



ȘCOALA NAȚIONALĂ DE STUDII  
POLITICE ȘI ADMINISTRATIVE



UNIVERSIDAD  
DE GRANADA

## **Bienestar psicológico en el caso de una superviviente de cáncer de mama**

## **Bunăstare psihologică în cazul unei supraviețuitoare de cancer la sân**

Trabajo Fin de Grado

Lucrare de licență

Realizado por:

Antonela-Marina Stănescu

Tutores:

José Miguel García Ramírez

Loredana Ivan

## **Resumen**

La psicooncología, área interdisciplinar que se centra en mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de diversos métodos. La terapia asistida por animales y la terapia cognitivo-conductual son unos de los métodos utilizados por los especialistas en esta área de los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos están funcionando en un conjunto al lado de los recursos propios de la persona.

Este artículo identifica las variables que han conducido a mejorar el bienestar psicológico de la participante con la que se ha realizado la investigación, para identificar los momentos de baja y alta activación. El objetivo fue identificar en qué medida el nivel de activación en situaciones agradables o desagradables, concomitantemente considerándose el tratamiento médico, tiene aportaciones positivas dentro de la mejora.

Según los resultados, la frecuencia de las situaciones agradables, sea a través de alta o baja activación, se ha concluido con la mejora de la participante. Además de lo mencionado previamente, se han considerado como fundamentos del mejoramiento el apoyo social, el seguimiento con las actividades dentro del hogar, la actividad laboral, pero también seguir manteniendo la esperanza.

La presente investigación puede ser de interés tanto para el ámbito de la psicooncología, como para el área social, debido al hecho de dirigirse también a las dificultades físicas y emocionales que los pacientes oncológicos tienen en seguir o reintegrarse a la vida social o profesional.

**Palabras clave:** Factores psicológicos, afectos.

## **Abstract**

Psycho-oncology as an interdisciplinary field, focused on improving the life quality of the oncological patients through various methods. The animal assisted therapy and cognitive behavioral therapy represents some of the methods used by specialists in this area of palliative care. Palliative care functions as a whole alongside of the person's personal resources.

This article identifies the factors which determined the improvement of the psychological well-being of the participant to this research, to reveal high and low activation moments. The objective was to describe how much the level of arousal in pleasant or unpleasant situations, at the same time as receiving the medical treatment, has positive effects in the healing process.

According to the results, the frequency of pleasant situations, either by high or low activation, concluded with the participant's recovery. In addition to the above, the social support, the pursuit of the domestic and professional activities, but also keeping hope alive, were considered the cornerstones of the recovery.

This research can be of interest to both psycho-oncology and social field, due to the fact it is related to the physical and emotional difficulties of the oncological patients, which they encounter in moving on after cancer and reintegrating into social or professional life.

**Key words:** Psychological factors, emotions.

## **Rezumat**

Psiho-oncologia, domeniu interdisciplinar care se centrează pe îmbunătățirea calității vieții pacienților oncologici, prin diverse metode. Terapia asistată de animale și terapia cognitivo-comportamentală reprezintă unele dintre metodele utilizate de specialiștii în această arie a îngrijirilor paliative. Îngrijirile paliative funcționează ca un întreg alături de resursele proprii ale persoanei.

Acest articol identifică variabilele care au condus la îmbunătățirea bunăstării psihologice a participantei cu care s-a realizat cercetarea, pentru a identifica momentele de activare crescută și scăzută. Obiectivul a fost să se identifice în ce măsură nivelul de activare în situații plăcute sau neplăcute, concomitent luându-se în considerare tratamentul medical, are contribuții pozitive în ceea ce privește însănătoșirea.

Conform rezultatelor, frecvența situațiilor plăcute, fie prin activare crescută sau scăzută, s-a concluzionat cu însănătoșirea participantei. Pe lângă cele menționate anterior, au fost luate în considerare ca fundamente ale însănătoșirii sprijinul social, continuarea activităților casnice, activitatea profesională, dar și menținerea speranței.

Prezenta cercetare poate fi de interes atât pentru domeniul psiho-oncologiei, cât și pentru domeniul social, datorându-se faptului că se adresează, de asemenea, și dificultăților fizice și emoționale pe care pacienții oncologici le întâmpină la continuarea sau reintegrarea în viața socială sau profesională.

**Cuvinte cheie:** Factori psihologici, emoții.

## **Índice**

Resumen .....	2
Rezumat .....	3
Introducción.....	6
Psicología oncológica e investigaciones sobre los enfermos de cáncer .....	7
La situación de las mujeres con cáncer de mama en el mundo .....	15
Las células cancerígenas y los tipos de cáncer.....	18
Bienestar psicológico y la salud percibida .....	20
Regulación de emociones desde el Modelo Circumplejo de las Emociones .....	32
La influencia de las emociones sobre el bienestar psicológico.....	36
Metodología.....	37

Perfil de la participante.....	39
Análisis de datos .....	41
Discusión .....	54
Limitaciones de la investigación .....	57
Conclusión.....	58
Referencias.....	113
Web-grafía .....	116

## Introducción

En la presente investigación tengo la intención de analizar el bienestar psicológico en el caso de una paciente superviviente de cáncer de mama, con enfoque sobre la dimensión emocional, analizando la aportación de su vida en la superación de la enfermedad, socialmente considerada mortal. Como a nivel social la palabra “cáncer” está automáticamente asociada al termino muerte, la intención a través de este estudio es averiguar cuáles fueron los métodos de afrontamiento, las motivaciones de una superviviente de salir adelante y cuáles fueron sus motivaciones para superar esta enfermedad, teniendo en cuenta la reincidencia de la enfermedad a cabo de 8 años.

En un contexto social donde la tecnología avanza continuamente, se realizan investigaciones sobre esta enfermedad, pero ¿cuál es la verdadera manera de vencerla y mantenerla bajo control? El cáncer, considerado incurable, específico al siglo XXI muestra que los factores biológicos no son los únicos que determinan su aparición, sino que los factores psicológicos tienen también una contribución notable. El estrés, como factor psicosocial primordial en la aparición y en el desarrollo del cáncer es uno de los problemas con los que más se confrontan las personas hoy en día.

Para realizar el análisis de datos se han realizado entrevistas en profundidad, un estudio de caso con una participante superviviente a dos tipos de cáncer, de cuales el que ha tenido un mayor efecto sobre ella fue el cáncer de mama, siendo el que ha tenido un aumento rápido y el que más ha dejado huellas a nivel psicológico, debido también al largo tratamiento que ha requerido.

El trabajo *Bienestar psicológico en el caso de una superviviente de cáncer de mama* está organizado en un capítulo, que se estructura en dos partes, cada una siguiendo puntos relevantes para el tema desarrollado. Tal como lo mencionan estudios previos realizados por Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007), Rojas-May (2006), Kvåle (2007) y Mestre et al. (2012) la primera parte expone la situación general de las pacientes con cáncer, que está constituida por la importancia de la psicooncología e investigaciones realizadas desde la misma con respecto a los efectos físicos que tiene el cáncer sobre elementos como la importancia y significado del pecho para las mujeres, la sexualidad, estadísticas sobre la situación de las mujeres en el mundo, salud percibida y bienestar psicológico y la correlación de todas las dimensiones previamente mencionadas con las emociones y su influencia sobre el estado de salud. El segundo apartado

integra la parte de resultados, instrumentos, discusión y la conclusión, la investigación en sí. El análisis empírico tiene como fundamento las entrevistas realizadas, su análisis se construye a partir del modelo circunplejo de las emociones, todo a partir de las confesiones de la participante con la que se ha realizado el estudio de caso. La recopilación de datos se realizó en el año 2018, con una participante de 60 años, superviviente de cáncer de mama, que ha padecido también una reincidencia, sufriendo un cáncer de útero. Por intermedio de este estudio de caso voy a describir el proceso de la enfermedad, empezando con la vida pre cáncer, para examinar los cambios aparecidos, continuando con el periodo del cáncer, al que se le ha dedicado el mayor tiempo y finalizando la investigación con informaciones sobre la vida post cáncer, de esta manera evidenciar las variaciones aparecidas.

Los resultados obtenidos se vinculan con el peso de las emociones positivas sobre el fomento de la calidad de vida. Asimismo, a través de esta investigación se certifica la importancia de la integración de los métodos paliativos en el tratamiento del cáncer de mama.

### **Psicología oncológica e investigaciones sobre los enfermos de cáncer**

El psicólogo, durante el proceso terapéutico también tiene el rol de facilitar la relación médico-paciente. La psicooncología y la psicología de la salud son dos ramas de la psicología que se encargan de mejorar el estado de salud del paciente que padece una enfermedad. La mayoría de las enfermedades tienen como agravantes factores psicológicos como el estrés, la ansiedad, la ira, la tensión, a los que se añaden valores, creencias individuales, elementos socioeconómicos, diferencia de género y también la estructura de personalidad. Las investigaciones destacan que el optimismo y el pesimismo de la persona tienen también una contribución en provocar, desarrollar y tratar la enfermedad. (Martín Alfonso, 2003)

La psicooncología aparece como disciplina en el momento en el que surgió la necesidad de interrelacionar los aspectos médicos y los psicológicos en los cuidados de los que padecen cáncer. Por lo tanto su objetivo principal es mejorar lo máximo posible la calidad de vida del paciente, estudiar los métodos de afrontamiento y las estrategias terapéuticas. El cáncer está considerado también de manera social, no solamente como enfermedad medica una muy dañina, por lo tanto provoca un gran estrés para la persona. La simple palabra ya está asociada con dolor, muerte, sufrimiento, en consecuencia malestar físico y psicológico (Fernández y Flores, 2011).

Como en la pirámide de Maslow, después de las necesidades fisiológicas, que están a la base de la supervivencia del ser humano, la seguridad es la segunda en poder mantener con vida a una persona. En esta categoría podríamos incluir la seguridad de conservar la salud corporal. Cuando la persona está diagnosticada con cáncer percibe a nivel psicológico una amenaza que perturba su seguridad corporal. En el mismo momento empieza los procedimientos para conservar su cuerpo en el mejor estado de salud posible, sometiéndose a tratamientos médicos, quimioterapia, terapia psicológica, dieta alimentaria, para mantener bajo control la mayoría de los aspectos que podrían mejorar o empeorar su salud.

Desde la psicooncología se tomaron en cuenta las variables psicológicas para determinar las consecuencias psicológicas y físicas que deja el cáncer. Los dos ejes de la psicooncología se centran, primero en los aspectos psicológicos antes y durante el desarrollo del cáncer y el segundo en su intervención en los cambios que aparecen a nivel psicológico después de recibir el diagnóstico, tanto como su influencia sobre la adaptación. Otros factores que pueden ser parte de la aparición de la enfermedad son los factores sociales, pérdida de personas significativas, relaciones afectivas. En el trabajo sobre enfermedades psicosomáticas, Martínez de San Vicente (2011) analiza un estudio de caso de una mujer que padece cáncer mamario. Además de la recopilación de datos personales, antecedentes personales y familiares con respecto a enfermedades crónicas, se consideran también la relación con la madre, autoimagen corporal y la percepción sobre la enfermedad. Todos estos datos tienen como fin la psicopatización, con raíces en su historia de vida, por la relación con sus padres, sobre todo con la madre. Las exigencias externas hicieron que la paciente manifieste un control emocional y una adaptación social exacerbadas, la relación con la madre la hace tener una imagen deteriorada sobre sí. Por lo tanto, la paciente desarrolla trastornos que reunidos con un empleo que le produce estrés y sus traumas, se llega a la aparición del cáncer. Después de seguir la terapia se constata una mejora psicológica debida a la relación transferencial y contratransferencial eficaz, que produjo una apertura, confianza, relación terapéutica benéfica.

