



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria JUNIO 2020

Represión emocional y cáncer de mama: estereotipo de mujer y exigencia social sobre emociones positivas.

Emotional supression and breast cancer: female stereotype and positives emotions demanded

Autora: M^a Dolores Martínez Pérez-Templado

Tutora: Francisca López Ríos

Resumen

Existen multitud de estudios que hablan sobre el malestar psicológico que presentan los pacientes de cáncer, y de cáncer de mama en particular, pero pocos se refieren a que situaciones pueden mantener, además de su historia de vida y personalidad, este malestar psicológico. Centrándome en los comentarios que se repetían entre distintas pacientes de cáncer de mama durante terapia, presento una pequeña revisión o ensayo sobre como el estereotipo de mujer, la exigencia social de sentimientos positivos y la cultura del lazo rosa del modelo hegemónico pueden estar interfiriendo en una mejor adaptación psicológica del proceso oncológico de este tipo de pacientes.

Palabras clave: cáncer de mama, estrategias de afrontamiento, estereotipo de mujer, modelo hegemónico, represión emocional.

Abstract

Much research has been published on the psychological trauma experienced by cancer patients, in particular breast cancer, but few studies have been conducted on the correlation behind such trauma and factors such as personal history and personality. Referring to common statements made by breast cancer patients during therapy, I will explore how social compulsion towards positive thinking (pink ribbon culture as well as cultural hegemony) could prevent (positive?) psychological transitions in patients during the different stages of the oncology process / therapy..

Key words: Breast cancer, coping strategies, female stereotype , cultural hegemony, emotional suppression.

1	Introducción	4
1.1	Cáncer.....	4
1.2	Cáncer De Mama.....	8
1.3	Reacciones Psicológicas Del Proceso Oncológico	11
2	Marco Teórico	12
2.1	Importacia De La Atención Psicológica En Pacientes Con Cáncer.....	12
2.2	Problemas Psicológicos En Pacientes Con Cáncer De Mama.....	13
2.3	Psicooncología.	14
2.4	Estrategias De Afrontamiento	15
3	Marco Práctico	16
4	Discusión y Conclusiones	27
5	Bibliografía.....	29
6	Anexos	36

1 Introducción

1.1 Cáncer

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el término cáncer es designa a un grupo de enfermedades muy amplio que pueden afectar a cualquier parte del organismo; si bien, una característica que lo define es que acontece una multiplicación muy rápida de células anormales que provoca su extensión más lejos de los límites usuales, pudiendo llegar a invadir partes del cuerpo adyacentes e inclusive propagarse hasta otros órganos, siendo denominado este último proceso “metástasis” y, además, instaurándose como la causa principal de fallecimiento por cáncer (OMS, 2018).

Además, cabe indicar que, si bien la multiplicación de células anormales puede llegar a formar masas denominadas “tumores” o “neoplasias”, en la mayoría de los casos, tanto el comportamiento, como el pronóstico y tratamiento de los diferentes tipos de cáncer son muy diversas, (SEOM, 2019).

Los procesos oncológicos se describen atendiendo a su estadificación y, de manera frecuente se utiliza el denominado sistema TNM, donde “T” se refiere al tamaño del tumor (valor de 1 a 4), “N” a la posible afectación de los nódulos linfáticos (de 0 a 3), y “M” es la sigla en referencia a la presencia o no de metástasis (M0=no metástasis; M1=sí). Este sistema, tal y como presenta la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, del inglés “*American Society of Clinical Oncology*”) es el que propone la Comisión Conjunta Estadounidense para el Cáncer (AJCC, del inglés “*American Joint Committee on Cancer*”) para describir el estadio en el que se encuentra el cáncer. Además de las categorías TNM, existen otra serie de factores que se pueden analizar para conocer el estadio evolutivo en el que se encuentra la enfermedad oncológica y, aunque pueden variar ligeramente de unos tipos de cáncer a otros, suelen ser el grado histológico de malignidad, la presencia/ausencia de determinados marcadores tumorales o biomarcadores y las características genéticas de los tumores (ASCO, 2018).

Así, la mayor parte de tipos de cáncer se categorizan en cuatro estadios (o cinco incluyéndose el estadio 0) (ASCO, 2018):

- Estadio 0: es el que corresponde al cáncer *in situ*, es decir, que se encuentra “en el lugar”, significando este hecho que en el momento analizado el cáncer no se ha diseminado a tejidos adyacentes. Es la etapa evolutiva con mejor pronóstico, puesto que una resección quirúrgica total del tumor otorga de buenos resultados al paciente.
- Estadio I: suele tratarse de un tumor pequeño que no ha invadido profundamente los tejidos adyacentes y, por ende, no se ha diseminado a nódulos linfáticos ni cualquier otra localización orgánica.
- Estadio II y III: hacen referencia a tumores mayores que en el estadio anterior, los cuales han crecido más internamente en los tejidos adyacentes y, además, es posible que se hayan diseminado a nódulos linfáticos, pero no a otras localizaciones corporales.
- Estadio IV: se refiere a un cáncer diseminado a otros órganos o partes corporales, categorizándose también como cáncer avanzado o metastásico.

Dichos procesos oncológicos suponen una grave problemática sanitaria a nivel mundial, repercutiendo a niveles físico, psicológico y social. Que se ve incrementado por las altas cifras de incidencia y prevalencia de cáncer que existen en la actualidad. Según la OMS, el cáncer ocasionó 8,8 millones de muertes en el año 2015, constituyéndose como la segunda causa de fallecimiento a nivel mundial tras las enfermedades del sistema circulatorio, siendo una de cada seis muertes en el mundo debidas a un proceso oncológico; si bien, es de indicar que aproximadamente el 70% de dichos eventos acontecen en países de ingresos medios y bajos y, además, sólo uno de cada cinco de estos países dispone de los datos que se necesitan para poder impulsar políticas de lucha frente a la enfermedad (OMS, 2018).

Además, los últimos datos a nivel mundial (procedentes del proyecto GLOBOCAN) informan de que en el año 2018 se diagnosticaron aproximadamente 18,1 millones de casos de cáncer y, además, se estima que dicha cifra aumentará en las próximas dos décadas hasta alcanzarse 29,5 millones al año en 2040 (SEOM, 2020). En el año 2018 los tumores más frecuentemente diagnosticados a nivel mundial en ambos sexos fueron los de pulmón, mama, colon y recto, próstata y estómago.

En cuanto a las cifras de mortalidad mundial consecuencia del cáncer, en el año 2018 se atribuyó a esta patología aproximadamente 9,6 millones de fallecimientos según datos proporcionados por la OMS, siendo el cáncer de pulmón el causante del mayor número de defunciones (18,4%), seguido del colorrectal (9,2%), el de estómago (8,2%) y el de hígado (8,2%). (SEOM, 2020).

En España, según el Informe “Las cifras del cáncer en España 2020”, editado por la SEOM con datos procedentes de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), *Global Cancer Observatory* (CGO), Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS, Instituto Nacional de Estadística (INE) y GLOBOCAN-2018, el número de casos nuevos de cáncer en España alcanzará los 277.394 en el año 2020, cifra similar a la del año 2019 (277.234); sin embargo, es de indicar el continuo incremento de casos nuevos en mujeres, siendo éste de casi un 1% respecto a 2019, en oposición al descenso en casi medio punto de la incidencia en varones (SEOM, 2020). Por otro lado, atendiendo a los tipos de cáncer, los más frecuentemente diagnosticados en España en 2020 se estima que serán los de colon y recto (44.231 nuevos casos), próstata (35.126), mama (32.953), pulmón (29.638) y vejiga urinaria (22.350).

En cuanto a las cifras referentes a la mortalidad derivada del cáncer en España, en el año 2018 fueron la tipología de cáncer de pulmón, colorrectal, de páncreas, de mama, de próstata, de hígado y vías biliares y estómago los más implicados, en todos los casos suponiendo más de 50000 defunciones. Si bien, diferenciando por sexo, en hombres fue el cáncer de pulmón el que más muertes ocasionó, mientras que, en el caso de las mujeres, fue el de mama (SEOM, 2020).

Según la OMS, la transformación que sufren las células normales para convertirse en células anormales (tumoraes) se instaura como un proceso constituido por varias etapas, denominado carcinogénesis, (OMS, 2018). Las alteraciones que tienen lugar en las células son la consecuencia de la interacción entre dos tipos de factores (OMS, 2018):

- Agentes internos: características genéticas de las personas.

- Agentes externos: son los denominados agentes cancerígenos, los cuales son clasificados según la OMS por medio del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC), y se clasifican según su naturaleza en:
 - ✓ *Carcinógenos físicos*: radiaciones ultravioletas e ionizantes.
 - ✓ *Carcinógenos químicos*: componentes del humo, amianto, aflatoxinas, el arsénico, etc.
 - ✓ *Carcinógenos biológicos*: virus, bacterias o parásitos.

