

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES MASTECTOMIZADAS*

Depression and Anxiety in Women with a Mastectomy

Martha Juliana Villegas Moreno**

Primera versión recibida el 6 de Febrero de 2009; versión final aceptada el 3 de Marzo de 2009

SÍNTESIS

Este artículo se desprende de la construcción del marco conceptual de la investigación: Aplicación del Counselling como Modelo Terapéutico de Apoyo Emocional en Pacientes Mastectomizadas, inscrito en la Línea de Psicología de la Salud, perteneciente al Grupo de Clínica y Salud Mental, del Programa de Psicología de la Universidad Católica Popular del Risaralda. Tiene por objetivo sustentar desde una perspectiva conceptual, que la mastectomía impacta el estado psicológico de la paciente oncológica. Al ser retirada la o las mamas, la mujer se ve enfrentada a una pérdida y al hecho de incorporar dicho cambio en su vida cotidiana, lo cual no siempre logra, por el contrario, en muchas ocasiones genera trastornos emocionales y elevados niveles de estrés desde el mismo diagnóstico; además, una vez la paciente se da cuenta del cambio corporal puede llegar a presentar niveles de depresión y/o ansiedad que van más allá de reacciones adaptativas.

DESCRIPTORES: *Enfermedad oncológica, mastectomía, depresión, ansiedad-estrés, cognitivismo, psicología clínica.*

ABSTRACT

This paper is part of a research project entitled "Application of the Counseling and Therapy Model of Emotional Support in the Mastectomy Patient," executed by the Clinical and Mental Health Group in the Psychology Department of the UCPR. The article seeks to show, from a conceptual perspective, that mastectomy affects the psychological state of cancer patients.

After breast removal, women are faced with loss, and the challenge of incorporating these changes and to adapt to them in their daily lives is not always met. On the contrary, the loss often produces emotional disorders, which start taking place even at the diagnosis stage before the surgery. Once patients are aware of the changes in their body, such disorders may also deepen in the form of depression and/or anxiety that go beyond adaptive reactions.

DESCRIPTORS: *Oncological disease, mastectomy, depression, anxiety-stress, cognitivism and clinical psychology*

INTRODUCCIÓN

El grave problema de salud que significa en la actualidad el cáncer de mama se refleja en el hecho de que "en América Latina y el Caribe casi 300.000 mujeres mueren anualmente

por esta enfermedad" (Robles y Galanis, 2001, p. 141), causando así la muerte de 83 mujeres por día, o sea, que cada hora fallecen tres mujeres víctimas del cáncer de mama.

* Este artículo es un producto de la investigación "Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas", el cual se encuentra registrado en el Centro de Investigaciones de la Universidad Católica Popular del Risaralda en la convocatoria N° 006 de 2006 y perteneciente al grupo Clínica y Salud Mental.

** Psicóloga, Universidad de Manizales. Maestría en Intervención en psicología clínica y de la salud, Universidad de Valencia. Docente programa de Psicología, Universidad Católica Popular del Risaralda. julianavillegas@ucpr.edu.co

Según los datos de la International Agency for Research in Cancer (IARC), en el mundo durante 2002, el cáncer de mama representó el 22.8% de todos los cánceres en las mujeres, estimándose más de un millón de casos nuevos por año. En los países desarrollados, el cáncer de mama es muy superior en incidencia con respecto a los otros tipos de cáncer, mientras que en los países menos desarrollados la magnitud es variable. En Colombia, la tasa de incidencia estimada es de 30 por 100.000 mujeres, muy similar a la de cáncer de cuello uterino que es de 33 por 100.000 mujeres. (Díaz, Piñeros, Sánchez, 2005)

Según el Instituto Nacional de Cancerología, el cáncer es un problema creciente de salud pública en Colombia, con importantes repercusiones tanto en el bienestar de la población, como en la actividad productiva y en el costo del sistema sanitario.

La estadística del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá, muestra que el cáncer de seno en el país se presenta en un 80% en estados avanzados (estados III y IV). Además, del incremento en el número de casos nuevos, ha habido un aumento en el número de defunciones, lo que hace que, de constituir el 3,7% de las muertes en 1960, hubiese pasado al 14,4% en 1999,

año en el que ocupó el tercer lugar dentro de la estructura de mortalidad por grupos de causas con alrededor de 26.000 defunciones. (Rivera, 2005)

Un hecho relevante dentro de la transición epidemiológica descrita, es que además del incremento en la mortalidad por cáncer, los tipos específicos de la enfermedad que ocasionan la muerte no han tenido mayor variación en los últimos 40 años. (Ministerio de la Protección Social. Anuario estadístico: "Por el control del cáncer", 2005). Más específicamente, en Colombia, la mortalidad por cáncer de mama muestra una clara tendencia al incremento en la última década. Para el año 2000 el cáncer de mama ocupó el tercer lugar como causa de muerte por cáncer entre mujeres, donde la edad media de muerte era de 57 años (Díaz, Piñeros, Sánchez, 2005)

En cuanto a la descripción de la enfermedad como tal, el cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células que componen este tejido, el cual está conformado por una serie de glándulas mamarias, que producen leche tras el parto, y a las que se les denomina lóbulos y lobulillos. Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido

conjuntivo que, junto con el tejido linfático, forman el seno. A modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama. El sistema linfático está formado por recipientes y vasos o conductos que contienen y conducen la linfa, un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos. Estas células reconocen cualquier sustancia extraña al organismo y liberan otras sustancias que destruyen al agente agresor. (Kumar, Cotran y Robbins, 1995)

