



CONSECUENCIAS EMOCIONALES TRAS EL CÁNCER DE MAMA. DOS ESTUDIOS DE CASO

Realizado por:

Laura Lourdes Ruiz Hornos

Institución educativa:

Facultad de Psicología

Universidad de Granada

Curso, especialidad y período académico:

4º Grado de Psicología, 2015 – 2016

Correo electrónico:

lauraruho@correo.ugr.es

Tutor del TFG:

José Miguel García Ramírez



Trabajo Fin de Grado

RESUMEN

La detección precoz del cáncer es importante en el éxito del tratamiento que se implemente a las personas enfermas; pero también es importante conocer los factores psicosociales que afectan a su bienestar psicológico y su recuperación de las secuelas tanto físicas como emocionales. En este trabajo, cualitativo, se muestran dos casos de personas enfermas de cáncer de mama; Los instrumentos utilizados son una entrevista semiestructurada, un registro de emociones diarias de autoayuda y una escala de felicidad. Los resultados indican que una participante mostró mejora, pero la otra no; esta segunda participante estaba sometida a un tratamiento hormonal que afectaba a su humor, por lo tanto la intervención fue eficiente ya que mantuvo su nivel de sentido positivo de la vida. Para concluir, las pacientes mostraron agradecimiento por la atención prestada y la necesidad de la figura de la psicooncóloga durante su tratamiento.

Palabras clave: Cáncer de mama / Riesgos psicosociales / Emociones / Psicooncología

ABSTRACT

The early detection of cancer is important to the success of the treatment administered to patients, but it is also important to be aware of the psycho-social factors that affect their psychological well-being and their recovery from the physical and emotional effects. In this qualitative study two cases are presented of breast cancer patients. The instruments used are a semi-structured interview, a daily written record of emotions and a happiness scale. The results indicate that one participant showed improvement, while the other did not; this second participant was undergoing a hormone treatment which affected her mood; therefore, the intervention was efficient since she maintained her positive perspective of life. In conclusion, the patients showed gratitude for the attention provided and the presence of the figure of psycho-oncologist during treatment.

Key words: Breast cancer / Psycho-social risks / Emotions / Psycho-Oncology

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
MÉTODO	6
Diseño de investigación	6
Participantes	6
Instrumentos	7
Procedimiento	8
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	14
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXOS	19
Anexo 1. Entrevista participante 1	19
Anexo 2. Entrevista participante 2	22
Anexo 3. Hoja de registro de emociones diarias de autoayuda	25

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una proliferación rápida de células anormales que se extiende fuera de sus límites habituales y puede invadir otras partes del cuerpo propagándose a otros órganos (metástasis), siendo el cáncer una de las principales causas de morbilidad y mortalidad del mundo. Se prevé que aumente el número de nuevos casos un 70% en los próximos 20 años, siendo el cáncer de mama uno de los más diagnosticados (OMS, 2015), como se observa en el informe anual de la Sociedad Española de Oncología Médica este tipo de cáncer tuvo una incidencia en 2012 de 25.215 casos nuevos (SEOM, 2016).

En las sociedades occidentales, la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres es el cáncer de mama (Benia y Tellechea, 2000), una patología crónica grave con gran incidencia y consecuencias psicológicas en el paciente, además de que la parte del cuerpo implicada está muy relacionada con la sexualidad, la feminidad y la autoestima (Aubá y Cervera, 2005), por lo que el diagnóstico está sujeto en la sociedad a importantes cambios en las estructuras y funciones corporales, las mujeres asocian el cáncer con dolor, muerte y preocupación a ser estigmatizadas por la caída del cabello, la quimioterapia o las cirugías mutiladoras (Giraldo-Mora, 2009). En investigaciones comparativas de pacientes con cáncer de mama y mujeres sanas se observó que las mujeres sanas tenían ideas, pensamientos y representaciones más negativas acerca de la enfermedad y del pronóstico que las propias enfermas (García-Viniegras y González, 2007; Giraldo-Mora, 2009). En esta investigación, trabajaremos con dos tipos de cáncer de mama: el carcinoma ductal invasivo o infiltrante (CDI) y el cáncer de mama inflamatorio invasivo (IBC); el CDI es el tipo de cáncer de mama más común, se produce en los conductos lácteos de la mama, propagándose hacia el tejido adiposo de la mama, mientras que el IBC es muy poco común y muy difícil de diagnosticar mediante mamografías, ya que no presenta protuberancias, sino piel roja, caliente, con hoyuelos, seno sensible y firme. Se produce una inflamación o infección por células cancerosas que provocan un bloqueo en los vasos linfáticos de la piel (American Cancer Society, 2016).

Cuevas y García (2006) muestran los factores de riesgos más frecuentes en el cáncer de mama como la edad avanzada, el sexo femenino, antecedentes familiares, factor hereditario (gen BRCA1 y gen BRCA2), hiperplasia mamaria, presencia de factores ambientales, hormonales, alimentarios, estilos de vida y estructura corporal, cuyo conocimiento permite la prevención de nuevos casos.

