

# CANCER DE MAMA. REPERCUSIONES PSICOSOCIALES

Mercedes Toledo Aliaga\*  
Pilar Barreto Martín\*  
Antonio Pascual López\*  
Javier Ferrero Berlanga\*

## RESUMEN

El pronóstico del cáncer de mama ha mejorado en la actualidad gracias a los nuevos tratamientos disponibles. Sin embargo, los tratamientos al uso (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia,...) repercuten física, social y psicológicamente en la vida y estado de las pacientes, que amén de las consecuencias de la enfermedad *per se*, exigen por parte de ellas un esfuerzo adaptativo considerable.

La amenaza a la propia existencia, el sentimiento de incertidumbre e incontrolabilidad que suscita el diagnóstico de cáncer, los cambios corporales tras la cirugía, los síntomas gastrointestinales, la alopecia y el malestar subjetivo tras la administración de quimioterapia, así como el cambio en el estilo de vida y las repercusiones en la vida socio-familiar y laboral de las pacientes afectan a la calidad de vida de las mismas.

## ABSTRACT

Nowadays, the prognosis of breast cancer has improved thanks to the new available treatments. However, these treatments (surgery, chemotherapy, radiotherapy, hormone therapy,...) have effects on the social, psychological and physical life of the patients and also on their state of mind; these patients, apart from the consequences of the illness itself are required to make an adaptable and substantial effort.

Thus, the threat to their being, the uncertainty and uncontrollability feeling which the diagnosis of cancer brings with, the bodily changes after surgery, the gastrointestinal symptoms, the alopecia, the subjective discomfort after chemotherapy, as well as the change in their style of life and the effects on the social and familiar life of them.

## PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama, calidad de vida, repercusiones psicosociales.

En las últimas décadas han proliferado los estudios acerca de la problemática psicosocial del cáncer de mama,

convirtiéndose en un área paradigmática en la investigación psico-oncológica.

Ello puede entenderse si tenemos en cuenta que el cáncer de mama es la enfermedad neoplásica más común entre las mujeres del mundo occidental, pues se estima que aproximadamente una de cada 14 mujeres padecerá la enfermedad a lo largo de su vida y que es la principal causa de muerte entre las edades de 35 y 54 años (Kelsey J. L. y Berkowitz G. S., citado por Cervantes, Alberola, Pascual, Lluch y García Conde, 1991).

A diferencia de otras enfermedades que también pueden conducir a la muerte de quien la padece (vg. enfermedades cardiovasculares), las enfermedades neoplásicas son percibidas como más amenazantes por su asociación con una muerte lenta, mutilante, deteriorante y dolorosa, así como por el sentimiento de incontrolabilidad que suscita. (Barreto, P., 1988; Andreu y Mira, 1989).

El estudio de las consecuencias del cáncer de mama adquiere un especial interés entre los investigadores psicosociales por el significado implícito a su localización: en un órgano íntimo relacionado con la maternidad, la feminidad y la sexualidad, y por ello, de incuestionable importancia tanto para las mujeres que padecen cáncer de mama como para la población femenina en general. (Morris, 1979; Meyerowitz, 1980; Meyerowitz, 1981; Beckmann, Blichert-toft y Johansen, 1983; Maguire, 1985; Aunchincloss, 1989, y Rowland y Holland, 1989; Fallowfiel y Clark, 1991).

En este sentido, Morris (1987) afirma que el 59% de los hombres que no han padecido cáncer y el 26% de las mujeres en la misma condición piensan que el cáncer de mama es "la peor cosa que puede ocurrirle a una mujer".

El pronóstico de dicha enfermedad ha mejorado en la actualidad gracias a los nuevos tratamientos disponibles. Sin embargo, los tratamientos al uso (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia,...) repercuten física, social y

\* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología de Valencia. UNIVERSITAT DE VALÈNCIA Avda. Blasco Ibáñez, 21 46010 VALENCIA



psicológicamente en la vida y estado de las pacientes, que amén de las consecuencias de la enfermedad *per se*, exigen un esfuerzo adaptativo considerable. El tipo y grado de malestar personal dependerá de varios factores, tales como el estadio en que se encuentre la enfermedad, los tratamientos específicos (tipo, sesiones, etc.), edad, variables de personalidad, apoyo social disponible (Wortman, 1984) y nivel de cohesión y ayuda familiar (Friedman, Baer, Nelson, Lane, Smith, Rosalind, Dworkin, 1988).