Se encuentran distintos tipos de cáncer de mama, entre ellos se tiene: *Carcinoma ductal infiltrante*, *Carcinoma lobular infiltrante*, *Enfermedad de Page (Pagets Disease)*, *Inflamatorio*, de tipos: Tubular, Medular, Mucinoso y Papilar (Rubín y Williams, 2003). El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo; existen diferentes tipos de tratamientos para el cáncer de mama, los cuales pueden ser: quimioterapia, radioterapia o intervención quirúrgica (Mastectomía), que se aplican según la evolución de la patología y las condiciones de la paciente.

Específicamente, la Mastectomía es la extirpación quirúrgica de toda la mama, por lo general para tratar

enfermedades serias del tejido mamario, como cáncer de mama. Hay cuatro tipos generales de mastectomía:

Mastectomía subcutánea: se extirpa toda la mama pero deja el pezón y la areola (el círculo pigmentado alrededor de la areola) en su sitio.

Mastectomía total (o simple): extirpación de toda la mama pero no los ganglios linfáticos debajo del brazo (ganglios axilares).

Mastectomía radical modificada: extirpación de toda la mama y la mayoría de los ganglios linfáticos debajo del brazo (disección axilar).

Mastectomía radical: extirpación de los músculos de la pared torácica (pectorales) además de la mama y los ganglios linfáticos axilares. Esta cirugía se consideró durante muchos años como el estándar para mujeres con cáncer de mama, pero en la actualidad se utiliza en muy pocas ocasiones.

Desde otra perspectiva, las mamas son sin lugar a dudas uno de los aspectos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Éstas han desempeñado un papel importante en las diferentes cul-

turas, en el arte e incluso en la filosofía, en la religión de los grupos étnicos y pueblos. Cuando este órgano es invadido por una enfermedad tan temida como el cáncer, ocasionando no en pocas ocasiones su pérdida, se producen cambios importantes en el estilo de vida de las pacientes. (López, González, Gómez y Morales, 2008)

Sumado al significado de las mamas y lo que implica su pérdida, someterse a una intervención quirúrgica es una de las experiencias hospitalarias más comunes, y también una de las más estresantes, al igual que algunos exámenes médicos de carácter aversivo. La ansiedad y temor asociados con la anticipación de una intervención, así como la preocupación y molestias asociadas con la recuperación, tienen efectos en la reacción general del paciente ante la situación y en el curso que tendrá el proceso de restablecimiento.

Tratando de anudar dos grandes conceptos: Cáncer de Mama y Mastectomía, se podrá ver el impacto emocional que, tanto enfermedad como tratamiento, implican para la paciente.

Por esta razón, este artículo centra su interés y se pregunta por:

¿Cuál es el impacto psicológico que la mastectomía como trata-

miento para mujeres con cáncer de mama, genera respecto a la presencia de ansiedad y depresión?

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER DE MAMA Y LA MASTECTOMÍA

Hoy, a pesar de los avances de la tecnología médica, el desarrollo prolífico de tratamientos alternativos de cáncer y el aumento constante del número de sobrevivientes a esta enfermedad, "cáncer" es símbolo arquetípico moderno de la desgracia y la muerte, es una palabra que evoca todavía las imágenes del sufrimiento, de la deshumanización y de la muerte. (Varrichio, 1997)

Las connotaciones sociales de los trastornos oncológicos adquieren una importancia especial en la sociedad. Kauffman, Aiach y Waismann (1989), señalan que el cáncer es la enfermedad más temida, puesto que se la menciona tres veces más que a las enfermedades cardiovasculares, aunque éstas sean más significativas desde el punto de vista cuantitativo en cuanto a la mortalidad.

El cáncer sigue siendo considerado como la enfermedad incurable por excelencia. No en vano, Levy (1985) señala que es la enfermedad más temida y misteriosa después de las pestes medievales, y quizá tan solo

haya sido desplazada por el SIDA del primer lugar del "ranking" de las enfermedades percibidas como más terribles. Esta idea es compartida por el entorno del individuo afectado y por buena parte del personal sanitario que le atiende, del mismo modo que lo es la mitificación de la enfermedad y su asociación inmediata con la muerte.

El cáncer, por tanto, es una enfermedad socialmente marcada por el miedo, debido a la pérdida de control y a la mortalidad que en ocasiones conlleva. El diagnóstico de cáncer tiene un impacto emocional profundo en el individuo que lo padece. Según Die Trill (1987) y Ferrero (1993), habría que tener en cuenta no sólo el diagnóstico de cáncer como algo problemático, sino el significado que el individuo le atribuye a la enfermedad.

La enfermedad oncológica pone a quien la padece ante un proceso de traducción simultánea de dos lenguajes distintos: por un lado la información que el médico le proporciona a partir de un conocimiento "real" y "objetivo" de su enfermedad, de modo que ha de tomar parte activa en su curación; y, por otro lado, existe el conocimiento "tácito", popular por todas las connotaciones dramáticas que para la sociedad encierra el mismo. (Ibáñez, 1991)

El grado de preocupación y malestar que el cáncer causa en el paciente dependerá no sólo de los síntomas físicos, sino también del significado personal del cáncer en cada persona, y del estilo de la personalidad del paciente antes del conocimiento del problema.