Así, actualmente se sabe que la etiología de la carcinogénesis es extremadamente complicada e implica muchos niveles diferentes de regulación y múltiples combinaciones de interacciones, por lo que se ha vuelto cada vez más difícil de determinar los mecanismos que causan el desarrollo de cáncer tanto en los humanos como en otras especies. Sin embargo, a pesar de las complejidades de los mecanismos de carcinogénesis, se han logrado avances considerables en cuanto a enfoques para prevenir y tratar el cáncer debido, en gran parte, a la gran cantidad de mecanismos dilucidados de varios tipos de cáncer (Peters & González, 2018).

No hay que olvidar, además de los anteriormente comentado, de aquellos factores de riesgos que dependen del propio individuo y que son los que definen su estilo de vida. Hablamos de factores de riesgo comportamentales y por tanto modificables. Diferentes estudios muestran la relación entre obesidad, consumo de tabaco y/o alcohol (Chacaltana & Guevara, 2003; Romero, Santillán, Olvera, Morales & Ramírez, 2008), una dieta rica en grasas y azúcares refinados (McPherson, Steel & Dixon, 2009) con mayor prevalencia de cáncer . También hay evidencia sobre aquellos productos nutricionales que son beneficiosos y por tanto protectores ante el desarrollo de un cáncer (López, López & Gil, 2004), de ahí la importancia de educar a la población en un cambio en los estilos de vida que conlleve cambios nutricionales, aumento del ejercicio físico y disminución de peso. (Oliva, Canter & García, 2015). La mayoría de las campañas de prevención, haciendo eco de lo anteriormente citado, están orientadas hacia cambios de hábitos en la población.

Respecto a la prevención del desarrollo de cáncer, la medida más efectiva según la OMS es disminuir lo máximo posible los factores de riesgo expuestos previamente, sobre todo, el consumo de tabaco, el exceso de peso u obesidad, la inadecuada

alimentación y la inactividad física, las infecciones por virus, las radiaciones ultravioletas e ionizantes, la contaminación aérea y el humo derivado de la quema de combustibles sólidos en las casas. De esta forma, según la OMS, entre el 30 y el 50% de los procesos cancerígenos se podrían evitar; si bien, la prevención también engloba la detección y manejo terapéutico precoz de las personas afectadas de cáncer.

1.2 Cáncer De Mama

Según la OMS, el cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres, afecta a 2,1 millones de mujeres cada año, y también causa la mayor cantidad de muertes relacionadas con el cáncer entre las personas de sexo femenino. En 2018, se estima que el 15% de mujeres murieron debido a esta tipología de tumor. Si bien las tasas de cáncer de mama son más altas entre las mujeres en las regiones más desarrolladas, las tasas están aumentando en casi todas las regiones del mundo (OMS, 2020).

A nivel europeo, el cáncer de mama también es el cáncer maligno más común entre las mujeres (Ferlay et al., 2018). En España, según datos del Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) de 2018, la tasa de incidencia del cáncer de mama ronda los 138 casos por 100,000 habitantes, estimándose que el riesgo de padecer este tipo de cáncer durante la vida es 1 de cada 8 mujeres aproximadamente. El tipo de tumor que se estimó más prevalente en mujeres en el año 2018 fue el de mama. Ver figura 2.

En cuanto a la tasa de mortalidad en España por cáncer de mama, cabe indicar que, si bien constituye la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres con 6579 muertes estimadas en 2018 (17% del total de muertes por cáncer y 3,3% del total de muertes en féminas), es de las tasas más bajas en comparación con el resto de los países (a nivel mundial), siendo de 28 defunciones por cada 100,000 habitantes en 2018 según datos del Observatorio del Cáncer AECC (AECC, 2020). Además, si bien las tasas de incidencia aumentan lentamente, el número de muertes está estabilizado en España e inclusive la tasa de mortalidad disminuye en los últimos años, sobre todo, debido a la eficacia de los tratamientos y a la detección temprana de esta tipología de cáncer. De igual manera, la supervivencia de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama está en ascenso continuo en España como consecuencia, más probablemente de los avances

tanto terapéuticos como en conocimiento de la patología (carcinogénesis mamaria) (AECC, 2020).

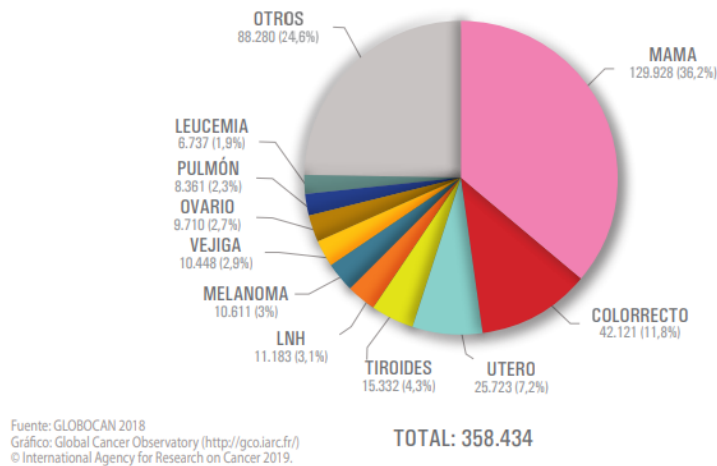


Figura 1: Estimación de la prevalencia de tumores en mujeres en España para el año 2018 (prevalencia de los 5 años). Fuente: imagen extraída del informe “Las cifras del cáncer en España 2020) de la SEOM (2020).

Muchos factores como la edad, el sobrepeso y la obesidad, la falta de actividad física, el consumo de alcohol, las mutaciones genéticas y el uso prolongado de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) pueden contribuir al desarrollo de esta enfermedad (Kaminska et al., 2015). Atendiendo a la edad, es de indicar que la mayor parte de los diagnósticos que se realizan de cáncer de mama es en mujeres de entre 45 y 65 años y, como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población que está aconteciendo a nivel mundial en las últimas décadas, así como a una detección más precoz de la enfermedad, se estima que las tasas de incidencia del cáncer de mama aumenten en los próximos años.

En cuanto al tratamiento frente al cáncer de mama, históricamente (hace 40 años) el abordaje general era mediante cirugía de mama bastante simple, tratándose a todas las mujeres quirúrgicamente para extirpar la glándula mamaria (mastectomía) y extirpando los nódulos linfáticos axilares, sin reconstrucción mamaria. Sin embargo, en la actualidad, el manejo del cáncer de mama se puede realizar desde diferentes perspectivas, con una elección de tratamiento individualizado desde cirugía mamaria a

un tratamiento sistemático, con multitud de opciones en ambas, en función de la evolución y características del tumor (Kovacs et al., 2020).

De manera general, las diferentes opciones terapéuticas que existen en la actualidad se pueden agrupar en:

- Quirúrgica: se clasifica atendiendo a la conservación o no del pecho afectado (Cárdenas-Sánchez, Bargalló-Rocha, Erazo, Maafs-Molina & Poitevin, 2019).
- Radioterapia: aunque existen diferentes métodos específicos de irradiación (Castaneda & Strasser, 2017), es el tratamiento adyuvante en el cáncer de mama en el tratamiento conservatorio de seno.
- Quimioterapia: el tratamiento adyuvante a la cirugía con esta opción suele basarse en esquemas fundamentados en citotóxicos, que si bien tienen mayores efectos secundarios, es de los tratamientos de elección (Cárdenas-Sánchez et al., 2019).
- Terapia hormonal: el manejo del cáncer de mama con esta terapia depende totalmente del tipo de tumor diagnosticado y de la expresión molecular del mismo. (Cárdenas-Sánchez et al., 2019).

Sin embargo, a pesar de ser múltiples y variados los posibles abordajes terapéuticos posibles en la actualidad, la toxicidad tanto a medio y largo plazo derivada del tratamiento médico frente al cáncer de mama es una problemática incuestionable. A continuación, se exponen los principales efectos adversos (Cárdenas-Sánchez et al. 2019):

- Cardiotoxicidad
- Leucemia y síndrome mielodisplásico:, apareciendo entre 5-7 años tras el tratamiento.
- Neuropatía
- Insuficiencia ovárica.
- Fatiga: entendida como la sensación de cansancio que se asocia no proporcionalmente a la realización de actividad física, y aparece en el 80% de mujeres tratadas con quimioterapia, persistiendo además en el 30% de ellas entre 6 y 12 meses tras la terapia.

- Síntomas menopáusicos inducidos por tratamiento médico: suelen acontecer por la quimioterapia y la terapia hormonal, siendo indicados en aproximadamente el 40% de las mujeres con cáncer de pecho.
- Disfunción cognitiva: si bien se trata de un hecho que en la actualidad aún no se ha dilucidado su origen/desarrollo, en el caso del tratamiento con quimioterapia acontece en un 20-30% de las mujeres; existen incluso estudios que indican que entre un 17% y un 75% de las mujeres experimentan cambios a nivel cognitivo como consecuencia del tratamiento frente al cáncer y, más probablemente, también debido al fuerte impacto del diagnóstico. Estos déficits cognitivos pueden conllevar efectos sustanciales en el funcionamiento diario de las mujeres con cáncer de mama y en su calidad de vida.