En nuestra exposición trataremos de esbozar de forma clara y concisa el proceso de enfermedad por el que atraviesa una paciente con cáncer de mama haciendo hincapié en las consecuencias específicas de cada momento, así como en los efectos secundarios principales de los tratamientos que se administran para combatir dicha enfermedad.

En el caso concreto del cáncer de mama el tratamiento principal es la cirugía y los tratamientos adyuvantes, la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia o alguna combinación de éstos.

El proceso comenzaría cuando la paciente percibe sintomatología sospechosa, generalmente un bulto en su pecho. El segundo paso parece ser inmediato en la mayoría de las mujeres; sin embargo, a pesar de sospechar la posibilidad de que el bulto sea un tumor, un gran número de ellas retrasan la visita al médico.

Holland (1989) afirma que los principales factores que influyen en la latencia del diagnóstico de cáncer son el conocimiento limitado o inadecuado de los síntomas del cáncer, las asociaciones anteriores con el cáncer (familiares o amigos que lo han padecido), el miedo excesivo, las actitudes de culpa y fatalismo, la presencia de un estilo de afrontamiento consistente en la negación de la información amenazante o estresante y, por último, el sentimiento de invulnerabilidad a la enfermedad.

De los factores mencionados anteriormente, en la literatura se afirma que la negación es una estrategia de afrontamiento frecuente en las pacientes con cáncer de mama (Fallowfield y Clark, 1991). Ello es un motivo de preocupación, pues aunque, en principio, dicha reacción, desde un punto de vista psicológico, cumple una función protectora, es totalmente negativa desde un punto de vista biológico, pues el pronóstico será más favorable cuanto antes se detecte el tumor.

Las reacciones ante el diagnóstico de cáncer de mama varían en gran medida, lo que puede comprenderse

por la heterogeneidad de la población afectada. Así, mientras que algunas pacientes perciben la comunicación del diagnóstico como la posibilidad de hablar abiertamente sobre sus temores, otras reaccionan con miedo, ira e intensa tristeza. (Fallowfield y Clark, 1991).

Son muchos los estudios que intentan establecer los modos típicos de afrontamiento de la enfermedad en esta población. A modo de ejemplo, expondremos los resultados obtenidos por Moorey y Greer (1989). Dichos autores afirman que las pacientes con cáncer de mama tienden a reaccionar de 5 modos diferentes (modos de afrontamiento), a saber:

- Con **Negación**.—Aparente rechazo activo de cualquier evidencia sobre su diagnóstico que se les pudiera ofrecer, incluida la mastectomía, la cual era entendida por estas pacientes como una medida profiláctica. Estas pacientes tendían a restringir la conversación sobre el tema. En ningún caso mostraban o expresaban malestar emocional alguno.

- Con **Espíritu de lucha**.—Actitud abiertamente optimista, acompañada de una búsqueda activa de información sobre la enfermedad. Manifestaban estar dispuestas a hacer todo lo posible por superar la enfermedad y pensaban que era muy probable que efectivamente se recuperaran.

- Con **Aceptación estoica**.—Aceptación del diagnóstico como tal, sin búsqueda de información adicional a no ser que aparecieran nuevos síntomas. Tales pacientes ignoraban en la medida de lo posible la enfermedad y sus síntomas, intentando llevar una vida completamente normal. Reconocer que tenían cáncer les había ocasionado distress en un principio, pero a los tres meses se habían adaptado estoicamente a la situación.

- Con **Sentimientos de desesperanza-desamparo**.—Estas pacientes se habían hundido por completo al conocer el diagnóstico. Se consideraban a sí mismas gravemente enfermas y ocasionalmente incluso como desahuciadas. Sus actividades se veían a menudo interrumpidas por



*Para muchas mujeres, la pérdida del pecho significa la pérdida de un órgano íntimamente asociado con sentimientos de autoestima, feminidad, sexualidad y maternidad.*



pensamientos respecto al cáncer y la muerte. Carecían completamente de esperanzas de salir adelante.

– **Con Aceptación con depresión/ansiedad.**—Reacción con excesiva ansiedad y/o depresión. Aunque son pesimistas respecto a su diagnóstico, continúan realizando sus actividades cotidianas.

No cabe duda de que el momento en que la paciente percibe el tumor o éste es detectado en una revisión médica representa uno de los más estresantes de su vida. De hecho, muchas mujeres consideran que el período entre el descubrimiento de un bulto en el pecho y la confirmación del diagnóstico del cáncer de mama es el más estresante. (Fallowfield, Baum y Maguire, 1987).