El diagnóstico de cáncer implica, en definitiva, una amenaza contra la vida del paciente, así como una amenaza contra el estilo de funcionamiento del individuo, en quien él se reconoce y de quien obtiene su propia autoestima. (Palanca, 1994) Aunque muchos de los problemas psicológicos de los pacientes con cáncer son similares a otros pacientes con patología clínica, las investigaciones sugieren que la naturaleza y tratamiento de la oncología ginecológica puede proveer un estrés añadido para la mujer que lo padece. Cabe aclarar que el cáncer de mama se inscribe dentro de los cánceres ginecológicos.

Tanto el cáncer como los efectos de los tratamientos a los que son sometidas las pacientes frecuentemente provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como alteraciones psicológicas y sociales, de hecho se pone de manifiesto en el estudio realizado por Bos-Branolte (1991), que indica un 28% de morbilidad psicopatológica

en un grupo de 90 mujeres con cáncer ginecológico, distribuida del siguiente modo: ansiedad 34%, depresión 28%, alteración de la imagen corporal 22%, baja en la autoestima 32% y disfunción en la relación de pareja 26%.

Salvador (1991) señala 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.

Existen varios estudios como los mencionados anteriormente, y otros como los realizados por Derogatis, Morrow y Fetting (1983) y Massie y Holland (1987), que apuntan a consolidar datos acerca de la psicopatología de los pacientes oncológicos, donde la depresión, los trastornos adaptativos y la ansiedad se llevan porcentajes altísimos.

Ahora bien, frente al cáncer de mama existen patrones consistentes de la mujer respecto a la mastectomía: amenaza de una enfermedad fatal, impacto de la pérdida de la mama en la imagen corporal y apariencia, disminución de la sensación de feminidad, disminución del atractivo y función sexual, miedo a la recurrencia y sentimiento de culpa. Algunos estudios indi-

can que entre un 10 - 56% de las mujeres estudiadas tras la mastectomía presentan algún grado de incapacidad en la función social y emocional. (Olivares-Crespo, 2004)

Con relación a las emociones, éstas son procesos que se activan cada vez que el organismo detecta algún peligro o amenaza a su equilibrio (Palmero y Fernández Abascal, 1998); son, por lo tanto, procesos adaptativos que ponen en marcha programas de acción genéticamente determinados, que se activan súbitamente y movilizan una importante cantidad de recursos psicológicos. Pero las emociones, como tales procesos adaptativos que son, no son estáticas, sino que cambian en función de las demandas del entorno, por acción de la experiencia.

El proceso emocional se desencadena por la percepción de una condición interna y externa, que llega a un primer filtro que se supone formado por un proceso dual de evaluación valorativa. Como consecuencia de esta evaluación tiene lugar la activación emocional, compuesta por una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o afrontamiento y unos cambios fisiológicos que dan soporte a todas las ac-

tividades anteriores. Sin embargo, las manifestaciones externas de la emoción o los efectos observables de la misma son fruto de un segundo filtro que las tamiza.

Así, la cultura y el aprendizaje hacen que las manifestaciones emocionales se vean sensiblemente modificadas; las experiencias subjetivas que se recogen mediante autoinformes pueden ser una exageración, minimización o incluso negación de ellas; igual ocurre con lo que se observa mediante la comunicación no verbal, la observación de la conducta manifiesta o, incluso, en las respuestas fisiológicas.

Desde esta conceptualización, los dos filtros que producen modificaciones sobre el patrón prototípico de las emociones, son los responsables de la adaptación de éstas a nuevas condiciones, pero también son responsables de su disfuncionalidad. Así, estos filtros pueden actuar de forma funcional, es decir, modificando el patrón de respuesta emocional para adaptarlo adecuadamente a nuevas condiciones; de forma no funcional, es decir, no adaptando la respuesta emocional a las nuevas condiciones del entorno; y de forma disfuncional, es decir, produciendo respuestas desadaptativas y perjudiciales para la salud de la persona.

Cuando el primer filtro de evaluación valorativa actúa de forma disfuncional y el segundo filtro de aprendizaje y cultura actúa de forma no funcional, se dan las condiciones para que se produzcan múltiples problemas clínicos, como pueden ser la Tristeza/Depresión, Temor/Ansiedad o Ira/Hostilidad. Mientras que, cuando el primer filtro actúa de modo no funcional y el segundo filtro actúa de modo disfuncional, se producen problemas de salud o somatización. (Arranz, Barbero, Barrero y Bayés, 2003)

LA MASTECTOMÍA COMO FACTOR DE ESTRÉS

Como expresó alguna vez Hans Selye, el concepto de estrés "adolece de la ambigua bendición de ser demasiado bien conocido y demasiado poco entendido." (Citado en: Travers y Cooper, 1997, p 27)