No hay que olvidar que el cáncer de mama suele conllevar una serie de problemas físicos como náuseas, vómitos, alopecia, estomatitis, pérdida de peso corporal, los cuales pueden causar efectos psicológicos de gravedad variada para las pacientes (Black y Hawks, 2008).

1.3 Reacciones Psicológicas Del Proceso Oncológico

Los enfermos de cáncer pueden experimentar un deterioro cognitivo caracterizado por problemas de atención y procesamiento, velocidad, memoria o funciones ejecutivas (Van Arsdale et al., 2016; Rick et al., 2018). Si bien, las modificaciones que se producen a nivel cognitivo no sólo son derivadas de la quimioterapia, sino también del impacto que supone en una persona el ser diagnosticada de cáncer. No sólo hay que afrontar una enfermedad grave que se asocia fuertemente a la muerte, sino también la adaptación de su propio cuerpo, en una sociedad donde la imagen corporal juega un papel importante, y a la que se le otorga un gran valor (Merlin, Anggorowati & Ropyanto, 2019).

Específicamente en el caso de mujeres con cáncer de mama que experimentan los efectos de la enfermedad, a menudo les resulta difícil aceptar la situación, repercutiendo, además, en la aparición de una serie de problemas psicológicos. Dichos problemas experimentados por las pacientes están relacionados con la ansiedad, la depresión, la recaída de la enfermedad, la ansiedad por la recuperación, la mutilación de

partes del cuerpo y también medicamentos prolongados (Czerw, Religioni & Deptala, 2016; Cipora, Konieczny & Sobieszczanski, 2018).

Además, todo ello puede influir en la autoaceptación del paciente (Cipora et al., 2018). Aparte de los factores psicológicos y físicos que influyen en la autoaceptación, también hay varios factores como la socioeconomía, el medio ambiente y la educación que influyen en la autoaceptación de las pacientes con cáncer de mama (Czerw et al., 2016a). Si bien, una de las graves problemáticas derivadas de la situación es que la baja autoaceptación debido a una enfermedad puede llevar al paciente a abandonar la terapia diseñada para curarla. A menudo, cuando esto sucede, varios meses después de abandonar la terapia, el paciente regresa al hospital con una condición mucho peor. Además, los pacientes con baja aceptación de sí mismos también son vulnerables al estrés, la falta de confianza en sí mismos, el bajo control del dolor y la falta de motivación para combatir la enfermedad (Czerw, Religioni, Deptala & Walewska-Zielecka, 2016b).

En estos casos, el impacto de la baja autoaceptación es debilitante para los pacientes y, por lo tanto, necesitan intervención para aumentar su autoaceptación y conseguir un mejor estado y estabilidad psicológica, lo que repercutirá en una mejora de la vida física, social y espiritual de las mujeres durante el proceso oncológico del cáncer de mama (Chen, Liu, Zhang & Li, 2017; Czerw et al., 2016b; Mermer, Nazli & Ceber, 2016).

2 Marco Teórico

2.1 Importancia De La Atención Psicológica En Pacientes Con Cáncer.

Según el Informe de la Aecc sobre Atención psicológica a pacientes de cáncer y familiares en España de la Aecc, aunque está recogido en la Estrategia en Cáncer del Servicio Nacional de Salud (SNS) (Díaz-Rubio et al., 2006) como principal objetivo sobre Calidad de Vida, solo un 34% de la población española está cubierta por una política vigente respecto a esta atención psicológica, y ésta es deficitaria en recursos y

especialistas. El 76% restante o no tiene políticas al respecto o están atendidos a través de acuerdos entre el SNS y entidades sin ánimo de lucro.

Ante la falta de medios para dar apoyo psicológico a estos pacientes, es la Aecc quien más datos e información tiene al respecto, siendo la entidad sin ánimo de lucro que más cobertura tiene en este sentido. Según el mismo informe, la solicitud de demanda psicológica es de un 74% en mujeres frente a un 26% hombres, siendo las dolencias más solicitadas las de mama (29%), pulmón (14%) y colon (9%). A su vez los datos muestran que los pacientes que demandan asistencia psicológica presentan altos niveles de distress psicológico, que disminuye en gran medida tras la intervención psicológica recibida. De hecho, un estudio realizado con 30 pacientes con cáncer de mama para evaluar su estado emocional antes de iniciar terapia psicológica, mostró la necesidad de ésta ante el alivio referido una vez terminada la sesión, con lo que se manifiesta la importancia de derivar a estos pacientes al servicio de psicooncología, aunque sea para un único contacto de control (Vila, Font & Caba, 2016.), ya que una intervención a tiempo mejora el estado emocional de éstos (Zabora, Vrintzenhofesoc, Curbow, Hooker & Piantadosi, 2001)

2.2 Problemas Psicológicos En Pacientes Con Cáncer De Mama

En 1997, la Red Oncológica Nacional de Estados Unidos, usó el término distress para referirse al conjunto de sintomatología o malestar psicológico que vivían los pacientes con cáncer, englobando las distintas reacciones que se dan en un único término. Existen multitud de estudios que hablan de una reacción generalizada de ansiedad y depresión ante la aparición de la enfermedad (Lueboonthavatchai, 2007). Según definición de Cano Vindel (2002) “La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas.” Por lo que es una reacción emocional normal y adaptativa que tiene la intención de prepararnos y activarnos ante el estado en el que nos encontramos. Si esta reacción no es adaptativa, y se mantienen las reacciones emocionales negativas ante la amenaza percibida, podrán darse lugar a reacciones de tristeza, ira o incluso depresión.

Ahora bien, aunque existe multitud de evidencia sobre la variabilidad de malestar emocional que pueden sufrir los pacientes con cáncer, recientes estudios no

confirman los estados de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer. De hecho, en una revisión de la literatura se concluye que los pacientes con cáncer refieren menores niveles de ansiedad que el grupo control, e iguales o superiores niveles de depresión que éste (Cano, 2005). Estudios más específicos reflejan la diferencia que existe en los estados emocionales de las pacientes con cáncer de mama en función del estadio de la enfermedad, siendo muy diferentes las necesidades planteadas. Observaron, que las pacientes con cáncer de mama en estadios metastásicos presentaban mayor control emocional respecto al grupo control y grupo de pacientes en estadio no metastásico. Al contrario de lo que se esperaba, el grupo de pacientes en estadio no metastásico no presentaba diferencias significativas respecto al grupo control, siendo su sintomatología parecida, con pequeñas diferencias en dependencia. (Andreu, Galdon, & Ibañes, 1991). Las reacciones emocionales pueden variar en función de las fases de la enfermedad, siendo el diagnóstico, la situación de mayor estrés frente a la fase terapéutica, (cirugía y quimioterapia), recidiva y enfermedad terminal (Amayra, Etxeberria & Valdosedá, 2001). En un programa de detección de estrés en pacientes diagnosticados de cáncer, se observó, que las mediciones de estrés, variaban en función del personal sanitario que las hiciera, siendo mayores cuando eran realizadas por psicólogos frente a las evaluaciones llevadas a cabo por cualquier otro sanitario (Fernández, Bejar & Campos, 2012).

Por lo que podemos concluir que los estados emocionales de las pacientes con cáncer de mama son muy variados y dependen de distintas variables externas a la propia persona, como es el estadio de la enfermedad, la fase de curación en la que se encuentren o el tipo de sanitario que evalúa la situación, entre otros.

2.3 Psicooncología.

En un contexto como el expuesto, la Psicooncología juega un papel fundamental. Según la Sociedad Española de Psicooncología (SEPO), la Psicooncología debe ser entendida como aplicación de la Psicología Clínica y de la Psicología de la Salud a los campos específicos de la Oncología (SEPO, 2020), ofreciendo atención psicológica tanto al paciente como a su familia. Esta disciplina tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los enfermos de cáncer y su familia, así como la prevención de posibles complicaciones de índole biopsicosocial. Según datos publicados por el Institut

Català d'Oncologia de España, una de cada cuatro personas (25%) diagnosticadas de cáncer sufre un trastorno afectivo derivado del miedo, inquietud e incertidumbre que produce la situación (Monreal, 2018).

La psicooncología trabaja desde la combinación de cuatro elementos que combinados entre sí tienen mejores efectos. Estos elementos vienen determinados por la psicoeducación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entrenamiento conductual y apoyo emocional, dotando al paciente de las herramientas suficientes para entender su enfermedad, posibles tratamientos, efectos secundarios de éstos, y normalizar los distintos estados emocionales por los que puede pasar (Cruzado, 2013).

Una de las primeras intervenciones en psicooncología es la psicoeducativa, que aunque es limitada en el tiempo, hay evidencia sobre los beneficios para reducir el malestar, la ansiedad o incertidumbre a la enfermedad (Font & Rodríguez, 2007). Dotar de información adecuada al paciente, normalizando la situación por la que está pasando a nivel físico y emocional, mejora su bienestar y adaptación a la enfermedad.