El rol de la psicooncología es constituir y mejorar una actitud más positiva sobre el cáncer, aun siendo una enfermedad grave y que está considerada mortal por la población. Es obvio que se tienen que tener en cuenta los síntomas, las consecuencias que implica el tratamiento. La psicooncología se desarrolla como una especialidad de la psicología integrada en un equipo multidisciplinar oncológico para poder aumentar el optimismo de los pacientes que



están diagnosticados con cáncer. Los factores individuales, cognitivos, emocionales y motivacionales, resultan de la experiencia subjetiva la persona, teniendo implicaciones también en el proceso curativo, tanto médico, como psicológico. (Rivero Burón et al., 2008)

Esta rama de la psicología está denominada también “oncología del comportamiento o psicosocial”, pero al mismo tiempo está enfocada en la prevención. Además de factores como tabaco, alcohol, dieta deficitaria, sedentarismo, se ha demostrado que el nivel socioeconómico afecta los pacientes. De manera más concreta, se refiere al momento de descubrir la enfermedad, llevando a una mayor tasa de mortalidad. (Murillo y Alarcón Prada, 2006)

Los objetivos de la psicooncología: la prevención primaria, la prevención secundaria, la intervención terapéutica y la rehabilitación o los cuidados paliativos, pero también la investigación. La intervención primaria agrupa los factores de riesgo que son causas de muerte, enfermedad y el cáncer. Los más conocidos son el tabaco, el alcohol, el estrés, la depresión, a la personalidad Tipo C, la alimentación, la actividad física, los rayos ultravioletas del sol, variables relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Todos los factores mencionados pueden ser parte de los factores determinantes de la aparición del cáncer de manera directa o indirecta, dependiendo del entorno donde el individuo vive, de las actividades diarias y del estilo de vida que tenga. El psicooncólogo tiene que facilitar al usuario información para poder cuidarse y estar más atento a los síntomas que pueden aparecer, no solamente ayudarlo a resolver problemas. La prevención secundaria es la detección precoz, ya está conocido que la detección más rápida de la enfermedad supone una mayor tasa de supervivencia para el paciente. Por lo tanto los psicólogos, tienen una aportación muy importante en propagar la información, aunque esta ari no sean muy desarrolladas todavía las estrategias de prevención son esenciales para la población. La prevención terapéutica es la intervención que apoya paso a paso al paciente para poder seguir con el tratamiento y la dieta, que se encarga de brindar apoyo al personal médico para que ofrezcan los mejores cuidados y no el último punto, es guiar al enfermo en iniciar sus estrategias de afrontamiento para la superación del padecimiento. La investigación y los estudios realizados desde la psicooncología tienen una gran importancia, porque propician el desarrollo de las investigaciones en este ámbito, lo que ayuda a tener identificaciones precoces, diagnósticos y un seguimiento de la enfermedad con mayor conciencia sobre el estado general del paciente. (Rivero Burón et al., 2008)

¿Cuáles son los síntomas de los enfermos de cáncer más estudiados? Conforme con el estudio de Cano Vindel (2005) la ansiedad, la depresión y el malestar psicológico. Comparando los enfermos de cáncer con el resto de la población se demostró que no hay diferencias notables con respecto al nivel de ansiedad, pero el nivel de depresión suele ser más elevado en los pacientes con cáncer. Aunque los estudios sobre las mismas variables relacionados con el cáncer son varias y diferentes en lo que son los resultados, Cano Vindel corrobora en su estudio los resultados de varias investigaciones, concluyendo que la tasa de ansiedad en los pacientes con cáncer es comparable con la del resto de la población, pero mirando los estudios sobre depresión, los pacientes tienden a tener tasas más altas que las personas que no padecen cáncer.

Las personas suelen cambiar su comportamiento para adaptarse al medio ambiente, tanto que a la hora de descubrir que padecen una enfermedad como es el cáncer, el paciente se vuelve consciente de las actitudes de las personas que lo rodean. En general los amigos se alejan, no cumplen las promesas de apoyo y soporte incondicional, pero aun así, el mismo paciente tendrá un impacto en sus vidas, porque el impacto que tuvo sigue siendo visible en lo que son los que lo rodearon en algún momento. Como el apoyo social es uno de los factores que más influyen el proceso curativo, el individuo requiere contactos sociales, lo benéfico sería que la familia se convierta en el apoyo más importante que cuide y proteja, que esté presente para compartir los miedos y las etapas de la enfermedad. Los pacientes suelen aislarse del grupo social también, evitar las actividades de ocio, por lo tanto la familia y sobre todo la pareja, son los que tienen que apoyar a la paciente. Es natural que la estructura familiar se transforme durante la enfermedad crónica, como es el cáncer, pero es un elemento clave para la mejora y la superación de la enfermedad. La persona que suele ofrecer más apoyo emocional al paciente es su pareja. La calidad del apoyo que ésta brinda al enfermo está relacionada también con el género de la pareja, tanto como el del enfermo. Las mujeres fueron desde siempre las que tenían el rol de cuidar, pero los estudios demuestran que en el momento de cuidar solamente, la satisfacción marital es más escasa, ellas prefiriendo el rol de paciente, porque pueden tener también otras actividades. (Baider, 2003)

Las relaciones sociales tienen una gran contribución en el tratamiento de la enfermedad, sin embargo los estados de ánimo, positivos o negativos, tienen como fuente el universo interior de la persona. La diferencia entre el dolor y el sufrimiento es fundamental para la comprensión de los tratamientos que la paciente necesita recibir. El dolor está considerado como un daño

físico, con síntomas orgánicos, para el que los médicos pueden administrar medicamentos, mientras que el sufrimiento es mejor dicho un daño psicológico, un estado afectivo, la percepción de la persona sobre la amenaza de su integridad corporal, en la lucha contra la enfermedad. Al enfrentar el cáncer se enfrenta también la incertidumbre, no solamente los síntomas físicos que produce la enfermedad. (Bayés, 1998)

“Y el sufrimiento crece en mi interior, indisolublemente unido a una extraña sensación temporal que poco tiene que ver con las horas que van marcando, inexorablemente, los relojes [...]. Se trata de mi tiempo, único, personal, irrepitible, que se me escapa fugaz a través de los brillantes rages, a la vez que me anuncia la proximidad del fin del viaje.” (Bayés, 1998, p. 2)

¿Qué investiga la psicooncología, cuál es el objetivo de los estudios hechos en este dominio? Teniendo en cuenta que la psicooncología estudia la impresión de la afección sobre el paciente, esta misma especialidad se enfoca en la mejora de la situación psicológica del paciente. Es complementaria al tratamiento médico, agrupando el apoyo social y el aspecto psicológico, interior de los estados del paciente. Con respecto al cáncer de mama, hay que mencionar que las pacientes están impactadas antes de todo por la percepción social, por el estrés que es causado por el simple significado general que tiene el cáncer, denominado la enfermedad de nuestro siglo.

El pecho tiene una importancia crucial en lo que es la pertenencia a la identidad femenina. Está percibido como representativo para la sexualidad de la mujer, como índice de su atractivo, relacionado también con la maternidad. Todos los factores mencionados previamente forman parte de la percepción occidental, que incluyen una imagen estándar para una mujer. Hablando desde la perspectiva psicológica, el aspecto físico es un elemento esencial en la autoestima y autopercepción de la paciente con cáncer. La autoestima es la autoevaluación a la que se añaden tanto evaluaciones positivas, como negativas (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007). Otros estudios mencionan como funciones del pecho la fecundidad, la estética, la feminidad, la belleza y no como la última, el erótico. El rol más importante y la función por la que apareció es el rol nutritivo, la lactancia, pero al mismo tiempo la mama de los seres humanos se denomina seno, por lo tanto, las funciones previamente mencionadas se separan de la importancia solamente nutritiva que la misma tiene en otras especies.

La autoexploración en la detección del cáncer mamario es esencial. Después de los 20 años, cada mujer tendría que explorar su pecho. Durante los días 7-15 del ciclo menstrual, o

después de la menopausia en el mismo día cada mes, para que existan las mismas condiciones de examinación. La autoexploración de los senos tiene dos etapas: inspección y palpación. La inspección es observar los senos, compararlos y verificar si hay cambios en la textura de la piel o alguna lesión visible. La palpación consiste en la examinación con los dedos, para verificar si hay algún nódulo, la misma se tiene que realizar en todo el seno, desde el pezón, la mama e incluyendo la parte axilar. La autoexploración mamaria es un método que puede ser útil en la detección precoz de la enfermedad, lo que se ha demostrado que ayuda a empezar el tratamiento antes, la operación clásica tiene más eficacia, por el tamaño del tumor maligno. (Sardiñas Ponce y Raysy, 2009)

Entre los factores de riesgo que presentan una mayor frecuencia se encuentran la gestación, la edad de tener el primer embarazo o el hecho de no tener hijos tienen una gran significación para el aumento del riesgo de tener cáncer. Los autoconceptivos orales también aumentan el riesgo de aparición del cáncer, este se disminuye después de 10 años de la interrupción del tratamiento. La terapia de reemplazo hormonal, el hecho de aplazar la menopausia crece la densidad de la mama, por lo tanto incrementa el riesgo de cáncer. La genética e historia familiar, el estilo de vida son otros de los factores relevantes, la actividad física, la alimentación, el alcohol, el tabaco pueden influir. Investigaciones realizadas mencionan que no hay una tasa mayor de detección precoz que se debe a la autoexploración, pero se considera una buena costumbre para la salud. Como métodos de tratamiento se utilizan la cirugía, que implica varios tipos de mastectomía, por ejemplo la mastectomía total reduce el riesgo de la aparición de cáncer 100%, mientras que la mastectomía subcutánea reduce el riesgo entre 2 y 4%. La reconstrucción del seno se puede hacer en diferentes grados de la enfermedad, implicando en el mismo tiempo otro tipo de complicaciones, la misma tiene como objetivo final mejorar el estado emocional de la mujer, su calidad de vida. La quimioterapia es otro de los procedimientos que se utilizan durante el proceso curativo, siendo más fuerte o más blando en dependencia de la edad de la mujer. (Angarita y Acuña, 2008)

La mastectomía, intervención que es parte del impacto psicológico generado por el cáncer mamario. Es la intervención quirúrgica que supone la extirpación de la mama, a veces total, otras veces parcial. ¿Qué rol tiene esta en el proceso curativo? La mastectomía puede ser tanto preventiva, como consecuencia de la aparición de células cancerosas en concreto. Lo cierto es que la misma influye la autoestima de la paciente, con influencias en la vida social, familiar, de

pareja, con respecto a su vida laboral. La diferencia que apareció durante el tiempo, con el avance de la tecnología es que las mujeres tienen mejores resultados después de hacer la operación, más aún cuando la cirugía estética ha evolucionado tanto, para poder reconstruir su pecho, percibido como marca de su feminidad. En el mismo tiempo se está desarrollando la idea de promover el optimismo en lo que es el cáncer, sustituyendo el pesimismo que caracterizaba a las mujeres con el mismo diagnóstico hace un siglo. Ellas mismas conducen y organizan campañas de apoyo para otras mujeres, para ofrecer el soporte social que tiene tan grande aportación en abordar esta enfermedad. (Sánchez Sánchez, 2015)

El cáncer interfiere en la vida sexual de la paciente teniendo, antes que todo, consecuencias afectivas, pero también en lo que es el físico. Los estudios realizados sobre la mastectomía y su influencia sobre la vida sexual de la paciente revelan que aparecen cambios negativos, producidos por problemas afectivos, hormonales, sequedad vaginal, incomodidad en verse en el espejo e incluso dejarse ver por su pareja. (Vásquez-Ortiz, Antequera, Blanco Picabia, 2010) La paciente se ve afectada por las repercusiones de la quimioterapia sobre todo, que causan alopecia púbica, dolor durante el coito, anorgasmia, síntomas menopaúsicos, además infecciones urinarias, labilidad afectiva, irritabilidad (Tamblay y Bañados, 2004: citado en Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa 2010).

¿Cáncer y sexualidad? Una pregunta que surge cuando mencionamos esta enfermedad, porque desde un aspecto psicológico, una persona que padece cáncer es alguien normal, solamente que necesita cambiar aspectos de su vida y luchar contra la enfermedad, desarrollar estrategias de afrontamiento, pero en sí, la paciente es la misma. De aquí destacamos que la sexualidad, parte de las relaciones de pareja, de la vida personal del adulto es un tema debatido e investigado por los especialistas en este ámbito.

La sexualidad tras una intervención quirúrgica como es la mastectomía, que significa la desaparición de la mama, es un tema tabú a veces para las pacientes y que no está tan desarrollado en el ámbito de la investigación. El hecho de relacionar la mama con la feminidad e incluso con su sexualidad es casi inconsciente para la mujer, por la misma razón percibe la operación como una mutilación, como una castración psicológica - pérdida del erotismo, del apetito sexual. En los estudios hechos, las mujeres confiesan que ya no quieren tener relaciones coitales, pero lo hacen a veces como un sacrificio. Esta cirugía afecta de manera igual las relaciones interpersonales, influenciando la manera de expresar sus sentimientos, la relación con

su pareja. De tal manera que la vida sexual de la paciente que sufrió una mastectomía está afectada, porque su libido disminuye. (Fernández S. de S, Ospina de González y Múnera Garcés, 2002)

Las disfunciones sexuales en pacientes oncológicos pueden tener como fuente el tratamiento, los efectos físicos de la enfermedad sobre su cuerpo o los factores psicológicos, las traumas. Las investigaciones demuestran que la respuesta corporal hacia el tratamiento es diferente, dependiendo del tipo de intervención, por ejemplo cirugía o radioterapia. El mismo estudio define la rehabilitación sexual, integrada en el proceso de restablecimiento emocional, después del impacto del cáncer y su tratamiento sobre la imagen corporal. Es importante que el equipo encargado de seguir el proceso curativo de la paciente asegure también un asesoramiento sexual. ¿Qué es lo que más influye en las relaciones sexuales de la paciente después del diagnóstico? Las mismas están influenciadas por problemas previas al cáncer, conflictos previos o problemas de adaptación psicológica. Se recomienda la comunicación con la pareja, además se pueden realizar ejercicios de relajación de los músculos vaginales (ejercicios de Kegel), utilizar lubricantes, buscar métodos para aumentar la autoestima, porque en los casos de las mujeres mastectomizadas, por ejemplo, la imagen corporal está dañada, por lo tanto se necesita seguir ciertos pasos para que la paciente se pueda sentir más cómoda con su pareja, sin que este tema le provoque humillación, vergüenza, sentimiento de inferioridad etc. La forma más indicada de luchar contra estos problemas tan delicados es propiciar la información, a través del equipo médico y del psicólogo. (López Ramírez y González Flores, 2005)

Las alteraciones más frecuentes que sufren las mujeres mastectomizadas con respecto a su vida sexual son el deseo escaso de tener relaciones coitales, incomodidad al desnudarse ante su pareja, dificultades de tener orgasmo. El mayor problema es ver su cuerpo asimétrico tras la mastectomía, de tal manera que piensan que su pareja ya no las considera atractivas. (Vásquez-Ortiz et al., 2010) Sobre todo cuando reciben el diagnóstico de metástasis, las mujeres llegan hasta a evitar las citas médicas, sienten que pierden el control (Garduño et al., 2010).

