

Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia*

Carlos Eduardo Parra Gómez¹

Lilia Virginia García Sánchez²

Jesús Insuasty Enríquez³

Resumen

Introducción: El cáncer de mama es una patología muy frecuente y los tratamientos como la quimioterapia afectan las experiencias de vida y el psiquismo de la mujer. Los estudios en que se trate de entender cómo la experiencia de la quimioterapia afecta la vida de las mujeres son escasos en Colombia.

Objetivos: Entender las consecuencias del tratamiento con quimioterapia en las experiencias de vida de la mujer con cáncer en los aspectos personal y social, para mejorar los elementos psicoterapéuticos y las decisiones médicas. *Metodología:* Se utilizó un método cualitativo-interpretativo con herramientas analíticas de la teoría fundamentada, teniendo como marco de referencia el modelo ecológico de Bronfenbrenner. *Resultados:* Se desarrollaron las siguientes categorías de comprensión del fenómeno: 1) experiencias de cambio en la corporalidad y reacciones emocionales; 2) significados del tratamiento, nuevas creencias y nuevos objetivos vitales; 3) experiencias con la familia y la comunidad, y 4) experiencias con otros pacientes y el equipo médico. *Conclusiones:* Este estudio muestra que la mujer sometida a tratamiento con quimioterapia tiene cambios en su psiquismo y sus relaciones interpersonales. Las mujeres terminan aceptando los cambios en su vida, pero admiten la necesidad de acompañamiento psicológico durante el proceso para evitar sufrimientos innecesarios.

Palabras clave: Cáncer de mama, quimioterapia, análisis cualitativo, experiencias de vida.

* Este artículo hace parte del trabajo de grado en psiquiatría titulado Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia, el cual fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, de la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia, en octubre de 2010.

¹ Médico residente de psiquiatría, III año. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

² Fisioterapeuta. Maestría en antropología social. Profesora asistente de carrera, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

³ Médico internista. Oncólogo clínico. Profesor de medicina interna, Departamento de Medicina Interna, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Title: Life Experiences of Women with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy

Abstract

Introduction: Breast cancer is a common pathology and treatments like chemotherapy affect women's psyche and life experiences. Unfortunately, studies that try to understand the chemotherapy experience are scarce in Colombia. *Objective:* To understand the psycho-social consequences of chemotherapy treatments in the life experiences of women with cancer, in order to improve psychotherapeutic elements as well as medical decisions. *Methodology:* This study was done with a qualitative-interpretive method, using the analytical tools of grounded theory and adopting as a methodological framework the ecological model applied to psycho-oncology as proposed by Bronfenbrenner. *Results:* The following categories were developed as an explanation of the phenomenon: (1) Change experiences in corporeality and emotional reactions, (2) different meanings of treatment, new beliefs, and new goals in life, (3) experiences with family and community, and (4) experiences with other patients and medical staff. *Conclusions:* This study shows that women undergoing chemotherapy experience changes in their psyche and in their personal relationships. Women undergoing chemotherapy end up calmly accepting the changes produced by this treatment in their lives, but recognize the need of psychosocial support during this process in order to avoid unnecessary suffering.

Key words: Breast cancer, drug therapy, qualitative analysis, life experiences.

Introducción

El cáncer de mama constituye una de las causas de mayor morbilidad en mujeres de todos los países del mundo. De los casi seis millones

de tumores malignos que ocurrieron en mujeres durante 2007, el cáncer de mama ocupó el primer puesto en presentación, con 1,3 millones de casos (1). En Colombia este cáncer ocupa el primer puesto en incidencia en la mujer, y es la segunda causa de muerte por cáncer (2).

Los factores asociados al desarrollo del cáncer de mama son la presencia de los oncogenes (BRCA1, BRCA2) (3), la menarquia temprana, la menopausia tardía, o tener estilos de vida poco saludables (4). Sin embargo, en el 41% de los cánceres de mama no se identifica ningún factor de riesgo (5).

La escasa vinculación genética del cáncer de mama ha permitido postular la vulnerabilidad del comportamiento, de la expresión de emociones y de la personalidad como un posible factor en su génesis o desarrollo. La conducta puede tener repercusiones sobre la salud de una manera directa, al incorporar sustancias tóxicas; o como factor de riesgo, por ejemplo, al tener relaciones sexuales sin precauciones, o al tener conductas violentas o autodestructivas (6).

Los síntomas asociados a una enfermedad como el cáncer deben ser conceptualizados como multidimensionales, con componentes que incluyen frecuencia, severidad y estrés. El estrés debe ser considerado como un aspecto diferente en la experiencia sintomática, y no como la consecuencia de dicha experiencia (7).

El diagnóstico de cáncer suele ser un hecho negativo, catastrófico y de profunda crisis vital, porque se asocia directamente a sufrimiento y muerte. Aparece el temor a morir o a sufrir mucho. El dolor físico y emocional conduce a la ansiedad, a la depresión reactiva y a tendencias al aislamiento. Las ideas de llegar a morir se asocian a separarse de los seres queridos y a suspender las metas vitales que se habían fijado (8). La depresión mayor surge como una complicación de las enfermedades oncológicas, y su frecuencia aumenta conforme avanza y se agrava la enfermedad (9,10). La depresión estaría asociada al riesgo incrementado de muerte, por lo que su identificación o la identificación de cualquier malestar emocional, podrían modificar la calidad de vida y el tiempo de supervivencia de la paciente con cáncer (9,10).

El tratamiento del cáncer de mama comprende un manejo multidisciplinario y el uso de cuatro herramientas terapéuticas fundamentales: la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y la hormonoterapia. El concepto de que el cáncer de mama es una enfermedad sistémica hace que se utilicen estos tratamientos en combinaciones tanto en los estadios curativos como en los paliativos.

El tratamiento quimioterapéutico comprende fármacos como las antraciclinas, de las cuales la doxorrbicina es la más utilizada y la principal causante de los efectos secundarios asociados a la quimio-

terapia (4,11). Las investigaciones acerca de las experiencias en la quimioterapia muestran que existen significados asociados al tratamiento. Las mujeres asocian el tratamiento con quimioterapia a tener cáncer, y de ahí surge un temor al estigma y se promueve el aislamiento social. El uso de pelucas y gorros para esconder la alopecia se asocia también al estigma, y las mujeres se sienten vinculadas al estereotipo social de “paciente con cáncer” (12,13).