2.4 Estrategias De Afrontamiento

Junto con la psicoeducación, la psicooncología se centra en dotar a los pacientes de los recursos necesarios para afrontar una situación estresante como es la pérdida de salud o amenaza de la misma de una manera adaptativa. Según el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1986), la forma que tenga el paciente de valorar ésta pérdida determinará como afrontarla. Según este modelo, el sujeto hace dos valoraciones ante una situación estresante. La primera, en la que evalúa el suceso como positivo, negativo o neutro. En el caso de una valoración primaria como negativa, se daría la segunda evaluación, donde se evalúan los recursos de los que se dispone para afrontar el suceso evaluado como amenazante. Según esta segunda evaluación se darán las distintas respuestas al suceso estresor, y éstas, vendrán determinadas por el estilo de afrontamiento de la persona. La respuesta ante la situación amenazante puede ser activa, para solucionar el problema, pasiva, o evitativa. Para hacer frente a estos sucesos el sujeto hará uso de las estrategias de afrontamiento, que son los mecanismos que usará en según que contextos. (Fernández-Abascal, 1997). Endler y Parker (1990) identificaron tres tipos de afrontamiento, según vayan dirigidos a la tarea, a la emoción

o a la evitación. Es por todas éstas variables que el mismo proceso oncológico puede ser vivido de manera diferente según los pacientes.

Un estudio realizado con una muestra de 31 pacientes de cáncer de ambos sexos, reveló que la mayoría de pacientes tenían una estrategia de afrontamiento dirigida al problema, centrada en resolución de problemas y búsqueda de apoyo social (Oliveros, Barrera, Martínez & Pinto, 2010). También, existe evidencia sobre la relación entre una alta autoestima y un afrontamiento activo en mujeres con cáncer de mama (Joaquín-Mignorance, Arbinaga, Carmona-Márquez & Bayo-Calero, 2019), así como la estrecha relación que existe entre un mayor nivel de estudios con una mayor reestructuración cognitiva, expresión emocional y búsqueda de apoyo social, (De Haro, 2014) . Existe suficiente literatura sobre la importancia de la estructura familiar para el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Hay una relación estadísticamente significativa entre el clima social familiar y estrategias de afrontamiento positivas en pacientes con cáncer (Díaz & Yaringaño, 2010), un afrontamiento negativo cuando existen alteraciones en la comunicación familiar (Acosta, López, Martínez & Zapata, 2017), o relación entre pacientes con estados de ansiedad y depresión con apoyo social disminuido y problemas sociales (Lueboonthavatchai, 2007). Es interesante señalar según lo comentado, la importancia del apoyo social en la elección de un afrontamiento positivo.

Cabe destacar que en los estilos de afrontamiento ante el cáncer, los estilos de afrontamiento activos ,están relacionados con bajos niveles de ansiedad y depresión y un alto locus de control, al contrario que los niveles altos de ansiedad y depresión, que estaban ligados a un bajo locus de control y un estilo de afrontamiento pasivo o negativo (Burgess, Morris & Pettingale, 1988)

3 Marco Práctico

Una vez hecho un pequeño análisis de qué reacciones emocionales o psicológicas se dan ante una enfermedad como el cáncer, y qué puede influir en una mejor adaptación del proceso, el motivo de este trabajo es el de exponer ciertas similitudes encontradas entre distintas pacientes que fueron tratadas por el servicio de psicooncología de la Aecc durante la realización de mis prácticas. Es un ensayo, una

pequeña reflexión sobre lo que vi y que me hizo pensar en cómo puede influir la nueva cultura de autoayuda o pensamiento positivo y el estereotipo de mujer en las distintas reacciones emocionales y estilos de afrontamientos de pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

Las pacientes de las que voy a hacer mención, se encontraban entre los 30-50 años, con estudios universitarios, y todas habían pasado por la fase de diagnóstico, cirugía, tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia. Estaban en la parte final del proceso, estado en la que podríamos llamar de recuperación/preparación para la vuelta a su vida “libre” de enfermedad.

Además de sentir miedo a la recidiva, a no sentirse capaces de volver a su vida, enfrentarse al trabajo, amigos, el que dirán, nueva imagen... se repetía de alguna manera entre ellas una serie de comentarios que detallo a continuación y que podían dividirse en dos estados, uno de represión emocional y otro de exigencia social positiva, y ambos en un contexto de valor de cuidado hacia los demás y/o hacer sentir bien a los demás, que lo he reflejado como estereotipo de mujer.

REPRESIÓN EMOCIONAL (RE)

“no pido ayuda porque no quiero molestar”, “no llamo a mis amistades porque me preguntan y no los quiero aburrir con mis cosas”, “les digo que estoy bien, no les voy a decir lo mal que me encuentro”; “hecho de menos a mis amigos, familia...”

EXIGENCIA SOCIAL POSITIVA (ESP)

“me dicen que debería estar contenta, que hay gente que no lo supera como yo, pero yo solo tengo ganas de llorar”; “se que debería estar feliz, pero...”; “me dicen que si sigo así de triste voy a empeorar y nunca me curaré”

En los comentarios del tipo RE, se desprende una clara manifestación de la creencia de que su malestar o angustia no es de interés para los demás, o lo que es peor, el convencimiento de que es una molestia para su entorno mas cercano, que precisamente es el apoyo social tan necesario con el que se cuenta en estas situaciones, familia y amigos, y que ésta íntimamente relacionado con estrategias de afrontamiento activas como hemos comentado anteriormente. Estos comentarios pueden venir de

aquellas creencias y pensamientos que tenemos sobre lo que debemos ser y/o hacer en función de lo que se espera de nosotros. En este contexto de mujeres con cáncer de mama podríamos hablar de estereotipo de mujer. Según el trabajo de Williams y Bennet (1975), algunas de éstas expectativas podrían ser las de: complaciente, sumisa, sensible, afectada, coqueta, emocional, llorona, encantadora, habladora; o las citadas por Bem y Lewis (1975) como características de feminidad: alegre, impaciente por aliviar sentimientos de daño, o sensible antes las necesidades de los demás. Todas éstas características podrían ser la base de la dicotomía, entre querer relacionarse y expresar sus sentimientos de tristeza, rabia, ira o miedo sobre el proceso en el que se encuentran, y el no poder hacerlo al no esperarse de ella que lo haga, al no estar dentro de su rol de mujer dada a hacer feliz y/o cuidar a los demás.

En esta línea, llama la atención las similitudes entre los rasgos de feminidad y los síntomas frecuentes en el cuadro clínico depresivo realizado por Bosch y Ferrer, (2003), ver tabla 1, que deja a la vista la similitud de los atributos en ambos. Recordemos, como se comentó anteriormente, que aún habiendo estudios recientes que no demuestren estados de depresión en pacientes con cáncer, es considerado una de las respuestas más comunes ante la enfermedad.

Tabla 1
Representación esquemática de similitudes entre los atributos de estereotipo de mujer y depresión.

DEPRESIÓN	FEMINIDAD
Dependencia	Dependencia
Pasividad	Pasividad
Falta de asertividad	Falta asertividad
Gran necesidad de apoyo afectivo	Gran necesidad de apoyo afectivo
Incompetencia	Incompetencia
Baja autoestima e indefensión	Como efecto de lo anterior, se desarrolla baja autoestima e indefensión

Siguiendo el hilo sobre los comentarios identificados como represión emocional, Schneider, Pizzinato y Calderón (2015), relacionaron estados de autocuidado y apoyo social en mujeres con cáncer de mamá. Entendiendo autocuidado como la capacidad de tomar decisiones de manera deliberada en pro de la salud, se llegó a la conclusión de que aquellas mujeres con un alto apoyo social percibido, una vez diagnosticadas y durante el proceso de la enfermedad, desarrollaban comportamientos dirigidos a autocuidado, produciéndose un cambio de rol, dejando de ser cuidadoras para cuidarse, frente a aquellas mujeres, que en el mismo proceso, mantenían el rol cultural de la mujer como figura excepcional del cuidado, y no generaban nuevos comportamientos de cuidado hacia ellas mismas. Un elevado apoyo social percibido, viene a manifestar la reciprocidad en dar y recibir apoyo entre los componentes. Llama la atención en este estudio, que aquellas mujeres que desarrollaban conductas de autocuidado y por tanto percibían un alto apoyo social, no tenían problemas a la hora de demandar ayuda. Justo lo contrario que aquellas mujeres, que con bajo apoyo social, y por tanto bajo comportamiento en autocuidado, manifestaban problemas para aceptar o recibir apoyo. De lo anterior se podría destacar la demanda de ayuda como una forma de autocuidado, y la dificultad de la práctica de autocuidado cuando el rol prioritario es el de cuidadora.