La enfermedad se ve reflejada en todos los ámbitos de la vida de la persona, en lo familiar, conyugal, social y laboral, afectando a la estabilidad de su bienestar psicológico (García-Viniegras y González, 2007) sobre todo debido a la repercusión de los efectos del tratamiento como la quimioterapia, cirugía, radioterapia y hormonoterapia, cuyas aplicaciones afectan a la vida cotidiana de los pacientes, la quimioterapia altera la imagen corporal de la mujer, dañando su autoimagen y autoestima, por lo tanto, con la caída del cabello las mujeres consideran que se altera un símbolo característico de su feminidad (Gómez, Sánchez y Enríquez, 2011), por lo que observamos el gran impacto de la enfermedad no solo a nivel físico sino también a nivel psicosocial (Terol et al., 2000; Sebastián et al. 2007). Por otra parte, el tratamiento hormonal se usa con frecuencia para reducir el riesgo de recidiva después de la cirugía, observando que el Tamoxifeno es muy usado en el cáncer invasivo con mujeres que aún no padecen la menopausia, pero estos tratamientos provocan efectos secundarios como cansancio, sequedad vaginal, sofocos o desajustes emocionales (American Cancer Society, 2016).

Pero, debido al gran avance médico y detección precoz ha aumentado el número de supervivientes de cáncer, supervivientes con necesidades psicosociales y secuelas a nivel físico como cicatrices o tratamientos hormonales, a nivel psicológico como miedos a la recidiva, preocupaciones o sensación de vulnerabilidad y a nivel social como pérdida de roles, desempleo o cambio en estilo de vida (Vivar, 2012) Las secuelas de dicha enfermedad no solo son identificadas como negativas, sino también se identifican secuelas positivas, debido a la resiliencia, es decir, la capacidad personal para hacer frente a las situaciones adversas y salir adelante. Supervivientes, aseguraron fortalecerse tras superar la enfermedad, considerándola una oportunidad para provocar un cambio significativo en sus vidas, confirmando que durante el paso por el cáncer les surgieron pensamientos y actitudes tanto positivos como negativos (Crespo y Rivera, 2012).

Como respuesta a estas necesidades surge la psicooncología, no sólo tras la enfermedad sino durante todo el proceso de la enfermedad, dando apoyo emocional, psicológico y social a los pacientes, a los familiares y al equipo profesional de la salud, con el objetivo de potenciar estrategias de afrontamiento, orientarlos y conseguir la adaptación (Scharf, 2005).

Uno de los modelos de gran interés para trabajar las posibles secuelas, es el Modelo Circumplejo de las Emociones, por su gran implicación en psiquiatría clínica, psicología, en trastornos del ánimo, ansiedad y depresión, donde los estados

afectivos surgen de 2 dimensiones bipolares una relacionada con la valencia – agradable/desagradable- y otra con la activación o arousal –activación/calma- (Posner, Russell & Peterson, 2005). Por otra parte, se descubrió que pacientes con cáncer de mama que elaboran un sentido positivo en sus vidas a partir de su enfermedad mostraron un mejor ajuste psicológico que las demás (Rodríguez, 2006).

Por todo ello, esta investigación cuenta con tres objetivos, por un lado, reconocer los factores de origen psicosocial que afectan a las personas que han pasado por un proceso de cáncer de mama; analizar las variables emergentes que afectan e influyen durante el tratamiento psicooncológico en personas que sufren cáncer de mama y por último, mejorar el tratamiento psicooncológico.

MÉTODO

Diseño de investigación

Un estudio de caso es una técnica muy valiosa en investigación, para la recopilación o interpretación de información sobre una persona (Reyes, 1999), ya que registra y mide sus conductas involucradas en el fenómeno estudiado (Carazo, 2006). Esta investigación consiste en dos estudios de caso de un carácter similar, en los cuales se compararan los resultados de una primera intervención, siguiendo un enfoque cualitativo-interpretativo para facilitar el conocimiento del contexto en el que surgen dichos fenómenos (Gómez, Sánchez y Enríquez, 2011).

Participantes

Participante 1

Mujer de 72 años, casada, pensionista, diagnosticada con cáncer inflamatorio invasivo (IBC) en la mama izquierda en el año 2014, se le administró un tratamiento constituido por ocho sesiones de quimioterapia cada veintidós días. Al finalizar dichas sesiones, la paciente pasó por una cirugía con mastectomía, con sesiones de radiación posteriores durante quince días. Debido a todo el proceso sufrió una bajada de defensas que le provocó el ingreso en el hospital para un tratamiento de transfusión sanguínea y posterior recuperación. Actualmente, en su organismo aún persiste un 10% de células cancerosas.

Participante 2

Mujer de 47 años, con pareja, trabajo estable, diagnosticada con carcinoma ductal infiltrante (CDI) en la mama derecha en el año 2014, se le administró un tratamiento constituido por cirugía del tumor y del ganglio centinela, posteriormente se le aplicó radioterapia durante veinte días hasta su recuperación. Y al finalizar, se comenzó un tratamiento hormonal durante cinco años. Actualmente, la paciente se encuentra continuando el tratamiento hormonal y con sintomatología depresiva, referida al mismo tratamiento por los profesionales de la salud.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada (Anexos 1 y 2)

Se determinó de antemano la información relevante a conseguir mediante una guía de preguntas o asuntos, sin embargo, en todo momento se tenía la libertad con las participantes de introducir preguntas adicionales para aclarar conceptos u obtener más información.

Hoja de registro de emociones diarias de autoayuda (Anexo 3)

Basada en el Modelo Circumplejo de las emociones, consta de cuatro apartados según el grado de activación y valencia de la situación:

- Situación desagradable y alta activación.
- Situación desagradable y baja activación.
- Situación agradable y alta activación.
- Situación agradable y baja activación.

Una vez indicada la emoción, la persona, deberá reconocer las posibles causas y como podría mantener esa emoción (en la parte derecha de nuestro registro) o como podría solucionarlo (en la parte izquierda de nuestro registro). Se realizó este registro con el fin de ayudar a la persona a conocer las causas de sus emociones, ayudarla a mantener sus emociones positivas y proporcionarle herramientas para solucionar las situaciones en las que se producen emociones negativas, volviendo a un estado de emoción positiva, así como trabajar la resiliencia.

