas que se autoimponen a sí mismas (Brunet et al., 2022). Esta devaluación del atractivo físico y de su autoestima ocasiona una crisis de identidad que indirectamente afecta la respuesta sexual (Stewart,1993). Por todo ello, se puede concluir que las mujeres mastectomizadas presentan alteraciones en la autoestima, en la imagen corporal y como consecuencia en su sexualidad, más allá del primer año tras la mastectomía si no hay intervención psicológica. De hecho, Wu, T.-Y. et al. postulan que si estos problemas no son planteados en un ámbito terapéutico puede derivar a que incluso hasta 5 años después de ser intervenidas, no puedan dejar de sentirse menos atractivas.

3.3 Dificultades en la propia sexualidad y como repercute en la relación de pareja.

Los efectos del cáncer de sobre la autoestima son especialmente delicados, muchas pacientes van a tener la percepción de que a partir del momento es diagnóstico dejaron de ser sexualmente

atractivas, de que no volverán a ser capaces de experimentar ni dar placer, e incluso que su capacidad de ser amadas y amar está mermada definitivamente.

En el momento donde se le comunica a la mujer que tiene cáncer de mama y que necesita de una mastectomía, la preocupación principal suele estar relacionada con la supervivencia y pueden parecer secundarias las cuestiones como la desfiguración física, la pérdida de atractivo sexual o la alteración de las relaciones íntimas asociadas a los efectos de los tratamientos, pero no es así. Esta mirada desde el Modelo Médico Hegemónico puede conducir a muchas mujeres o sus parejas a no expresar abiertamente estas preocupaciones. Las secuelas psicológicas de la neoplasia mamaria y sus tratamientos van a afectar, además de la autoestima, la imagen corporal e identidad femenina, como mencionamos previamente, a las relaciones sexo-afectivas (Die Trill M, Die Goyanes A., 2003).

Vázquez- Ortiz et al. encontraron que el 50% de las mujeres mastectomizadas están preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales, tienen miedo al rechazo de la pareja y perciben una disminución de su interés sexual.

Hay suficientes evidencias empíricas que permiten sostener la idea de que ciertas alteraciones en el ajuste psicosexual de las mujeres tratadas por cáncer de mama persisten transcurridos varios años después de los tratamientos (Achte et al., 1987). Así Broeckel et al. encuentran que, después de más de siete años desde la finalización de los tratamientos oncológicos persisten alteraciones como la falta de deseo sexual, la dificultad para relajarse y disfrutar de las relaciones sexuales, las dificultades de excitación y la dificultad para lograr el orgasmo. Rosbund-Zickert demuestra que la principal fuente de preocupación, dentro del área sexual, de las mujeres con cáncer de mama se refiere a que la pareja evita tocar la zona del pecho. Por un lado, se debe a que muchos pacientes oncológicos tienen la creencia de que el lugar operado es incapaz de soportar el más leve trauma y que podrían derivarse serias consecuencias de cualquier contacto físico un poco brusco, lo que constituye una de las razones por la que un gran número de mastectomizadas expresan miedo a reanudar las relaciones sexuales con sus maridos, alegando tener miedo a que la herida se abra (Sutherland, 1981). Por otro lado, sucede con frecuencia que el marido suele reforzar o desencadenar estos miedos ya que por temor a hacerle daño a su pareja evitan cualquier tipo de contacto físico, lo que suele ser interpretado por la esposa como rechazo hacia su cuerpo mutilado. Es muy importante la actitud de la pareja ya que puede extinguir, suscitar o acrecentar ciertas actitudes fóbicas en la mujer.

Es por todos los motivos descritos previamente que las intervenciones psicológicas más inmediatas después de la cirugía radical, además de abordar la adaptación emocional, deben estar dirigidas a fomentar el ajuste psicosexual y a mejorar las actitudes en torno a la imagen corporal; en este trabajo terapéutico hay que involucrar necesariamente a la pareja. Como se ha mencionado, sería un error pensar que no es momento para preocuparse por esos temas, porque

lo cierto es que esas preocupaciones existen en muchas pacientes y sus compañeros, aunque no se expresen abiertamente. Lief (1978), refleja que sólo un 10% de las mujeres hablan con su médico de sus preocupaciones sexuales y que, por lo tanto, el mayor porcentaje de mujeres se quedan sin poder hablar de sus preocupaciones o dificultades sexuales. Estos resultados merecen tenerse en cuenta a la hora de pensar en una intervención interdisciplinaria ya que podría serles muy beneficioso tener en el equipo un psicooncólogo con quien hablar de su conflictividad sexual y de todo lo que le acompleja de su nueva realidad.