Hay suficiente literatura sobre la dificultad de este tipo de pacientes en manifestar su malestar o la necesidad y demanda de apoyo. En un estudio con pacientes de cáncer de mama y grupo control (Porro, Andrés & Rodríguez-Espinola, 2012), se vio que los pacientes oncológicos expresaban menos sus emociones negativas respecto al grupo control. En otro estudio sobre calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer (Milena, Vinaccia, Riveros & Quinceno, 2007), se obtuvieron valores estadísticamente significativos bajos en expresión emocional abierta y altos en evitación. En la tabla 2, se puede ver un resumen de lo expuesto anteriormente según las estrategias de afrontamiento escogidas.

Destacar, que aunque hay evidencia sobre represión emocional en éste tipo de pacientes, no hay estudios específicos sobre que situaciones o variables la favorecen.

Tabla 2
Resumen de estrategias de afrontamiento y características de personalidad

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	CARACTERÍSTICA DE PERSONALIDAD
ACTIVO	Menores manifestaciones de ansiedad y depresión
	Altos niveles de autocuidado
	Altos niveles de apoyo social percibido
	Buena comunicación familiar
	Alta autoestima
	Alto locus control
	Búsqueda de apoyo social
PASIVO	Baja autoestima
	Bajos niveles de autocuidado
	Manifestaciones de ansiedad y depresión
	Nula búsqueda apoyo social
	Bajo locus control
	Problemas familiares de comunicación

Si nos centramos en la importancia de los estilos de vida y de cómo las pacientes relacionan las causas de desarrollo del cáncer con su comportamiento y hábitos saludables, éstas se sienten responsables de padecer la enfermedad y temen ser juzgadas cuando son diagnosticadas, al no haber sido lo suficientemente responsables con sus hábitos y conductas para prevenirla (Giraldo-Mora, 2009). Al hilo de los estilos de vida saludables adoptados hay que tener en cuenta que la sociedad y/o cultura interfieren en las distintas atribuciones causales que le damos la enfermedad, siendo un 64%

atribuciones causales internas, relacionadas con el comportamiento y estados de ánimo, frente a un 37% que lo atribuyen a causas externas como constitución genética o procesos ambientales (Die, 2003).

Aún con lo anteriormente expuesto, no hay estudios que demuestren la relación entre represión emocional y las exigencias sociales a las que se ve sometido cualquier tipo de paciente crónico en general, y con esta patología en particular. Existen críticas hacia el modelo médico que se sigue en la actualidad para la prevención y/o educación para la salud de las mujeres respecto al cáncer de mama. Este modelo, basado en una de las corrientes que se dieron en EEUU, corresponde al modelo tradicional epidemiológico, conocido como “cultura del lazo rosa”, cuyo objetivo es el de empoderar a la mujer educándola en aquellos hábitos de vida saludables beneficiosos para evitar la enfermedad según este modelo, aportando toda la responsabilidad de la aparición de la enfermedad a la propia paciente, sin tener en cuenta factores externos como las características medioambientales y laborales. Aunque se sabe que solo el 23% de los procesos de cáncer se deben a los estilos de vida, siendo el 77% de causas desconocidas, todas las actividades van una única dirección. Si nos centramos en las campañas realizadas sobre cáncer de mama, éstas van dirigidas una vez más, en la concepción de mujer como cuidadora, madre y responsable de su familia, y otros estereotipos relacionados como la belleza y perfección. (Porroche-Escudero, 2015). En el anexo A, se pueden ver las imágenes que aparecen al realizar la búsqueda “campañas de cáncer de mama” en el buscador Google. En estas imágenes se pueden distinguir por un lado el mensaje de las campañas que van orientadas a la recomendación de conductas saludables tipo alimentación, ejercicio, estado de ánimo, para evitar la enfermedad o conseguir la cura, sobre una base estereotipada de mujer coqueta, madre, esposa, cuidadora y proceso experiencia vital o aprendizaje personal.

En el interesantísimo artículo de Sumalla, Castejón, Ochoa & Blanco, (2013), con el llamativo título “¿Por qué las mujeres con cáncer de mama deben estar guapas y los hombres con cáncer de próstata pueden ir sin afeitarse? Oncología, disidencia y cultura hegemónica”, se hace una crítica al modelo hegemónico y estereotipado como única salida ante la enfermedad en las mujeres, viendo la salud “como un estado voluntariamente elegido que pasa por la responsabilización personal”. A esta particularidad además, hay que añadirle, el nuevo pensamiento positivo y de

crecimiento personal, que no solo hace responsable a la mujer a nivel fisiológico de las reacciones de su cuerpo, sino también de sus estados emocionales, ya que éstos deben estar controlados con un positivismo obligado y sesgado que está muy lejos de la realidad que viven este tipo de pacientes. Desde aquí se podrían entender los comentarios del tipo “exigencia social positiva”, donde las pacientes manifiestan el malestar que sienten al no poder responder con las exigencias sociales impuestas de felicidad y alegría, exigencias que al no verse resueltas, aumentan la sensación de culpa y frustración y pueden reforzar la represión emocional, que no solo no les deja aliviar su malestar si no que les impide pedir ayuda. Son varias las referencias de pacientes que ante la exigencia en su cambio de actitud, al no ser considerada la tristeza o enojo como conductas esperadas en mujeres con cáncer de mama, deciden aislarse o manifestar un estado de ánimo no real, para así sentirse aliviadas y no juzgadas. En el libro “*Sonríe o muere: La trampa del pensamiento positivo*”, su autora Bárbara Ehrenreich (2011), relata su vivencia como enferma de cáncer, de cómo fue recriminada al manifestar su desacuerdo con la “cultura del lazo rosa” que pretendían vender a las que padecían la enfermedad. En el libro desmiente los mitos que se han ido generando alrededor de la importancia del buen humor y optimismo que obligatoriamente deben procurar las pacientes con cáncer de mama para favorecer su curación. Mitos basados en que si bien un estado de ánimo positivo y optimismo, mejora la calidad de vida de las pacientes, no hay evidencia de que interfiera en un empeoramiento de la enfermedad, falta de curación o recidivas.

En el artículo de Belber-Gómez, Valencia-Agudo y Viuda-Suárez (2018), se analizan las experiencias subjetivas que tienen las pacientes con cáncer de mama que participan en un intervención psicoterapéutica grupal, encontrándose, entre las distintas manifestaciones, las de no sentirse entendidas por su entorno que les reclama que se sientan bien, cuando su estado de ánimo no depende de su voluntad, así como del discurso social sobre las emociones positivas que deben sentir durante el proceso, ya sea de supervivencia, cambio vital o enriquecimiento. Las conclusiones de este estudio recalcan la importancia de tratar con cautela el discurso del ánimo positivo con aquellas pacientes que sienten malestar, ya que genera en ellas rabia, frustración o culpa por lo que sienten. También concluye, en la importancia y los buenos resultados de permitir

un espacio en el que se pueda favorecer su expresión y compartirlas con otras personas que están pasando por lo mismo.

Podríamos concluir entonces, que hoy en día, con la nueva cultura de la autoayuda, positivismo forzado y mundo de “Mr. Wonderful”, se ha generado una exigencia social positiva a nivel general y que en el caso de este tipo de pacientes, se encuentran en un entorno social que invalida sus emociones, aún siendo éstas respuestas normales y adaptativas ante una amenaza como es la pérdida de salud y sus consecuencias. La expresión “entorno invalidante” fue definido por Marsha Linehan en un contexto muy diferente como es el tratamiento de los pacientes con trastorno límite de la personalidad en el desarrollo de la terapia dialéctica comportamental, y aunque viene definido como un entorno (la familia) que invalida o anula las motivaciones o emociones del niño (De la Vega-Rodríguez & Sánchez-Quintero, 2013), me voy a permitir usar este término y trasladarlo a otro contexto, el de la sociedad y cultura (familia) que invalida las emociones y motivaciones de la paciente con cáncer de mama (niño), lo que podríamos llamar “entorno social invalidante”.

En la figura 2, se puede apreciar cómo este entorno puede influir en el mantenimiento de la la represión emocional en mujeres con cáncer de mama.