Escala de Felicidad de Alarcón (2006)

Se trata de una escala de medida de felicidad, formada por 27 ítems de tipo Likert, de cinco alternativas (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo), de este modo, a mayor puntuación obtenida mayor es el índice de felicidad. La escala permite identificar cuatro dimensiones de la felicidad: el sentido positivo de la vida, la satisfacción con la vida, la realización personal y la alegría de vivir, teniendo esta escala una alta. La Escala de Felicidad goza de una coeficiente $\alpha=0.916$. Este estudio se centrará en la evaluación de la dimensión del sentido positivo de la vida, ya que es la más interesante a evaluar su evolución en personas que pasan por un proceso oncológico.

Procedimiento

El estudio se llevo a cabo a lo largo de distintas fases:

Fase inicial

En primer lugar, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre distintos artículos de psicooncología, así como artículos relacionados con el cáncer de mama, el bienestar psicológico, la estigmatización del cáncer, la post-enfermedad y los efectos del tratamiento, observando de esta forma, que la enfermedad se ve reflejada en todos los ámbitos de la persona, sobre todo debido a la gran repercusión del tratamiento. Observando también la gran necesidad de atención a los supervivientes de dicha enfermedad. Finalmente, se delimitó que las variables independientes de este estudio serían los estados de calma, apatía e irritación, mientras que la variable dependiente sería la felicidad.

Fase de pre-tratamiento

Se contacto con las dos participantes y se les explicó en qué consistía el estudio, proporcionándoles toda la información. Posteriormente, se citaron de forma individual a las participantes para la realización de la Entrevista Semiestructurada, donde se conocieron todos los detalles de su diagnostico, tratamiento, secuelas, así como pensamiento, emociones y toda la información acerca de su proceso de la enfermedad y post enfermedad. Después, se le administró a cada participante la Escala de Felicidad de Alarcón (2006).

Fase de tratamiento

Se realizó una intervención basada en el Modelo Circumplejo de las Emociones, distribuido en cinco sesiones (dos sesiones a la semana), esta intervención se realizó de forma diferente con cada participante:

Participante 1: debido a la avanzada edad y a la incongruencia entre la entrevista y la baja puntuación en la Escala de Felicidad de Alarcón (2006), se decidió trabajar junto a ella en cada sesión, ayudándola a rellenar los registros de emociones diarias de autoayuda, identificando las emociones, sus causas y cómo solucionarlas o mantenerlas. Trabajando con ella, en profundidad, las emociones negativas de baja activación. Finalmente, se le administró de nuevo la Escala de Felicidad de Alarcón (2006) y se procedió a revisar con ella los registros y cerrar la intervención.

Participante 2: en la primera sesión se le dejó y explicó los registros de emociones diarias de autoayuda, en los cuales la participante en cada sesión los rellenaba. Finalmente, en la última sesión se le administró la Escala de Felicidad de Alarcón (2006) y se revisó toda la información recogida centrándonos en cómo la participante solucionaba sus emociones negativas y mantenía sus emociones positivas y procedimos a cerrar la intervención.

Fase final

En esta fase, se transcribió la información obtenida en la entrevista, para su posterior análisis de consecuentes y no consecuentes. Por otro lado, se procedió al análisis de los datos recogidos en la Escala de Felicidad de Alarcón (2006) para la realización de un gráfico y, por último un análisis de los datos obtenido en las hojas de registro de las emociones diarias de autoayuda para analizar su frecuencia.

RESULTADOS

En la fase pre-tratamiento se realizó una entrevista para comprobar en que coincidían y en que se diferenciaban ambas participantes (tabla 1), observando que pese a mantener diferencias entre ellas, ambas compartían muchas características en cuanto a su proceso oncológico.

Tabla 1. Coincidentes y No coincidentes de la Entrevista semiestructurada de la Participante 1 y 2

Coincidentes:		No coincidentes:	
Participante 1	Participante 2	Participante 1	Participante 2
En la vida cotidiana, durante el cáncer seguía haciendo sus actividades favoritas para evadirse.	En la vida cotidiana, durante el cáncer seguía haciendo sus actividades favoritas para evadirse.	Edad: 72 años.	Edad: 47 años.
La familia se tomó la noticia del diagnóstico muy mal.	La familia se tomó la noticia del diagnóstico muy mal.	Profesión: pensionista.	Profesión: trabajo estable.
Apoyo emocional durante toda la enfermedad.	En todo momento se ha visto apoyada por los suyos.	Tipo de cáncer: cáncer inflamatorio invasivo (IBC) en la mama izquierda.	Tipo de cáncer: carcinoma ductal infiltrante (CDI) en la mama derecha.
Durante el cáncer, surgieron emociones positivas, considera que a partir de entonces se centró más en ella misma y en su familia y que fue más optimista.	Durante el cáncer, surgieron emociones positivas como dejar de lado las preocupaciones y ser más optimista.	Actualmente: continúa con un 10% de células cancerosas en su organismo.	Actualmente: recibe un tratamiento hormonal (durante 5 años).
Ahora es mucho más optimista.	Ahora es mucho más optimista.	Durante el cáncer, asegura que las pocas emociones negativas que pudo sentir de tristeza o falta de energía se debían a los efectos secundarios de la quimioterapia.	Durante el cáncer, las emociones negativas que ha experimentado son miedos, preocupaciones y ansiedad.
No buscó ayuda profesional psicológica.	No buscó ayuda profesional psicológica.	Centro: Hospital privado.	Centro: Hospital público.
No sabe ni conoce el papel de un psicooncólogo.	No sabe ni conoce el papel de un psicooncólogo.	Secuelas: Dolor en el bajo vientre.	Secuelas: Toma tratamiento para la depresión debido al tratamiento hormonal.
Ansiedad como secuela tras la cirugía.	Tras las sesiones de radioterapia ansiedad como secuela.	Revisiones: Antes del cáncer 2 veces al año.	Revisiones: Antes del cáncer no tuvo ninguna revisión, la primera fue la del diagnóstico del cáncer.