Baum, Gatchel y Krantz (1997) expresan que "el estrés es el proceso por el cual los eventos ambientales amenazan o desafían el bienestar de un organismo y por el cual ese organismo responde a esta amenaza". Cruz y Vargas (1998) definen el estrés como "el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuroendocrinoemocional ante un estímulo percibido como ame-

nazante (estresor) para nuestra integridad o bienestar". Y en una línea similar de integración, Álvarez (1986) caracteriza el concepto de estrés de la siguiente manera: "es una respuesta del organismo ante estímulos físicos, biológicos o psicosociales que alteran su homeostasis; es una respuesta parcialmente inespecífica y sistémica que integra niveles psicológicos, neurológicos y endocrinos; el carácter estresante del estímulo deriva de la significación que le atribuye el individuo, con base en su experiencia previa y en sus procesos cognitivos y afectivos; y la respuesta de estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo como sobre su significado atribuido. (Citado en: Barra, 2003)

En el caso del cáncer de mama, la intervención quirúrgica se constituye en un estresor vital mayor, con efecto inmediato en la iniciación del proceso de representación del problema que hace la paciente. La persona activamente crea un problema mental que implica amenaza a su salud ya que los riesgos son severos y multifactoriales, incluyen muerte, dolor, desfiguración, pérdida de funcionalidad, pérdida económica, pérdida de roles sociales, incertidumbre sobre el tiempo, amenaza de recurrencia e incertidumbre de la habilidad necesaria para hacerle frente.

La valoración de esos daños provoca una sensación de amenaza y este nivel de amenaza será proporcional a la magnitud potencial de la implicación de ese daño, es decir, el nivel de cambios físicos y psicológicos que la enfermedad y los tratamientos pueda generar. Aunque la amenaza experimentada es amortiguada por la percepción de los recursos personales y sociales para mitigar ese daño, cuando la percepción de daño es mayor que los recursos de afrontamiento, el resultado es una respuesta de estrés, que podría involucrar reacciones emocionales negativas.

Existen diferentes modelos y enfoques que explican el estrés. Entre ellos está el *Modelo Psicobiológico del Estrés* de Hans Selye (1960), considerado el pionero en el estudio de éste, quien describió el conocido síndrome general de adaptación (SGA) constituido por tres fases: Alarma, Resistencia y Agotamiento.

El segundo es el *Modelo de los Agresores Ambientales*, el cual pone énfasis en el componente externo del estrés, donde es posible clasificar los estresores según diversos criterios. De acuerdo con la fuente o contexto, donde pueden ser clasificados en cuatro áreas: personal, social/familiar, laboral y ambiental. (Bernard y Krupat, 1994); en este caso el cán-

cer de mama sería personal, en cuanto a la respuesta del organismo en el cambio celular neoplásico.

Existen algunas características o factores que determinan el carácter estresante de un evento, como pueden ser la novedad, deseabilidad, ambigüedad, controlabilidad y ajuste requerido. Entonces, será mayor el estrés experimentado cuando el evento estresor tenga un carácter inesperado, involucre un significado negativo, sea de naturaleza ambigua, percibido como incontrolable y parezca requerir un gran esfuerzo adaptativo.

Para este caso específicamente, aplica no sólo el diagnóstico de cáncer de mama como sinónimo muchas veces de muerte o deterioro, sino también la intervención quirúrgica que representa un evento inesperado, la pérdida de uno o ambos senos como situación dolorosa que ataca directamente la imagen femenina y maternal de la mujer y, finalmente, el miedo a la recidiva como un evento poco controlable para la paciente.

DEPRESIÓN

Entre los desórdenes emocionales se haya la depresión, una afección comórbida, un síndrome que además de incapacitar afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pa-

cientes con cáncer (Henrikson, Isometsâ, Hietanen, 1995).

Tanto los individuos como las familias que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos grados de tensión y perturbación emocional. La depresión en los pacientes con cáncer no sólo los afecta a ellos, sino que también tiene un gran impacto negativo en los familiares.

Una encuesta llevada a cabo en Inglaterra, entre mujeres con cáncer de mama, mostró que entre varios factores, la depresión fue el factor pronóstico más marcado entre los problemas emocionales y de comportamiento en sus hijos (Watson, St James-Roberts y Ashley, 2006).

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 oncológicas. Sin embargo, es necesario aclarar que las reacciones emocionales frente a cada etapa de la enfermedad pueden resultar adaptativas, en especial, ya que la tristeza y la depresión son comunes, es importante distinguir entre los grados normales de tristeza y los trastornos depresivos.

La depresión no es simplemente tristeza o falta de ánimo. Ésta afecta aproximadamente a un 25% de las pacientes y tiene síntomas reconocibles que pueden ser diagnosticados y tratados, lo cual debe hacerse debido a que impactan la calidad de vida de las pacientes. (Massie y Holland, 1987)

Para continuar conceptualizando la depresión, se retomarán los postulados y teorías que A. Beck ha venido desarrollando desde 1963, a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales, derivándose de ello el Modelo Cognitivo de la Depresión.

Los orígenes filosóficos de este modelo se remontan a los filósofos estoicos; uno de ellos, Epicteto (Citado en: Lega, Caballo y Ellis, 2002), escribió que "*los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que hacen de ellas*".

En este caso el diagnóstico de cáncer de mama o la mastectomía no es la real causa de la depresión, ésta se origina a raíz de la interpretación o atribución que la paciente hace del evento, que es realmente el sustrato psicológico de la depresión.

El modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato



psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de información). (Beck, 2002)

Específicamente, la tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus expectativas de un modo idiosincrático.