El tratamiento princeps del cáncer de mama es la **cirugía**. Ya en la década de los cincuenta, Sutherland y sus colaboradores (citado por Jacobsen y Holland, 1989) realizaron en el Memorial Hospital uno de los primeros estudios sobre las reacciones psicosociales de pacientes con cáncer de mama tras ser sometidas a mastectomía radical. La mayoría de las pacientes mostraban depresión, ansiedad y baja auto-estima además de deterioro en el funcionamiento físico y sexual. Para muchas de estas mujeres la pérdida del pecho significaba la pérdida de un órgano íntimamente asociado con sentimientos de auto-estima, feminidad y sexualidad. Dicha amenaza a la feminidad y a la auto-estima generalmente era más pronunciada en las más jóvenes para quienes el atractivo y la fertilidad, sin duda, son muy importantes. En las mujeres más ancianas el significado de la cirugía puede ser bastante diferente, ya que para ellas lo preocupante puede ser la amenaza a la vida.

Dichos cambios en la imagen corporal pueden ocasionar que la paciente considere que ha perdido su atractivo lo que, a su vez, disminuye su autoestima y repercute negativamente en su vida sexual (Morris, 1979; Meyerowitz, Spark y Spears, 1979; Meyerowitz, 1980; Meyerowitz, 1981; Bransfield, 1982; Beckmann *et al*; 1983; Heinrich, Schag y Ganz, 1984; Maguire, 1985; Fallowfield *et al*; 1986; Stam, Bultz y Pittman, 1986; Morris, Greer y White, 1977; Hughson, Cooper, McArdles y Smith, 1988; Hopwood y Maguire, 1988; y Aunchincloss, 1989).

Meyerowitz (1981) señala que es frecuente que las pacientes se sientan incómodas al quedarse desnudas y tengan una gran dificultad en enseñar las cicatrices de la cirugía a su pareja. En este sentido, Jamison, Wellisch y Pasnau (1978) obtuvieron que el 23% de las pacientes de su muestra no habían permitido que sus

maridos las viesen desnudas tras la mastectomía. Además, en el proceso de adaptación a los cambios debidos a la cirugía, la pareja ha de buscar nuevas posturas, encontrar sustitutos para la estimulación de los pechos, así como métodos adecuados de planificación familiar, ya que las hormonas contenidas en las píldoras anti-conceptivas están contraindicadas para las pacientes con cáncer de mama (Anstice, 1990).

Actualmente la cirugía se aplica para extirpar el tumor canceroso, así como también como tratamiento paliativo (para evitar el dolor) y como profilaxis en poblaciones de alto riesgo. Los procedimientos quirúrgicos son menos invasivos. De hecho, raramente se realiza la mastectomía radical sino que son más frecuentes las mastectomía radical, modificada o la mastectomía simple, así como la tumorectomía y la cuadrantectomía, que se asocian con un mejor funcionamiento físico y una deformación pectoral menor además de que posibilitan la realización de cirugía reconstructora del pecho (Jacobsen y Holland), procedimiento que mejora, en gran medida, la estética de sus cuerpos y la seguridad consigo mismas y en su entorno social y familiar. (Taylor, Lichtman, Wood, Bluming, Dosik y Leibowitz, 1985).

En las investigaciones realizadas por Andreu, Durá y Ferrero (1989), De Haes, Van Oostrom y Welvaart (1986), Kemeny, Wellisch y Schain (1988), Sanger y Reznikoff (1981) y Fallowfield, Baum y Maguire (1986), en las que se comparaba las repercusiones psicológicas tras la mastectomía (radical modificada o simple) *versus* cirugía conservadora (tumorectomía o cuadrantectomía) no es posible establecer claramente la superioridad de ninguno de los procedimientos, resultado que va en la línea de lo obtenido en la revisión realizada por Fallowfield y Clark (1991). Sin embargo, en las mujeres que muestran una mayor preocupación por su imagen corporal y aprensión a la mastectomía parece más apropiada la cirugía conservadora cuando es posible realizarla. (Morris, 1983).