Las intervenciones deben ir encaminadas a la adaptación de las nuevas sensaciones corporales de la zona del pecho (p.ej. el tacto de la cicatriz) y la nueva imagen corporal (p.ej. acostumbrarse a verse desnuda). Por otro lado, el trabajo terapéutico también debe ir encaminado a la prevención y abordaje de temores y preocupaciones en torno a la reanudación de las relaciones y al miedo al rechazo por parte del compañero. En este sentido, se puede fomentar la comunicación sexual dentro de la pareja en lo relacionado con temas como los siguientes: cuándo es más conveniente reanudar las relaciones sexuales, cuáles son los motivos para esperar, cuáles son los temores, suposiciones e ideas que cada uno guarda interiormente, qué piensa cada uno sobre lo que la mastectomía pueda o no hacer cambiar las relaciones y las conductas sexuales habituales entre ellos, entre otras. Es muy probable que el diálogo despeje temores, alivie preocupaciones y aclare los sentimientos, fomentando la intimidad afectiva y física en la pareja. Estas intervenciones son pensadas por el profesional esencialmente para intentar disminuir los niveles de ansiedad y depresión (Copeland E, 1991) y para proporcionar estrategias de afrontamiento para combatir los efectos colaterales del tratamiento a nivel de la autoimagen, el autoconcepto, la autoeficacia y autoestima (Christopher D, 1987).

Por otro lado, el psicoterapeuta debe hacer intervenciones que fortalezcan las redes de apoyo de la paciente ya que éstas promueven la aceptación de la enfermedad y, por ende, una mejor adherencia al tratamiento, lo cual favorece a la rehabilitación física, psicológica, entre otras, aportando así una alta actitud por el amor propio. Tal y como lo afirma la teoría, el soporte social “funciona como un amortiguador del estrés acabando con él”. Este apoyo social implica un intercambio de información positiva y negativa entre la persona y la unidad social. El intercambio de información puede inspirar una conducta de afrontamiento positivo o puede tener un efecto descompesador sobre el afrontamiento (Leavy, 1983)”. Es por ese motivo que el profesional debe indagar sobre estas redes en cada una de sus pacientes y poder evaluar 3 aspectos: por un lado, la cantidad de relaciones que posee la paciente en términos de integración y participación; por otro lado, la estructura de la misma, que se refiere a la forma de esta red social y, por último, la función de las relaciones, que pueden cumplir un rol emocional, instrumental o informativo. Si el profesional cuenta con esta información le será más sencillo el diseño de una intervención válida y acertada para cada una de las pacientes.

Estas relaciones sociales que se convierten en redes fomentan el desarrollo de la resiliencia en las mujeres mastectomizadas y a su vez, ésta, favorece a la evolución favorable de la reconstrucción de la imagen corporal de las mismas. La resiliencia es la capacidad humana para sobreponerse a las adversidades y construir sobre ellas (Ojeda y Munist, 2001). Los resultados están a la vista y sugieren que puede ser necesario diseñar y desarrollar intervenciones para promover la resiliencia y trabajar con las fortalezas de las mujeres y sus familias o cuidadores. Algunos autores han señalado que la resiliencia es un abordaje importante para la atención integral del cáncer en adultos, ya que puede ayudar a los pacientes a enfrentar la adversidad del diagnóstico, el tratamiento, los síntomas y el estrés relacionado con dicha enfermedad (Acinas, 2014).