Cuando la paciente con cáncer de mama y mastectomizada, tiene una visión negativa de sí misma, hace que se vea torpe, culpable, enferma, desgraciada o con poca valía personal, al igual que se considere con pocos motivos para estar alegre o ser feliz, a raíz de la enfermedad o el tratamiento.

Frente al segundo patrón cognitivo de la tríada cognitiva: la tendencia a interpretar las experiencias de una manera negativa, algunas pacientes pueden llegar a pensar que la vida o la situación por la que atraviesan sea demasiado exigente para ellas, que la enfermedad o el tratamiento sean un obstáculo insuperable.

En el tercer patrón cognitivo: la visión negativa del futuro, las pacientes pueden, al hacer proyectos respecto a sus vidas, anticipar fracaso o derrotas acerca de esos proyectos.

El segundo aspecto del modelo: los esquemas u organización estructural del pensamiento depresivo, logra explicar porqué mantiene el paciente actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Las personas atienden selectivamente a los estímulos específicos, por ejemplo, diagnóstico de cáncer de mama o mastectomía, los cuales logran ser conceptualizados a través de los esquemas que cada persona ha construido a lo largo de su vida o historia de aprendizaje. Estos esquemas son patrones cognitivos relativamente estables, por eso, frente a diferentes circunstancias, el individuo tiende a emitir unas respuestas similares. El tipo de esquema determinará el modo como un individuo estructurará diferentes experiencias. Es importante señalar que los esquemas determinan directamente la manera como responde una persona.

El tercer componente son los errores en el procesamiento de información, los cuales se ubican en el pensamiento de los pacientes y se encargan de mantener la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos.

Finalmente, "en pocas palabras, la teoría propone que algunas experien-

cias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y activarse por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actitudes negativas". (Beck, 2002, p 24)

Olivares (2004) y Krikorian (2008) señalan que la depresión es un trastorno que puede presentarse con facilidad en los pacientes con cáncer, ya que tal enfermedad se relaciona con factores personales, del tratamiento y la enfermedad. En este caso, el factor personal está relacionado con el tipo de esquema cognitivo que ha construido la paciente a lo largo de su historia de aprendizaje, del procesamiento que hace de la información y el contenido que se haya dentro de la tríada cognitiva: cáncer como enfermedad, que aún sigue siendo sinónimo de muerte y la mastectomía como tratamiento invasivo y lesivo para la autoimagen femenina.

Correa y Salazar (2007) enmarcan dentro de los factores personales la edad, el sexo, las creencias, historia de aprendizaje y formas de afrontamiento utilizados en otras situaciones problemáticas o de enfermedad, conceptos personales frente a

enfermedad y cáncer, la tolerancia a la frustración y la presencia de psicopatología previa.

La depresión también es un trastorno subdiagnosticado en la población en general. Los síntomas evidentes al momento del diagnóstico de cáncer podrían representar una condición preexistente y exige evaluación y tratamiento por separado. Generalmente, la respuesta emocional que inicialmente muestra el paciente ante el diagnóstico de cáncer suele ser breve, con una duración de varios días o semanas, y puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación. Esta respuesta es normal y parte de un espectro de síntomas depresivos que van desde la tristeza normal, a un trastorno de adaptación de humor deprimido, hasta una depresión grave. (Block, 2000)

La reacción afectiva frente al diagnóstico de cáncer o a una recaída podría comenzar con un período disfórico marcado por un aumento en la agitación. Durante este tiempo el individuo experimentará trastornos del sueño y del apetito, ansiedad, cavilaciones y temor al futuro.

Algunos indicadores de lo que podría considerarse como una adaptación exitosa son: mantenerse activo en los quehaceres cotidia-

nos; tratar de reducir al mínimo el impacto que causa la enfermedad en los papeles que a diario se desempeñan (por ejemplo, cónyuge, padre, empleado), tratar de regular las emociones que son normales durante la enfermedad; y manejar los sentimientos de desesperanza, desvalidez, inutilidad o culpa. (Spencer, Carver and Price, 1998)

ANSIEDAD

La teoría cognitiva, así como se ha encargado de explicar la depresión, ha intentado definir y explicar la ansiedad. La idea central igualmente radica en afirmar que las emociones son experimentadas como resultado del modo en que una situación es interpretada o valorada por el sujeto.

Esta teoría sostiene que la gente que padece ansiedad cree estar expuesta a una amenaza física o social. El que la amenaza esté objetivamente presente o no es irrelevante para la experiencia de la ansiedad. Lo esencial es la interpre-

tación de la situación o del estímulo como signo de amenaza personal (Keegan, 1998). Así pues, la probabilidad de amenaza percibida por la persona que sufre de ansiedad interactúa con la significación que ésta asigna al peligro en cuestión.

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.

Estos dos factores: percepción de la probabilidad y significación atribuida, actúan de forma sinérgica, incluso esta idea ha sido algebraicamente expuesta para comprender el fenómeno de ansiedad.

Figura1.

ANSIEDAD: $\frac{\text{Probabilidad percibida de amenaza por costo percibido}}{\text{Capacidad percibida de lidiar con el peligro por factores De "rescate" percibidos.}}$

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.

La Atención Selectiva alude al hecho de que quienes se sienten en peligro tienen una mayor sensibilidad a estímulos congruentes con el peligro percibido; al notar una mayor cantidad de signos de peligro, concluyen erróneamente que éste ha aumentado, por lo que se incrementa su preocupación, reforzando esta interpretación negativa de los hechos.