Las relaciones familiares se afectan, al producirse sentimientos de ansiedad y deterioro en las relaciones con la pareja y los hijos (14). Las mujeres afectadas por el cáncer de mama se preparan ante su posible muerte, preparan a su familia, buscan activamente información acerca de su situación y apoyo cuando lo necesitan (15,16). Los estudios cualitativos acerca del significado cultural del cáncer de mama han identificado explicaciones diversas acerca del origen de la enfermedad, como la represión de sentimientos, el estrés, la falta de cuidado de la salud y los malos hábitos alimenticios (17). La literatura reporta que las intervenciones psicológicas, ya sean individuales o grupales, aumentan la supervivencia de las pacientes con cáncer y mejoran su calidad de vida (5,18,19).

Como marco teórico para el presente estudio se tomó a modo de referencia el modelo ecológico en salud descrito por el psicólogo Urie Bronfenbrenner (20). El postulado

básico de Bronfenbrenner es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia en la conducta humana, por lo cual la observación en ambientes de laboratorio o en situaciones clínicas ofrece poco entendimiento de la realidad humana (21).

Bronfenbrenner tiene en cuenta lo que él llama *ambiente ecológico*, definiéndolo como la progresiva adaptación del ser humano en activo a sus entornos inmediatos (que son dinámicos y cambiantes) (20). Esta visión proporciona una visión integral y naturalista del comportamiento humano. Para Bronfenbrenner, el ambiente ecológico se compone de una serie de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente.

La primera estructura se denomina *microsistema*, e incluye los comportamientos, los roles (*dimensión intrapersonal*) y las relaciones (*dimensión interpersonal*) característicos del contexto cotidiano. El *mesosistema*, por su parte, es el conjunto de dos o más microsistemas donde la persona interactúa (familia, trabajo, amigos). El *exosistema* es donde se tienen en cuenta los ambientes culturales, históricos y sociales (20). En esta investigación se tiene en cuenta el *microsistema* de la paciente con cáncer sometida a quimioterapia en su dimensiones intrapersonales (creencias, deseos, comportamientos) y su dimensión interpersonal (relaciones con su familia, hijos, pareja). El objetivo del presente estudio radica en tratar

de entender cómo es la experiencia de la quimioterapia para el cáncer, con el fin de aportar elementos al psicoterapeuta, y que así se pueda prestar un mejor tratamiento y tomar decisiones más acertadas.

Métodos

Tipo y diseño general del estudio

La investigación utilizó un enfoque cualitativo-interpretativo. Se escogió este enfoque porque favorece el conocimiento del contexto en el cual surgen los fenómenos, y, a su vez, permite la elaboración de propuestas teóricas para explicarlos. En el campo de la salud ayuda a obtener respuestas profundas acerca de las actitudes, las creencias, los motivos o los comportamientos, así como sobre los procesos de salud y de enfermedad (22). Se tuvo como marco de referencia el modelo ecológico de Brofenbrenner y se utilizaron las herramientas de la teoría fundamentada (*grounded theory*) para el análisis (codificación teórica).

Población de referencia y muestra

La población objeto de esta investigación fue de mujeres mayores de 18 años con cáncer de mama en estadios definidos como curativos (de I hasta estadio clínico IIIA) con antecedente de mastectomía que asistían a tratamiento con quimioterapia y a consulta de seguimiento en el consultorio particular de un

oncólogo clínico en la ciudad de Bucaramanga.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mujeres mayores de 18 años con cáncer de mama que han sido sometidas previamente a mastectomía, en tratamiento con quimioterapia, y, en el momento, en estadios clínicos curativos (desde estadio I hasta estadio IIIA).

Los criterios de exclusión fueron:

- Mujeres mayores de 18 años con cáncer de mama en estadios de enfermedad definidos como paliativos (IIIB y IV), o con cáncer de mama en estadios de enfermedad definidos como curativos (I a IIIA), pero que no han sido sometidas a mastectomía.
- Mujeres con retardo mental, déficit cognitivo grave o algún impedimento para la comunicación verbal.
- Psicopatología según criterios del DSM-IV que alteren la comprensión de la entrevista o alteren el juicio de realidad.

Proceso de selección y muestra

La selección de las participantes se realizó durante los meses de octubre y noviembre de 2010, en el consultorio particular de un oncólogo en la ciudad de Bucaramanga. Las pacientes aceptaron participar de manera libre y voluntaria en la investigación y se diligenció el con-

sentimiento informado. Siguiendo el método de la teoría fundamentada, se manejó el principio de saturación de la información; es decir, cuando la nueva información no aporta nuevas propiedades, relaciones o dimensiones a las categorías. El punto de saturación se alcanzó con seis entrevistas.

Instrumento de recolección de la información

La entrevista utilizada fue individual de tipo semiestructurado. El guión de entrevista se creó siguiendo el modelo ecológico de Bronfenbrenner. Los temas tratados fueron: a) cambios en la apariencia; b) reacciones emocionales; c) significados y expectativas del tratamiento; d) relaciones interpersonales con la pareja y los hijos; e) relaciones interpersonales con la familia; f) relaciones interpersonales con los amigos y compañeros de trabajo. La entrevista fue flexible, y así se pudo profundizar en los aspectos que necesitaran mayor información.

Proceso de recolección de la información

Se realizó una entrevista piloto para verificar la comprensión por parte de las pacientes del guión de entrevista. Una vez verificada la comprensión se inició la recolección de la muestra. Las entrevistas tuvieron una duración de aproximadamente una hora. Estas fueron

grabadas en audio y transcritas literalmente por parte del investigador. Para garantizar la confidencialidad de la información en la transcripción no se utilizaron los nombres propios de las participantes ni de sus familiares, sino que se usó un código para reemplazarlos.

Proceso de análisis

Se realizó un análisis interpretativo del discurso. Fue inductivo durante el análisis de la información, y deductivo en el momento de realizarse la discusión (se comparó con la literatura). Siguiendo la metodología de la investigación cualitativa, el proceso de análisis comenzó después de la transcripción de la primera entrevista y continuó durante todo el proceso investigativo; se compararon constantemente los resultados y se buscó la saturación teórica de la información.

Para el análisis se utilizaron las herramientas analíticas de la teoría fundamentada (*grounded theory*), y, en especial, la codificación teórica (23). La codificación, según la teoría fundamentada, consiste en asignar un denominador común (o código) a una serie de fragmentos textuales diversos. Este código es una abstracción del investigador que permite categorizar informaciones que a simple vista parecen muy diferentes o variopintas.

Se utilizaron los tres tipos de codificación descritos en la teoría fundamentada (abierta, axial y se-

lectiva). Se realizó un análisis línea por línea del texto y se hizo la codificación abierta, a raíz de lo cual se encontraron 212 códigos abiertos en las 6 entrevistas. Los códigos se relacionaron de manera constante entre sí; se buscaron las propiedades de cada uno para asignarlos a las categorías y subcategorías (propiedades de las categorías). Las categorías se definieron utilizando el modelo ecológico, aunque algunas otras emergieron durante el análisis.