Participante 1:

Una vez obtenidos todos los datos de la hoja de registros de las emociones diarias de autoayuda de la participante 1, se comprueba que en todos los apartados siempre tiene aportaciones de su posible causa y sus posibles soluciones, excepto en el 3- Alta activación/situación desagradable, ya que la participante asegura que nunca se ha encontrado realmente irritada, estresada. (Tabla 2). Observando la frecuencia de las emociones a lo largo de las sesiones, apreciamos como finalmente se concentra en la parte agradable tanto de alta como baja activación, llegando a la última sesión a no puntuar en desagradable.

Tabla 2. Datos relevantes de las hojas de registro de las emociones diarias de autoayuda de la Participante 1	
Emociones	Frecuencia
1- Baja activación / situación agradable (Tranquila, relajada...)	Tranquilidad: 100% Realizando sus actividades cotidianas.
2- Baja activación / situación desagradable (Triste, cansada...)	Preocupación: 60% -Sesiones 1, 3 y 4- Por dolores físicos y causas familiares. Desgana: 40% -Sesiones 1 y 2- Por pérdida de ilusión en las cosas que realiza. Aburrimiento: 20% -Sesión 2- Monotonía en su vida.
3- Alta activación / situación desagradable (Irritada, estresada...)	En ninguna de las sesiones se ha dado una emoción de estas características.
4- Alta activación / situación agradable (Feliz, activa...)	Felicidad: 100% Rodeada de su familia y cuando rompe su rutina. Activa: 100% Mientras realiza las tareas domésticas.

A continuación se expone a través de un gráfico la evolución de la dimensión 1: Sentido positivo de la vida (grafico 1), perteneciente a la Escala de la Felicidad de Alarcón (2006), contemplando que el sentido positivo de la vida mejora entre la administración de la escala pre y post, aunque encontramos que en uno de los ítems empeora.

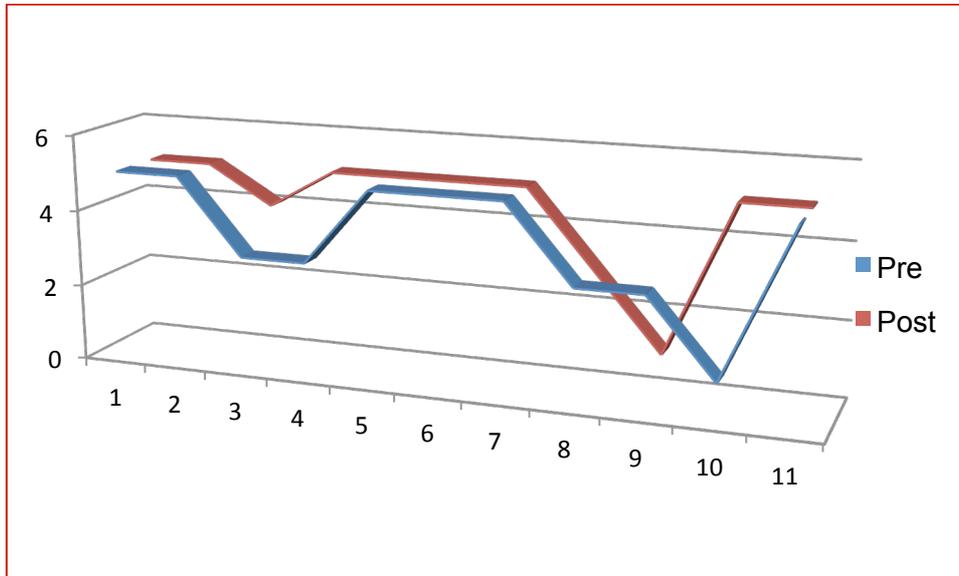


Grafico 1. Sentido positivo de la vida (Participante 1).

Participante 2:

Recogidos todos los datos de la hoja de registros de las emociones diarias de autoayuda (tabla 3), se observa que inicialmente la participante se percibe como una persona feliz y activa, situándose en el lado agradable del registro tanto de alta como baja activación en la primera sesión. En la segunda sesión, pasa a la tristeza manteniéndose también la felicidad, volviéndose en una tercera sesión al lado agradable del registro. Pero, se observa en la cuarta sesión un desajuste emocional, situándose en la 1- Baja activación / situación agradable (relajada) y 3- Alta activación / situación desagradable (irritada). Finalmente, se sitúa en el lado desagradable del registro, tanto de alta como baja activación.

Tabla 3. Datos relevantes de las hojas de registro de las emociones diarias de autoayuda de la Participante 2

Emociones	Frecuencia
1- Baja activación / situación agradable (Tranquila, relajada...)	Relajada: 40% -Sesiones 1 y 4- Realizando actividades que le gustan. Contenta: 20% -Sesión 3- Por la compañía de su familia.
2- Baja activación / situación desagradable (Triste, cansada...)	Tristeza: 40% -Sesiones 2 y 5- El mal tiempo le hace estar triste.
3- Alta activación / situación desagradable (Irritada, estresada...)	Irritada: 20% -Sesión 4- Debido al mal tiempo. Nerviosa: 20% -Sesión 5- Debido a una mala noticia en su familia.
4- Alta activación / situación agradable (Feliz, activa...)	Felicidad: 60% -Sesiones 1, 2 y 3- Por el amor de su familia.