Aunque los primeros estudios con pacientes mastectomizadas enfatizaban el significado simbólico de la pérdida del pecho, pensamos que a la luz de las recientes investigaciones (en las que se emplean procedimientos quirúrgicos menos extensivos), no se puede sostener la creencia de que la pérdida del pecho sea por sí sola la causa del malestar subjetivo de las pacientes, sino que habría que considerar también los efectos que el diagnóstico del cáncer puede provocar (sensación de incontrolabilidad, temor ante una muerte lenta y dolorosa, preocupación por la reacción de

los familiares y amigos, interrupción del trabajo,...) si queremos comprender las razones que subyacen a dicho malestar. La amenaza a la propia existencia es, sin duda, una razón de peso para comprender la vivencia asociada con dicha enfermedad.

Así, Maguire (1976; citado por Morris 1979) afirma que en su investigación, el 55% de las pacientes están preocupadas principalmente por las implicaciones del diagnóstico de cáncer, mientras que solamente el 18% lo estaban por la pérdida del pecho. De igual forma en el estudio realizado por Sanger y Reznikoff (1981) la ansiedad corporal parecía ser debida al hecho de padecer cáncer y no dependía del tipo de cirugía practicada.

La mayoría de las pacientes que son sometidas a tumorectomía y algunas de las que son mastectomizadas reciben también **radioterapia**, un tratamiento complementario a la cirugía que pretende consolidar el tratamiento locoregional, particularmente tras cirugía conservadora. Además, en los tumores de gran tamaño o adheridos puede ser el primer acto terapéutico antes de intentar una posibilidad quirúrgica (Khoury, Jamin y García-Conde, 1983).

Este tratamiento requiere la administración diaria por lo que la paciente ha de desplazarse todos los días al hospital con la consiguiente alteración que supone en su rutina diaria (Silberfarb, Maurer y Crouthamel, 1980). Además de la molestia que supone para la paciente el acudir diariamente al hospital para recibir las sesiones regulares, ello representa una prueba de realidad de su enfermedad, lo que impide, en mayor o menor medida, la negación de sus implicaciones.

Al comienzo del tratamiento generalmente se produce un incremento considerable de la ansiedad que puede ser debido, entre otras causas, al temor ante las radiaciones y a la extrañeza que produce una sala de radioterapia. Dicho tratamiento puede causar, dependiendo de la cantidad de radiación, anorexia, malestar, irritación en la zona irradiada y fatiga, efectos que aumentan progresivamente con el tratamiento, por lo que las pacientes se encuentran peor al finalizarlo. (Fallowfield *et al*; 1986).

A pesar de los inconvenientes de los tratamientos anteriores, el más temido y el que peor reputación tiene entre la población general es la **quimioterapia** o los goteros, como comúnmente se le conoce. Ello se debe, en parte, a que produce considerables efectos secundarios que han de ser tolerados para lograr los efectos tóxicos deseados en las células del tumor, aunque también entran en





*La cirugía ocasiona cambios en la imagen corporal, que pueden repercutir en la autoimagen y la autoestima de las pacientes.*

juego aquí otras variables tales como el conocimiento de otras personas con cáncer avanzado tratadas con quimioterapia, los miedos anticipatorios al tratamiento, la preocupación por la caída del pelo,... Los efectos secundarios varían dependiendo de la particular combinación de fármacos, la dosis, número de ciclos de tratamiento y si se da en combinación con la radioterapia, así como de las características del paciente.

La quimioterapia adyuvante se administra tras la cirugía para destruir las posibles micrometástasis existentes y, por tanto, disminuir la probabilidad de recaídas. En cánceres metastásicos se administra quimioterapia como tratamiento paliativo.

El período de impás entre la comunicación del tratamiento que va a recibir la paciente y la administración de la quimioterapia puede ser difícil, debido a los miedos de las pacientes a las potenciales secuelas adversas, por lo que le deben ser comunicados los efectos secundarios de los fármacos, con especial énfasis en la transitoriedad de

la alopecia. A pesar de estos miedos, pocas pacientes rechazan el tratamiento y la mayoría cumple con su régimen (Rowland y Holland, 1989). Las pacientes informan de ansiedad durante el día anterior a la quimioterapia. El período de espera permite que las asociaciones personales anteriores con el cáncer o con la quimioterapia puedan causar distress.

Generalmente, la quimioterapia provoca, a nivel físico, toxicidad gastrointestinal (estreñimiento, mucositis en la cavidad bucal, emesis,...), toxicidad cutánea (cambios en la pigmentación de la piel, alopecia, erupciones alérgicas), efectos tóxicos sobre el Sistema Nervioso Central o Periférico (confusión, somnolencia, irritabilidad) y trastornos metabólicos o renales (Blasco, 1990), así como una notable disminución en el recuento de células sanguíneas, lo que reduce la resistencia del cuerpo a las infecciones. En las más jóvenes, puede ocasionar menopausia prematura y esterilidad.