Las pacientes mastectomizadas permanecen atentas y alertas frente a posibles recidivas, es decir, miedo a que el cáncer aparezca en la otra mama o en otra parte del cuerpo. Este temor les impide permanecer tranquilas y estables emocionalmente y sus niveles de ansiedad permanecen altos y estables.

Respecto al Cambio Fisiológico, el considerar que se está en peligro conlleva a una descarga de adrenalina, la cual genera una serie de sensaciones, las cuales pueden ser

corporales y frente a ellas hay una elevación de percepción de peligro.

Los cambios en el comportamiento se manifiestan fundamentalmente en la aparición de conductas evitativas del peligro percibido. Cuando la percepción de peligro resulta de una interpretación distorsiva de la situación, la conducta evitativa tiene, como efecto secundario adverso, la propiedad de impedir que la persona ansiosa aprenda que su preocupación no tiene fundamento material. (Keegan, 1998)

Con frecuencia, la ansiedad se puede presentar en las personas mientras se hacen la prueba de detección del cáncer, cuando reciben un diagnóstico de cáncer o bien durante el tratamiento o la recidiva, lo cual es denominado, según la concepción anterior, como estímulo amenazante percibido por la paciente. A veces afecta el comportamiento de las personas en lo referente a su salud, ocasionando el retraso o descuido de las medidas para prevenir el cáncer, lo que se refiere especialmente a conductas evitativas. (MacFarlane y Sony, 1992)

En los pacientes que reciben tratamiento, la ansiedad también puede aumentar la posibilidad de sufrir dolor, otros síntomas de aflicción y trastornos en el dormir, y puede ser

un factor importante en la anticipación de la náusea y los vómitos (Velikova, Selby y Snaith, 1995). Esta anticipación de cambios en los síntomas fisiológicos favorece el espiral de ansiedad, donde cada sensación corporal se convierte en un nuevo estímulo que desencadena más ansiedad y aumenta la percepción de peligro.

La ansiedad se presenta en grados variables en pacientes con cáncer y puede aumentar conforme la enfermedad evoluciona o el tratamiento se torna más intensivo, como en el caso de la mastectomía.

Los investigadores han descubierto que el 44% de los pacientes con cáncer ha declarado tener alguna ansiedad; de ellos, el 23% declaró tener un grado de ansiedad significativo. (Stark, Kiely, Smith, 2002)

La ansiedad puede formar parte de la adaptación normal al cáncer. Sin embargo, las reacciones que se prolongan o son extrañamente intensas se clasifican como trastornos de adaptación, en los cuales se hace necesaria la intervención psicoterapéutica. Estos trastornos pueden afectar negativamente la calidad de vida y dificultar la capacidad de un paciente de cáncer para desenvolverse bien en el orden social y emocional, por lo que requieren intervención.

Los estudios que examinan la incidencia de los trastornos mentales en el cáncer revelan que la mayoría de los pacientes que padecen de cáncer no satisfacen los criterios de diagnóstico para ningún trastorno mental específico; no obstante, muchos pacientes realmente experimentan una variedad de respuestas emocionales difíciles.

Entre los factores que aumentan la probabilidad de incubar trastornos por ansiedad durante el tratamiento de cáncer, están los antecedentes de trastornos por ansiedad, dolor intenso, ansiedad al momento del diagnóstico, limitaciones funcionales, carencia de apoyo social, avance de la enfermedad e historial de trauma. (Schag, Heinrich, 1989)

La experiencia que haya tenido un paciente con el cáncer u otras enfermedades puede reactivar asociaciones y recuerdos de enfermedades anteriores y contribuir a la ansiedad aguda, pero igualmente puede proveer al sujeto de aprendizajes previos respecto a respuestas funcionales o no, acerca de cómo puede resolver la situación problemática.

Con frecuencia en el paciente con enfermedad avanzada, la ansiedad no la causa el temor a la muerte, sino otros factores como la falta de un buen control del dolor, el aislamiento

to, el desamparo y la dependencia. (Hackett, Cassem, 1987)

RELACIÓN ENTRE MASTECTOMÍA COMO FACTOR DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Finalmente y a manera de conclusión, la mastectomía es un evento que genera estados de estrés para la paciente, ya que la cirugía significa fundamentalmente problemas de representación puesto que conlleva un cambio corporal externo negativo para la mujer, teniendo en cuenta que dicha intervención quirúrgica enfrenta a la paciente a tener que verse sin uno o ambos senos como resultado de la misma.

De igual manera, la paciente deberá soportar dolor físico postquirúrgico, cambiar su manera de vestir y vérselas con estrategias que disimulen dicha falta las cuales normalmente son incómodas (las pacientes refieren utilizar bolsas de arroz, senos plásticos o de silicona, o simplemente requieren proteger la cicatriz o herida por algún tiempo, cambiar su forma de vestir).

Obviamente, dicho tratamiento representa el beneficio de arrasar con las células cancerígenas causantes de su enfermedad. Sin embargo, muchas veces la paciente debe ser so-

metida a otros tratamientos después de la operación como quimioterapia, lo cual puede mantener su sensación de amenaza y vulnerabilidad. Además, la quimioterapia también produce efectos secundarios desagradables y cambios en el aspecto físico de la paciente que atentan contra su auto percepción y auto imagen.