Una vez establecidas las categorías y subcategorías se procedió a efectuar la codificación axial. A cada categoría se le asignaron las subcategorías (propiedades) mediante la codificación axial utilizando el paradigma de codificación descrito por Strauss (las causas, los actores, las estrategias/interacciones de los actores y las consecuencias) (23). Una vez asignados los códigos mediante la codificación axial a las categorías y subcategorías se procedió a hacer la codificación selectiva. La codificación selectiva se usa para delimitar y definir la explicación del fenómeno, y se hace mediante el descarte o la integración de códigos, subcategorías y categorías. Hecha esta codificación se definieron las cuatro categorías descritas en la presente investigación, las cuales intentan explicar el fenómeno (experiencias de vida en la quimioterapia) y sus respectivas propiedades y características (subcategorías).

Para la sistematización de la información se utilizó el software ATLAS TI® en su versión 6. Este soft-

ware facilita el proceso de análisis al permitir el manejo de gran cantidad de datos textuales desde un entorno informático, y permitir, por tanto, la codificación, el establecimiento de relaciones entre códigos, categorías y subcategorías, y el uso de herramientas gráficas para realizar mapas conceptuales (*networks*). Para darles validez a los resultados cualitativos se realizó una triangulación entre los investigadores.

Resultados

Se analizaron seis entrevistas de aproximadamente una hora de duración. Todas las mujeres tenían antecedente de mastectomía y estaban en tratamiento con quimioterapia adyuvante para curación sistémica de la enfermedad. A cuatro mujeres se les había practicado reconstrucción de la mama afectada. Las edades variaron entre los 40 y los 58 años, con un promedio de edad de 51,3 años.

Las seis participantes habían terminado los estudios secundarios. Cinco de ellas tenían estudios universitarios (nutricionista, contadora, arquitecto y dos administradoras de empresas) y laboraban en el momento de la entrevista. La otra mujer estaba pensionada de una empresa donde se dedicaba a oficios generales. Tres mujeres no tenían hijos. El número de hijos de las tres mujeres restantes es de dos, dos y uno, respectivamente. El estadio clínico del cáncer varía entre el estadio IIA y el estadio IIIA.

Tres de las mujeres presentaban estadio clínico IIA (1) y estadio clínico IIB (2). Las otras tres presentaban estadio clínico IIIA.

Teniendo como marco de referencia el modelo ecológico de Bronfenbrenner aplicado a la psicooncología, y entendiendo que la quimioterapia provoca cambios en el entorno social y personal, se desarrolló una explicación del fenómeno. Las categorías se desarrollaron siguiendo el modelo de relaciones de la mujer: *dimensión intrapersonal* (en el caso de las experiencias de la paciente entendiéndose a sí misma) y *dimensión interpersonal* (en el caso de las experiencias de la paciente con las demás personas). El entendimiento del fenómeno se construyó desde las siguientes categorías: a) pérdida del pelo como cambio de la corporalidad y b) reacciones emocionales a la quimioterapia; c) significados del tratamiento, nuevas creencias y objetivos; d) experiencias con la familia y la comunidad; e) experiencias con el equipo médico y otros pacientes.

Dimensión Intrapersonal

Pérdida del pelo como cambio de la corporalidad y reacciones emocionales a la quimioterapia

La imagen corporal se altera por el tratamiento con quimioterapia, ésta afecta la autoimagen de la mujer y su autoestima. Las emociones son el conjunto de reacciones subjetivas agradables, neutras o desagradables

que matizan o le dan tono a una experiencia vital (en este caso, el tratamiento con quimioterapia). Son ejemplo la tristeza, la alegría, la ira o la ansiedad. Las subcategorías que desarrollaron este concepto son: caída del pelo como alteración de la corporalidad, aceptación de la caída del pelo, estrategias para afrontar la caída del pelo y reacciones emocionales a la quimioterapia.

CAÍDA DEL PELO COMO ALTERACIÓN DE LA CORPORALIDAD

El símbolo de feminidad dado por tener pelo en la cabeza se afecta durante la quimioterapia. Todas las mujeres coinciden en que la pérdida del pelo por causa del tratamiento de quimioterapia altera su feminidad: “*La caída del pelo es lo que más afecta, es el primer cambio... Me afecta bastante, porque el pelo es una parte como muy femenina, como muy de presentación...*” (María⁴, 52 años).

En otra mujer la experiencia de la caída del pelo se asoció a la disminución de su autoestima y al aislamiento social, debido a que tenía la creencia de que podía ser identificada como paciente con cáncer (estigma social): “*La autoestima se baja, porque como usted se siente es como usted se ve. Es esperando... bueno, que pase esto, y yo vuelvo otra vez a recuperarme y a ser la misma. Procuro no salir, no frecuentar sitios públicos. Sentía que*

iba a ser identificada, digamos, por el hecho de tener una peluca... no sé... Siempre tengo esa sensación de que me están reconociendo, de que yo tengo peluca...” (Julia, 57 años).

ACEPTACIÓN A LA CAÍDA DEL PELO

Una vez producida la alopecia total del cuero cabelludo como consecuencia del efecto de la quimioterapia, la mujer tiende hacia la aceptación de esta pérdida. Todas las mujeres estudiadas aceptaron con tranquilidad la pérdida del pelo de la cabeza luego de iniciarse: “*Me pelé todo esto (cabeza)... quedé pelada. Duré así, y no me dejaba ver de nadie. Como dos ciclos de quimioterapia después, ya no. Mi hija tenía una moto; a veces llegaba del trabajo y me decía: ‘Mamita, acompáñame a guardar la moto’. Yo me iba en la moto y me olvidaba, y no me amaraba el trapo a la cabeza. Mi hija decía: ‘¡Ay, mami, se vino con la cabeza pelada!'; y me acostumbré ya... La gente ya sabía por ahí que yo tenía cáncer, y ni me preguntaban. Yo lo tomé como muy tranquila...*” (Diana, 51 años).