Entre toda esta amalgama de efectos secundarios fisiológicos, hay que

destacar –por su aversividad para las pacientes– las náuseas y vómitos. Éstas normalmente ocurren tras recibir el tratamiento, debido a la estimulación directa del centro del vómito, aunque hay fármacos (ej., cisplatino) que pueden retrasarlos de 24 a 96 horas (emesis retardada). Los antieméticos reducen en gran medida las náuseas y vómitos.

Blasco (1990), en su Tesis Doctoral, afirma que las náuseas y vómitos constituyen un efecto secundario muy molesto, que además altera la actividad cotidiana del paciente, pudiendo llegar a ser tan intenso que el enfermo decida abandonar el tratamiento de quimioterapia aun cuando ello represente un claro riesgo para la curación de su enfermedad o su supervivencia.

La alopecia es uno de los efectos secundarios peor tolerados, aun cuando no produce dolor ni alteraciones en la capacidad funcional de las pacientes con cáncer. Además, algunos fármacos utilizados recientemente para el cáncer de mama no provocan la alopecia total. Sin embargo, la alopecia es un estigma inconfundible de “los goteros” y, por ende, de padecer cáncer, con las creencias sociales ligadas a esta enfermedad, como una enfermedad lenta, mutilante, deteriorante y dolorosa (Andreu y Mira, 1989; Barreto, 1988). Por ello, se requiere preparar a la paciente animándola a comprarse una peluca adecuada al color de su pelo antes de que comience a caérsele, dándole referencias de tiendas donde comprarla, aconsejándole que se corte el pelo para que la transición no sea muy dramática, e incluso ofreciéndole la posibilidad de hablar con otras pacientes que hayan pasado por esa misma experiencia.

A su vez, las alteraciones físicas dan lugar a malestar psicológico (Brinkley, 1985), como, por ejemplo, la depresión potenciada por la alopecia, la ansiedad ante el tratamiento, sentimientos de falta de control,... Ahora bien, pensamos que la depresión y la ansiedad que sufren los pacientes oncológicos no son habitualmente manifestaciones de síndromes clínicos, sino que más bien, podemos entenderlos como reacciones emocionales ante una situación estresante que amenaza la propia vida (Taylor, 1983; Barreto, Capafóns e Ibáñez, 1987).

La ganancia de peso (Rowland y Holland, 1989; Holland y Lesko, 1989), unido a la alopecia y a la pérdida del pecho (o parte de él) por la cirugía, puede ocasionar problemas de imagen corporal y auto-estima.

Uno de los efectos –considerado psicológico– más molesto lo constituye las náuseas y vómitos anticipato-



rios, es decir, la náusea y el vómito que aparece antes de que el paciente reciba la quimioterapia (Blasco, 1990). Este fenómeno constituye una respuesta condicionada clásica, en la cual las claves sensoriales vinculadas a la administración de quimioterapia, tales como olores, sabores, imágenes y sonidos, provocan la sensación de náusea.

Como consecuencia del deterioro funcional y del malestar psicológico, las pacientes tienen dificultades para desempeñar sus funciones relativas al cuidado de la casa y de su familia. La quimioterapia puede ser particularmente difícil de tolerar para las pacientes que trabajan fuera de casa y consideran que su puesto puede verse amenazado por la evidencia de los tratamientos del cáncer (Holland y Lesko, 1989). Las que trabajan antes de la enfermedad dejan de hacerlo mientras reciben tratamiento. El desempeño de un trabajo ofrece la oportunidad de relacionarse con otros compañeros, por lo que, al dejar de hacerlo, pierden una gran cantidad de refuerzos sociales y de interacciones gratificantes durante este período.

Una mujer que es diagnosticada de cáncer de mama debe recibir tratamiento durante un período considerable de tiempo, lo que representará, cuando menos, un "espacio en blanco" en su carrera profesional, un problema que será cada día más frecuente dado que cada vez son más las mujeres que desempeñan su trabajo fuera de casa.

La quimioterapia también repercute negativamente en la vida sexual de las pacientes, en lo relativo a: deseo sexual, frecuencia de relaciones sexuales y satisfacción en las mismas (Aunchincloss, 1989). Silberfarb, *et al* (1980) afirman que las pacientes tratadas con quimioterapia y/o radioterapia muestran una disminución del deseo sexual. Es obvio que el diagnóstico de cáncer y la experiencia de los tratamientos es muy estresante tanto para las pacientes como para sus parejas, lo que puede inhibir el deseo sexual y ocasionar un cambio de prioridades.