ENTORNO SOCIAL INVALIDANTE

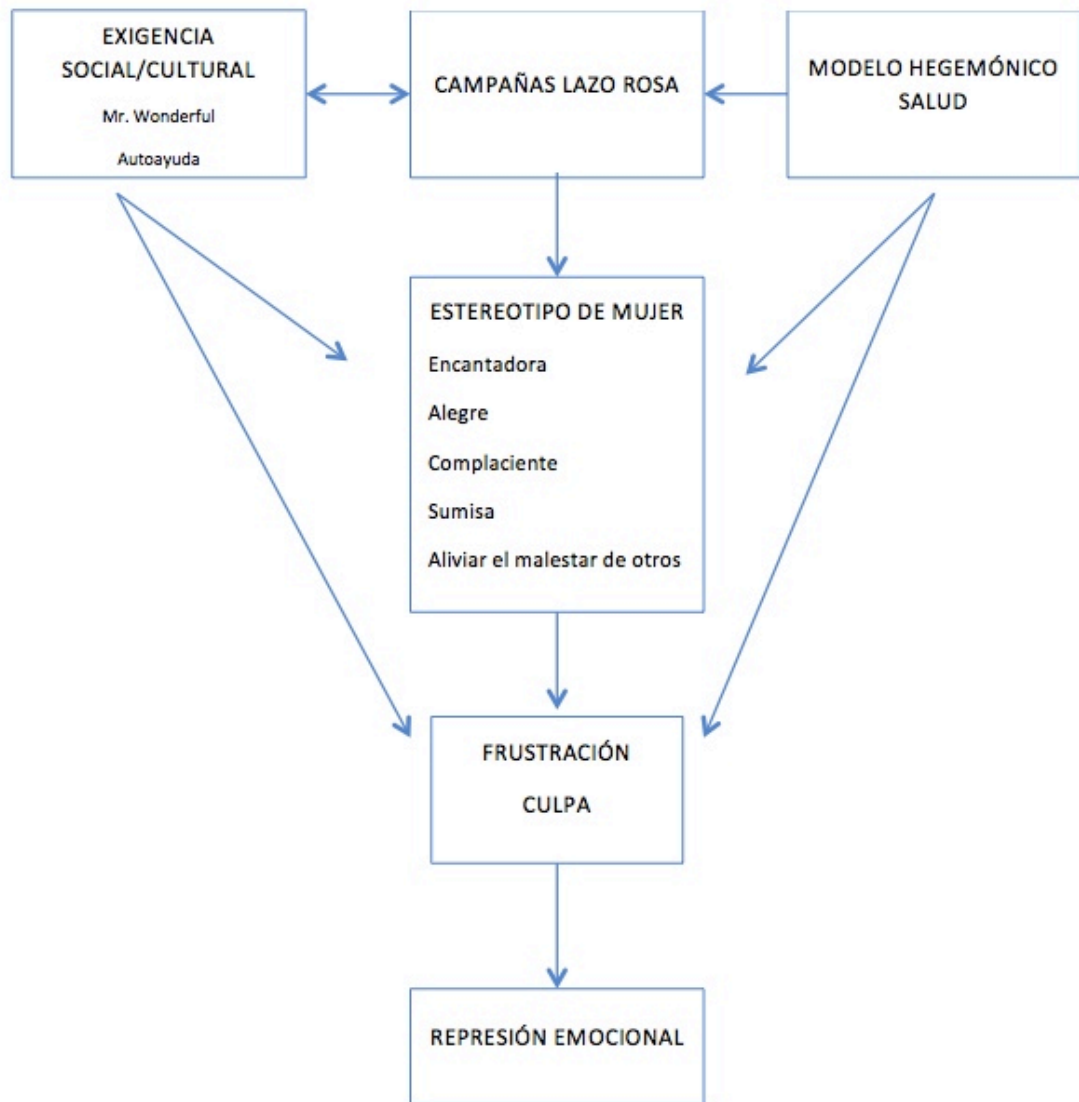


Figura 2: Representación esquemática de las distintas influencias de un "entorno invalidante social" que puede aumentar la represión emocional en las mujeres con cáncer de mama.

Además, hay evidencia sobre cómo influyen los cambios en la imagen corporal en los pacientes de cáncer sobre su relación con el entorno, generando a nivel conductual comportamientos de evitación (Fernández, 2004), y sobre cómo el miedo al rechazo genera la pérdida de contacto o apoyo social con amigos y familiares, encontrándonos otra vez con conductas de evitación. La aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso da buenos resultados en el tratamiento de la inflexibilidad psicológica que padecen estos pacientes y les genera el trastorno de evitación experiencial que les evita adaptarse a las peticiones externas. En la revisión sistémica sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso de García y Tamayo (2019) en el tratamiento con pacientes con cáncer, se puede observar la importancia de esta terapia en el aumento de la flexibilidad psicológica que se desarrolla y les permite aceptar los pensamientos negativos y malestar y por tanto a no mantener conductas de evitación experiencial. En el artículo de Paez, Luciano y Gutiérrez, (2005) se expone los buenos resultados de esta intervención en pacientes con cáncer de mama. En la figura 3, se puede ver el planteamiento de un análisis funcional general, de cómo un entorno social invalidante puede reforzar la evitación experiencial de manifestar su malestar, miedos, rabia o angustia, generando a medio-largo plazo, la incapacidad de pedir ayuda y por tanto de sentir apoyo social, uno de los conceptos que mas se han comentado en la literatura como necesarios para una mejora en las estrategias de afrontamiento en la enfermedad.

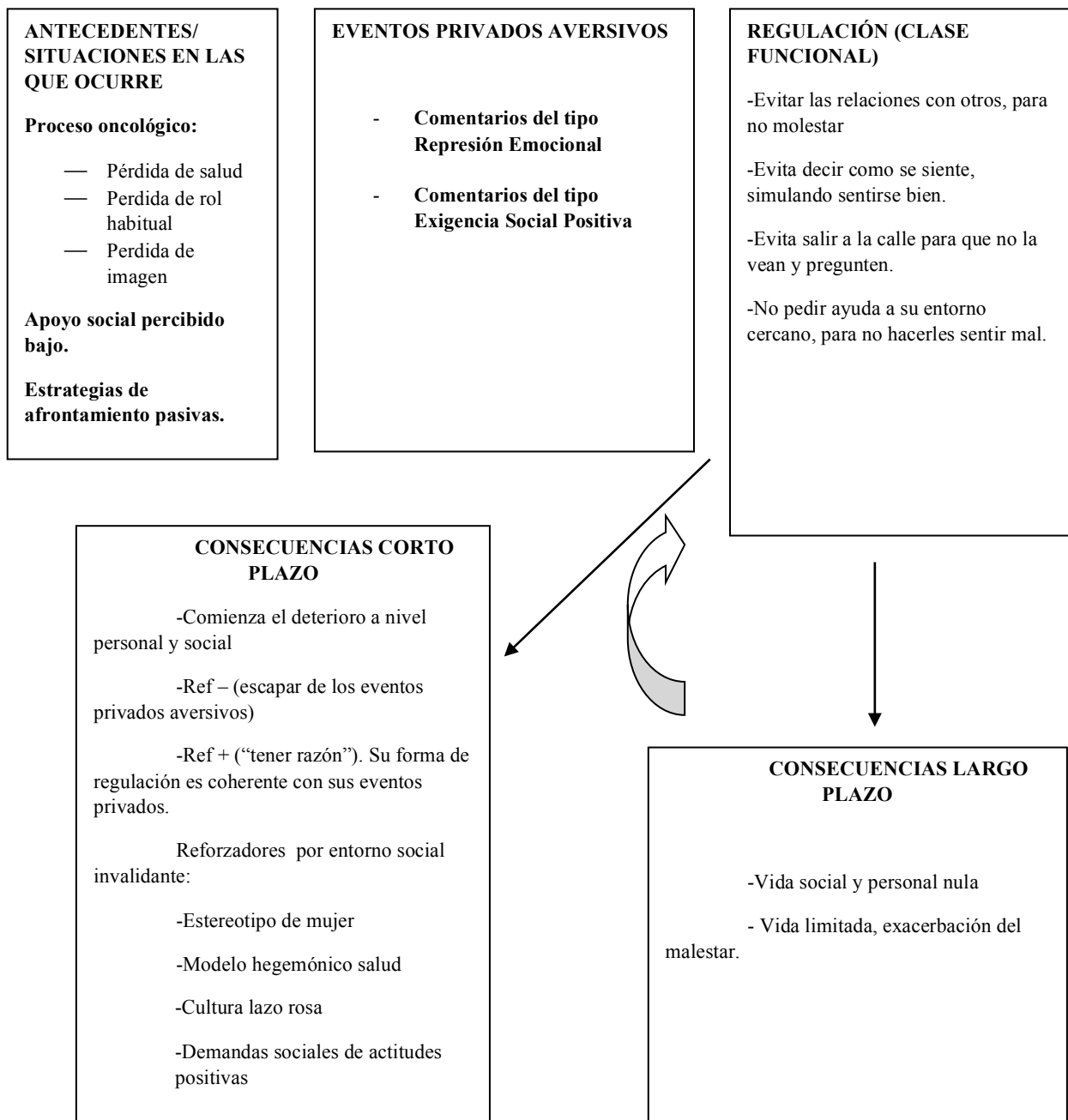


Figura 3: Análisis funcional general de cómo puede influir un "entorno social invalidante" en mujeres con cáncer de mama.

4 Discusión y Conclusiones

En un ambiente social y cultural, donde todos los mensajes van dirigidos hacia la responsabilidad que tiene la persona de manera individual de ser feliz, no hay cabida para el malestar psicológico que de forma natural se siente a lo largo de la vida por distintos motivos, como puede ser el de la pérdida de salud y afrontamiento de una enfermedad cuánto menos crónica y que amenaza a la vida como es el caso de un cáncer.