Pensando en la resiliencia como constructo psicológico, se sugiere que las intervenciones hacia estas pacientes oncológicas se estructuren desde un enfoque basado en la promoción de factores resilientes, que ayuden a moderar el efecto negativo generado por el propio diagnóstico y las consecuencias derivadas de su intervención quirúrgica, con la finalidad de aprender a reconocer y aceptar los cambios positivos y negativos en su vida; así como a enfrentar, en lugar de evitar, situaciones difíciles producto de la enfermedad per se, lo cual promueve el uso de estrategias de afrontamiento funcionales. La mejora de los pensamientos positivos de las sobrevivientes de cáncer y de sus cónyuges, a través de la resiliencia y de los recursos externos disponibles, mejora la capacidad de recuperación y, a su vez, reduce la angustia psicológica (Lim, J. et. al, 2014). Esto apoya la hipótesis planteada previamente que indica que el apoyo social puede aportar al manejo de sobrevivientes favoreciendo el desarrollo resiliente.

Es fundamental remarcar, entonces, que la sexualidad no puede separarse de la salud y que hay que tomar a la salud desde una mirada biopsicosocial; para ello, diversos estudios proponen una reestructuración de la asistencia que incluya una formación adecuada de los profesionales y la creación de un plan de cuidados (Ferreira et. al, 2013) con una atención multidisciplinar y holística que englobe a la pareja, si es posible, y cuyas intervenciones deben de ofrecerse y dirigirse como parte del protocolo terapéutico a todas las mujeres tratadas de cáncer de mama antes y después de cualquier intervención (Vazquez et. al, 2010).

Conclusiones

La presente tesina permite dar cuenta de la complejidad que implica el abordaje médico y terapéutico de la enfermedad oncológica. En este caso, se puso el foco en el cáncer de mama ya que, si bien se está trabajando para bajar la tasa de incidencia, sigue siendo hasta la actualidad una de las principales causas de mortalidad en mujeres mayores a 50 años.

Esta enfermedad no debe ser entendida únicamente como una alteración orgánica ya que la misma se encuentra enraizada a las múltiples facetas que componen la experiencia humana: la familiar, social, psicológica, individual, laboral, entre otras. Es por ese motivo que se considera fundamental que los profesionales de la salud entiendan que esta enfermedad crea una discontinuidad en la historia personal de la paciente. Esta situación amenaza los aspectos de sí misma más importantes, en este caso, la belleza, la feminidad, entre otras, provocándole una angustia la cual vive como insuperable. Esto, inevitablemente repercute sobre la imagen que tiene la mujer sobre sí misma y sobre su identidad. Sin embargo, es posible que estas mujeres puedan mantener una vida diaria sin complicaciones si se logra un equilibrio entre los efectos perturbadores de la mastectomía y la capacidad de autosostén personal.

Este diagnóstico no solo afecta a la mujer, sino que también a su familia y, en el caso de que posea, a su pareja. Las intervenciones desde la psicooncología para afrontar la enfermedad deben promover la autoestima de esta mujer, lograr el fortalecimiento de los vínculos y fomentar el apoyo social, brindarle una buena psicoeducación y, sobre todo, realizar intervenciones tanto familiares como con la pareja para poder integrarlos en el tratamiento y brindarles herramientas para que puedan adaptarse también a esta nueva realidad. Como se ha mencionado a lo largo de todo este trabajo de investigación, la mastectomía no es una intervención sencilla. El impacto psicológico de las mujeres que se despiertan sin una o ambas mamas es muy grande y doloroso. Socialmente las mamas siempre fueron un símbolo de belleza, sexualidad, sensualidad, feminidad, erotismo, en fin, de mujer. Entonces, para la sociedad, una mujer sin mamas no es mujer. Este es el mismo sentimiento que tienen estas mujeres luego de esta intervención quirúrgica que va a afectar inevitablemente a su sexualidad y a las relaciones sexuales que tenía hasta entonces con su pareja. La paciente debe entender que su cuerpo se ha modificado y que ya no es el mismo, pero esto no quiere decir que nunca más vuelva a ser deseada o sea capaz de erotizar a su pareja. Lo que quiere decir es que deben buscar nuevas alternativas y nuevos juegos sexuales que pueden fomentar el autoerotismo y el vínculo sexual con su compañero. Los primeros años luego de la mastectomía consisten en un arduo trabajo terapéutico para lograr que la mujer pueda amigarse con esta nueva imagen corporal y fomentar su autoestima. Además, en estos primeros momentos, es importante disminuir el impacto traumático de lo sucedido para que estas mujeres logren seguir adelante con sus vidas y que esta situación no les genere una "fractura biográfica" a causa de no poder atravesar el agotamiento físico y mental que genera

esta enfermedad y así desarrollar algún trastorno emocional. Para que esto no suceda, los médicos necesitan la ayuda de los psicólogos y los psicólogos necesitan ayuda de los médicos. Es por ese motivo que a lo largo de este trabajo se hizo énfasis en la relevancia el trabajo interdisciplinario en todas las enfermedades, pero, sobre todo, en las enfermedades físicas crónicas como lo es el cáncer de mama.