Los estudios hechos sobre la mastectomía ponen de manifiesto que las mujeres que sufrieron la mastectomía y aún más las que tienen muy poco tiempo de la operación, el pecho ya no es una parte erógena. También se constató con los estudios que las caricias de parte de la pareja en esa zona disminuyen. La intervención psicológica, aplicada recientemente de la operación sería útil, tanto para la paciente, como para su pareja. Es importante que la enfermedad

no sea una fuente de evitación o de distanciamiento emocional y físico en la pareja. (Vásquez-Ortiz et al., 2010)

El cáncer de mama puede aparecer también en las mujeres embarazadas. Como características, en este tipo de casos los tumores suelen ser más grandes que en las mujeres que no están embarazadas. En general el cáncer se descubre el II o III estadio, por lo tanto, iniciar el tratamiento es vital, a veces siendo necesario un aborto, para conservar la vida de la madre. Aun así, las tasas de supervivencia de las mujeres embarazadas padeciendo cáncer son iguales que a las otras. (Angarita y Acuña, 2008)

¿Es importante la edad para determinar la supervivencia de la paciente? En un estudio realizado por Chifu et al. (2010), se ha calculado la media por décadas de edad para determinar la tasa de supervivencia. El estudio se efectuó en una muestra de 361 pacientes de 1000, operadas de cáncer de mama en la temporada 2000-2008, con edades entre 20 y 89 años. Los resultados mostraron que para las edades 20-29 y 80-89 la mortalidad tiene tasas escasas, pero considerando las otras categorías de edades se puede observar que la supervivencia está entre 52,9% para la categoría de 60-69 y de 65,7% en las de 50-59. Los resultados estadísticos presentan la tendencia de aumentar la supervivencia en pacientes más jóvenes. En las pacientes con 40-49 años se registraron el mayor porcentaje de supervivencia (44,25%), aunque el número de las pacientes que superan 50 años es casi doble, el número de fallecimientos también es doble. En el mismo estudio se concluyó que la tasa de supervivencia fue más alta en las pacientes más jóvenes de 50 años, pero otros estudios no relacionan necesariamente la edad con la supervivencia.

Además de los factores psicológicos y las investigaciones cualitativas en este dominio, en lo que sigue se van a presentar datos estadísticos con respecto a la incidencia de esta enfermedad, con focalización en Europa, pero presentando también datos de otras partes del mundo, para realizar una imagen más amplia.

### **La situación de las mujeres con cáncer de mama en el mundo**

La mayoría de los diagnósticos son entre 35 y 80 años y la tasa de supervivencia global a los 5 años del diagnóstico es de 82,8% en España, superior de la media europea. Las hermanas e hijas de las pacientes con cáncer de mama están expuestas a un riesgo dos o tres veces más grande a sufrir la misma enfermedad. (20minutos, 2016)

Conforme con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en lo que es la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama los datos están mejorando en términos de estadísticas en los últimos 20 años, incrementando con 1,4%. Ya que las informaciones y los tratamientos innovadores que se están descubriendo con el avance de la tecnología y las investigaciones cada año los datos demuestran una mayor tasa de supervivencia. El cáncer de mama es el que más causa la mortalidad en las mujeres. Cada año, en España se identifican aproximadamente 22.000 casos, representando 28,5% de los tumores femeninos. Este tipo de cáncer es la primera causa de mortalidad entre las mujeres (14% del total de muertes en mujeres que padecen tumores malignos). Los datos estadísticos presentan una media de 6000 fallecimientos en mujeres cada año por esta enfermedad. Poco a poco, el número se está estabilizando y las tasas de mortalidad descienden como resultado de los tratamientos y la detección precoz de la neoplastia. (aecc, 2018)

¿El cáncer de mama puede aparecer también en hombres? Sí, pero a diferencia de la frecuencia con la que aparece en mujeres es menos común en los hombres. Las razones por cuales aparece se constituyen por factores genéticos, hormonales e ambientales. Sin embargo, los estudios demuestran que los pacientes que llegan a tener cáncer de mama son los que han tenido casos de cáncer de mama y de ovarios en su historia familiar. Igual que las mujeres, los varones pasan por las mismas fases en lo que concibe las etapas de la enfermedad, la diferencia notable sería que comparando con las mujeres, los hombres suelen descubrir más tarde la enfermedad. Por lo tanto, el proceso curativo es más difícil (Álvarez López, 2016). En hombres el cáncer de mama aparece en 1% del total de la población identificada con este tipo de cáncer.

El cáncer en Europa es la causa de 1 de 4 muertes. El cáncer de mama es el principal tipo que es fatal para las mujeres de la Unión Europea, 16% de la población femenina. El cáncer de mama registró en 2013 un porcentaje de 21% de los fallecimientos de la población femenina en Chipre y Malta, Luxemburgo con un porcentaje de 20%, Bélgica 19%, Estonia 12% y República Checa, Polonia y Suecia registraron una tasa de 14% de las muertes registradas teniendo como causa el cáncer de mama. En 2014 la tasa de mortalidad registrada en Europa fue de 32.6 de 100 000 habitantes mujeres y de 0.5 de 100 000 hombres. La edad a la que la mortalidad en casos de cáncer de mama es más frecuente es de 65 años o más. España es uno de los países que tiene tasas escasas en aparición del mismo tipo de cáncer, registrando también un porcentaje alto en la



detección del cáncer, tres cuartas partes de las mujeres hicieron pruebas de detección. (Eurostat, 2017)

El cáncer es un tema desarrollado por todos los especialistas relacionados con el ámbito de la salud en todas las partes del mundo. Los estudios realizados en América Latina y El Caribe, exponen las estadísticas representativas para esa zona, para evidenciar la incrementación y disminución de la enfermedad en la población femenina. Los estudios realizados por Lozano-Ascencio y colaboradores (2009), ponen de manifiesto que en todo el mundo cada año están diagnosticadas aproximadamente 10 millones de personas con tumores malignos. En el 2007, aproximadamente 6 millones de mujeres fueron diagnosticadas con tumores malignos, de cuales 1.3 millones sufrían de cáncer mamario. La incidencia del cáncer de seno es más alta en los países desarrollados-27% y más escasa en los países en proceso de desarrollo-19%. Conforme a las estadísticas, la incidencia es más baja en Haití (4.4 por 100 000 mujeres) y más alta en Argentina y Uruguay (75-83 por 100 000). Las tasas de mortalidad registradas fueron mayores en los países con ingresos altos que en los que registran ingresos medios o pobres, con una diferencia de 20%.

Las estadísticas con respecto a cáncer de seno, realizadas en Estados Unidos mencionan que después del cáncer de piel, el cáncer de mama es el segundo tipo que provoca el fallecimiento de las mujeres, 1 de 3 siendo diagnosticada con este tipo de enfermedad. (DeSantis et al., 2011)

**TABLA1.**

**Nueva estimación de los casos y los fallecimientos de las mujeres con cáncer de mama, United States, 2011 (DeSantis et al., 2011, pp. 410)**

<b>Edad</b>	<b>Casos <i>In Situ</i></b>	<b>Casos Invasivos</b>	<b>Decesos</b>
Menos de 40	1,780	11,330	1,160
Menos de 50	14,240	50,430	5,240
50-64	23,360	81,970	11,620
65+	20,050	98,080	22,660
Todas las edades	57,650	230,480	39,520

En 2011, conforme a la tabla anterior es posible observar la incidencia más alta del cáncer de mama en las mujeres mayores de 65 años y también en las que tienen edades de 50-64 años, aunque las mujeres hasta 50 años también registran un número elevado de casos de cáncer de seno. La mayor tasa de enfermedades está registrada en los tipos de cáncer invasivos. Aunque

con el avance tecnológico el diagnóstico precoz y la disminución del número de muertes en cada país de los Estados Unidos es menor, aun así las tasas permanecen estables con respecto a las tasas de fallecimiento en casos de cáncer de mama. (DeSantis et al., 2011)

Para poner de manifiesto la incidencia del cáncer a nivel global, estadísticas realizadas a nivel mundial en 2012, reafirman el hecho que el estilo de vida, la edad más avanzada para tener el primer embarazo, sedentarismo etc. Son factores que pueden producir cáncer. Esta enfermedad aparece con la misma frecuencia tanto en los países desarrollados, como en los que están en proceso de desarrollo, teniendo muy pocas variaciones. A nivel global, en 2012, se registraron aproximadamente 14.1 millones de casos diagnosticados con cáncer y 8.2 millones de muertes. En el mismo año, el cáncer mamario siguió siendo el cáncer más frecuente en la población femenina, registrando 1.7 millones de casos y 521,900 muertes. Este representa un 25% del porcentaje total del cáncer y 15% del que provoca la muerte de las mujeres. Un 38% del total de casos se registran en los países más evolucionados como América del Norte, Australia, Norte y Oeste de Europa. Un número intermedio de casos se registran en los países de Europa Central y de Este, Latino América, en Caribe. La tasa más escasa está en África y Asia. (Torre et al., 2015)

Dependiendo del tipo de células que aparecen, se desarrollan diferentes tipos de cáncer. En los próximos apartados se va a presentar la clasificación de las células y también los tipos de cáncer que pueden aparecer con más o menos frecuencia.

### **Las células cancerígenas y los tipos de cáncer**

El ADN tiene un rol muy importante en la evolución del cáncer mamario, determinando diferentes subtipos de cáncer que se diferencian dependiendo de su genética. Se identificaron dos categorías más grandes que también se dividen en otros subtipos. Los tumores con receptor estrogénico positivo (RE+), divididas en el luminal A, B y C y los tumores con receptor estrogénico negativo (RE-), que incluye el HER2, tipo basal y tipo normal. (Zepeda-Castilla et al., 2008)

El HER2, es la proteína del cuerpo humano que participa en la formación de tejidos. Esta también influye en el crecimiento del cáncer, de formación de células cancerígenas. Dependiendo del tipo de proteínas que aparecen, si son positivas o negativas, el tratamiento que se administra a la paciente es diferente. Si el identificado es HER2+, la paciente recibirá un

tratamiento que bloqueé los estímulos de crecimiento de los tejidos. Tenemos en cuenta que los HER2+ tienen la tendencia de crecer más rápido y volver a formarse, en comparación con HER2- (breastcancer.org). Las estadísticas exponen que la incidencia de los HER2+ es del 25% de los tumores. (20minutos, 2016)

**TABLA2.**

**Clasificación de los subtipos de cáncer de mama (Imigo et al., 2011, pp. 69)**

Receptor de Estrógeno Positivo	Luminal A Luminal B Luminal HER2/neu
Receptor de Estrógeno Negativo	Basal HER2/neu Normal Like

Teniendo en cuenta la clasificación de las células previamente realizada es necesaria la presentación de los tipos de cáncer que pueden aparecer. Los tipos de cáncer mamario que pueden aparecer son: carcinoma ductal *in situ*, carcinoma ductal invasivo, carcinoma lobulillar invasivo, los que son los más comunes y sarcomas, *Phyllodes*, enfermedad de Paget y angiosarcomas, que aparecen con menos frecuencia. Las células que determinan la aparición del cáncer son carcinomas o denominados adenocarcinoma. Para denominar la propagación del cáncer en el organismo se utilizan los términos *in situ*, que denomina a los que están en una parte del seno e "invasivos o infiltrantes", para los que se propagaron en el tejido mamario. (American cancer society, 2017)

Como cánceres *in situ* se identifican el carcinoma ductal *in situ* (*ductal carcinoma in situ*) y el carcinoma lobulillar *in situ* (*lobular carcinoma in situ*). El carcinoma ductal *in situ* representa una etapa incipiente que en la mayoría de los casos se puede curar. Es un cáncer no invasivo o preinvasivo, considerado precáncer por la posibilidad de transformarse en cáncer invasivo. El carcinoma lobulillar *in situ* (neoplasia lobulillar) tiene la ubicación en las glándulas productoras de leche y no se extiende más allá de las mismas, por lo tanto necesita una biopsia, porque no forma protuberancias que se pueden detectar a través de una mamograma. En este tipo de casos se requiere un seguimiento constante de ambos senos. (American cancer society, 2017)