ESTRATEGIAS PARA ENFRENTAR LOS CAMBIOS CORPORALES

Como consecuencia de la caída del pelo las mujeres utilizan diversas estrategias para enfrentarlo. Cinco mujeres prefirieron el uso de peluca

⁴ Los nombres en el presente artículo han sido cambiados para garantizar la confidencialidad.

tomándolo como una estrategia que las hace tener una imagen natural: “*Yo me lo corté progresivamente, y después me rapé. Un señor me hizo la peluca... ¡No!, la vanidad, el ego, no soy capaz de salir calva a la calle... Entonces me mandé a hacer la peluca. El día en que me rapé automáticamente empecé a usar la peluca... Yo salí al mundo como si nada; entonces mantuve la misma actitud con la gente que me conocía y que no me conocía. Yo decía que una peluca hace que, aparentemente, tú estés bien, tú te arreglas, te maquillas, no pasa nada*” (Azucena, 40 años).

El uso de gorros y pañoletas es una estrategia menos usada. Una de las mujeres nunca utiliza peluca: “*Yo no me pongo peluca: ¿para qué me voy a poner eso? Me amarraba una pañoleta en la cabeza. Uso una pañoleta, y así me vengo a la consulta. Siempre con pañoleta. Si el vestido es verde me pongo la verde... sí...*” (Diana).

Dos de las mujeres utilizan gorros de manera ocasional, o durante el inicio de la alopecia: “*Yo compré mis gorros, pero me los puse cuando todavía tenía cabello, mientras me entregaban la peluca. Los gorros no son mi fuerte. Al salir a la calle con el gorro me sentía muy mal. Yo tengo mi peluca, y me siento normal*” (Laura, 58 años).

EXPERIENCIAS EMOCIONALES DURANTE EL TRATAMIENTO

Esta subcategoría se definió como el conjunto de reacciones

emocionales, ya sean agradables o desagradables, surgidas durante el tratamiento con quimioterapia. Las reacciones emocionales de tristeza y de ansiedad surgen en un primer momento al conocerse el diagnóstico del cáncer. Todas las mujeres manifestaron que al conocer el diagnóstico de cáncer sintieron ansiedad y tristeza; “*Yo estaba con la doctora. Mi esposo siempre viaja, pero él no se había ido a viajar, y él vino entonces. Es algo terrible, porque uno dice: ‘Bueno, ¿por qué a mí? ¡Si yo en este momento tengo un bebé de 3 años, mi hija está pequeña, yo siempre he tenido una pareja, había sido chévere, una familia bonita!... De todas formas, uno se pone triste, porque oye esa palabra como tan dura, y uno dice: ¡Me voy a morir!...*” (Adriana, 49 años).

Todas las mujeres presentaron reacciones emocionales percibidas de manera negativa, como la tristeza en el inicio del tratamiento con quimioterapia. Estas emociones se encuentran asociadas al cambio de la corporalidad, y los efectos secundarios molestos de la quimioterapia: “*La quimioterapia los primeros días es cruel, produce demasiada ansiedad, produce náuseas, los olores son desesperantes, no se soporta el olor a comida, el apetito se le quita a uno. Le baja a uno el ánimo, que uno quisiera llorar a toda hora. Recuerdo el primer día que tenía que hacer la quimioterapia. ¡Yo llegué con una hora de retraso, porque no quería salir de mi casa...!*” (Laura).

Después de esta fase de ansiedad y tristeza durante el diagnóstico de cáncer y la quimioterapia, todas las mujeres empezaron a percibir emociones que fueron sentidas como positivas, generadoras de alegría o tranquilidad. Esto se asocia a la perspectiva de curación que le proporciona la quimioterapia a la mujer: “*Yo estaba preparada psicológicamente, aunque no sabía en qué consistía una quimioterapia, no tuve ni idea, ni nadie cercano en ese tratamiento; simplemente, decidí enfrentar las cosas con actitud positiva. Yo decidí tomar el camino de sanarme, de estar bien; entonces las quimioterapias no fueron tan dolorosas, tan fuertes, ni fueron un motivo para que me deprimiera. Yo las alternaba con ejercicios, salir a caminar, conversando, aprovechar mucho el tiempo para enfocarme en la parte espiritual, el trabajo...*” (Azucena).

SIGNIFICADOS DEL TRATAMIENTO, NUEVAS CREENCIAS Y NUEVOS OBJETIVOS VITALES

Esta categoría se definió como las creencias, los significados y los objetivos vitales que surgen con la quimioterapia. Incluyó las subcategorías: significados de la enfermedad y el tratamiento; Expectativas hacia el tratamiento; y Nuevas creencias y objetivos vitales.

SIGNIFICADOS DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO

Todas las mujeres manifestaron un gran temor a que la enfermedad

y el tratamiento provocaran en los demás un sentimiento de pesar o de lástima. El pesar y la lástima tienen un significado negativo para ellas: “*El consejo que yo le doy a una mujer que está pasando por esto es que cuide su apariencia. Ser descuidada, ponerse un gorrito o una cachucha... y peor si salen calvas... Lo que uno quiere es que lo traten normal..., que te tengan consideración, que, ‘Bueno, salió de una quimio, siéntese acá, tómese esto’; pero, no sé... siempre lo miran a uno: ‘¡Pobrecita!... Yo seguía trabajando, y yo no quería llegar a un trabajo y que me vieran con una pañoleta, porque de una vez van a decir: ‘¡Pobrecita esta vieja!', ‘Esta vieja está enferma', que me va a atender a mí; O: ‘¡¿Cómo le voy a entregar mi trabajo a una persona de estas?!’. Porque no todos piensan de la misma forma, así yo esté divinamente*” (Azucena).

Todas las mujeres identifican el fármaco utilizado (doxorrubicina) con un olor particular y con el color rojo; este olor se torna indeseable para ellas y tratan de eliminarlo, pero no lo logran. Esta identificación también se hace con los efectos secundarios: “*...Pero pude comprobar una cosa: el olor que uno toma. Mi esposo me decía que olía a hierro. Nunca me reprocha eso, porque sí: sólo es a hierro. Así me echara loción, me bañara. Yo me baño hasta tres veces en el día, y no se me quita el olor*” (Adriana).

Una mujer tiene una explicación para su enfermedad asociándola a lo que ella percibe como el mal manejo de las emociones a lo largo de su

vida “*Sí. Emociones mal manejadas; indudablemente, muchas, muchas. Y sé que tiene que ver con eso con el cáncer. La lección es, definitivamente, que hay que aprender a valorarse, tener autoestima, no sufrir por lo que no se debe sufrir... Un apego impresionante a mi papá, por ejemplo, de niña; miedo al abandono de mi papá. Yo crecí con esos temores, con esos complejos, con miedos... He leído de la teoría... El lugar donde esté ubicado el cáncer tiene que ver con un tipo de emociones, y yo comprendí que es así...*” (Azucena).