Este trabajo de investigación se enmarcó bajo la terapia cognitivo conductual ya que ha demostrado eficacia para incrementar la calidad de vida y reducir los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer mamario que atravesaron una mastectomía. Las terapias de la tercera ola como la Terapia de Activación Conductual (ACT) y las terapias basadas en Mindfulness son útiles para reducir el malestar y el estrés de estas pacientes. Además, existen las intervenciones psicoeducativas que contribuyen a disminuir el malestar emocional y a incrementar la adherencia al proceso de tratamiento y la adaptación a la enfermedad.

Cada 19 de octubre se conmemora en todo el mundo el Día Internacional del Cáncer de Mama, con el objetivo de realizar acciones para visibilizar esta enfermedad y sensibilizar sobre la importancia de la prevención temprana. Como hemos mencionado previamente, los tratamientos psicológicos son fundamentales una vez diagnosticada la enfermedad, sin embargo, también es necesario remarcar que es posible intervenir preventivamente sobre los factores de riesgo para disminuir la probabilidad de desarrollo de cáncer mamario en la población en general o para evitar recurrencias o recidivas. En este sentido, resulta de utilidad promover hábitos saludables como el ejercicio físico, dietas saludables y disminuir hábitos no saludables como el tabaquismo. En este mes *“el color rosa es mas que un color, es investigación, es supervivencia y es el apoyo que las pacientes con cáncer de mama necesitan”*.

Referencias bibliográficas

- Achte K, Lindfors O, Salokari M, Vauhkonen ML, Lehvonen R. Psychological adaptation in the first postmastectomy year. *Psychiatr Fenica* 1987;18:103-12.
- Acinas, M. P. Situaciones traumáticas y resiliencia en personas con cáncer. *Psiquiatría Biológica*, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2014.05.003>
- Aguila, M. (2000). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. Lima: Universidad Nacional de Federico Villareal.
- Amayra I, Etxeberria A, Valdosedá M. Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta Médica de Bilbao* 2001;98(1):10-15
- Al-Ghazal, S., Fallowfield, L. & Blamey, R. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36, 1938-1943.
- Alonso, D. (2010). *El desafío del cangrejo. Avances en el conocimiento, prevención y tratamiento del cáncer*. (3° ed). Buenos Aires: Siglo Veintiuno
- Almanza-Muñoz, J. Holland, J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*. 46, 3, 196-206.
- Alonso, C. (2001). Experiencias de psicoterapia individual en mujeres con cáncer de mama. *II Jornadas de Salud Mental y Género*. Madrid: Instituto de la mujer, Ministerio de Igualdad.
- Alonso Fernández, C. & Bastos Flores, A. (2011). Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2),187–207.
- American Cancer Society. (2005). *Breast cancer facts and figures*. Atlanta: American Cancer Society Inc.
- American Cancer Society & National Comprehensive Cancer Network. *Cáncer del seno versión IX*. 2007. p. 20-34-https://www.researchgate.net/profile/Ana-Rodriguez-Velazquez/publication/285579901_Impacto_psicologico_del_cancer_de_mama_y_la_mastectomia/link/565f751708ae1ef929855447/Impacto-psicologico-del-cancer-de-mama-y-la-mastectomia.pdf
- American Cancer Society (18 de septiembre de 2019). Tratamiento para cáncer de seno. Cirugía para cáncer de seno. Recuperado de: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-deseno/mastectomia.html#:~:text=La%20mastectom%C3%ADa%20es%20una%20cirug%C3%ADa,la%20mayor%20parte%20del%20seno>.
- Antoni, M. H., Lechner, S., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., Phillips, K., Gluck, S. y Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1143-1152.