Cuando la operación es sólo de un seno, la paciente permanecerá de manera crónica bajo el temor o expectativa de que el cáncer vuelva a aparecer, como posibilidad remota pero real. Este fenómeno es conocido como miedo a la recidiva.

La mastectomía radical (ambos senos) o parcial (un solo seno), se convierte en un agente estresor agudo y/o crónico, generando estados emocionales muchas veces negativos como depresiones o estados de ansiedad. Estos estados emocionales pueden ser en un primer momento una reacción aguda o respuesta adaptativa de la paciente a su nueva condición de vida, lo cual puede ser visto como proceso adaptativo, normal y esperado.

Cuando estos estados emocionales se tornan crónicos, es necesario prestarles toda la atención psicoterapéutica posible con el fin de posibilitarle a la paciente la adaptación a esta nueva situación, pro-

moviendo el ejercicio de su vida cotidiana, procurando que sea como lo era antes de la mastectomía.

Los profesionales en atención de la salud deben distinguir las dificultades periódicas que caracterizan la adaptación normal de trastornos mentales más graves, para así trazar una correspondencia eficaz entre las necesidades de las pacientes y las intervenciones para tratamiento.

Frente a la incorporación en su auto concepto o auto percepción de una nueva imagen corporal, es vital llevar a la paciente a resignificar o reinterpretar la pérdida del mismo, o los senos como sinónimo de poca feminidad, ataque directo al rol materno y limitación en su vida sexual, teniendo en cuenta que los trastornos psicológicos emocionales, en este caso la depresión y la ansiedad, son el resultado de unas valoraciones, que a nivel cognitivo, la paciente realiza de dicha situación de enfermedad y vulnerabilidad.

"Los problemas que presenta el paciente con cáncer se derivan de las creencias erróneas - en la mayoría de las veces - sobre la enfermedad y el curso que tomará, sobre el tratamiento y sus complicaciones; el paciente con cáncer tiene miedo". (Reynoso y Seligson, 2005, p105)

El proceso cognitivo entonces se convierte en piedra angular en la comprensión y abordaje de los trastornos psicológicos asumiendo que las interpretaciones que el sujeto hace acerca de los eventos o situaciones de vida son las causantes del malestar emocional o comportamientos inadecuados que van en contra de la recuperación y readaptación. En cada trastorno emocional: depresión, ansiedad o estrés, se encuentra el componente cognitivo dando la explicación de manera particular a cada uno de ellos.

La mastectomía como tratamiento oncológico, sí impacta psicológicamente a la paciente con cáncer de seno, ya que esta cirugía genera cambios radicales en la imagen corporal de la mujer, y porque la zona del cuerpo donde se realiza ha significado a lo largo de la historia diferentes tipos de simbología y de muchas maneras ha tenido un lugar privilegiado a nivel social y cultural. De manera particular, para la mujer, la mama representa imagen femenina, rol materno y zona erógena y sexual, por lo que al ser extraída se ve vulnerada la idea o percepción que se tiene de sí como mujer frente a su pérdida, globalizando el concepto: No tengo mama - no soy mujer, no tengo mama - no soy o seré madre, no tengo mama - no soy deseable o no tengo sexualidad.

Comprender el sufrimiento psicológico en la mujer mastectomizada desde la psicología clínica a partir del enfoque cognitivo conductual, implica ver el fenómeno de manera integral porque cada factor psicológico: ambiental (apoyo familiar y social, recursos médicos y de tratamiento), emocional (tristeza adaptativa o depresión y ansiedad o estrés), conductual (acudir o evitar los tratamientos oncológicos), orgánico (enfermedad y tratamientos: radioterapia, quimioterapia o mastectomía) y cognitivo (pensamientos, creencias, imágenes, recuerdos, atribuciones acerca del evento), se articulan y relacionan de forma sincrónica, donde es necesario abordar cada uno de ellos en términos de evaluación y diagnóstico para establecer unas metas y objetivos de tratamiento, que logran llevarse a cabo a través del repertorio terapéutico haciendo énfasis en la terapia cognitiva que propone el Modelo Cognitivo.

Las características socio-demográficas, la historia de enfermedad, pertenecer a grupos de apoyo social y contar con acompañamiento afectivo en el recorrido de la enfermedad y tratamientos, marcan diferencias en la recuperación psicológica de las pacientes en términos directamente proporcionales: entre más apoyo y acompañamiento mejores expectativas de recuperación.

La psicología clínica y de la salud enfrentan un gran reto y tarea ante las implicaciones que acarrea la enfermedad del cáncer tiene sobre los pacientes que la padecen, más allá del tipo de cáncer, tratamiento, fase de la enfermedad, género del paciente, edad o condición social y cultural, teniendo en cuenta que su prevalencia e incidencia no disminuyen, por el contrario van en aumento.



BIBLIOGRAFÍA

ARRANZ, P; BARBERO, J; BARRETO, P y BAYES. R. (2003). Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.

BARRA, E. (2003). Psicología de la Salud. Santiago: Editorial Mediterráneo.
BAUM, A, GATCHEL R. & KRANTZ D. (1997). An introduction to health psychology. 3a. Ed. New York: McGraw-Hill.

BECK, A. (2002). Terapia cognitiva para la depresión. Madrid: Desclee de Brouwer.