Según se puede percibir a continuación en el gráfico de la evolución de la dimensión 1: Sentido positivo de la vida (grafico 2), perteneciente a la Escala de la Felicidad de Alarcón (2006), se observa que el sentido positivo de la vida se mantiene a lo largo de las sesiones estable, exceptuando en un punto en el que hay una pequeña mejoría apenas significativa.

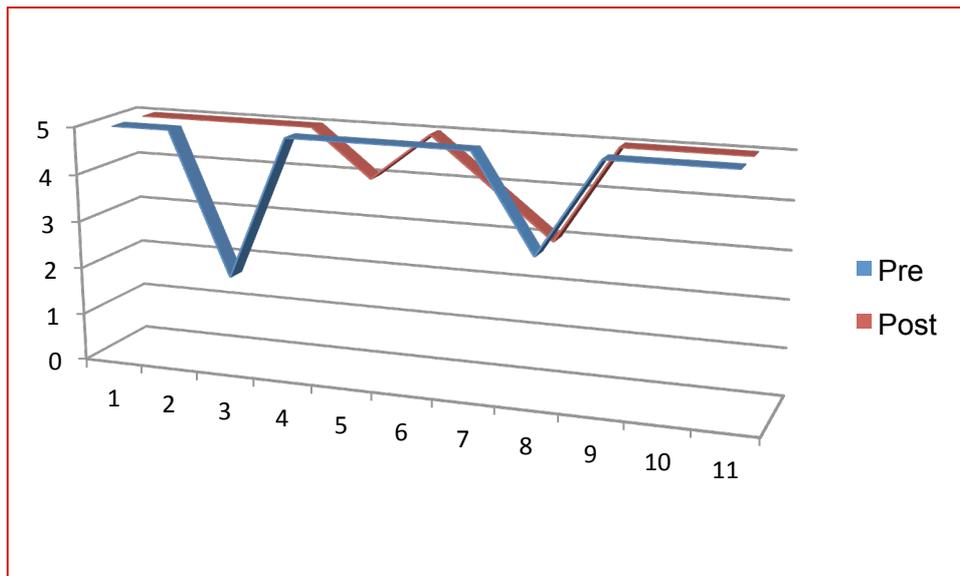


Grafico 2. Sentido positivo de la vida (Participante 2).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A través de los resultados se ha comprobado cómo se cumplen los tres objetivos de este estudio, ya que los datos obtenidos de los tres instrumentos una vez analizados han dado la posibilidad de reconocer todos los factores de origen psicosocial que afectan a las dos participantes y también nos han dado a conocer, sobretodo la hoja de registro de las emociones diarias de autoayuda conjuntamente con la entrevista semiestructurada, una serie de variables emergentes que les están afectando a las dos participantes. Concretamente los datos obtenidos en el instrumento de la escala de felicidad de Alarcón (2006) y una vez analizado, en los cuales en un caso ha mejorado la dimensión de sentido positivo de la vida, pero en el otro caso se mantiene concretando que en este caso se encontraba en un tratamiento hormonal, afectando esto a su humor, variando su estado emocional, pero sin embargo la dimensión se mantiene estable, por lo que es un logro el hecho de que se mantenga. Por otra parte, la hoja de registro de emociones diarias de autoayuda apoya el último objetivo que es mejorar el tratamiento psicooncológico a través de la resiliencia.

La resiliencia surge ante una situación adversa, de alto estrés o riesgo, como un mecanismo o consecuencia positiva, provocando en la persona un funcionamiento adaptativo que se mantiene a lo largo de la situación, con una autoestima positiva y capacidad de superación (Garrosa, Moreno-Jiménez y Ladstätter, 2013). Las personas que pasan por un proceso oncológico también desarrollan la resiliencia, ambas

participantes de este estudio, como podemos observar a partir de la entrevista semiestructurada, a raíz de ser diagnosticadas del cáncer de mama dejan de lado las preocupaciones que tomaban el control de sus vidas y deciden afrontar la nueva situación con fuerza gracias al apoyo emocional de sus familiares. Una vez superada la enfermedad y debido también a la resiliencia, se perciben a sí mismas como dos personas mucho más optimistas.

Por otra parte, si observamos los gráficos de las dimensiones del Sentido positivo de la vida de ambas participantes, nos corroboraría la consecuencia positiva de la resiliencia ante una situación adversa como es en este caso el proceso oncológico, ya que en ambos casos la dimensión, comparando el pre y el post, es positiva (en la participante 1 mejora y en la participante 2 se mantiene estable).

Sin embargo, la participante 1, a pesar de en la entrevista semiestructurada reflejar constantemente ser una persona optimista, sin ningún ápice de tristeza o emociones negativas, según los resultados de la hoja de registro de las emociones diarias de autoayuda, a lo largo de las sesiones se fueron reflejando sentimientos de desganar por pérdida de ilusión en las cosas que realizaba en su día a día, sentimientos de preocupación por dolores físicos o por familiares. Los sentimientos de desganar se trabajaron con ella mediante la motivación, consiguiendo que retomara actividades recreativas. Aunque encontramos estas emociones de baja activación y situación desagradable, a lo largo de las sesiones la participante 1 nunca se mostró irritada ni estresada (alta activación /situación desagradable). Observando tanto los registros de autoayuda como las puntuaciones en las dimensiones, observamos una mejoría en la participante a lo largo de las sesiones, a pesar de que en la escala hubo un pequeño empeoramiento en un ítem del post, este empeoramiento podría explicarse con la relación entre la administración de la escala y la preocupación de la participante por los dolores físicos en la cuarta sesión. Pero, observamos que al finalizar la intervención pese a sentir emociones negativas, se sitúa únicamente en el lado agradable del registro y la dimensión del sentido positivo de la vida aumenta.