Todas las mujeres le dan a la quimioterapia el significado concreto de ser el instrumento para la curación, pero al mismo tiempo la perciben como una medicación tóxica, que afecta su salud por los efectos secundarios, pero que es necesaria para superar la enfermedad: “*Poco a poco la voy superando. Ahora, que produce muchas secuelas en el cuerpo... lo quema a uno terriblemente... estoy toda vuelta nada, y es demasiado fuerte... porque es que la quimio le destruye su organismo. Me la tengo que hacer, porque es la única manera de curarme... de alguna manera hay que salir adelante, deberían de inventar otra cosa que no fuera tan fuerte... porque es que las secuelas son terribles. La memoria... Se me olvidan las cosas. Yo tenía muy buena retentiva*” (Laura).

Expectativas hacia el tratamiento

Esta subcategoría se definió como el conjunto de reacciones y esperan-

zas que se vivencia por parte de las pacientes con respecto a la posibilidad de curación o mejoría del cáncer al ser tratadas con quimioterapia. La principal expectativa de todas las mujeres estudiadas hacia el tratamiento con quimioterapia fue lograr la curación del cáncer: “*Yo lo asimilo como algo que tiene que pasar obligatoriamente, y le digo que uno tiene la expectativa de que se va a sanar y que esto es algo temporal. Siempre lo tomo como algo temporal, no definitivo... se ve uno mal, se siente uno mal, pero... está a la expectativa de que eso va a pasar, va a terminar y me voy a curar*” (Adriana).

NUEVAS CREENCIAS Y OBJETIVOS VITALES

Todas las mujeres objeto de estudio ven el trabajo como una actividad que ayuda a la curación. La inactividad se ve como algo negativo y que es poco apropiada para el proceso que se vive: “*Mientras usted está en su tratamiento, usted vive única y exclusivamente para su tratamiento. Pues yo como trabajo, pues la ilusión mía es 15 días que yo me estaba en mi casa, 15 días en que me cuidaba en la comida, 15 días en los que soportaba las cosas. Yo quería venir a trabajar, porque el trabajo me ayuda. Si yo me quedo en la casa creo que no soy capaz de salir adelante. Pero el hecho de uno venir a trabajar, de interactuar con la gente, de cambiarse, arreglarse, salir, montarse en el carro, todas esas cosas lo ayudan a uno...*” (Laura).

Todas las mujeres consideraron la enfermedad como una enseñanza. Ninguna percibió a la enfermedad como un castigo, y todas consideraron que las hacía mejores personas: “*Pues siempre pensé que esto es como una especie de prueba... consideré que todo esto por lo que he pasado y todo lo que he recibido me tenían que permitir ser una persona mejor a lo que había sido antes, sí. Procura uno ser mejor, procura tomar las cosas con más calma, se deja uno de tanto estrés, tanto estar pensando uno en metas así como tan... así... que sean obligatorias, se vuelve uno como más tranquilo, más de gozar el resto de tiempo que se me dio, la oportunidad*” (Julia).

Dimensión Interpersonal

EXPERIENCIAS CON LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

La experiencia de la quimioterapia altera la forma como se relaciona la afectada con las demás personas. Esta categoría desarrolla el concepto del cambio de las relaciones de la mujer hacia los demás durante el tratamiento. Comprende las siguientes subcategorías: relaciones con la pareja, relaciones con los hijos, relaciones con la familia y relaciones con la comunidad.

RELACIONES CON LA PAREJA

Esta subcategoría se definió como el conjunto de las relaciones psicosociales con la pareja surgidas durante

la quimioterapia. Las dos mujeres que tenían pareja manifestaron sentimientos de apoyo y comprensión por el estado de la mujer. “*No me preocupa mucho con respecto a mi esposo, y con el tratamiento, él extremó el cuidado conmigo. Estaba pendiente todo el tiempo, dedicado a mí, consiguiendo los medicamentos, todo, todo. Es el hombre que yo necesito para una enfermedad de ese tipo. No me hizo sentir que yo estaba fea, ni sin pelo, ni... El médico tratante le recomienda a uno de que debe seguir una relación normal de pareja, en la medida de las capacidades. El hecho de que esté pasando uno por estas no es para... En los días que uno está mal, pues no, y la persona también entiende*” (Julia).

En contraste con esta situación, para otras dos de las mujeres su relación de pareja se afectó considerablemente, ante el poco apoyo y comprensión frente a la enfermedad y el tratamiento, y en uno de los casos la relación terminó: “*Cuando me diagnostican esto, él me acompaña, él trató como de estar ahí, pero ya no podía. Yo lo llamé, y me dijo: 'Listo, que sea lo que Dios quiera... pero yo te diría que sea lo que Dios quiera, pero yo te apoyo, cuenta conmigo, pero, venga, ¿tú qué quieras?, ¡no!, lo que Dios quiera, por siempre solidaridad con el género humano'. Para mí eso fue terrible. Yo esperaba de esa persona un apoyo, y al no contar con él... no entré en crisis depresiva, pero sí sentí mucha tristeza...*” (Azucena).

La mujer tiene un cambio en la necesidad de estar acompañada por

una pareja. Empieza a pensar en que puede vivir sola o escoger una pareja mejor: “*He cambiado los afectos hacia la persona que más amaba. En mi vida pensé que lo dejaría y corté con él hace 3 meses. Creí que me iba a morir, pero es parte de una inseguridad que hay dentro. Esa parte es grave, porque, en el caso mío, yo soy soltera, no tuve hijos, vivo sola, pero tenía pareja...*” (María).

RELACIONES CON LOS HIJOS

Tres de las mujeres tenían hijos. En estos casos las relaciones de los hijos ante las mujeres fueron de comprensión y apoyo: “*Yo le decía a mi hija que el cabello me crece, que no pasa nada. Entonces ella ya se quedó más tranquila, pero el pequeñito... y nosotros nos reunimos todos, y yo le decía a mi esposo que no le puedo contar, pero él se dio cuenta que yo estaba calva. Una vez que él tenía una fiebre, porque yo hasta que él no se acostaba yo no me quitaba la peluca, me ponía una pañoleta... resulta que ese día el niño lloró y yo me levanté volada... Se me había caído la pañoleta, y el chino se quedó mirándome y me dijo: ‘Mamá, usted parece un monstruo’. Me dijo así, no se me puede olvidar; y yo me di cuenta que tenía que explicarle al otro día. Entonces de ahí para acá se convirtió en mi enfermero. El sabía que yo estaba en tratamientos, si vomitaba, él córrale. Se convirtió como en el enfermero. Era ahí, pendiente de mí, de estar ahí acompañándome y aliviándome*” (Adriana).