Los tipos de cáncer con menos frecuencia son: cáncer de mama inflamatorio (*inflammatory breast cancer, IBC*), la enfermedad de Paget del pezón, los tumores *Phyllodes* (palabra de origen griega, que se refiere al desarrollo de la enfermedad con una estructura

semejante a la de una hoja), el angiosarcoma. El cáncer de seno inflamatorio no suele aparecer con mucha frecuencia, pero como características definitorias se identifican hinchazón de la mama, piel de color rojizo o morado, engrosamiento de la piel y a veces textura la cáscara de una naranja. Aparece en general en mujeres más jóvenes (52-57 años) con sobrepeso u obesidad, se propaga rápidamente en el cuerpo y es muy agresivo, se diagnostica en estado avanzado, cuando ya está afectada la piel, porque no provoca protuberancias. La enfermedad de Paget del pezón, es también un tipo poco común que afecta sobre todo la piel de un pezón, con un aspecto de piel seca, muchas veces se confunde con un eczema, que secreta un líquido amarillo o sangre. Se diagnostica con una biopsia y como tratamiento se aplica la mastectomía o cirugía con conservación del seno y radioterapia. Los tumores *Phyllodes* del seno suelen aparecer en las mujeres entre 41 y 49 años, son causados por una condición genética, pero los tumores son en general benignos, un porcentaje muy escaso se determina como maligno. Como tratamiento se utiliza la cirugía con conservación del seno y como última opción la mastectomía. El angiosarcoma del seno aparece en las células de los vasos de sangre o los vasos linfáticos, aparece como complicación de otros tratamientos y como tratamiento se aplica la mastectomía. (American Cancer Society, 2017)

### **Bienestar psicológico y la salud percibida**

¿Cómo afecta el cáncer la salud mental? Cuando la persona tiene ya la certeza que padece cáncer está expuesta a estrés, ansiedad, tristeza, llegando hasta a sufrir depresión. Por lo tanto, la ayuda psicológica es necesaria para que el paciente empiece a desarrollar sus estrategias de afrontamiento y adaptación, aunque el mismo tiene que utilizar sus propios recursos para identificar la mejor solución. La relación interpersonal implica el uso de técnicas de ayuda, entre ellas la terapia psicológica adyuvante. (Fernández y Flores, 2011)

El cortisol tiene influencia sobre el sistema inmunológico, con consecuencias en la aparición de las enfermedades autoinmunes e inflamatorias. Los afectos positivos tienen relación directa con el funcionamiento del Sistema Nervioso Autónomo (SNA), porque reduce la tasa cardíaca, la presión sanguínea etc. El optimismo. ¿Cuál es su rol en el bienestar y la salud de los individuos? El bienestar aumenta el estado de salud a través de diferentes vías. Varios estudios realizados desde la psicología y la salud demuestran que el optimismo de la persona ayuda a incrementar el proceso de curar ciertas enfermedades, de prevenirlas, de aumentar las

expectativas de vida, de encontrar mejores métodos de afrontamiento o elaborar planes de recuperación más rápidos y más efectivos. En los estudios sobre el cáncer mamario, como uno de los elementos esenciales en la mejora de la calidad de vida es el optimismo, que se demostró que prolonga los años de vida, después del tratamiento. (Vásquez, Hervás, Rahona y Gómez 2009)

Bandura (1994) es uno de los autores que destacan este tema en sus investigaciones, él estudia la autoeficacia y la define como una capacidad que la propia persona tiene en influir sobre los eventos de su vida, a través de sus creencias, valores y pensamientos. Él pone de manifiesto la eficacia de las estrategias de afrontamiento en la regulación de las emociones, como la ansiedad y el estrés. Como está ya demostrado, el estrés como uno de los factores psicológicos que más influyen el progreso del cáncer se puede reducir con la autoeficacia percibida por el paciente. Cuanto más las personas que se consideran más eficaces tienen la tendencia de tener hábitos más saludables en su vida diaria. Como el mismo Bandura la mencionaba, aparece la necesidad de fortalecer el “Ego”, como lo diría Freud, porque en general las personas tienden a evitar las situaciones que consideran que no son capaces de enfrentar. En el caso de una paciente con cáncer mamario las elecciones que la mujer hace a la hora de mejorar su estado mental son decisivas para el seguimiento de la curación. Durante el proceso curativo oncológico, el paciente tiene que utilizar los recursos personales para mejorar el estado de salud. La manera de hacer esto es utilizando la autoeficacia percibida, Bandura explica en su estudio como las creencias influyen el estado de salud. Por lo tanto los que consideran que pueden cumplir ciertas tareas, o que pueden manejar bien una situación lo hacen, debido al hecho de subir su autoestima, crecer su motivación con respecto al cumplimiento de su meta.

¿Cómo se define el bienestar psicológico? Como García Viniegras et al. (2007) expone en su investigación contra las enfermedades crónicas, la psicología apoya al paciente para mejorar el bienestar psicológico, la dimensión subjetiva, que al final tiene como meta la felicidad de la persona, promoviendo el optimismo, el apoyo social, el uso de los propios recursos para desarrollar estrategias de afrontamiento. Los factores principales mencionados para mejorar el estado de ánimo son la autoestima, la estabilidad emocional, las emociones positivas, el apoyo social y sobre todo el de la pareja. Porque los daños psicológicos que causa el cáncer mamario no son solamente a nivel personal, sino tienen consecuencias a nivel social también, muy importante resulta ser la percepción que tienen los demás y no últimamente la de la propia persona. Dependiendo del entorno cultural, el tratamiento y la manera de manejar la situación están

interpretados en diferentes modalidades, en países con un nivel cultural más bajo, por ejemplo, se identificaron afrontamientos con base religiosa, espiritualista.

Los factores psicológicos tienen un gran peso en el avance del cáncer. Arbizu, en 2000, publica su estudio sobre los factores psicológicos y su influencia en la ascendencia del cáncer y en el tratamiento. Expone en su trabajo que encuentra un tipo de personalidad, denominado Tipo C, que es más predispuesto a sufrir alguna forma de cáncer, porque en la interacción con los demás está predispuesto a dar respuestas deseables socialmente, más que esconde sus emociones negativas. En conclusión, la intervención psicológica es uno de los pilares importantes en el proceso. Dado el hecho que se hicieron investigaciones, los resultados presentan que las pacientes que enfrentaron la enfermedad abiertamente o negándola, han tenido menos recidivas que las que tenían conductas depresivas. Es necesario que el paciente responda utilizando sus propios medios, pero al mismo tiempo guiarlo para encontrar respuestas que le den esperanza, pero que no sean falsas.

La psicología es una disciplina integradora, que se dedica a estudiar los factores biológicos, sociales y psicológicos y su aportación al desarrollo de diversas enfermedades. El vínculo de la psicología y el cáncer es relacionado sobre todo con la personalidad Tipo C, mencionada previamente y que se relaciona también con conflictos pulsionales, alexitimia, trastornos de sueño, carencias afectivas, estrés psicosocial etc. (Martínez de San Vicente, 2011)

El “síndrome de Damocles” es un sentimiento de miedo que el paciente tiene, con referencia a la enfermedad va a volver. Como seres humanos, a lo largo de nuestras vidas, llegamos a creer que somos infalibles. El cáncer es una enfermedad que destruye ese sentimiento y hace al paciente vivir con ese síndrome, con ese miedo permanente que la enfermedad volverá (Espinosa, López, Panadero, 2018). El “síndrome de Damocles” utiliza la leyenda griega para expresar el miedo de una persona que siente permanentemente su vida en peligro. El mismo sentimiento está presente en los pacientes oncológicos que sienten la misma angustia que la enfermedad va a volver a aparecer, sintiendo como en la leyenda que tienen una espada sobre su cabeza que puede caer en cualquier instante (Cruz Hernández et al., 2018). El ser humano vive con la “ilusión de la invulnerabilidad”, lo que provoca en el momento de recibir el diagnóstico un choque para la persona, por romper esa ilusión. Desde la propia cultura nos enseñan como representarnos la muerte, como acto inminente en nuestras vidas. La perspectiva sobre la vida cambia, tal como cambia la percepción del entorno social.

La pérdida es una experiencia que cambia el modo de ver la muerte, porque la persona que pasa por un duelo oncológico utiliza como recursos un gran gasto de energía, reorganización de la actividad psicológica, autoreproches, agresividad, frustración, angustia. Todos los nuevos acontecimientos obligan a la persona a reorganizar su vida, en los aspectos socio-culturales, físico-médicas y las personales, que incluyen edad, situación económica, laboral, recursos interpersonales, apoyo social, recursos intrapersonales, tipo de personalidad etc. (Solana, 2005)

La autoeficacia es el control cognitivo y la percepción de la persona sobre un estímulo doloroso, en el caso presente. Mientras la persona considera que tiene una mayor tolerancia para soportar el dolor menos lo va a percibir. La autoeficacia en el estrés, tiene una aportación significativa de la misma manera que, un nivel bajo de autoeficacia es la causa de un mayor estrés subjetivo. (Olivari Medina, Urra Medina, 2007) Cuando el paciente recibe el diagnóstico de tener cáncer, este provoca un alto nivel de estrés subjetivo, por lo tanto la autoeficacia es crucial para manejar la situación, influyendo hasta en el proceso curativo ulterior.

Las pruebas de mamografía y el *screening*, como pruebas rutinarias o complementarias. ¿Cuál es la diferencia entre las dos? Sadín et al. (2001) realizaron un estudio sobre la somatización, la ansiedad anticipatoria de las mujeres que van a hacer la mamografía como consulta de rutina y por otra parte, las que están avisadas para repetirlo. La morbilidad percibida por las mujeres que estaban citadas para otra prueba registró un incremento, en comparación con las mujeres que hicieron la mamografía solamente como prueba rutinaria. Aun así, los datos mostraron que la sintomatología somática y la depresión no registra grandes diferencias entre los dos grupos, pero la ansiedad si registra diferencias importantes, por lo tanto se recomienda disminuir lo máximo posible el tiempo entre las pruebas porque se demostró que la tasa más alta está justo unos días antes de hacer la prueba. Para reducir la ansiedad anticipadora se recomienda también proporcionar información adicional médica y psicológica.

El rol familiar ha sido estudiado y destacado en varios estudios sobre la importancia en el tratamiento y enfrentamiento del cáncer. El diagnóstico en si afecta antes que todo la paciente, pero en el mismo tiempo es notable el efecto que tiene también sobre la familia. ¿Cómo definimos el término de familia? Incluyendo los parientes cercanos, pero el rol fundamental es el de la pareja. Los estudios hechos ponen de manifiesto el rol crucial de la pareja, tanto en el mantenimiento de la vida social, como en el de apoyo emocional, está considerándose como Gestalt. Otros estudios muestran que los pacientes que padecen cáncer y están casados o tiene

pareja estable tienden a sobrevivir más, tener un bienestar psicológico más elevado, mientras los solteros o los viudos, se adaptan con mayor dificultad a las repercusiones de la enfermedad. (Baider, 2003)

En el momento de enfrentar la enfermedad, la persona que sufre de cáncer es vital tanto que tenga apoyo social, como que la misma pueda restablecer el equilibrio en su vida cotidiana. En lo que sigue se va a presentar el proceso de enfrentamiento del diagnóstico.