La participante 2 según los resultados de las hojas de registro de las emociones diarias de autoayuda muestra un empeoramiento, que posiblemente sea debido a que en su proceso oncológico aun no ha recibido el alta, ya que sigue con el tratamiento hormonal y posiblemente este le esté afectando emocionalmente. La participante 2 pasa de estar feliz, a estar triste, a irritada... pero, aun así al administrarle la escala para evaluar la dimensión de sentido positivo de la vida hay un pequeño incremento, lo que quiere decir que aun siendo los efectos del tratamiento hormonal negativos en el

humor, aun así la hoja de registro de emociones diarias de autoayuda hace que mantenga su felicidad a pesar de la dureza del tratamiento hormonal, por lo que el desequilibrio emocional queda reducido, aunque la diferencia no sea significativa si es relevante que se mantiene, por lo que el tratamiento en sí es eficaz porque la participante mantiene su humor durante todo el tratamiento.

El incremento de la dimensión de sentido positivo de la vida en la participante 1 y el mantenimiento de la dimensión en la participante 2, muestran que la intervención realizada con ambas participantes ha sido eficaz.

Dada la importancia de la resiliencia en procesos de enfermedad, como puede ser un proceso oncológico, autores como Garrosa, Moreno-Jiménez y Ladstätter (2013) aportan una serie de recomendaciones prácticas para mejorar la resiliencia como un afrontamiento activo a la situación problemática, búsqueda de apoyo comunitario, prácticas de autocuidado como la relajación, desarrollo de competencias emocionales (empatía, expresión verbal de emociones...), etc.

En este estudio hubo dificultades respecto a la entrevista después de pasar la escala e ir conociendo a las personas a través de sus hojas de autoayuda, dándonos cuenta de que eran unas personas completamente diferentes, de la primera impresión en la entrevista a lo que va surgiendo tras cada sesión. Por lo que nos damos cuenta, como después de una entrevista realmente no conocemos a una persona, entonces necesitamos más tiempo para conocerlas, creemos que simplemente con una entrevista ya tenemos toda la información necesaria para aplicar un tratamiento o etiquetar con un trastorno a una persona, te das cuenta que cualquier intervención debe ser personalizada, individualizada, porque siempre serán diferentes, cada persona necesita un tiempo en su escucha, en su tratamiento, porque cada persona que un psicólogo trate será única.

Para mejorar futuras investigaciones que sigan la misma orientación o base que este estudio, se recomienda que se controlen las posibles variables extrañas y se lleve a cabo para una mayor fiabilidad interjueces, una valoración entre expertos.

Por último, como podemos observar en las entrevistas, las dos participantes desconocen el papel del psicooncólogo, por ello es muy importante que el área de la psicooncología se desarrolle en un área común entre la psicología de la personalidad y lo social, porque todos los factores que influyen en la persona o en su estado de ánimo son factores psicosociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, R. (2006). Desarrollo de una escala factorial para medir la felicidad. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 95-102.
- Aubá, E., y Cervera, S. (2005). Calidad de vida dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Boletín de psicología*, (85), 7-30.
- Benia, W., y Tellechea, G. (2000). Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. 1997. *Rev Med Uruguay*, 16(2), 103-113.
- Carazo, P. C. M. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión: Revista de la división de Ciencias Administrativas de la Universidad del Norte*, (20), 165-193.
- Crespo, L., y Rivera, M. L. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 109-126.
- Cuevas, S. A. R., y García, M. C. (2006). Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*, 74(11), 585-593.
- García-Viniegras, C. R. V., y González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 72-80.
- Garrosa Hernández, E., Moreno-Jiménez, B y Ladstätter, F. (2013). Resiliencia y salud laboral. En B. Moreno Jiménez (2013). *Salud Laboral* (pp. 343-360). Madrid: Editorial Pirámide.
- Giraldo-Mora, C. V. (2009). Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama. *Rev Salud Pública*, 11(4), 514-525.
- Gómez, C. E. P., Sánchez, L. V. G., y Enríquez, J. I. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1), 65-84.
- Posner, J., Russell, J. A., & Peterson, B. S. (2005). The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Development and psychopathology*, 17(03), 715-734.

- Reyes, T. (1999). Métodos cualitativos de investigación: Los grupos focales y el estudio de caso. *Forum empresarial*, 4(2), 75-87.
- Rodríguez, M. I. (2006). Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.
- Scharf, B. M. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y bioética*, 9(25), 64-67.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J., y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y salud*, 18(2), 137-161.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A., Mora, M., Martín-Aragón, M., Leyda-Menéndez, J. I., Neipp, M. C., y Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología*, 16(2), 111-122.
- Vivar, C. G. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención Primaria*, 44(5), 288-292.

Web-grafía:

- American Cancer Society (2016). *Terapia hormonal para el cáncer de seno*. Recuperado el 12 de Abril de 2016 de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-tratamiento-terapia-hormonal>
- American Cancer Society (2016). *Tipos de cáncer de seno*. Recuperado el 14 de Marzo de 2016 de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-what-is-breast-cancer-types>
- OMS (2015). *Cáncer, datos y cifras*. Recuperado el 14 de Marzo de 2016 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- SEOM (2016). *Las cifras del cáncer en España 2016*. Recuperado el 23 de Marzo de 2016 de <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105460-el-cancer-en-espana-2016>

ANEXOS

ANEXO 1: ENTREVISTA PARTICIPANTE 1

Edad: 72 años.