Aunque la mayoría de los efectos secundarios de la quimioterapia remiten con el tiempo, algunos estudios sugieren que las pacientes no recuperan completamente su nivel de funcionamiento y calidad de vida preoperatoria (Meyerowitz, Watkins y Sparks, 1983). En el trabajo llevado a cabo por Vinokur, Threatt, Caplan y Zimmerman (1989) obtuvieron que, a los 5 años, las pacientes que habían padecido cáncer de mama no mostraban diferencias significativas respecto al grupo control en cuanto a salud mental, bienestar psicológico y social o funcionamiento físico. Sin embargo,

las pacientes de mayor edad presentaban alteraciones funcionales que limitaban el desempeño de sus actividades y mostraban un mejor estado de salud mental y bienestar. En el grupo de pacientes más jóvenes ocurría lo contrario.

Al completar los ciclos de quimioterapia, se observa en algunas pacientes una reacción de "ansiedad paradójica" (Holland y Lesko, 1989). Muchas pacientes se sienten seguras mientras reciben el tratamiento, ya que controlan el crecimiento de las células y temen que la finalización del mismo pueda ocasionar una recidiva. (Rowland y Holland, 1989). En general, las pacientes consideran que mientras reciben algún tipo de tratamiento están controladas por los médicos y "el alta" provoca frecuentemente miedos y preocupaciones obsesivas por la recurrencia. (Meyerowitz, 1980).

De este modo, aunque los miedos acerca de la pérdida del pecho y los problemas relacionados con la imagen corporal han decrecido con la introducción de las técnicas conservadoras, con el mayor número de opciones terapéuticas, los miedos y ansiedades acerca de haber elegido el tratamiento correcto y su probabilidad de supervivencia han aumentado. Estas personas viven con un sentimiento de incertidumbre acerca del futuro, con un "síndrome de Damocles" (Holland y Lesko, 1989). De hecho, algunas pacientes, sobre todo aquellas que han sido sometidas a cirugía conservadora, desarrollan conductas obsesivo-compulsivas de auto-chequeo. Fallowfield *et al.* (1986) informan que en su muestra el 10% de las pacientes admitieron que realizaban al menos un auto-examen diario.

Ahora bien, durante las entrevistas que hemos realizado con pacientes en el Hospital Clínico de Valencia, algunas de las pacientes nos comentaban que el diagnóstico y la experiencia de los tratamientos no solamente tenía consecuencias negativas sino que dicha experiencia había cambiado su actitud ante la vida y que dicho cambio era muy positivo. Nos comentaban que ya no se irritaban por temas sin importancia y pequeños problemas, que valoraban sobremanera la intimidad con sus familias y amigos, que el tiempo les parecía más valioso,...

En cánceres de mama hormonodependientes se administra **hormonoterapia**. Los estudios sobre las repercusiones psico-sociales de este tratamiento son escasos. Actualmente se utiliza con gran frecuencia el Tamoxifeno. No tiene una gran toxicidad y su principal efecto secundario es el aumento de peso.

Actualmente se están administrando dos nuevos tratamientos, a saber, la

quimioterapia neoadyuvante y el trasplante autólogo de médula ósea. El primero de ellos consiste en la administración de quimioterapia previamente al tratamiento locorregional (**quimioterapia preoperatoria o neoadyuvante**), con el fin de reducir la masa tumoral locorregional y, por tanto, posibilitar la aplicación de cirugías más conservadoras (Pascual, Lluch, Cervantes, García-Conde, 1991).

**El trasplante autólogo de médula ósea** se realiza en pacientes con tumores que son quimiosensibles, administrando fármacos a altas dosis, con el fin de erradicar completamente el tumor y evitar las recaídas. Sin embargo, dicho tratamiento, con un porcentaje estimable de mortalidad, se encuentra en una fase de experimentación y no representa aún una opción estándar (García-Conde, Lluch, Cervantes, Alberola y Pascual, 1991).

Cuando el cáncer de mama se encuentra en un estadio metastásico, el tratamiento no persigue la curación del enfermo sino paliar su sintomatología. La intervención en esta población debe de buscar fundamentalmente el confort y bienestar del paciente, siendo posible en muchos casos aumentar la supervivencia de las pacientes.