Tras el diagnóstico, el paciente que padece cáncer siente la enfermedad como una pérdida, aspecto que incluye pérdidas a nivel intrapersonal e interpersonal, de la vida de familia, pareja, social, a nivel laboral y económico. En ese mismo momento el paciente empieza el “duelo oncológico”. Esta es la denominación que se atribuyó el proceso durante cual el paciente se ve en la necesidad de elaborar métodos de afrontamiento para adaptarse a la nueva situación, buscar un equilibrio, un nuevo sentido de la vida. La interpretación personal es de la que resulta la adaptación a la experiencia traumática, un proceso que necesita tiempo, información sobre la enfermedad, apoyo social. Al final ¿qué es concretamente el duelo oncológico? Representa la pérdida del paciente que es obligado a renunciar a varios aspectos de su vida, luchar contra la enfermedad, además la pérdida de cabello, el pecho en el caso de las mujeres, el cansancio, pérdida de peso, náuseas, vómitos etc. son todos síntomas causadas por el cáncer y por los tratamientos duros a los que están sometidos los enfermos. La persona se tiene que acostumbrar a su nueva vida, si tras los tratamientos el enfermo se recupera, otra vez aparece la adaptación, la readaptación a la vida anterior, reinserción laboral, familiar etc. (Cruz Hernández et al., 2018)

¿Los pacientes con cáncer sienten la necesidad de hablar de sus sentimientos? Sobre todo cuando los pacientes están hospitalizados ellos se niegan a hablar sobre su estado emocional y más con las enfermeras, con las que quieren comunicar a menudo sobre su vida normal, sus familias, sus aficiones. La angustia es uno de los factores que influyen el bienestar psicológico, por lo tanto surgen los métodos de afrontamiento, los más frecuentes son la negación y evitación cognitiva la normalización, también lo son el soporte social, que incluye tanto a la familia, como a los amigos, que permiten a los pacientes llevar una vida normal. Los estudios sugieren que las enfermeras ofrecen mayor importancia al soporte emocional que los pacientes, mientras que los pacientes se sienten más cómodos utilizando las relaciones con familiares, amigos como estrategias de afrontamiento, igual que ayudar a los demás y teniendo actividades en las que se les considera personas normales, sin tener en cuenta su enfermedad. (Kvåle, 2007)



La comunicación con las enfermeras no siempre es deficitaria, ni implica necesariamente malestar psicológico para los pacientes. Gallegos-Alvarado et al. (2008) investiga el bienestar de las pacientes a través de la relación que tienen con las enfermeras. El estudio indica el beneficio que trae la comunicación, sobre todo cuando nos referimos a las pacientes en última fase, que son las que más necesitan un tratamiento multidisciplinar, integral, sin estar juzgadas, o sentir prejuicios de parte de los demás. La necesidad aumenta sobre todo por los factores psicológicos que aparecen a menudo, como la depresión o ansiedad. La adaptabilidad y el afrontamiento tienen como consecuencia la necesidad del bienestar psicológico. El personal de enfermería tiene que tener como fin la relación de ayuda, los métodos paliativos, implicando el bienestar espiritual de la paciente antes que todo, pero también el de la familia, en el mismo tiempo focalizarse en apoyar a la persona para que a través del bienestar psicológico, llegue a aumentar el bienestar físico y social.

El proceso de soporte que tendría que recibir una persona que padece cáncer podríamos categorizarlo en apoyo emocional, informacional e instrumental. El emocional hace referencia a las relaciones interpersonales, los cuidados, el amor, las relaciones de amistad, familiares que participan a disminuir el malestar. El segundo, el apoyo informacional-educacional se suele ofrecer por los especialistas en diversos dominios, como son los médicos, enfermeras, fármacos que informan al paciente sobre su enfermedad, tratamiento farmacológico y los terapeutas que propician métodos psicológicos de afrontar la enfermedad, aumentar la calidad de vida etc. El tercer tipo, es el instrumental que hace referencia a recursos materiales, el mismo suele ser el menos importante de los mencionados previamente, refiriéndose a transporte casa-hospital de la persona durante el tratamiento, recursos económicos etc. (Blasco et al., 2003)

¿Cómo enfrentar el diagnóstico de cáncer? Siendo una enfermedad de las más importantes para la sociedad del presente, trae también una serie de factores estresantes que ponen presión en los que están afectados. El diagnóstico tiene un impacto emocional que está acompañado de emociones y preguntas. En plan psicológico, la persona sufre incertidumbre, tensión y estrés. Tras el diagnóstico, el paciente empieza el tratamiento, que puede ser cirugía, radioterapia, quimioterapia. Después de terminar el tratamiento ya aparece la fase de remisión, cuando el paciente se recupera físicamente. La próxima fase es la recidiva, la enfermedad es reincidente, otra vez el paciente sigue un tratamiento, para después entrar en la fase terminal. La última y la fase más difícil, es en la que el paciente utiliza los propios recursos para enfrentar la

situación y tener el máximo bienestar psicológico. Aunque la mayoría de los pacientes aceptan al final su situación, es difícil superar esta fase, aún más por los que no han tenido la fase del “duelo”, porque en esta fase es cuando serán lo más vulnerables. (Fernández y Flores, 2011)

Las emociones negativas tienen una aportación dañina en el enfrentamiento del cáncer. En el momento de la evaluación del cáncer es posible que los resultados, incluso la reacción del paciente a la noticia sean diferentes. Se ha demostrado que las emociones positivas de la persona incrementan su sistema inmunológico. Para luchar contra la enfermedad es necesario un conjunto de creencias que el paciente aumenta desde dentro, sino no es posible influenciarlo en tener un proceso curativo que tenga buenos resultados. El cáncer no es necesariamente una enfermedad mortal, sino que el paciente tiene que cambiar su estilo de vida y las actividades diarias, por lo tanto va transformando su vida social, aprendiendo en el mismo tiempo que la vida se puede disfrutar en varias maneras. Tener el soporte incondicional de la familia, de la red social, es luchar contra la soledad. Existen momentos cuando el paciente se sienta solo y tal vez desamparado, pero evitar el estrés, compartir tus estados emocionales, sean ellos sentimientos negativos o positivos, mantener la esperanza, seguir siendo la misma persona que antes, intentar mantener en lo posible las mismas actividades que hacías antes es muy importante para mejorar la el estado de salud. Comunicarle la verdad sobre su diagnóstico es parte esencial del tratamiento que se va empezar. El paciente sabiendo ya cuál es su situación ya es totalmente consciente de los tramites y la actitud que tendrá a cerca de la enfermedad. Con ayuda de los especialistas de un equipo multidisciplinar estará guiado durante el proceso. (Prieto Fernández, 2004)

Para mantener e incrementar el bienestar y la salud percibida se necesitan una serie de procesos terapéuticos para fomentar la calidad de vida de la mujer con cáncer mamario. ¿Qué tipos de terapia necesitan las pacientes con cáncer mamario? Uno de los tipos es la intervención cognitivo-conductual, porque está enfocada en la modificación de conductas y cogniciones, para mejorar el bienestar. Tiene como meta la enseñanza de estrategias para combatir el estrés, comunicación eficaz, autorregulación de emociones, disminuir la ansiedad. Las pacientes reciben más información sobre su enfermedad, el tratamiento y cómo manejar el estrés. La terapia cognitivo-conductual se propone reestructurar las estructuras cognitivas de la mujer, para poder enfrentar los problemas surgidos con la enfermedad. Sobre todo cuando reciben el diagnóstico de metástasis, las mujeres llegan hasta a evitar las citas médicas, sienten que pierden el control.

¿Cuáles son las metas de la terapia para las pacientes con cáncer? Fomentar la calidad de vida, el bienestar psicológico de la paciente, ayudar en la autorregulación de las emociones negativas, aprender a enfocar su energía en actividades que la mantengan más tiempo ocupada, para no pensar mucho en las repercusiones de la enfermedad, de tal manera que no perciba y que no aumente el deterioro corporal como consecuencia del tratamiento y de la somatización. Las actividades que implican relaciones sociales, como visitar a amigos, ir a teatro, tener actividades deportivas etc. son unas de las actividades que las pacientes tienen que aprender a disfrutar de nuevo durante la terapia y después de terminarla, de manera independiente. (Garduño et al., 2010)

El efecto placebo es un concepto de mayor importancia en el proceso curativo del paciente con cáncer y no solamente. Estos términos pueden ser representados por una sustancia química, un acto físico o verbal que determinan un efectos positivos en el organismo del paciente. Si los efectos producidos son negativos, la expresión utilizada es de efecto nocebo (Pérez, Morer y Martín Santos, 2003). El efecto placebo está formado sobre todo de factores psicológicos, de las creencias de la persona, pudiendo tener tanto efectos analgésicos, como curativos.

El efecto placebo es definido como un estado psicológico que produce cambios biológicos a base de factores psicológicos. Por lo tanto los tratamientos terapéuticos concomitantes con los medicamentos administrados tienen una mayor eficacia, como varios estudios lo demuestran el estrés tiene una inminente contribución en el desarrollo o curación del cáncer. En el estudio enfocado en la contribución de la psicología en los métodos paliativos que ayudan a los pacientes con cáncer tener el mejor estado psicológico posible, según las circunstancias personales de cada uno, consideran que la fase terminal terapéutica aún es importante para escasear el sufrimiento. Por lo tanto en la intervención psicológica es importante el apoyo emocional y conservar lo máximo posible la estructura emocional, psicológica de la persona. En este proceso están involucrados los psicólogos, el personal sanitario (médicos, enfermeras), asistentes sociales, familia, amigos. El objetivo es alcanzar el máximo bienestar posible, el que se puede obtener aplicando cuidados paliativos tanto al paciente, que está en el centro del proceso, como a las personas que pasan más están con él, cuidándolo. En esta misma situación hay que evitar también la desmoralización del personal que cuida al enfermo, porque

como los estudios lo revelan, el éxito medical es la motivación que el equipo tiene para seguir con el apoyo emocional, de lo contrario esta disminuye. (Bayés y Borrás, 1993)

En 2010, Garduño et al. en el estudio sobre la terapia conductivo-conductual exponen los síntomas que el paciente llega somatizar, como resultado del sufrimiento psicológico que siente a nivel individual, interior. Entre estos síntomas la disforia, anhedonia, trastornos de sueño, apetito, baja autoestima, dificultades de concentración, náuseas, vómitos, mareos, cambios en la textura de la piel, se asocian a los sentimientos de negación, desesperación, llegando hasta la depresión grave.

La terapia durante el tratamiento contra el cáncer es una ayuda necesaria, por su importancia en el desarrollo de las estrategias de afrontamiento, en mejorar lo máximo posible el ánimo de la persona y además para el apoyo imperativo que el paciente necesita, considerando el impacto que el diagnóstico causa a nivel psicológico. La alexitimia reactiva representa una manifestación que consiste en reprimir los sentimientos, tendencia de aislamiento, ansiedad aumentada, pensamientos sobre muerte y dolor. Esta afección tiene como síntomas irritabilidad, ansiedad, alteración, alteraciones alimentarios, falta de descanso y se manifiesta con preponderancia en las primeras semanas después del diagnóstico, seguir con maneras diferentes de responder al nuevo estado de salud dependiendo del tipo de tumor que el paciente tenga. (Murillo y Alarcón Prada, 2006)

Una manera adyuvante de afrontar el diagnóstico de cáncer es la terapia. Una de las que se utilizan en el proceso de tratamiento y apoyo de las pacientes es la terapia cognitivo-conductual. Teniendo en cuenta que la misma se basa en el cambio de cogniciones, comportamientos a largo plazo, se considera que es una intervención que ayuda a la paciente en superar los síntomas y los cambios que aparecen por la enfermedad, por enfocarse en independizar el cliente para la utilización de las técnicas aprendidas hasta después de finalizar las sesiones terapéuticas. A través de este modelo se postula que las emociones están influenciadas por el sistema cognitivo, que se concretizan en la percepción, el manejo y la respuesta del paciente en una cierta situación. Por lo tanto, la mujer va aprendiendo como responder a los estímulos internos y externos de tal manera que va a ir mejorando su estado psicológico con el aprendizaje de técnicas de autorregulación de emociones, sobre todo las negativas. La intervención cognitivo-conductual se fundamenta en el cambio de comportamientos. Por lo tanto determina al cliente a cambiar ciertos comportamientos de manera racional, manteniendo la

conciencia y la visión clara sobre el comportamiento y el pensamiento, él tiene que ser consciente de sus necesidades, de las expectativas que tiene sobre el mismo y sobre el futuro. (Roth et al., 2002)

Una de las técnicas que es necesario utilizar en el proceso terapéutico es la sensación de control. Se refiere a los pensamientos, sentimientos del paciente, que siente que tiene control sobre la situación, lo que es benéfico para mejorar el bienestar psicológico, porque induce los resultados positivos. Las investigaciones hechas desde la Psicooncología demostraron varias veces que las personas que tienen actitud positiva tienen una mejor calidad de vida y mejores efectos en los tratamientos que los que tienen pensamientos negativos. (Blasco et al., 2003)

La terapia asistida por animales empezó a ser descubierta y utilizada hace pocas décadas. La historia de la terapia en si empieza en el 1969, después de esto se investiga más y aparece este tipo de intervención psicológica que no se utiliza de manera aislada, sino concomitantemente con otros tipos. Como tipos de terapia de esta rama se identifican: *Animal Assisted Therapy (AAT)*, *Animal Assisted Activities (AAA)*, *Animal Facilitated Therapy (AFT)*, en España denominada terapia asistida por animales de compañía. Los animales que más se utilizan son los gatos, los perros y a veces caballos. Los animales se utilizan en intervenciones terapéuticas para tratar varias afecciones, entre las mismas: depresión, fobias, trastornos de conducta, psiquiátricas, enfermos terminales (SIDA, cáncer, etc.). Se pueden incluir tanto cuando se trabaja con niños, con adultos como cuando se trata de ancianos. Los beneficios de la terapia asistida por animales de compañía el decrecimiento de estrés, de la presión sanguínea, de la ansiedad, de la soledad, aumento del sentimiento de seguridad. Los animales funcionan para distraer y acompañar, porque alcanzan y utilizan todos los sentidos del ser humano: táctil, auditivo, cognitivo, emocional. En practica se utiliza como unificación de la persona con el animal, como es la actividad de montar a caballo, porque el animal suplementa las discapacidades físicas del individuo; se puede utilizar también por el intermedio de la interacción pasiva, solamente observando. (Martínez Abellán, 2008)