Profesión: pensionista.

Año de diagnóstico: 2014.

Tipo de cáncer: cáncer de mama inflamatorio invasivo (IBC) en la mama izquierda.

Pensamientos del cáncer antes de padecerlo: La paciente pensaba antes de padecerlo que ya iba a sufrir esa enfermedad, desde siempre ya la esperaba por la presencia de antecedentes familiares, ya que su abuela y su madre lo padecieron. Afirma que desde que nació su primer hijo le dolía ese pecho, pero nunca le sacaban nada, por ello esperaba desde siempre la enfermedad pero sin miedo, sino con familiaridad.

¿Qué le hizo acudir al médico? Pinchazos en el pecho, pecho duro, amoratamiento en el pecho. Sin bultos en la mama.

¿Cómo se sintió después de recibir el diagnóstico? Como lo paciente lo esperaba, se sintió normal. Recibió el diagnóstico de forma optimista esperando que los médicos le pusiesen un tratamiento.

Tratamiento: 8 sesiones de quimioterapia (cada 21 días), cirugía con mastectomía, radiación (durante 15 días) y transfusión sanguínea (debido a bajada de defensas).

Efectos secundarios:

Efectos secundarios de la quimioterapia: pérdida de uñas de pies y manos, caída de pelo, pestañas, cejas, dolor de todo el cuerpo, cansancio, malestar corporal, gastroenteritis, pies y manos dormidas (todos los efectos secundarios le pasaban al tercer día después de la quimioterapia, duraban 3-5 días).

Efectos secundarios de la radiación: con la radiación, piel muy sensible al tacto.

Efectos secundarios de la cirugía: dolor de la cicatriz, retención de líquidos por la extirpación del ganglio centinela, brazo inflamado.

Efectos secundarios tratamiento bajada de defensas: dolor de cabeza inmenso, boca llena de llagas.

¿Cómo se sintió tras la operación? Normal tras una operación.

¿Le afectó la pérdida del cabello? No, porque usaba pelucas y gorros. Y se pintaba y se arreglaba antes de salir a la calle. En todo momento se lo tomo de forma optimista, pensando que el pelo siempre vuelve a crecer y que ella no es menos mujer por no tener pelo.

El cáncer y la vida cotidiana: El cáncer no afecto a su vida cotidiana porque su marido le ayudo en las labores domésticas. La paciente todos los domingos va al mercadillo, es su hobby favorito, y aunque le hubiesen dado una sesión de quimioterapia hace pocos días, todos los domingos iba al mercadillo y se evadía de su enfermedad.

¿Cómo se lo tomó la familia?: Toda la familia lloró, menos ella. Ella decía que si tenía solución, se iba a arreglar.

Apoyo emocional: Durante toda la enfermedad. La paciente considera que lo mejor es que como ella no lloraba todos la trataban como si ella no tuviera nada y que eso era lo mejor, que nadie la trataba con lástima, sino con naturalidad.

Durante el cáncer, ¿qué sentimientos y emociones, tanto positivas como negativas, han surgido?: Sobretudo positivos, a raíz del diagnóstico de la enfermedad la paciente considera que va a hacer lo que ella quiera cuando quiera, sin importar lo que piensen los demás. Lo único que le va a importar es que esté bien su familia y que no les pase nada. Considera que ella siempre ha sido muy positiva.

Sentimientos de tristeza y falta de energía, pero por los efectos secundarios de la quimioterapia.

¿Cómo le afecto la mastectomía? No le afectó, porque su madre pasó por allí y en todo momento tuvo el apoyo de su familia. Se negó a ponerse un implante mamario y usó sostén con relleno y pecho postizo.

Actualmente: La paciente aún sigue con un 10% de células cancerosas en su organismo, ella piensa que las molestias que tiene en la matriz se deben a que el cáncer se ha desarrollado.

¿Qué cambió el paso por la enfermedad en la vida del paciente? La paciente considera que ahora es mucho más positiva que antes. También se ve más estropeada, mucho más mayor, ha engordado más, tiene menos pelo, más arrugas, físicamente más deteriorada; pero nada que pintándose no pueda arreglar. La

paciente considera que ahora lo que quiere es pasárselo bien y no darle importancia a las pequeñas cosas.

¿Buscó ayuda profesional psicológica o conoce el papel de un psicooncólogo?

No buscó ayuda psicológica ni conoce lo que es un psicooncólogo, tras explicarle su labor, la paciente muestra que sería muy importante la presencia de los psicooncólogos en todos los centros.

Tipo de hospital y trato: hospital privado con un trato excelente en todo momento.

Secuelas: al tener las piernas cruzadas un rato le empiezan a dar pinchazos las piernas, dolor en el bajo vientre, pinchazos en el pecho, hinchazón en la barriga. Considera que desde que le operaron hay días que cuando se quiere quedar dormida, se nota presión en el pecho, dolor en las piernas, dolor en la cabeza, malestar general diagnosticándole la oncóloga un cuadro de ansiedad, que al rato se le alivia.

Revisiones: después del cáncer, mamografías en el pecho derecho y ecografías en el izquierdo cada 2-3 meses. Antes de sufrir el cáncer le hacían las revisiones 2 veces al año.

Conclusión del paso por la enfermedad: es que la enfermedad le ha hecho ser una persona mucho más optimista, que no hay que preocuparse por las pequeñas cosas de la vida y que hay que disfrutar de la vida.