Con todo lo expuesto anteriormente hemos querido poner de manifiesto la amplia problemática psicosocial que implica el padecimiento de un cáncer de mama en la mujer. La percepción de amenaza a la propia vida, las repercusiones en la auto-imagen, la aversividad de los tratamientos, los problemas de adaptación a una enfermedad crónica, significan retos importantes para la asistencia psicológica que comienza ya a ofrecer alternativas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANDREU, Y. Y MIRA, J. (1989): "Psicología Oncológica". *Phronesis*, 10 (2), pp. 53-66.
- ANDREU, Y., DURÁ, E. Y FERRERO, J. (1989): Comunicación presentada en el Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Granada.
- ANSTICE (1990): "Coping after mastectomy". *Nursing Times*, 66, pp. 882-88.
- AUNCHINCLOSS, S. (1989): "Sexual dysfunction in cancer patients: issues in evaluation and treatment". En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology*. Oxford University Press, pp. 383-413.



- BARRETO, M. P., CAPAFONS, A. E. IBAÑEZ, E. (1987): "¿Depresión y cáncer o adaptación y cáncer?" *Boletín de Psicología*, n.º 14, pp. 125-146.
- BARRETO, P. (1988): "Acercamientos terapéuticos en Psicología Oncológica". *Jornadas Andaluzas de Psicología y Salud*, pp. 365-378.
- BECKMANN, J., Blichert-Toft, M. y JOHANSEN, L. (1983): "Psychological effects of mastectomy". *Danish Medical Bulletin*, 30, pp. 7-10.
- BLASCO, T. (1990): "Factores psicológicos en la modulación de respuestas biológicas: El caso de las náuseas y vómitos en la quimioterapia del cáncer". *Tesis Doctoral*. Universidad de Barcelona.
- BRANSFIELD, D. D. (1982): "Breast cancer and sexual functioning: a review of the literature and implications for future research". *Journal of Psychiatry in Medicine*, 12 (3), pp. 197-211.
- BRINKLEY, D. (1985): "Quality of life in cancer trials". *British Medical Journal*, 291 (6.497), pp. 685-686.
- CERVANTES, A., ALBEROLA, V., PASCUAL, A., LLUCH, A. Y GARCÍA-CONDE, J. (1991): "Diagnóstico e historia natural". En J. García-Conde (Ed.) *Monografías Clínicas en Oncología*. Barcelona. Ediciones Doyma, pp. 1-7.
- DE HAES, J. C. J. M., VAN OOSTROM, M. A. Y WELVAART, K. (1986): "The effect of radical and conserving surgery on the quality of life of early breast cancer patients". *European journal of surgical oncology*, 12, pp. 337-342.
- FALLOWFIELD, L. J., BAUM, M. Y MAGUIRE, G. P. (1986): "Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer". *British Medical Journal*, 293, pp. 1331-1334.
- FALLOWFIELD, L. & CLARK, A. (1991): *Breast cancer*. London. Ed. Routledge.
- FRIEDMAN, L. C., BAER, P. E., NELSON, D. V., LANE, M., SMITH, F. E. & DWOR-KIN, R. J. (1988): "Women with breast cancer: perception of the family functioning and adjustment to illness". *Psychosomatic Medicine*, 50, p. 529-40.
- GARCÍA-CONDE, J., LLUCH, A., CERVANTES, A., ALBEROLA, V. Y PASCUAL, A. (1991): "Trasplante autólogo de médula ósea". En J. García-Conde (Ed.) *Monografías Clínicas en Oncología*. Barcelona. Ediciones Doyma, pp. 125-135.
- HEINRICH, R. L., SCHAG, C. C. Y GANZ, P. (1984): "Living with cancer: The Cancer Inventory of Problem Situations". *Journal of clinical psychology*, 40, pp. 972-980.
- HOPWOOD, P. & MAGUIRE, G. P. (1988): "Body image problems in cancer patients". *British Journal of Psychiatry*, 153 (suppl. 2), pp. 47-50.
- HUGHSON, A. V. M., COOPER, A. F., MCARDLES, C. S. Y SMITH, D. C. (1988): "Psychosocial consequences of mastectomy: levels of morbidity and associated factors". *Journal of psychosomatic research*, 32, pp. 383-391.
- JACOBSEN, P. Y HOLLAND, J. C. (1989): "Psychological reactions to cancer surgery". In J. C. Holland y J. H. Rowland. *Handbook of Psychooncology*. Oxford University Press, pp. 117-133.