En el caso de la mujer, se hace más difícil todavía tener que lidiar con esta exigencia social de felicidad y asunción de una actitud positiva, cuando además, las expectativas que se ponen en ella, solo por ser mujer, van encaminadas a ser feliz y hacer felices a los demás.

De lo anteriormente expuesto, se puede deducir, la necesidad imperiosa de la creación de espacios donde las pacientes puedan de forma controlada y sin sentirse juzgadas, poder expresar el malestar que sienten ante tanta exigencia, sin sentir que no cumplen con lo que se espera de ellas. Estos espacios pueden ser los ofrecidos por la psicooncología, y de una manera mas efectiva, la psicoterapia grupal que en varios artículos de los citados demuestra su efectividad en la mejora del malestar de estas pacientes.

Aunque hay evidencia en la literatura sobre este malestar: ansiedad, depresión, ira, rabia, y la relación de autocuidado, apoyo social percibido, nivel económico, académico, relaciones familiares... no hay estudios específicos sobre la necesidad de normalizar los estados negativos ante estas situaciones como algo necesario en el proceso de adaptación a la enfermedad. Aquí sería interesante un cambio de paradigma, de la “cultura del lazo rosa” o modelo hegemónico de relación conducta saludable-prevención, a un proceso mas natural de aceptación de lo que significa ésta enfermedad y sus posibles consecuencias a corto, medio y largo plazo. Recordemos, que menos de una cuarta parte de los procesos oncológicos se deben a comportamientos adquiridos, por lo que una nueva visión de afrontamiento de la enfermedad podría liberar parte de estos estados emocionales de malestar respecto a culpabilidad.

Llama la atención como se considera la enfermedad oncológica como un proceso en el que hay pérdidas de distinto tipo, pero en ningún momento se ha tratado este recorrido como un proceso de duelo. Entendiendo el duelo como un proceso natural y adaptativo ante la pérdida de un ser querido, (Barreto, De la Torre & Pérez-Marín, 2012), sería interesante entender esta enfermedad como tal, un proceso normal de adaptación a las pérdidas que conlleva, desde la pérdida de salud hasta la de la propia vida. Tal vez, si socialmente se diera más a conocer esta enfermedad como lo que realmente es, y no tanto como una lucha que gana quien mejor cumple con lo que se le pide, cuando como ya se ha mencionado anteriormente, solo un 23% de los casos depende realmente de nuestro estilo de vida, tal vez así, sería más fácil entender el malestar y las necesidades que se plantean antes esta situación, y la imposibilidad de asumir la responsabilidad de todos sus actos como directamente relacionados con el recorrido o consecuencias de la enfermedad. Sería interesante poder trabajar desde otras perspectivas que liberaran no solo a las mujeres con cáncer de mama, sino a cualquier enfermo oncológico, de toda la carga emocional y la responsabilidad que deben soportar.

Existe el término *distrés psicológico* para recoger todo el malestar que se da en esta enfermedad, y multitud de literatura para estudiar la relación entre distintos estados emocionales y posibles características personales, pero hay poca evidencia de qué otros factores están interviniendo fuera de lo físico o tangible como el dolor, la pérdida de imagen o pérdida corporal. De ahí esta pequeña reflexión para entender la enfermedad y sus procesos emocionales desde otras perspectivas más sociales y culturales y/o contextuales.

5 Bibliografía

- Acosta, E., López, C., Martínez, M.E., Zapata, R. (2017). *Horizonte Sanitario*, 16(2), 139-148.
- Amayra, I., Etxeberria, A., Valdosedá, M., (2001). Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. *Gaceta médica Bilbao*, 98, 10-15
- American Society of Clinical Oncology (octubre de 2018) Cancer.net. Recuperado el 7 de Abril de 2020, de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/estadios>
- Andreu, Y., Galdon, M.J., Ibañez, E., (1991). Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*, 3(2), 283-296.
- Asociación Española contra el Cáncer (2019). *Informe sobre la atención psicológica en pacientes de cáncer y familiares de España*. Observatorio del cáncer Aecc 2019. http://www.infocoonline.es/pdf/Atencion_psicologica.pdf
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). (2020). Cáncer de mama. <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/mas-informacion/evolucion-cancer-mama>
- Barreto, P., De la Torre, O., & Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2,3), 355-368. <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/355-368.pdf>
- Belber-Gómez, M., Valencia-Agudo, F. & Viuda-Suárez, M.E. (2018). Análisis de la experiencia subjetiva en mujeres con cáncer de mama. *Duazary. Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 15(1), 71-85.
- Bem, S. L., & Lewis, S. A. (1975). Sex role adaptability: One consequence of psychological androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(4), 634-643. <https://doi.org/10.1037/h0077098>

- Black, J.M. & Hawks, J.H. (2008). *Medical surgical nursing clinical management for continuity of care*. 8th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Bosch, F. y Ferrer, V., (2003). Fragilidad y debilidad como elementos fundamentales del estereotipo tradicional femenino. *Feminismo/s* 2 , 139-151.
<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/2972>
- Burgess, C., Morris, T., Pettingale, K., (1988). Psychological response to cancer diagnosis. *Journal of psychosomatic Research*, 32(3), 263-272.
- C. Sumalla, E., Castejón, V., Ochoa, C., & Blanco, I. (2013). ¿Por qué las mujeres con cáncer de mama deben estar guapas y los hombres con cáncer de próstata pueden ir sin afeitarse? oncología, disidencia y cultura hegemónica. *Psicooncología*, 10(1), 7-56.
https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.41946
- Cano, A. (2002). *La ansiedad. Claves para vencerla*. Editorial Arguval.
https://www.academia.edu/1002269/La_ansiiedad_claves_para_vencerla?auto=download
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y depresión. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Cárdenas-Sánchez, J., Bargalló-Rocha, E., Erazo Valle, A., Maafs-Molina E. & Poitevin Chacón, A. (2019). *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Octava revisión*. Colima.
http://consensocancermamario.com/documentos/FOLLETO_CONSENSO_DE_CANCER_DE_MAMA_8aRev2019a.PDF
- Castaneda, S.A. & Strasser, J. (2017). Updates in the treatment of breast cancer with radiotherapy. *Surgical Oncology Clinics of North America*, 26(3), 371-82.
- Chacaltana, A., Guevara, G. (2003). Factores de riesgo modificables en pacientes con cáncer de mama. *Revista de la Sociedad peruana de Medicina Interna*, 16(2).
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v16n2/pdf/a04.pdf>.
- Chen, S.Q., Liu, J. E., Zhang, Z. X. & Li, Z. (2017). Self-acceptance and associated factors. *Journal of Clinical Nursing*, 11(12), 1516–1523.

- Cipora, E., Konieczny, M., & Sobieszczanski, J. (2018). Acceptance of illness by women with breast cancer. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(1), 167–171.
- Cruzado, J.A., (2013). *Manual de Psicooncología. Tratamientos psicológicos en pacientes con cancer*. Editorial Pirámide.
- Czerw, A. I., Religioni, U., Deptala, A., & Walewska-Zielecka, B. (2016b). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer, and coping strategies in colorectal cancer patients. *Gastroenterology Review*, 11(2), 96–103.
- Czerw, A., Religioni, U., & Deptala, A. (2016a). Assessment of pain, acceptance of illness, adjustment to life with cancer and coping strategies in breast cancer patients. *Breast Cancer*, 23(4), 654–661.
- De Haro, M.A., Gallardo, L.S., Martínez, M.L., Camacho, N., Velázquez, J., & Paredes, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-100.
- De la Vega-Rodríguez, I. & Sánchez-Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite *Acción Psicológica*. 10(1), 45-56. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Díaz-Rubio, E., Elizaga, N.A., Andrés J.B., Peña, C.C., Hernández, J.E. y Porta, J.G. Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Vol. 179. 2006. Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social, 2010.
- Díaz, G., y Yaringaño, J. (2010). Clima familiar y afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos. *Revista de investigación en psicología*, 13(1), 69-86. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v13i1.3737>
- Die Trill, M. (2003). Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer. *Psicooncología*, (1), 39. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110039A>
- Ehrenreich, B., (2011). *Sonríe o muere: La trampa del pensamiento positivo*. Madrid. España. Turner publicaciones, SL

- Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: Conceptual and assessment issues: Special issues II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., et al. (2018). Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. *European Journal of Cancer*, 103, 356–387.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide
- Fernández, B., Bejar, E., Campos, M. (2012). Primer impacto: programa de detección de distrés y atención psicosocial para paciente recién diagnosticado y sus familiares. *Psicooncología* 9(2,3), 317-334.
- Font, A. y Rodriguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 423-336
- García, A.M. y Tamayo, J.A. (2019). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 16(1), 101-125.
- Giraldo-Mora, C. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Revista de Salud Pública*, 11(4), 514-525.
- Joaquín-Mingorance, M., Arbinaga, F., Carmona-Márquez, J., & Bayo-Calero, J. (2019). Estrategias de afrontamiento y autoestima en mujeres con cáncer de mama. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 35(2), 188-194. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.336941>
- Kamińska, M., Ciszewski, T., Łopacka-Szatan K., et al. (2015). Breast cancer risk factors. *Prz Menopauzalny*, 14, 196–202.
- Kovaacs, T., Rubio, I.T., Markopoulos, C., Audisio, R.A., Knox, S., Kühn, T., et al (2020). Theoretical and practical knowledge curriculum for European Breast Surgeons. *European Journal of Surgical Oncology*, pii: S0748-7983(20)30046-9.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986): Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