La terapia con animales es la inserción de un animal en el proceso terapéutico, se suelen utilizar perros que es necesario que sean entrenados especialmente para participar a este tipo de intervenciones. Tienen que ser animales con estabilidad, calma y obediencia. Dependiendo del tipo de enfermo se decide también el tamaño del animal. En el estudio sobre la terapia asistida con perros en personas con dolor crónico, que aún es una área novedosa en las terapias

complementarias se han introducido como variables adyuvantes la reducción del estrés y de la ansiedad, la interacción entre el animal y el paciente parece determinar el aumento de sustancias como endorfina, oxitócina, prolactina, dopamina etc. todas sustancias que aumentan el bienestar físico y psicológico. Con los pocos estudios realizados hasta el presente, no se ha identificado con exactitud el momento más oportuno para la introducción del perro o el de finalización de la interacción con el mismo. Es necesario establecer normas exactas de higiene, revisiones veterinarias etc. para tener bajo control las posibles variables que podrían dañar la salud del paciente. (Pedrosa, Aguado, Canfrán, Torres y Miró, 2017)

Según la literatura, las personas diagnosticadas con cáncer mamario, además de sufrir a nivel psicológico en el momento de descubrir la enfermedad, estos daños psicológicos se prolongan un año o dos después de la fase inicial. Sánchez et al. (2005) analizan la motivación de las pacientes con cáncer mamario de seguir o abandonar el tratamiento psicológico. Para obtener resultados que incrementen la calidad de vida de la paciente, es necesario que termine la terapia. En el estudio mencionado previamente la tasa media de frecuencia a las sesiones fue de 60%, por razones médicas y asociados con el tratamiento oncológico. Según los resultados del mismo estudio, un tercio de las pacientes (27,5%) han abandonado. El fin, no es solamente un prejuicio a nivel individual, dado el hecho que la persona que abandona no obtiene mejorar la calidad de vida, sino que afecta la dinámica grupal. Los hallazgos fueron también relacionados con el nivel educativo, las constataciones fueron que hay una mayor posibilidad de abandonar la terapia en las mujeres con estudios primarios y una tasa más escasa para las que tenían estudios medios o superiores.

La calidad de vida del paciente oncológico se puede mantener y mejorar con tratamientos farmacológicos o con tratamientos no farmacológicos, por lo tanto se identifican unos de los aspectos que influyen la vida y la mejora del paciente oncológico, entre estos destacamos el insomnio, la ansiedad y la depresión.

Los trastornos de sueño influyen la salud física y psíquica de la persona, aún más cuando se trata de pacientes oncológicos. Dormir es una necesidad fisiológica que tiene influencia sobre la salud física y mental de la persona. Con influencia sobre el sistema inmunitario, la actividad, el manejo del estrés, en conclusión sobre la calidad de vida. El insomnio en los pacientes que padecen cáncer puede ser producido por el estrés emocional causado por la enfermedad, ciertas investigaciones mostrando que el insomnio puede afectar físicamente el paciente, teniendo como

consecuencia la fatiga, irritabilidad, depresión y anhedonia. Para el tratamiento del insomnio se utilizan productos farmacológicos, pero también no farmacológicos. Es necesario conocer las causas, para establecer el tratamiento adecuado, como método no farmacológico se identificó la psicoterapia, con efectos a largo plazo. Como medidas que el propio paciente puede utilizar: actividad física diaria, evitación de estímulos externos que impidan el sueño de calidad, evitar siestas diurnas; también se pueden utilizar como métodos la respiración profunda y diafragmática, técnicas distractoras, expresión emocional, meditación etc. La ansiedad es también una manifestación psicósomática, la persona se siente tensa, nervios, respuesta ante una situación nociva. Como reacción en si se considera adaptativa, pero con la persistencia del estímulo ya pasa ser desadaptativa. Produce estados de irritabilidad, disminución del rendimiento intelectual, trastornos de sueño, inquietud etc. La ansiedad reduce la capacidad de tolerancia al tratamiento, puede causar fobias, aumentar los síntomas del cáncer y de su tratamiento, los malestares emocionales. Como tratamiento no farmacológico de la ansiedad se utiliza la psicoterapia de soporte emocional, la cognitivo-conductual. La depresión está causada por el estrés, lo que afecta al paciente tanto psicológicamente, como físicamente. Los datos estadísticos demuestran que aproximadamente un 50% de los pacientes que padecen cáncer sufren depresión. La misma está influida por factores como sexo, edad, antecedentes de depresión, apoyo social, estrés, tratamiento. Como tratamiento no farmacológico se indican las terapias cognitivas, conductuales, la psicoterapia interpersonal, existencial, grupal etc. (Maté, Hollenstein, Gil, 2004)

Fatiga como problema en el mantenimiento de la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Representa un síndrome bio-psico-social que perduran hasta después de la superación de la enfermedad. Se denomina “fatiga crónica”, “cansancio crónico”, “fatiga relacionada con el cáncer” y es un fenómeno que perjudica la calidad de vida de las personas con cáncer. No tiene exactamente definidas las fuentes hasta ahora, pero se supone que se forma como consecuencia de trastornos psicológicos, como es el estrés y puede generar el abandono del tratamiento. El tratamiento de la fatiga tendría que tener una mayor importancia en el tratamiento del cáncer. Los resultados de ciertas investigaciones mostraron que las pacientes con pocas expectativas de mejoramiento de su estado de salud sufren de un incremento de la fatiga, en comparación con la otra categoría. (Font, Rodríguez, Buscemi, 2004)

## **Regulación de emociones desde el Modelo Circumplejo de las Emociones**

Las emociones también tienen un rol muy importante en la batalla de las pacientes contra el cáncer. Pueden ser definidas como un conjunto de factores intrapersonales, que influyen también las acciones de la persona en el medio social, interpersonal. La regulación de las emociones se considera como un estado de ánimo que la persona experimenta y en concordancia con las creencias intrapersonales intenta llegar a un estado de ánimo deseable. El mismo proceso simboliza también un control de las situaciones conflictivas, intrapersonales, pero en el mismo tiempo interpersonales. (Campos et al., 2011)

El control de emociones ante una situación estresante, anterior o posterior al diagnóstico. Cano Vindel (2005), en el estudio sobre el control emocional en los pacientes con cáncer pone de manifiesto la amenaza que representa la posibilidad de tener cáncer y los métodos de afrontamiento que las personas desarrollan ante esto. El alto nivel de ansiedad que perdura provoca en la persona cambios fisiológicos, afecta el sistema inmune. Cuando el cuerpo recibe el estímulo nervioso se está preparando para actuar en conformidad con los instintos primarios (defensa, huida, ataque etc.), de manera que una situación prolongada que provoca ansiedad disminuye la capacidad de adaptación del individuo. La ansiedad que la persona siente puede ser también anticipatoria, es decir con la simple repetición de los análisis el paciente está ante una situación delicada, que suele llevar al desarrollo de las estrategias de *coping* de evitación.

Las emociones constituyen un pilar clave en la aparición y tratamiento del cáncer. Para definir la noción de emociones se tiene en cuenta su origen, porque son reacciones psicofisiológicas con fin adaptativo y que tienen a la base los instintos primarios: autoconservación, supervivencia, pérdida, éxito, novedad, peligro etc. Las mismas se pueden clasificar en dos importantes categorías: positivas y negativas. La principal función de las emociones es de adaptación al medio ambiente, social o motivacional. La presencia permanente de las emociones interfiere en el estado de salud del individuo. Las positivas ayudan a la integración social, a desarrollar y mantener costumbres saludables, mientras que las emociones negativas tienden a afectar a nivel psicológico y físico de la persona. La manera en la cual las emociones negativas afectan a la paciente con cáncer mamario tiene repercusiones a nivel psicológico y físico, no solamente después de someterse al tratamiento, sino también antes. A nivel psicológico las más frecuentes son la ansiedad, la depresión e ira, dependiendo de la significación subjetiva que tiene la enfermedad para la mujer. Aparece hasta el condicionamiento



clásico. Las pacientes pueden llegar a manifestar náuseas o vómitos antes del tratamiento quimioterapéutico por ejemplo, debidos a los estímulos situacionales, visuales etc. Las emociones influyen también el sistema inmunitario, fomentando la vulnerabilidad física y psíquica. (Piqueras Rodríguez, Ramos Linares, Martínez González y Oblitas Guadalupe, 2009)

En su estudio sobre la Psicología Positiva y las aportaciones sobre la salud de la misma, se pone de manifiesto el avance más rápido de ciertas enfermedades cuando el paciente tiene representaciones negativas. Explican que la ilusión, aunque irrealista del enfermo lo ayudan a mantener su bienestar y tener una mejor calidad de vida. En consecuencia, las falsas ilusiones pueden ser consideradas un factor negativo con influencia positiva sobre el estado psicológico del paciente. Para obtener un mejoramiento o mantener el bienestar del enfermo, la autodeterminación o la autorrealización es una de las teorías que fomentan las motivaciones intrínsecas. El hedonismo y la eudaimonía son dos de los conceptos desarrollados desde la Psicología Positiva, con respeto al bienestar psicológico, con base en la filosofía. El hedonismo tiene como base la idea de las emociones positivas, negando la existencia de las negativas, mientras que la eudaimonía tiene como idea central el desarrollo espiritual de la persona, por el medio de las actividades profundas, con el propósito de alcanzar la felicidad. Los autores importantes que participaron en la extensión de esta misma área de la Psicología destacan la idea del bienestar subjetivo, al que comentan como un aumento del verdadero potencial personal. Los adeptos del bienestar eudaimónico tienen como características un “yo” fuerte, estable emocionalmente, con buenas relaciones sociales, en armonía con ellos mismos, una individualidad fuerte. (Vásquez et al., 2009)

¿Cómo contribuyen las expresiones faciales a las respuestas fisiológicas a los estímulos afectivos? Es cierto que las investigaciones, en la fase inicial, se enfocaban en la clasificación de las expresiones faciales para poder atribuirles a una emoción, pero investigaciones realizadas después han determinado que las expresiones faciales si pueden ofrecer información en cierta medida sobre el estado afectivo de la persona, pero que también la correlación puede ser poco específica. El modelo circunplejo de las emociones tiene como meta principal la interpretación de los estados afectivos desde la cognición, pero no considerándose como teniendo proveniencia exacta de un cierto sistema neuronal, sino que teniendo la origen en sistemas neurofisiológicas que interfieren. El modelo circunplejo del afecto considera las emociones con proveniencia del sistema neurofisiológico fundamental placer-displacer y el otro del *arousal*. Tanto que una

emoción sea entendida como una combinación de los dos sistemas previamente mencionados. Una cierta emoción se forma de diferentes niveles de activación de los dos sistemas de valoración y *arousal*. Cada emoción es independiente y se manifiesta a través del comportamiento, tanto que las emociones tienen origen diferente en las vías neuronales, tanto que las investigaciones demuestran, el córtex prefrontal participa en experimentar las emociones tanto negativas, como positivas. (Posner, Russell, y Peterson, 2005)

La regulación de emociones es la adaptación, que los seres humanos necesitamos para alcanzar nuestras metas. No es necesariamente cambiar el estado emocional, sino que desde la perspectiva de la adaptación, las investigaciones muestran que las emociones aceptadas socialmente son las deseadas, no las no aceptadas, teniendo como fin la adaptación del individuo a diversas situaciones sociales o personales. Como la adaptación constituye parte de la vida, de la supervivencia del ser humano, es imperioso regular las emociones. La autorregulación tiene como principios generales: los estándares, la monitorización y la fortaleza. Los estándares se refieren a las pautas sociales y a la percepción de ciertas emociones como correctas, la monitorización se enfoca en la percepción del sistema cognitivo y la fortaleza en la determinación personal de controlar los impulsos. Las emociones aparecen cuando el individuo es parte de una situación relacionada con sus metas u objetivos. Las mismas tienen influencia sobre el conjunto mente y cuerpo, lo que provocan cambios a nivel subjetivo, conductual y fisiológico. Las emociones determinan a la persona cambiar su conducta en dependencia de automatismos conductuales, procesos cognitivos, matiz social etc. El modelo circuplejo de las emociones, elaborado por Russell en el 1980 se constituye en dos dimensiones: la intensidad (*arousal*) y la valoración personal de las emociones (agradables o desagradables). Es un modelo bidimensional, circuplejo. Que dependiendo del *arousal* y magnitud de la valoración personal puede generar conductas adaptativas o desadaptativas. (Mestre Navas et al., 2012)

Los investigadores descubrieron que las personas tienen dificultades para identificar y describir sus propias emociones, la razón sería el hecho de experimentar emociones en un conjunto, no por separado. Por ejemplo, al momento de mencionar una emoción positiva, las personas incluyen en el mismo sentimiento también otras emociones positivas. Las emociones son el resultado de la interacción entre cogniciones, que se producen en las estructuras neocórticas. El sistema mesolímbico tiene efectos importantes en la aparición de las emociones, relacionado con la evaluación subjetiva de la euforia, debido al flujo sanguíneo alto. Al nivel

subcortical, la amígdala también tiene un rol importante en la formación de las emociones, con rol sobre todo en la manifestación del miedo y defensa, siendo parte de las primeras estructuras que se forman con el desarrollo del feto. El córtex prefrontal tiene una contribución esencial en el reconocimiento y la comunicación de los estados afectivos, en el mismo tiempo se destaca su función en la interpretación de las sensaciones de placer y *arousal* en decisiones que pueden tener consecuencias emocionales significativas.