RELACIONES CON LA FAMILIA

En el caso de todas estas mujeres, en la familia la comunicación inicial del diagnóstico de cáncer produce ansiedad y tristeza: “*Mi mamá cuando supo mi diagnóstico por teléfono —porque yo no estaba acá—... cuando yo la llamo y le digo... al rato me llama mi cuñada y me dice: ‘Su mamá está hecha un mar de lágrimas. Está desesperada. Está que se enloquece’. Porque ella fue y buscó su libro de la salud y buscó carcinoma. Era cáncer. Entonces ella, automáticamente, entró en shock...*” (Azucena).

Esta reacción inicial de tristeza ante el diagnóstico da paso a un sentimiento de apoyo y comprensión hacia la mujer. La familia toma con tranquilidad el tratamiento y aumenta el apoyo: “*Yo nunca fui sola donde el médico. Mis hermanos me llevaban y me traían. No me dejaban manejar. Yo era la niña bonita: ‘Camine, vamos a dar una vuelta’, ‘Camine, cambie de ambiente’, ‘¿Qué quiere usted comer, que nosotros le traemos?’. Yo tengo muchísima colaboración por parte de mi familia. No me desamparaban en ningún momento, se pelearon hasta por quién me iba a acompañar a la clínica... El apoyo que yo sentí en mi familia me ayudó a salir adelante*” (Laura).

RELACIONES CON LA COMUNIDAD

Las mujeres estudiadas, en general, sienten que las demás personas son indiscretas y morbosas. Tienen la preocupación de que pue-

dan hablar a sus espaldas y con la intención de hacerles daño: “Otro detalle es la imprudencia en los seres humanos. Tuve una persona que me dijo: ‘Quítese la peluca, a ver cómo se ve calva’. Le dije: ‘Deje de ser morboso’... es eso: el entorno social, que hace daño a muchas personas en esto, lo afectan, y yo ya estaba programada. Mi pareja me dijo: ‘Cuidado con los que le van a decir que se va morir de eso y la van a enterrar; ¡nada! Cierre puertas, y no ceda...’” (María).

Cinco de las participantes recibieron apoyo y comprensión por parte de sus amigos y sus compañeros de trabajo: “Le dije a la arquitecto interventora: ‘Mañana no puedo venir, porque voy para quimio’, se quedaron así: ‘¡¿Que qué?!...’ Y lo les dije ‘Sí, mañana tengo quimio’... ‘¿Cómo así? ¿Quimio?’... ‘como, ¿por qué?’, ‘Claro, ya ésta es la tercera quimio’..., ‘pero venga, a ver’... Al otro día me dice la arquitecta: ‘Usted no me va creer, pero anoche entré en una... como en un estado de arrepentimiento. ¡Esta vieja estando en eso, y la actitud que tiene! Las ganas que tiene de vivir, la manera como hace las cosas, y uno por una gripe se echa a morir’. Yo llegué y le conté a mi esposo. No podía creer, ‘Pero, ¿no se te ha caído el pelo?'; yo le contesté: ‘Sí, claro: este no es mi cabello’... ‘¡no lo puedo creer!, ¡es que no parece!’ Yo iba a mi quimio, él me llamaba: ‘¿Cómo le fue? ¿Cómo estás?’...” (Azucena).

Experiencias con otros pacientes y el equipo médico

Este concepto emergió durante el análisis. Esta categoría se definió como las relaciones surgidas con el cambio de rol de la mujer hacia ser una paciente con cáncer en tratamiento, y las relaciones surgidas durante la interacción con los demás pacientes durante las sesiones de quimioterapia. Las subcategorías de este concepto son: relación con otros pacientes; relación con el oncólogo; críticas hacia los médicos; y reflexión acerca de la necesidad de mayor apoyo psicológico.

RELACIÓN CON OTROS PACIENTES

Todas las mujeres tuvieron una actitud de apoyo y comprensión hacia las otras personas que estaban pasando por la misma enfermedad o por el mismo tratamiento. Se consideran una fuente de experiencias acerca del proceso: “Sí: me salió un sentimiento de que todas a las que encuentro que tienen cáncer de seno... tengo que entregarlo todo en lo que estoy haciendo. Este fin de semana tengo un viaje para ayudar a alguien. Sí, me voy, porque le van a hacer quimioterapias... Quiero que desde el punto de vista de mi oficio nutricionista, cuenten conmigo. Esto es parte de una responsabilidad que tengo con el que viene detrás de mí. Porque yo ya pasé una prueba, y tengo que darle a los demás parte de mi misma” (María).

Una mujer criticó lo que ella percibía como una mala actitud de una amiga actualmente con quimioterapia: “*Mientras que... en diciembre del año pasado una de mis mejores amigas, que me estuvo acompañando en mi proceso, le diagnosticaron cáncer de pulmón a los 39 años, y para esa niña el mundo se le vino encima. Todavía la mamá dice que le dan pataletas, que se deprime, que anda en un estado catatónico depresivo... Entonces estamos preocupadas, porque decimos que una persona así puede hacer cualquier cosa... Y viéndolo desde la parte espiritual, yo pienso que esta enfermedad es una enseñanza. Si yo no aprendo de esto, me la repiten*” (Azucena).

RELACIÓN CON EL ONCÓLOGO

En el caso de todas las mujeres el oncólogo es visto como un guía y un apoyo durante el proceso. Las mujeres sienten que esta actitud es positiva y aumenta la posibilidad de lograr la curación de la enfermedad: “*El oncólogo me dice que ese positivismo es muy bueno en el caso del tratamiento. El siempre maneja... de que yo voy a salir adelante. Siempre me veía bien. Siempre deseaba que no sea interrumpido el tratamiento de quimioterapia. Que se pudiera hacer completo, sin interrupciones, porque eso era necesario para salir adelante. Me explicó que debía ser positiva, que debía seguir llevando una vida normal, que debía ser la misma, que solamente en los días que me sintie-*

ra tan mal que procurara estarme en la cama mientras pasaban todo; entonces empecé a manejarlo por el aspecto positivo” (Julia).

CRÍTICAS HACIA LOS MÉDICOS

Tres de las mujeres tienen la idea de que el descubrimiento del tumor fue hecho mediante el autoexamen mamario, a pesar de tener resultados recientes de exámenes físicos y paraclínicos que eran negativos para el tumor. Opinan que la atención médica es superficial y no toma en cuenta a la paciente: “*No fue por descuido mi problema de salud..., porque yo todos los meses, todos los años, sagradamente me hacia la mamografía. Yo no tenía ni 8 meses de haberme hecho la mamografía. ¿Quién la descubrió? Yo misma. A mí me empezaron a doler los senos, el médico me revisó y dijo que el cáncer no duele... y a mí se me metió en la cabeza que yo quería hacerme la mamografía, y yo fui a la EPS y les dije: 'Yo quiero tomarme esa mamografía'. O sea, fue como si Dios me hubiera avisado, porque se me metió en la cabeza que yo necesitaba hacerme la mamografía, y allá me dijeron: '¡Todavía no tiene el año!'...*” (Laura).