- Lopez, F., Lopez, A.E., Gil, J. (2004). *Comportamiento como riesgo para el cáncer. Psicología de la salud : aproximación histórica, conceptual y aplicaciones.* . (pp. 391-406.) Ediciones Pirámide.
- Lueboonthavatchai, P., (2007). Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. *J Med Assoc Thai*, 90(10), 2164-74.
- McPherson, K., Steel, C.M., Dixon, J.M. (2009). ABC o of breast diseases. Breast cáncer-epidemiology, risk factors, and genetics. *Bmj*, 321(7261), 624-8.
- Merlin, N. M., Anggorowati, & Ropyanto, C. B. (2019). The effects of quantum psychological relaxation technique on self-acceptance in patients with breast cancer. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 29(4), 232–236.
- Mermer, G., Nazli, A., & Ceber, E. (2016). Social perceptions of breast cancer by women still undergoing or having completed therapy: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(2), 503–510
- Milena, A., Vinaccia, S., Riveros, M.F., & Quiceno, J.M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología del el Caribe. Universidad el Norte*, 20, 50-75.
- Monreal, M. (2018). *El importante papel del psicooncólogo en la aceptación y superación del cáncer. Instituto Superior de Estudios Psicológicos.* <https://www.isep.es/actualidad-psicologia-clinica/el-importante-papel-del-psicooncologo-en-la-aceptacion-y-superacion-del-cancer/>
- Oliva, C.A., Canter, H. A., García, J. C., (2015). Dieta, obesidad y sedentarismo como factores de riesgo del cáncer de mama. *Revista Cubana de Cirugía*, 54(3), 274-284
- Oliveros, E., Barrera, M., Martínez, S., & Pinto, T. (2010). Afrontamiento ante el diagnostico de cáncer. *Revista de Psicología GEPU*, 1(2), 19 - 29.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Breast cancer.* <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Cáncer*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Páez, M. B., Luciano, C., y Gutierrez, O. (2005). La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso (act) en el tratamiento de problemas psicológicos asociados al cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 49 - 70.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120049A>
- Peters, J. M., & Gonzalez, F. J. (2018). The Evolution of Carcinogenesis. *Toxicological sciences: an official journal of the Society of Toxicology*, 165(2), 272–276.
- Porro, M. L., Andrés, M. L., Rodríguez-Espinola, S. (2011) Relación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en psicología Latinoamericana*. 30 (2), 341-355.
- Porroche-Escudero, A. (2015). Empoderamiento: El santo grial de las campañas de cáncer de mama. *Revista Internacional de Sociología*, 74(2).
- Rick, O., Reuss-Borst, M., Dauelsberg, T., Hass, H. G., König, V., Caspari, R., et al. (2018). NeuroCog FX study: a multicenter cohort study on cognitive dysfunction in patients with early breast cancer. *Psychooncology*, 27, 2016–2022.
- Romero, M.S., Santillán, L., Olvera, P.C., Morales, M.A., Ramírez, V. (2008). Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*, 76(11), 667-72
- Schneider, J., Pizzinato, A., Calderón, M. (2015). Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*, 33(2).
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2019). *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?*. <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). (2020). *Las cifras del cáncer en España* 2020.
https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
- Sociedad Española de Psicooncología (SEPO). (2020). *Misión*. <http://sepo.es/v5/>

- Van Arsdale, A., Rosenbaum, D., Kaur, G., Pinto, P., Kuo, D. Y., Barrera, R., et al. (2016). Prevalence and factors associated with cognitive deficit in women with gynecologic malignancies. *Gynecology Oncology*, *141*, 323–328.
- Vila, L., Font, A., Caba, L., (2016) Estado emocional en mujeres con cáncer de mama: variación experimentada después de una sesión psicooncológica basada en el counselling y la psicología positiva. *Psicooncología*, *13*(2,3), 205-255
- Williams, J.E., Bennett, S.M.,(1975) The definition of sex stereotypes via the adjective check list. *Sex Roles* **1**, 327–337 (1975). <https://doi.org/10.1007/BF00287224>
- Zabora, J., Vrintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S., (2001). The prevalence of psychological distress by cáncer site. *Psycho-Onchology*, *10*, 19-28.

6 ANEXOS

ANEXO A. Búsqueda de imágenes Google: campañas cáncer de mama



Mujer luchadora,
llamamiento a la adopción de
hábitos saludables.

Responsabilidad ante la
prevención del cáncer de mama

Figura 4. Campaña de concienciación
"¿No dices que por mí harías cualquier
cosa? Hazte una mamografía", 2007



[\[Descargar tamaño completo\]](#)

Campaña de la Aecc 2007.

Estereotipo mujer: cuidadora,
madre, responsable de los demás.

Responsabilidad ante la
prevención de la enfermedad.

Sentimiento de culpa ante la no
detección a tiempo.



Un conjunto de fondos rosas para las campañas de cáncer de mama

- Mensajes inspiradores ante la lucha de la enfermedad
- Alusiones a la fortaleza y al disfrute de la lucha contra la enfermedad.
- Exigencia social de emociones positivas.

El camino de tu vida

**EL CAMINO
DE TU VIDA** 

Al nacer, comenzamos un camino que dura toda la vida; a veces duro, otras alegre... con dificultades y sinsabores, pero es nuestro camino y tenemos que vivirlo sin renunciar a nada y con valentía. En esa ruta surgen oportunidades que no podemos dejar pasar. Experiencias únicas que se nos presentan para recordarnos que abandonar NO es una opción.

- Proceso de la enfermedad como experiencia única de oportunidades
- Exigencia social de lucha, valentía y aprendizaje enriquecedor.



Estereotipo de mujer: Coqueta

Llamamiento a su responsabilidad en la prevención del cáncer de mama.

Qué bien sabe cuidarse

TOKS
RESTAURANTE

Nos unimos a la prevención contra el cáncer de mama.
Te invitamos a ser parte.
Por cada platillo seleccionado de la manteleta, Toks aportará \$1 peso a la fundación:

Sólo por Ayudar
Página de Sólo por Ayudar:
www.soloporayudar.org
Línea de Ayuda: 018009001414

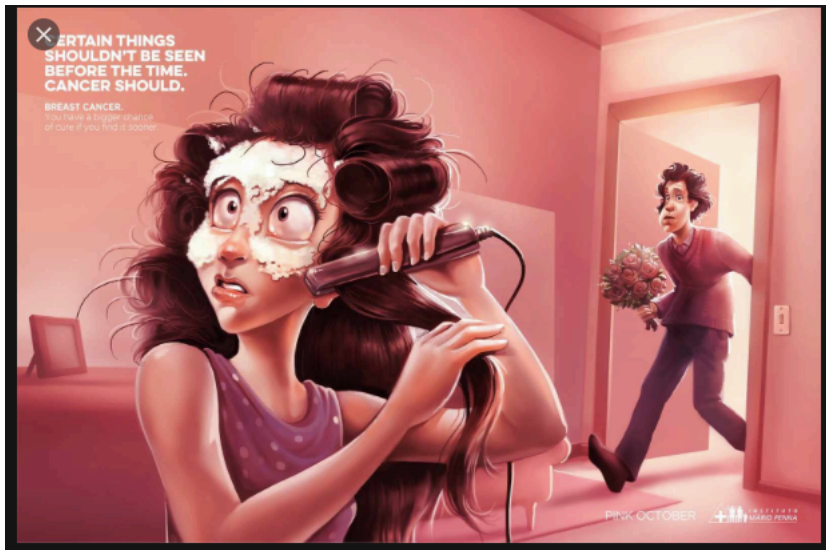
Algunas recomendaciones para la prevención:

- REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA**
Realiza de 30 a 60 minutos de ejercicio todos los días.
- LLEVA UNA DIETA BALANCEADA**
Consumo una dieta rica en frutas y verduras, baja en grasas animales y aumenta tu consumo de fibra, presente en cereales integrales.
- REVÍSATE PERIÓDICAMENTE**
La autoexploración debe realizarse 6 días después de tu ciclo menstrual o en mujeres menopáusicas una vez al mes.
- SI ERES MAMÁ:**
La lactancia materna ayuda a protegerte frente al cáncer de mama.

Lista manteleta es vigente durante el mes de octubre 2019.

¡Recicla!

Mención directa entre correcto autocuidado y adquisición de hábitos saludables con la prevención de la enfermedad. Llamamiento a la responsabilidad individual en la prevención.



Campaña de prevención de cáncer de mama, basada en los estereotipos de mujer guapa, coqueta, esposa y madre.