ACTIVACIÓN				
D E S A G R R A D A B L E	Tenso	A R O U S A L	Alerta	A G R A D A B L E
	Nervioso		Eufórico	
	Estresado		Contento	
	MIEDO, IRA		ALEGRÍA	
	VALOR		RACIÓN	
	Triste		Satisfecho	
	Deprimido		Relajado	
	Fatigado		Tranquilo	
	TRISTEZA			
DESACTIVACIÓN				

**Figura 1.** Modelo Circumplejo del Afecto, adaptación de las revisiones de Posner, Russell y Peterson (2005)

A nivel biológico y neuropsicológico las investigaciones realizadas se enfocan en la importancia que tiene para el procesamiento de las recompensas y el placer el sistema mesolímbico dopaminérgico. El sistema placer-displacer está relacionado con el ambiente social, normas adquiridas, moralidad, creencias personales. En el córtex prefrontal se ubica el sistema de arousal que activa y desactiva las emociones. Allí mismo, a través de los esquemas emocionales individuales se identifican las emociones, dando lugar a la interpretación de la información transmitida. Dependiendo de sus emociones, las personas necesitan la reestructuración cognitiva, para apoyar la autorregulación de las emociones. Es necesario conocer la influencia de la percepción, la atención, el sistema de esquemas cognitivo-emocionales en el proceso de regulación de emociones para poder realizar el proceso. Presentado el modelo circumplejo de las emociones y los procesos que interfieren en el proceso de autorregulación de las emociones hay que mencionar el papel que tienen los mismos en las acciones de la paciente que padece cáncer de mama. Los factores psicológicos y las estructuras cognitivo-emocionales son muy importantes empezando desde el momento del diagnóstico,

porque tienen influencia sobre el proceso al que la paciente se va a someter. (Mestre Navas et al., 2012)

El modelo circuplejo tiene una gran contribución en el proceso psicológico desarrollado para los pacientes con cáncer. Es imprescindible su utilización en los tratamientos paliativos por la existencia de los esquemas cognitivos que representan la base para el sistema placer-displacer, agradable-desagradable, en el que se basa este modelo. Las modificaciones cognitivas que pueden aparecer en los enfermos de cáncer, dado el hecho que las pacientes viven momentos de alta ansiedad, a veces llegando a tener depresión, baja autoestima, la alta presencia de las emociones negativas resultadas sobre todo de la percepción social que tiene esta enfermedad, se pueden trabajar con más sencillez utilizando el mismo modelo. Como se va a desarrollar a continuación, a base de un estudio de caso realizado a través de entrevistas no estructuradas con una paciente superviviente que ha sufrido cáncer de mama.

### **La influencia de las emociones sobre el bienestar psicológico**

A través de este trabajo intento identificar los aspectos subjetivos que favorecieron la recuperación de la participante después del diagnóstico de cáncer de mama. Tanto que los cambios aparecidos a nivel personal, social, profesional tuvieron contribuciones importantes en la mejora de la persona. El cáncer de mama, como enfermedad con un fuerte impacto psicológico sobre la persona enferma, puede tener consecuencias como ansiedad alta, depresión, aislamiento social, incrementación de las emociones negativas, pero las mismas pueden favorecer el progreso de la enfermedad, mientras que el aumento de las emociones positivas ayudan a aumentar la calidad de vida.

¿Cuáles fueron los efectos del tratamiento sobre la participante? Los efectos fueron visibles tanto físicamente, a través del daño físico a las extremidades, la piel y el cabello y psicológicamente, donde también las consecuencias fueron significativas. Se ha intentado identificar las modificaciones aparecidas en su vida, pero también las consecuencias que tuvieron continuidad hasta después de terminar el tratamiento. El bienestar psicológico fue obtenido a través de la utilización de los métodos de afrontamiento que la participante ha desarrollado sin ayuda especializada, pero con el apoyo de los contactos sociales.

## **Metodología**

El propósito de este estudio es identificar el bienestar psicológico de las pacientes supervivientes de cáncer de mama, a través del análisis de un estudio de caso realizado con una paciente que ha superado la primera enfermedad y en la que ha recaído el cáncer en un tipo de cáncer de útero. La meta de esta investigación es identificar los momentos de alta y baja activación, tanto como la presencia de las emociones positivas y negativas utilizando el modelo circunplejo de las emociones elaborado por Russell, que la manera de gestionar los estados emocionales de la paciente. Se hace referencia a situaciones relacionadas con su vida privada antes, durante y después del cáncer, pero al mismo tiempo se considera su implicación en el entorno laboral considerando las mismas dimensiones.

Para analizar el caso previamente mencionado se han utilizado entrevistas en profundidad con duración entre 45:00 y 1:45:00 aproximadamente, realizándose en España, cuatro entrevistas con enfoques diferentes, para poder identificar las diferencias y los cambios aparecidos entre antes, durante y después de padecer la enfermedad, pero también a lo largo de las entrevistas se ha hecho una recopilación de las creencias y valores de la paciente para poder determinar unas pautas para el comportamiento que ha manifestado. Las entrevistas fueron realizadas cara a cara, durante cuatro semanas. Antes de empezar las entrevistas en sí, se ha realizado un encuentro con la paciente para facilitar el proceso que seguía, de tal modo que se pueda establecer cierta confianza y comodidad, durante cual empezó a contar en parte los acontecimientos y ciertos detalles que a lo largo de las entrevistas se han desarrollado, no se ha considerado necesario obtener más información sobre ciertos aspectos personales si la paciente no las ha contado a lo largo de las entrevistas, dado el hecho del carácter personal de las informaciones compartidas, pero al mismo tiempo el impacto que podía causar el hecho de contar por lo que ha pasado. La paciente ha manifestado momentos en los que fácilmente se podía identificar la alta activación, sobre todo al contar de la vida profesional y momentos de baja activación, identificados en momentos concretos, relacionados con miembros de la familia. En los momentos en cuales desarrollaba el proceso de la enfermedad, la paciente se muestra estable del punto de vista emocional, pero los momentos de debilidad aparecen a la hora de identificarse con otras personas que sufren también de cáncer, a las que les ofrece apoyo incondicional mientras saber que están determinadas a superar la enfermedad, pero al mismo tiempo no quiere involucrarse en actividades sociales relacionadas con esto.

Para realizar la investigación se ha utilizado una serie de entrevistas en profundidad, sucesivas, con la misma persona, para tener la oportunidad de compartir las experiencias subjetiva de la paciente. Se han realizado cuatro entrevistas cara a cara, con un encuentro previo para poder conocer a la mujer, debido a lo cual se fomente la confianza interpersonal, aumentar las aportaciones subjetivas, emocionales, experiencias y situaciones durante todo el proceso para poder destacar los factores importantes. Las entrevistas realizadas se pueden categorizar según Seale, Gobo, Gubrium y Silverman (2004) la entrevista es considerada un recurso, debido al hecho de dirigirse a la realidad subjetiva de la persona en relación con la aportación y sentido personal que la misma otorga a las experiencias, reconsiderando la propia representación sobre esta, en búsqueda de sentimientos no conocidos antes.

Para la elaboración del estudio se ha optado por este método por la flexibilidad y la facilidad que ofrecen a la hora de estudiar el comportamiento verbal y el no verbal a lo largo de las entrevistas, a la vez se ha considerado las respuestas detalladas que la persona ofrece. Los diálogos se han efectuado de manera abierta, con una actitud relajada, dispuesta a escuchar todas las especificaciones, al mismo tiempo se han utilizado también preguntas para aclarar ciertos acontecimientos o estados de ánimo. Las cuatro sesiones grabadas se han hecho cara a cara, al mismo modo que la anterior a las mismas, en un espacio tranquilo, sin la intervención de otras personas, todas se realizaron por la tarde, empezando con 15:30, debido a la disponibilidad de la participante.

La historia de vida como método cualitativo de investigación, utilizada en las ciencias sociales, especialmente en la psicología social. Utilizando este método de investigación el entrevistador tiene que mantenerse neutral, favorecer una conexión cordial, incrementando la confianza interpersonal. Otro aspecto esencial en la utilización de este método es estimular la capacidad de expansión del entrevistado sin dirigir permanentemente el dialogo y el entrevistador tiene que intervenir lo menos posible. Antes de efectuar las entrevistas es necesario consultar la literatura de especialidad, tanto como información sobre la persona en sí. Para el análisis de las entrevistas se han grabado audio las cuatro sesiones, después se ha realizado la transcripción, guardándose, lo máximo posible, las expresiones y el modo personal de debatir ciertos temas, específicos de la persona, aunque existieron momentos cuando las ideas fueron interrumpidas y se ha continuado con otras. Para realizar un análisis más completo, la misma se ha realizado tanto en vertical, como en horizontal, con más especificidad, la examinación de cada

entrevista utilizando las dimensiones que se evidenciaron a lo largo de la discusión, tanto como la identificación de los elementos comunes de todas. También se ha mencionado la flexibilidad otorgada al investigador con respecto al número de entrevistas necesarias, porque una vez que el tema está agotado, la repetición de las informaciones es irrelevante, tanto que es preferible terminar el estudio. A través de este tipo de entrevista se identifican las motivaciones intrínsecas que influenciaron la modificación del comportamiento y del modo de percibir la sociedad, pero también a sí mismo, tanto que una autobiografía, una confesión subjetiva de la persona sobre los eventos de la propia vida. (Arjona Garrido y Checa Olmos, 1998)

Szczepanski (1978), en su trabajo sobre el método de investigación biográfica menciona la recopilación de datos personales que se refieren a la naturalidad de los eventos sociales, Como el interés de analizar en profundidad cierto tema, aunque este tipo de investigación tiene que ser guiado al mismo tiempo también de ciertas normas, qué son el establecimiento correcto de los eventos aparecidos a lo largo de desarrollo de una situación, la explicación de una teoría sobre los actores involucrados en este proceso. Este tipo específico de entrevista se utiliza sobre todo en el dominio de la psicología, sobre todo modificaciones aparecidas al nivel de la personalidad, la contribución de los factores sociales. Las autobiografías ofrecen informaciones sobre ciertos grupos sociales, fenómenos y procesos sociales, comprensión de procesos sociopsicológicos, de esta manera generando material que puede ser utilizado para la investigación en sí, tanto que no es recomendado la utilización de las mismas solamente como material auxiliar. Documentos biográficos son los que presentan datos con carácter personal, opiniones del entrevistado, etc.

### **Perfil de la participante**

Mujer de 60 años, soltera, con trabajo estable, que ha sufrido cáncer de mama linfático en el año 2011.

En septiembre del 2010 en un control de rutina se le realiza una mamografía, a mediados diciembre del mismo año se descubre un bulto en el seno izquierdo, acude otra vez al médico para una segunda mamografía, descubren algo pero los médicos deciden repetir la prueba. En 6 de enero del 2011 se realiza una ecografía, pero debido a un tratamiento con antibióticos, el bulto disminuye. La primera operación se realizó el 7 de enero del 2011, aunque después de los resultados de la biopsia se descubre la metástasis, entonces la operan por la segunda vez el 19 de enero, momento en cual se extirparon 19 ganglios. Dos meses después de la última operación,

empezó el tratamiento el día 18 de marzo, 6 sesiones de quimioterapia, terminándolas el día 12 de agosto. El tratamiento sigue con sesiones de radioterapia. Durante 7 semanas, fraccionadas durante cada semana, 15-30 minutos en la sala de tratamiento.

La misma paciente que ha superado el cáncer de mama, después de un control ginecológico en el 2017 se descubre que hay indicios de células cancerígenas, la paciente decide operarse. El día 31 de octubre del 2017 está sometida a una operación para quitar 19 pólipos, después de realizarse otras revisiones se constata que es imprescindible una segunda operación que se realiza el día 30 de enero del 2018, momento en el cual se extirpan el útero y los ovarios. El 20 de febrero recibe el resultado de la biopsia realizada y los análisis muestran que tenía un adenocarcinoma de endometrio, grado 1, un tipo de cáncer de útero. No se ha necesitado tratamiento de ningún tipo, en comparación con el primer diagnóstico, dado el hecho del estado incipiente del cáncer.