REFLEXIÓN ACERCA DE LA NECESIDAD DE MAYOR APOYO PSICOLÓGICO

Todas las mujeres del estudio reflexionan acerca de la necesidad de mejorar el apoyo psicológico durante el proceso de quimioterapia.

Expresan la necesidad de una explicación de la afectación psicosocial producida por la quimioterapia para disminuir el sufrimiento emocional: “*Que días estuve hablando con una persona que estudia medicina. Ella me dice a mí que el mensaje de esta enfermedad es que esto sirva para ayudar a otros; entonces, en Bogotá existen grupos de apoyo... Es súper, he ido a varias reuniones, y eso es excelente... y entonces yo tengo esa inquietud. Yo, incluso, le escribí a la psicóloga, y le dije que yo quería formar un grupo de apoyo, porque no hay acá. Ella nunca me respondió... entonces, a mí sí me gustaría... Ahorita, antes de que me atendiera el médico, me preguntó una señora: ‘Bueno, ¿y la alimentación...?’ Hay tantas cosas que uno como paciente puede compartir con otras personas. Sí. Entonces yo pensé que lo podría liderar. A mí me gustaría muchísimo... pero tú sabes que una sola golondrina...”* (Azucena).

Discusión

Esta investigación cualitativa desarrolló cuatro categorías para intentar explicar la experiencia de cómo es la experiencia de vivir el tratamiento con quimioterapia para el cáncer con una perspectiva psicológica y relacional. Como marco de referencia se tuvo en cuenta el modelo ecológico de Bronfenbrenner (22).

La dimensión intrapersonal, que corresponde a las reacciones in-

trapísquicas de la paciente, englobó las categorías siguientes: experiencias de cambio en la corporalidad y reacciones emocionales, y significados del tratamiento, nuevas creencias y nuevos objetivos vitales.

Experiencias de cambio en la corporalidad y reacciones emocionales

A lo largo del discurso las mujeres estudiadas identificaron la pérdida del pelo como el principal efecto de cambio en la corporalidad producido por la quimioterapia. La feminidad se altera, al ser identificada la presencia del pelo como una característica principal del ser mujer. La quimioterapia, al asociarse a la caída del pelo, se asocia también a la pérdida de la feminidad.

Estos hallazgos concuerdan con la literatura cualitativa revisada acerca de este tema (12,13). Sólo una mujer tenía la preocupación de ser identificada como enferma de cáncer (estigma) por la caída del pelo, y eso la llevó a tener una actitud de aislamiento social. Las otras mujeres aceptaron la caída del pelo con tranquilidad y menor dificultad. Las estrategias para afrontar la caída del pelo son el uso de pelucas, de pañoletas y de gorros. La estrategia más usada fue el uso de pelucas que se consideraron como de apariencia más natural. Las mujeres sólo se mostraban calvas ante personas de su confianza, y sólo en contadas ocasiones. Las mujeres tienen una

actitud activa para afrontar la alopecia, lo cual concuerda con la literatura (2).

La primera reacción emocional surge durante la comunicación por parte del médico de que se tiene cáncer de mama. Esta reacción es de tristeza y ansiedad. Con posterioridad a este primer impacto emocional la mujer empieza a sentirse más tranquila y a experimentar reacciones emocionales percibidas como positivas, al asociar la aplicación de la quimioterapia a la curación del cáncer.

Una de las mujeres presentó ansiedad ante procedimientos asociados a la aplicación endovenosa de la quimioterapia. Estos hallazgos concuerdan con lo que Bronfenbrenner comentaba: lo que realmente hay que considerar es cómo la persona percibe el ambiente, más que la realidad objetiva que, supuestamente, ve el investigador (21).

La gravedad de la neoplasia puede hacer pensar que la persona está totalmente afectada si el pronóstico es malo, o no tiene ningún tipo de afectación si el pronóstico es bueno, lo cual conlleva subestimar, o, en el caso contrario, “patologizar” reacciones emocionales que con otra perspectiva del observador serían vistas como adaptativas (22).

Significados del tratamiento, nuevas creencias y nuevos objetivos vitales

La quimioterapia como experiencia tiene un significado para la

paciente, quien trata de entender a lo largo del proceso sus nuevos roles sociales y los cambios en su vida. El hecho de tener una enfermedad potencialmente mortal, como lo es el cáncer, hace que la persona se pregunte sobre cómo ha vivido su vida, se replantee sus creencias, y hace que surjan para ella nuevos objetivos y creencias.

Las mujeres objeto de estudio asociaron la quimioterapia a un olor particular, que ellas describen como “a droga” o “a hierro”, y al cual consideran molesto, pues tienen la percepción de que las demás personas lo pueden oler, pese a que ellas se bañen constantemente y usen perfume. Consideran, también, que la quimioterapia es altamente tóxica y produce secuelas irreversibles en el organismo.

El trabajo, por otra parte, es visto como una actividad que ayuda en gran medida a la curación de la enfermedad. Una de estas mujeres asocio el origen de la enfermedad a efectos de lo que ella denominó “mal manejo de emociones” a lo largo de la vida. Estos hallazgos concuerdan con la literatura cualitativa (17). Ninguna mujer asoció la enfermedad a un castigo, sino que lo asumieron como una enseñanza de la vida. Se mostraron muy preocupadas porque su situación pudiera despertar lástima en las demás personas, al percibirla como algo negativo para su situación vital, lo que se asemeja a la literatura (15,16).

La dimensión interpersonal, que corresponde a las reacciones de la

paciente entendiendo a los demás en su entorno inmediato, englobaron las siguientes categorías: experiencias con la familia y la comunidad, y experiencias con otros pacientes y el equipo médico.

Experiencias con la familia y la comunidad

La noticia inicial del diagnóstico de cáncer de mama produce sentimientos de tristeza y ansiedad en la familia, que después dan paso a una actitud de apoyo hacia la enferma. La familia asume una actitud de apoyo hacia la enferma durante el tratamiento con quimioterapia. En las mujeres que tenían pareja hubo una actitud de apoyo y comprensión por parte de estas. Dos de las mujeres terminaron su relación de pareja durante el tratamiento percibiendo que son emocionalmente más fuertes y pueden elegir mejor sus relaciones.