- Arroyo Yustos, M., Martín Angulo, M., & Álvarez-Mon Soto, M. Cáncer de mama. *Medicine (Spain)*, 2017 <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.05.001>
- Aspinwall, L. G., & MacNamara, A. (2005). Taking positive changes seriously: Toward a positive psychology of cancer survivorship and resilience. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 104(S11), 2549-2556.
- Austrich E, González M. Una oportunidad de vida. El papel del amor, la familia y la pareja en la lucha contra el cáncer de mama. México: Norma; 2007. p. 15-20.
- Aydin, E. (2008). Trauma and resilience in women diagnosed with breast cancer: A transactional analysis perspective. *Transactional Analysis Journal*, 38(4), 323-334.
- Azcárate García, E., Valle Matildes, U., Villaseñor Hidalgo, R., & Gómez Pérez, A. I. Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Atención Familiar*, 2017 <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2017.4.61918>
- Báñez, M., Blasco, T., Fernández-Castro, J. y Viladrich, C. (2007). A structural model of the relationships between perceived control and adaptation to illness in women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25 (1), 21-43.
- Barreto, P. & Soler, C. (2008). Predictores del duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Descleé de Brouwer. Bilbao.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. (1989). *Cognitive therapy* (pp. 21-36). Springer US.
- Beck Judith (2000) *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Bellizzi, K. M., & Blank, T. O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47.
- Brandberg, Y., Sandelin, K., Erikson, S., Jurell, G., Liljegren, A., Lindblom, A., Lindén, A., Wachenfeldt, A., Wickman, M. & Arver, B. (2008). Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 28(24), 3943-3949.
- Bozo, Ö., Gündoğdu, E., & Büyükaşık-Çolak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism—posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of health psychology*, 14(7), 1009-1020.
- Burwell, S. R., Case, L. D., Kaelin, C., & Avis, N. E. (2006). Sexual problems in younger women after breast cancer surgery. *Journal of clinical oncology*, 24(18), 2815-2821.
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. *Buenos Aires. Recuperado de <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>*.
- Capulín Arellano, M. C. L. (2014). Un Desafío a la Feminidad: El Cáncer de Mama. *Revista Daena (International Journal of Good Conscience)*, 9(1).

- Casullo Martina, (2006) El capital Psicológico. Aportes de la Psicología Positiva.
- Carver, C. & Antoni, M. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23(6), 595–598.
- Christopher D, 1987. Tratado de Patología quirúrgica capitulo 23, pagina 590 a 643
- Copeland E, 1991. Cirugía general; Capitulo 14 Pág. 607.
- Crespo, L. & Rivera, M.L. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres de Puerto rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 109-126.
- Deanna M, Golden K, Andersen L. Depressive symptoms after breast cancer surgery: relationships with global, cancer-related, and life event stress. *Psycho-Oncology* 2004;13:211–220. 20.
- De la Serna I. Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monog Psiquiatría* 2004;16 (2): 1-2.
- Die Trie, M. (2004). Jimmie Holland. *Psicooncología*, 1,1, 184-186.
- Die T, Die G. El cáncer de mama. 2003. En: Olivares B, Naranjo F y Alvarado A. Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *GAMO* 2007;6(4):87-90. 27.
- Die Trill M, Die Goyanes A. El cáncer de mama. En: Die Trill M, editor: *Psico-Oncología*. Madrid: ADES, 2003; p. 165-84.
- Die Trill M. Sexualidad y Oncología: Alteraciones en la Respuesta Sexual tras el cáncer. *Contigo* 2006;7:18 -21.
- Fernández, A. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología* 2004;1(2-3):169-180.
- Ferreira S, Panobianco M, Gozzo T, Almeida A. Sexuality os women with breast cancer: analysis of scientific production in nursing. *Tex&Contex Nursing*. 2013; 22 (3): 835-842.
- Flórez I. La mujer ante el cáncer de mama: Aspectos psicológicos. Barcelona. 1994. En: Olivares B, Naranjo F, Alvarado A. Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *GAMO* 2007;6(4):87-90. 26.
- Ganz, P. A., Desmond, K. A., Belin, T. R., Meyerowitz, B. E., & Rowland, J. H. (1999). Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 17(8), 2371-2371.
- García, C. (1999). *Manual de Psicooncología*. CAP.14.Madrid: aula medica.
- García-Serrablo, P., Acevedo, S., & Ortiz, N. (2011). Benefit finding in breast cancer patients: The perspective of Puerto Rican women. 118th APA Convention, Washington DC.
- García Serrablo, P. (2008). La capacidad de encontrar beneficios (“benefit finding”) ante el diagnóstico de cáncer en mujeres.
- García V, González B. Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana/ Bogotá (Colombia)* 2007;25:72-80. 23.
- Germán, J. (2004). Aspectos psicosociales y de reintegración. México, D.F.: Instituto Nacional del Quemado A.C.