BERNARD, L. & KRUPAT E. (1994). Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness. Forth Worth, Texas: Harcourte Brace College.

BLOCK SD. (2000). Assessing and managing depression in the terminally ill patient. En: ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus.

BOS-BRANOLTE, G. (1991). Gyneaeological cáncer: a psychotherapy group. En: WATSON, M. (ED), Cáncer patient care: psychosocial treatment methods. Cambridge: Cambridge University Press.

CORREA, D. & SALAZAR, I. (2007). Aspectos psicológicos del cáncer y su afrontamiento. En: ARRIVILLAGA, M., CORREA, D. & SALAZAR, I. Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica. Bogotá: Manual Moderno.

CRUZ, C. y VARGAS, L. (1998). Estrés: Entenderlo es manejarlo. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

DEROGATIS L., MORROW G., FETTING J. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cáncer patients. En: MORALES-CHÁVEZ, M.; ROBLES-GARCÍA, R.; JIMÉNEZ-PÉREZ, M.; MORALES-ROMERO, J. (2007) Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. México: Revista de Salud Pública 49(4):247-248, jul.-ago.

DÍAZ, S., PIÑEROS, M. y SÁNCHEZ, O. (2005). Detección temprana del cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. En: Revista Colombiana de Cancerología. Vol. 09 (03).

DIE TRILL, M. (1987). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. En: Revista Psicooncología. Vol. 0, No. 1, pp. 39-48.

FERRERO, J. (1993). El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Valencia: Promolibro.

HACKETT, T. y CASSEM, N. (1987). Massachusetts General Hospital Handbook of General. En: Hospital Psychiatry. 2nd ed. Littleton, Mass: PSG, 1987.

HENRIKSSON, M., ISOMETSA E. and HIETANEN, P. (1995). Mental disorders in cancer suicides. En: Journal Affect Disord 36 (1-2): 11-20.

IBÁÑEZ, E. (1991). Psicología de la salud y estilos de vida: cáncer y corazón. Valencia: Promolibro.

KAUFFMAN, A.; AIACH, P. and WAISMANN, R. (1989). La enfermedad grave. Aspectos médicos y psicosociales. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

KEEGAN, E. (1998). Trastornos de ansiedad: la perspectiva cognitiva. En: Revista Argentina de Psiquiatría. Vol. IX; 197-209.

KRIKORIAN, A. (2008). Valoración del sufrimiento con cáncer avanzado. En: Revista Psicooncología. Vol. 5 (Nº 2-3).

KUMAR, V., COTRAN, R., and S. L. ROBBINS. (1995). Patología Humana. México: Interamericana. McGraw-Hill.

LEGA, I., CABALLO, V. y ELLIS, A. (2002). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual. Madrid: Siglo Veintiuno.

LÓPEZ, Z.; GONZÁLEZ, M.; GÓMEZ, M. y MORALES, M. (2008). Impacto psicológico y social de la mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama. En: Revista Médica Electrónica; 30 (2).

MACFARLANE, M. and SONY, S. (1992). Women, breast lump discovery, and associated stress. En: Health Care Women Int 13 (1): 23-32, Jan-Mar.

MASSIE M. and HOLLAND, J. (1987). The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. En: Medicine Clinic North American 71 (2): 243-58.

OLIVARES, M.E. (2004). Aspectos Psicológicos en el cáncer Ginecológico. En: Revista Avances en Psicología Latinoamericana. Vol. 22, pp. 29 - 48.

OLIVARES, M. (2004). Aspectos Psicológicos en el Cáncer Ginecológico. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

PALMERO, F. y FERNÁNDEZ -ABASCAL, E. (1998). Emociones y adaptación. Barcelona: Editorial Ariel.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA- ESE. (2005). Anuario estadístico2004: "Por el control del cáncer". Bogotá: Editorial Medi- Legis.

REYNOSO, L. y SELIGSON, I. (2005). Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México: Manual Moderno.

RIVERA, D. (2005). La política del cáncer. En: Revista Colombiana de Cancerología. Volumen (09) 1.

ROBLES, S. y GALANIS, E. (2001). El cáncer de mama en América Latina y el Caribe. En: Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 12 N° 2. Washington.

RUBÍN, P. y WILLIAMS, J. (2003). Oncología Clínica: Enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes. España: Editorial Elsevier.

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.

SCHAG, C. and HEINRICH, R. (1989). Anxiety in medical situations: adult cancer patients. En: Journal Clinic Psychology 45 (1): 20-7.

SELYE, H. (1960). La tensión en la vida. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.

SPENCER, S., CARVER, C. and PRICE, A. (1988). Psychological and social factors in adaptation. En: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: Psycho-oncology. New York, Oxford University Press, pp 211-22.

STARK, D., KIELY, M. and SMITH, A. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. En: Journal Clinic Oncology 20 (14): 3137-48.

TRAVERS, C. and COOPER, C. (1997) El estrés de los profesores. Barcelona: Paidós

VELIKOVA, G., SELBY, P. and SNAITH, P. (1995). The relationship of cancer pain to anxiety. En: Psychotherapy Psychosomatics 63 (3-4): 181-4

WATSON, M., JAMES-ROBERTS, I, A. and SHLEY, S. (2006). Factors associated with emotional and behavioural problems among school age children of breast cancer patients. En: Breast Journal Cancer 94 (1): 43-50