Las mujeres con hijos percibieron las relaciones con estos como de apoyo y comprensión. Las mujeres evaluadas tienen la creencia de que la actitud de las demás personas, como los vecinos, los amigos y los compañeros de trabajo, es de morbo e indiscreción, y ello las hizo sentir incomodas en sus relaciones y preferir ocultar la enfermedad y su tratamiento. Estos hallazgos concuerdan con la literatura acerca del tema (14-16), aunque no se evidencia el grado de compromiso en las relaciones familiares, porque las mujeres y sus familias terminan aceptando

con tranquilidad la experiencia de la enfermedad y el tratamiento (14).

Experiencias con otros pacientes y el equipo médico

Esta fue una categoría emergente durante el análisis, ya que no se la había definido al principio de esta investigación. Durante las sesiones de quimioterapia las mujeres asumen una actitud de diálogo y apoyo con los otros pacientes. El oncólogo es visto como un guía, y se le atribuyen actitudes de apoyo psicosocial que deberían ser asumidas por el profesional en salud mental (psiquiatra).

Las mujeres consideran, por otra parte, que a los médicos generales les falta exhaustividad en el examen físico, pues la mayoría cree que el descubrimiento del tumor en la mama fue hecho por ellas mismas en un autoexamen, y a pesar de haber asistido recientemente a chequeos médicos. Consideran también que es necesario un apoyo psicológico, para disminuir el sufrimiento vivido a lo largo del proceso de la enfermedad y el tratamiento. Esto concuerda con la literatura, en el sentido de que las intervenciones psicosociales de apoyo (individual y grupal) ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer, y, posiblemente, a aumentar la supervivencia (18-20).

Conclusiones

Esta investigación muestra que la experiencia de vivir un tratamiento

con marcados efectos secundarios afecta la dimensión psíquica de la persona cambiando sus creencias, sus deseos y las relaciones con las demás personas de su entorno inmediato. La experiencia es vista como una enseñanza de la vida, más que un castigo, y produce un cambio espiritual hacia la búsqueda de ser mejor persona.

Aunque todas las mujeres sienten que no necesitan ningún apoyo emocional en el momento presente de la experiencia, pues consideran que han superado todos los momentos emocionales difíciles que produce la quimioterapia, reconocen que les falta apoyo psicosocial en las etapas del diagnóstico del cáncer y la etapa inicial del tratamiento.

Las mujeres evaluadas reflexionan que habrían podido evitarse sufrimientos emocionales vistos como innecesarios durante estas etapas. Tal reflexión debe ir encaminada hacia el manejo integral del cáncer, asociando al psiquiatra, para que este pueda tratar o prevenir los trastornos mentales que puedan surgir durante el desarrollo de la enfermedad y sus tratamientos.

Agradecimientos

A Adriana Catalina Ruiz Quecán, y a Julio Ernesto Sepúlveda Delgado.

Referencias

1. Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantes H, Lewis S, et al. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Salud Pública Méx. 2009;51:S147-56.
2. World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN 2008: Cancer incidence and mortality worldwide in 2008Internet. Lyon: IARC; 2010Citado: 31 enero 2011. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.
3. Torres D, Umaña A, Robledo J, et al. Estudio de factores genéticos para cáncer de mama en Colombia. Univ Med (Bogotá). 2009;50:297-301.
4. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsh A, et al. Breast cancer. Lancet. 2005;365:1727-41.
5. Smedslund G, Ringdal GI. Meta-analysis of the effects of psychosocial interventions on survival time in cancer patients. J Psychosom Res. 2004;57:123-31.
6. Torres Mariño AM. Relación entre el patrón de conducta Tipo C y el cáncer de mama. Univ Psychol (Bogotá). 2006;5:563-73.
7. Pasacreta JV. Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. Nurs Res. 1997;46:214-21.
8. Murillo M, Alarcón Prada A. Tratamientos psicosomáticos en el paciente con cáncer. Rev Colomb Psiquiatr. 2006;35:92-111.
9. Hjel K, Andersen EW, Keiding N, et al. Depression as a prognostic factor for breast cancer mortality. Psychosomatics. 2003;44:24-30.
10. Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. Gen Hosp Psychiatry. 2006;28:396-402.
11. Angarita FA, Acuña SA. Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. Univ Med (Bogotá). 2008;49:344-72.
12. Frith H, Harcourt D, Fussell A. Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. Eur J Oncol Nurs. 2007;11:385-91.
13. Harcourt D, Frith H. Women's experiences of an altered appearance during

- chemotherapy: an indication of cancer status. *J Health Psychol.* 2008;13:597-606.
- 14. Bigatti SM, Wagner CD. Psychosocial consequences of breast cancer for patients and families. *Psychol Sci.* 2003;45:75-89.
 - 15. Chunlestsukul K, Carlson LE, Koopmans JP, et al. Lived experiences of Canadian women with metastatic breast cancer in preparation for their death: a qualitative study. Part I: preparations and consequences. *J Palliat Care.* 2008;24:5-15.
 - 16. Chunlestsukul K, Carlson LE, Koopmans JP, et al. Lived experiences of Canadian women with metastatic breast cancer in preparation for their death: a qualitative study. Part II: enabling and inhibiting factors; the paradox of death preparation. *J Palliat Care.* 2008;24:16-25.
 - 17. Carvalho-Fernández AF, Mesquita-Melo E, Almeida-Araújo IM, et al. Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama. *Avances en Enfermería.* 2005;23:28-35.
 - 18. Cunningham AJ. Integrating spirituality into a group psychological therapy program for cancer patients. *Integr Cancer Ther.* 2005;4:178-86.
 - 19. Cunningham AJ, Phillips C, Stephen J, et al. Fighting for life: a qualitative analysis of the process of psychotherapy-assisted self-help in patients with metastatic cancer. *Integr Cancer Ther.* 2002;1:146-61.
 - 20. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. 1a ed. Barcelona: Paidós Ibérica; 1987.
 - 21. Torrico-Linares E, Santín-Vilariño C, Andrés-Villas M, et al. El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales Psicología.* 2002;18:45-59.
 - 22. Sandoval Casilimas CA. Investigación cualitativa. Bogotá: ICFES; 2002.
 - 23. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. 1a ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 12 de diciembre del 2010

Aceptado para publicación: 20 de febrero del 2011

Correspondencia

Carlos Eduardo Parra Gómez
Médico residente de psiquiatría, III año
Universidad del Rosario
Calle 62 No. 4-88, apartamento 103
Bogotá, Colombia
carloseparagmd@hotmail.com