- Gil F, Costa G. Aspectos psicológicos relacionados con la cirugía de reducción de riesgo (Mastectomía y Salpingooforectomía Profiláctica). *Psicooncología* 2005;2(2-3):317-328.
- González-Tablas, M., Palenzuela, D., Pulido, R., Sáez Regidor, L. y López Pérez, E. (2001). El papel de las expectativas generalizadas de control en el afrontamiento y ajuste psicológico en mujeres con cáncer de ma-ma. *Ansiedad y Estrés*, 7(1), 1-14.
- Härtl, K., Janni, W., Kästner, R., Sommer, H., Strobl, B., Rack, B. & Stauber, M. (2003). Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Annals of Oncology*, 14, 1064-1071.
- Hayes, S. C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 869-885.
- Holland, J. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*. 64:206-221.
- Holland, J.C (1992). Psychology aspects of cancer. En: J F Holland y E, Freii (Ed.). *Cancer and Medicine*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Holland, J. C., Lewis, S., Solana, T., & Moncayo, F. L. G. (2003). *La cara humana del cáncer: Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Herder
- Juárez DM, Hernández RL. Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova Scientia [revista en Internet]*. 2011 [citado 18 Oct 2015];4(7): [aprox. 18p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052012000100002&lng=es
- Kaplan HS. *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. New York, NY: Brunner/Mazel, 1974.
- Lazarus RS & Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca, 1986.
- Leavy, R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review. *Journal of community psychology*, 11(1), 3-21.
- Lee M. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Condes* 2006;17(4):194-197. 25.
- Lee, M., Patel, M., Cresswell, A. B., & Bentley, P. G. (2007). Body image score following anterior and lateral approaches to wide local excision for early breast cancer. *The Breast Journal*, 13(3), 238-242.
- Lega L, Caballo V, y Ellis A. *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Siglo XXI: Madrid 2002. 70-75 24.
- Lentz M, Janz K, Fagerlin A, et al. Satisfaction with Surgery Outcomes and the Decision Process in a Population-Based Sample of Women with Breast Cancer. *Health Services Research* 2005;40(3):745-

768. 21. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, et al. Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study *The Breast Journal* 2004;10(3):223– 231. 22.

- Lief, H. (1978): Sexual Concerns of mastectomy patients. *Med. Aspects Hum. Sex.* 12, 1.
- Lim, J. won, Shon, E. jung, Paek, M., & Daly, B. The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples. *Supportive Care in Cancer.*, 2014. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2334-9>.
- López-Pérez, M., Polaino-Lorente, A. & Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*, 13(10), 423-428.
- Luciano, C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in Experiential Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 377-394.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543- 562.
- Mandelblatt J, Figueiredo M, Cullen J. Outcomes and quality of life following breast cancer treatment in older women: When, why, how much, and what do women want?. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003;1:1-11. 30.
- Marqués, M. (2003). Representación del cuerpo en la relación consigo misma después de la mastectomía. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 11(3), 299-304.
- Melillo, A., Suárez Ojeda, E. (2001). Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós. p. 25-87.
- Mora M, Raich RM. Autoestima. Madrid: Síntesis; 2010.
- Nacional Cancer Institute. (fecha de acceso: 25/05/2005). Breast Cancer [En red]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast>
- Oblitas Guadalupe, L. A. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *AV. Psicol*, 16 (1), 9-38.
- Ojeda, N. y Munist, M. (2001). ¿Qué es la Resiliencia?. Buenos Aires: La Mancha. P. 16-17.
- Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama>
- Organización Mundial de la Salud (2015, Febrero). Cáncer. Nota descriptiva N°297. Disponible en la WEB: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud (12 de julio de 2023). Cáncer de mama. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=Cuando%20los%20tumores%20cancerosos%20son,solo%20se%20exti,rp%20a%20el%20tumor>
- Ospino, R., Cendales, R., Cifuentes, J., Sánchez, Z., Galvis, J., & Bobadilla, I. (2010). Supervivencia