- JAMISON, K. R., WELLISCH, D. K. & PASNAU, R. O. (1978): "Psychosocial aspects of Mastectomy: I. The woman perspective". *American Journal of Psychiatry*, 135 (4) pp. 432-6.
- KELSEY, J. L. & BERKOWITZ, G. S. (1988): "Breast cancer epidemiology". *Cancer Research*, 48, pp. 5.615-23.
- KEMENY, M. M., WELLISCH, D. K. Y SCHAIN, W. S. (1988): "Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer". *Cancer*, 62, pp. 1.231-1.237.
- KHOURY, S., JASMIN, C., GARCÍA-CONDE (1983): *Cáncer. Los grandes especialistas responden*. Ed. Aguilar.
- MAGUIRE, P. (1976): "The psychological and social sequelae of mastectomy". En J. C. Howells (Ed.) *Modern Perspectives in Psychiatric Aspects of Surgery*. New York. Bunner Maisels Incorp., pp. 390-421.
- MAGUIRE, P. (1985): "Psychological morbidity associated with cancer and cancer treatment". *Clinics in Oncology*, 4, pp. 559-575.
- MEYEROWITZ, B. E. (1981): "The impact of mastectomy on the lives of women". *Professional Psychology*, 12, pp. 118-127.
- MEYEROWITZ, B. E. (1980): "Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments". *Psychological bulletin*, 87, pp. 108-131.
- MEYEROWITZ, B. E., SPARKS, F. C. Y SPEARS, I. K. (1979): "Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. Psychosocial implications". *Cancer*, 43, pp. 1.613-1.618.
- MOOREY, S. & GREER, S. (1989): "Adjuvant Psychological Therapy: A cognitive behavioural treatment for patients with cancer". *Behavioural Psychotherapy*, 17, p. 177-90.
- MORRIS, T. (1979): "Psychosocial adjustment to mastectomy". *Cancer Treatment Reviews*, 6, pp. 41-61.
- MORRIS, T. (1983): "Psychological aspects of Breast Cancer; a review". *European Journal of Cancer Clinical Oncology*, 19 (12), pp. 1.725-1.733.
- MORRIS, T. (1987): "Silent sadness of the 'cured' breast cancer". En N. K. Aaronson y J. H. Beckmann. *The quality of life of cancer patients*. New York. Raven Press., pp. 201-206.
- MORRIS, T., GREER, H. S. Y WHITE, P. (1977): "Psychological and social adjustment. A two year follow-up study". *Cancer*, 43, pp. 1.613-1.618.
- PASCUAL, A., LLUCH, A., CERVANTES, A. Y GARCÍA-CONDE, J. (1991): "Quimioterapia adyuvante". En J. García-Conde (Ed.) *Monografías Clínicas en Oncología*. Barcelona. Ediciones Doyma, pp. 67-84.
- ROWLAND, J. H. Y HOLLAND, J. C. (1989): "Breast cancer". En J. C. Holland y J. H. Rowland (Eds.) *Handbook of psychooncology*, pp. 188-207.
- SANGER, C. K. & REZNIKOFF, M. (1981): "A comparison of the psychological effects of breast-saving procedures with the modified radical mastectomy". *Cancer*, 48, 2.341-46.
- SILBERFARB, P. M., MAURER, H. & CROUTHAMENL, C. (1980): "Psychosocial aspects neoplastic disease: I? Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens". *American Journal of Psychiatry*, 137 (4), pp. 450-2.
- STAM, J. H., BULTZ, B. D. Y PITTMAN, C. A. (1986): "Psychosocial problems and interventions in a referred sample of cancer patients". *Psychosomatic Medicine*, 48, pp. 539-548.
- SUTHERLAND, A. M. (1952): "Psychological impact of cancer surgery". *Public Health reports*, 67, pp. 1.139-1.143.
- TAYLOR, S. E. (1983): "Adjustment to Threatening events. A theory of cognitive adaptation". *American Psychologist*, 38, pp. 1161-1.173.
- TAYLOR, S. E., LICHTMAN, R. R. Y WOOD, J. V. (1984): "Attitudes and social cognition: attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer". *Journal of personality and social psychology*, 46 (3), pp. 489-502.
- VINOKUR, A. D., THREATT, B. A., CAPLAN, R. D. Y ZIMMERMAN, B. L. (1989): "Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast cancer. Long-term follow-up of screening population". *Cancer*, 63, pp. 394-405.
- WORTMAN, C. B. (1984): "Social support and the cancer patient". *Cancer*, 53, 2.339-62.