ANEXO 2: ENTREVISTA PARTICIPANTE 2

Edad: 47 años.

Profesión: trabajo estable.

Año de diagnóstico: 2014.

Tipo de cáncer: Carcinoma ductal infiltrante (CDI) de mama derecha.

Pensamientos del cáncer antes de padecerlo: La paciente antes de padecer el cáncer tenía miedo sobre esa enfermedad, que había muchos casos de cáncer últimamente que parecía que estaba de moda, pero que cuando le toca a uno que da más miedo aún.

¿Qué le hizo acudir al médico?: Duchándose se encontró un bulto en el pecho, desde hace ya tiempo le dolía ya el pecho.

¿Cómo se sintió después de recibir el diagnóstico?: Se sintió muy mal, porque tardaron mucho en darle el resultado y pensaba que el diagnóstico era favorable.

Tratamiento: cirugía (del tumor y ganglio centinela), radioterapia durante 20 días y tratamiento con hormonas (durante 5 años).

Efectos secundarios:

Efectos secundarios de la radioterapia: solo había algunos días que se sentía más triste y lloraba un poco.

Efectos secundarios tratamiento con hormonas: inducción de menopausia, cambios hormonales en el cuerpo que le produjeron cambios emocionales bruscos.

¿Cómo se sintió tras la operación? Estaba muy agobiada, se quería ir de allí enseguida. Nada más salir de la operación se tocó el pecho, por miedo a perderlo como mujer.

El cáncer y la vida cotidiana: La paciente se notó que en el humor estaba un poco más triste, más baja de ánimos. Salía a la calle para evadirse, seguía yendo a sus lugares favoritos. Con el cáncer tuvo que darse de baja un año en su trabajo, pero la vuelta al trabajo fue buena aunque le costó volver a la normalidad.

¿Cómo se lo tomó la familia?: La familia no se lo esperaba y todos lloraron, fue un golpe duro para ellos y para la paciente.

Apoyo emocional: En todo momento se ha visto apoyada por los suyos.

Durante el cáncer, ¿qué sentimientos y emociones, tanto positivas como negativas, han surgido?: Las emociones positivas que le ha surgido a la paciente es ver la vida de otra manera, porque cuando a una persona no le pasa nada de esto piensas que la vida tiene muchos problemas, por cualquier tontería nos preocupamos, te estresas... pero cuando pasas por una enfermedad así piensas que la vida te ha dado otra oportunidad, entonces cada mañana al levantarse piensa que está viva, está bien y está sana. Y negativa, que pasas un mal tiempo, lleno de preocupaciones, miedos, con ansiedad sobre qué pasará pero luego todo pasa.

Actualmente: La paciente sigue un tratamiento hormonal (Tamoxifeno) durante 5 años e inyecciones cada 3 meses durante 3 años. Este tratamiento le indujo a la paciente la menopausia y con ella un cambio brusco a nivel corporal y hormonal.

Al año de la cirugía, y a los dos meses de volver a trabajar todos los días se ponía a llorar, se levantaba llorando, la paciente lo atribuye al cambio hormonal y los médicos le recetan pastillas para la depresión.

¿Qué cambió el paso por la enfermedad en la vida del paciente? La paciente se siente mucho más optimista, pero también considera que se ha dado cuenta de que ahora se tiene que cuidar más que antes, dormir sus horas. Ahora ve la vida con precauciones tomándose la vida sin estrés, sin agobios.

¿Buscó ayuda profesional psicológica o conoce el papel de un psicooncólogo? No buscó ayuda psicológica y desconoce la labor que realiza un psicooncólogo, al explicárselo, la paciente nos comenta que ella cree que es importante la labor que realizan porque hay pacientes que tienen más tratamientos, son más sensibles o más depresivas y cree que un psicólogo especializado en oncología sería muy importante.

Tipo de hospital y trato: Hospital público y el trato fue muy cariñoso y atento.

Secuelas: La paciente afirma que después de la radio ahora tiene que tomarse unas pastillas para la ansiedad. Después de un año de la cirugía, se levanta casi todos los días llorando y se encuentra triste, toma pastillas para la depresión. Los médicos consideran que es debido al cambio hormonal.

Revisiones: Antes del cáncer no se había hecho ninguna mamografía, la primera que se hizo fue cuando se noto el bulto, porque hasta los 50 años no te hacen la primera revisión. Después del cáncer cada 6 meses.

Conclusión del paso por la enfermedad: Que el cáncer es un palo muy grande que te hundes un poco al principio, que cuesta trabajo salir de ahí, pero que la vida es muy bonita y que hay que vivir hasta el último segundo y que cuando te llega el momento te ha llegado, que no hay que pensar tanto en el futuro, que hay que pensar más en el presente que es lo importante y además te das cuenta de que te rodeas de los que de verdad te quieren.

Anexo 3: Hoja de registro de emociones diarias de autoayuda

Mis emociones diarias		Fecha:	
Activa			
Situación desagradable	<p>Estoy irritada, estresada, ... ¿Cuáles son las causas?</p> <p>¿Cómo puedo solucionarlo?</p>	<p>Estoy feliz, me siento activa, ... ¿Cuáles son las causas?</p> <p>¿Cómo puedo mantenerlo?</p>	Situación agradable
	<p>Me siento triste, cansada, ... ¿Cuáles son las causas?</p> <p>¿Cómo puedo solucionarlo?</p>	<p>Estoy tranquila, relajada, ... ¿Cuáles son las causas?</p> <p>¿Cómo puedo mantenerlo?</p>	
Pasiva			