en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado tratadas con radioterapia posterior a mastectomía en el Instituto Nacional de Cancerología. *Revista colombiana de cancerología*, 14(4), 210-224.

- Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos / compilado por Héctor Fernández Álvarez., 2a. reimp., Buenos Aires: Polemos, 2016.
- Páez, M. B., Luciano, C. y Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4(1), 75-95. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2007-12331-006&site=ehost-live%5Cnmluciano@ual.es>
- Pelusi, J. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 24 (8), 1343-53
- Pires D, Nobre A. Enfrentando a Mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas á sexualidade. *Estudos de Psicologia*. 2003;8(001):155-163. 15.
- Prieto Fernández, A. (2004). *Psicología oncológica. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología, ISSN 1696-7240, Vol. 17, Nº. 1, 2020, págs. 59-71.
- Raich R. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide; 2000.
- Revista Electrónica Nova Scientia, Nº 7 Vol. 4 (1), 2011. ISSN 2007 - 0705. pp: 17 – 34.
- Salsman, J.M, Segerstrom, S.C., Brechting, E.H., Carlson, C.R., & Andrykowski, M.A. (2008). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: A 3- month longitudinal examination of cognitive processing. *Psycho- Oncology*, 18, 30-41.
- Salvador, L. (1991). Aspectos psiquiátricos del enfermo oncológico. En: Burgos I, Estape J. Editores. *Médicos generales en Oncología*. Ávila: OMC Sociedad Española de Medicina. General. p. 87.
- Sánchez Sosa J. Health psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. *Encyclopedia de Life Support Systems (EOLSS), Psychology*. UK: Oxford; 2002. p. 1-10.
- Schilder P. *Image and appearance of the human body*. Londres, Inglaterra: Kegan Paul, Trench Trubner and Co, 1935.
- Schover, L. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 41(2), 112-120.
- Scignaro, M., Barni, S., Bonetti, M., & Magrin, M. (2010). The role of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth in cancer patients: A longitudinal study. *PSYCHOLOGY & HEALTH*, 25(suppl 1), 80-81.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. & Mateos, N. (2007) Imagen corporal y autoestima en mujeres

con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2): 137-161.

- Seifert, C. (2006). Creencias, vínculo de pareja y sexualidad en la paciente oncológica. Buenos Aires: Hospital de Oncología Marie Curie.
- Suárez, D. (2005). Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Sutherland, A. M. (1981): Psychological impact of cancer and its therapy, CA-A. *Journal For Clinicians*. 31, 159-[7].
- Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología de México, Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM, 2006.
- Vázquez, C., & Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2/3), 385.
- Vázquez-Ortiz J. Adaptación psicosexual en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama (tesis doctoral no publicada). Sevilla: Universidad de Sevilla, 1998.
- Vázquez J, Antequera R, Blanco A. Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*. 2010; 7 (2-3): 433-451.
- Vidal y Benito, M. C. (2012). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. (2° ed). Buenos Aires: Polemos.
- V, J.; Price, J.; Harris, C. Body Image in Women Diagnosed with Breast Cancer: A Grounded Theory Study. *Body Image* 2022, 41, 417–431, doi:10.1016/j.bodyim.2022.04.012.
- Wu, T.-Y.; Chang, T.-W.; Chang, S.-M.; Lin, Y.-Y.; Wang, J.-D.; Kuo, Y.-L. Dynamic Changes Of Body Image And Quality Of Life In Breast Cancer Patients. *CMAR* 2019, Volume 11, 10563–10571, doi:10.2147/CMAR.S223314
- Zayas, A. & Guil, R. (2018). *El cáncer de mama desde un enfoque biopsicosocial de la salud. Perspectiva salutogénica*. Sevilla: Fenix Editora.