El seguimiento después los dos diagnósticos se realizó se realizó a través de revisiones a cada 3 meses durante 2 años. Para el cáncer de mama después de los 2 primeros años, siguen revisiones a 6 meses durante dos años y a partir de ese momento una revisión al año.

Con respecto a las entrevistas la primera se ha realizado sobre temas generales, sobre todo mencionando actividades de ocio como lectura o cine y también la actividad laboral. La participante fue avisada previamente sobre el tema de la próxima entrevista, se ha intentado mantener el hilo cronológico de los acontecimientos, aunque a veces se ha regresado, por necesidad de conectar el estado de ánimo con la actitud hacia la enfermedad.

Antes de realizar las entrevistas en si se ha considerado necesario hacer una revisión de la teoría importante para el tema desarrollado. Se han revisado artículos sobre psicooncología, bienestar psicológico, salud percibida, investigaciones realizadas desde la psicooncología, neuropsicología y emociones.

La primera entrevista se ha realizado en el 18 de abril del 2018 y se ha centrado en la época de antes del cáncer, con enfoque en las relaciones familiares, amistades y con la actividad profesional que la paciente tenía.

La segunda ha tenido como enfoque principal el feminismo y el hembrismo, fue realizada en el 30 de abril del 2018. Durante la primera entrevista la paciente evidencia la importancia del hembrismo para ella, entonces se ha considerado necesario ampliar este tema para poder seguir con el tema de cáncer de mama, un tipo de cáncer propio de las mujeres.



La tercera entrevista se realizó el 02 de mayo del 2018, hablándose del cáncer. La manera de descubrir la enfermedad, las operaciones, tratamiento, incluso se ha desarrollado el proceso del segundo tipo de cáncer que ha sufrido, incluyendo la importancia del animal de compañía, un perro que la acompañó durante la enfermedad fueron el eje principal para describir los acontecimientos durante la enfermedad.

Para concluir sobre los temas expuestos durante las entrevistas, la última, realizada el 09 de mayo del 2018 presenta su opinión sobre los derechos de las personas ante el cáncer, las obligaciones que el enfermo tiene. Se destaca su percepción sobre la vida antes, durante y después del cáncer, con enfoque en la vida profesional y el progreso de la misma, tanto en las repercusiones de la misma sobre la vida personal, evidenciadas a través de situaciones concretas.

### **Análisis de datos**

El proceso de realización de las entrevistas empezó desde la descripción de la vida precáncer en su diversidad, tanto que se tocaron temas como las relaciones con los miembros de la familia, amistades, preferencias en la literatura y el cine, carrera. Luego se continuó con la explicación de la visión personal sobre la separación entre el feminismo y el hembrismo y su contribución en la vida personal y profesional, siguiendo con la rememorización de la época en la que sufrió de cáncer, terminando con la percepción sobre la vida en el momento actual.

Las informaciones recopiladas durante las entrevistas con respecto a la evolución de la enfermedad, tanto con respeto al nivel físico, como al nivel psicológico serán presentadas en la tabla que sigue conforme al modelo circuplejo de las emociones, a partir de la cual se va a realizar la interpretación de las entrevistas.

**Figura2. Modelo Circumplejo del Afecto, adaptación de las revisiones de Posner, Russell y Peterson (2005)**

Emociones	Variable emergente (alta, moderada, baja)			
<b>Baja activación-Situación agradable</b>				
Acercamiento:	Baja	Moderada	Alta	Alta
Satisfacción:	Alta	Alta	Baja	Alta
Relajación:	Baja	Moderada	Moderada	Alta
Tranquilidad:	Moderada	Moderada	Moderada	Alta
<b>Baja activación-Situación desagradable</b>				
Tristeza:	Moderada	Moderada	Alta	Alta
Preocupación:	Moderada	Baja	Alta	Alta
Fatiga:	Baja	Baja	Moderada	Moderada
Aburrimiento:	Baja	Baja	Moderada	Baja
<b>Alta activación-Situación agradable</b>				
Alerta:	Baja	Moderada	Baja	Moderada
Euforia:	Moderada	Moderada	Baja	Moderada
Alegría:	Moderada	Moderada	Baja	Alta
Activa:	Alta	Alta	Moderada	Alta
<b>Alta activación-Situación desagradable</b>				
Tensión:	Moderada	Baja	Alta	Baja
Nerviosismo:	Baja	Baja	Moderada	Baja
Estrés:	Moderada	Baja	Alta	Alta
Irritación:	Baja	Moderada	Moderada	Baja

Durante el proceso de realización de las entrevistas se ha notado un cambio de actitud de la paciente con respecto a los acontecimientos mencionados, pero al mismo tiempo en la manera de contar, de relacionarse. Dado el hecho que las entrevistas han seguido en principal un eje cronológico, intentando recordar situaciones concretas de la vida, relaciones interpersonales, tanto a nivel personal como a nivel profesional se destaca la evolución con respecto a la relajación y el aumento de la confianza en la relación entrevistado-entrevistador.

La primera entrevista, que tuvo como base consolidar la confianza interpersonal, aumentar la relajación, empezar a hablar sobre el tema de la enfermedad tuvo tres ejes centrales, las relaciones familiares, el ámbito profesional, la paciente en diferentes momentos. Una variable independiente que llevo al desarrollo de la segunda entrevista, fue una sutilmente mencionada, que es el rol de la mujer en la sociedad.

*Pues, llevaba una vida normal. Bueno, con el trabajo, a casa, tenía una perra. Sacaba a la perra a paseo, una vida normal, muy normal.*

*Muy normal también, muy satisfactoria, dando las asignaturas que a mí me gustaban y sin problemas.*

*Lectura, cine, pasear no mucho, pero sobre todo leer y ver muchas películas en televisión.*

La primera entrevista, que es la más corta, debuta con preguntas generales sobre la vida antes de tener cáncer, relacionadas con trabajo, relaciones familiares, amistades y actividades de ocio. La paciente tiene respuestas muy cortas, casi defensivas. Para romper las barreras se debate más sobre las actividades de ocio, con enfoque en la literatura y el cine, temas sobre cuales la paciente habla con mayor facilidad.

*Mira, fue un libro que a mí me marcó muchísimo. Vamos, me marcó muchísimo, porque estaba de vacaciones en Portugal y me enganché de tal manera al libro que mis amigos pensaban que estaba enfadada con ellos, porque no quería ir a la playa [...] Por eso se llama el libro "Dime quien soy"; porque ella hace menos no sabía quién era y toda esa historia y el libro va recuperando toda esta historia entera. Entonces es muy interesante, primero me gustan mucho los libros protagonizados por mujeres.*

*Las películas me gustan las comedias. Yo no voy al cine a sufrir, lo tengo clarísimo. [...] Hay una película que me encanta, que es "Un verano en la Toscana". La han echado en televisión miles de veces, pero es la historia de una mujer que decide cambiar su vida y vive en Nueva York, en América, creo y se va a Italia.*

*"Mamma mia" se llama la película. Es una tontería, pero me gusta. Como dirían las abuelillas, las películas de amor me gustan, pero a ver. Pastelosas de esas románticas de autoras inglesas, no. Esas películas no, pero bueno.*

*Sí. En el primer semestre tengo dos asignaturas optativas de cuarto aquí en la facultad. [...] Entonces hago actividades que yo creo que son importantes para un maestra infantil, que trabajo muchísimo el cuento, la creatividad, que desarrollen la creatividad, hacemos prácticas, por ejemplo, de cuento absurdo, nuevas versiones de cuento maravilloso. [...] Pero también temas tan intensos como el cáncer infantil, la adopción, los celos, las familias homoparentales, el transgénero. [...] Y después la otra asignatura, lo que hacemos es jugar. Jugar, hacen*

*marionetas, representan cuentos con esas marionetas y después ellas se hacen vestuarios con bolsas de plástico y representan un cuento ante niños, aquí en el Aula Magna.*

*Mira, yo soy una persona que tengo pocas publicaciones, a partir de la tesis que fue sobre el personaje femenino en la literatura infantil actual española, me centre en ese papel. Siempre he trabajado el papel de la mujer, de la niña en la literatura infantil y todo lo que yo he leído o que se me ha ocurrido directamente lo he aplicado en clase.*

En contradicción con la primera parte de la entrevista, con respuestas muy breves, la segunda donde presenta sus pasiones y la actividad profesional tiene respuestas muy amplias, ofreciendo muchos detalles. En lo que sigue se considera oportuno analizar las relaciones sociales.

*Además yo he tenido un grupo de teatro, entonces tengo más relación con las que estuvieron conmigo en el teatro que con las que no.*

*Yo soy de Ceuta. Pero yo volví a Ceuta al cabo de 12 años con una vida aquí, nada que ver con la de allí. [...]. Tenía algunas amigas del colegio con las que seguía manteniendo relación, pero... Entonces yo volví allí, la gente me conocía, yo conocía a la gente, pero no tenía contacto con ellas.*

*Exacto. Esa tranquilidad de decir voy a ver a mi familia a Cádiz [...]. Mira, es que yo he llegado a tener a mi madre aquí hospitalizada y sin poder verla por el tiempo.*

*En algún momento he pensado, cuando me jubile, me gustaría vivir en Madrid, pero porque están mis amigos allí.*

La segunda entrevista tiene como fundamento la anterior. Como la participante ha mencionado su interés en esta área, la importancia de hablar sobre el rol de la mujer se considera uno de los temas fundamentales en durante su vida. A lo largo de toda la entrevista se nota su interés por este tema, empezando con la tesis doctoral que también está relacionada con el papel de la mujer en la sociedad, siguiendo con el enfoque igualitario que tiene su actividad en la aula, pero también volviendo el tiempo a su infancia hay referencias del mismo tipo de actitud, situaciones concretas que tiene muy presentes en la memoria.

Es importante explicar la diferencia entre feminismo y hembrismo, según la visión de la participante. El feminismo lo considera una corriente política, mientras que el hembrismo sería más la actitud de luchar pacíficamente tanto por los derechos de los hombres, como por los de las

mujeres, el termino opuesto al machismo. Durante esta entrevista se puede notar el interés y por lo tanto la amplitud de las respuestas, los detalles, las situaciones concretas.

*Entonces yo soy de las que la mujer, como hembra, tiene su papel. Porque tiene que hacerse valer y tiene que ser mujer. Otra cosa es luchar, esa lucha por ejemplo, yo no he ido nunca a manifestaciones feministas. Que si puedo apoyar, pero porque soy mujer, pero no lucho contra eso, con la política.*

*Mira, yo soy una persona que lo que he tenido lo he conseguido yo sola, entonces eso es el hembrismo, a mí nadie me ayudo, nadie me apoyo políticamente. Yo he conseguido las cosas por ser yo, mujer, por ser una hembra.*

*Entonces mi tío, siempre a las 7 de la tarde cuando salían los soldados a la casa y no podía pasar, hasta que no pasaban todos, hasta que no salían todos, la barbería se quedaba vacía, entonces podía bajar yo. Estaba allí por ser mujer y yo decía ¿y por qué, qué me va a pasar? Hay que ver la ultra protección, entonces era un truco, allí si salía la vena feminista, entre comillas decir, por ser mujer ¿por qué no voy a poder hacer esto? Entonces esa restricción que yo tenía de salir, si yo quería salir a jugar es que estaba jugando y tenía que ir a mi casa.*

*Entonces era como que estaba empezado a llegar, entonces yo dije tengo que conocer a esta mujer y hablo con mi director de mi tesina entonces, que no era mi profesor de clase, pero era como el más cercano y dije mira, yo quiero hacer el trabajo de esta mujer. Me dijo, perfecto, así la conozco yo. ¿Perdona? Dije bueno, ahora yo independencia total, digo si no sabes de que hubo, de quien voy a hablar me busco la vida.*

*Y yo seguía mandando, le mande 60 páginas, no se me olvida. [...]Yo decía que pasa, bueno ya te lo leo, ya te lo leo. Hasta que le digo mira, ahora quiero coger, ya me he hecho yo más mi trabajo, ya se lo que tengo que hacer voy a seguir con esto y me había perdido los folios.*

Lucha por la igualdad dentro de la familia, para defender su papel de mujer. Demuestra un carácter fuerte, comportamiento que la ayuda repartir las responsabilidades dentro de la familia de una manera igualitaria en la relación fraternal.

*Digo, yo estoy trabajando, es que yo cuide de mis padres, es que yo estoy trabajando [...]Yo tengo que pagarme mi jubilación, se lo dije así y tengo dos hermanos más y uno está jubilado [...]. Lo mismo que yo aprendo informática o aprendo a cambiar una rueda de coche, que vamos, esa era una cosa de hombre. Siempre ha sido el género. Entonces allí sí que*

*hembrista, ya te digo, la palabra feminismo es más bien política, más que... Y allí sí que he luchado, es que vamos a ver, o luchaba yo o me comían.*

*Yo sí que en ese sentido hago hembrismo. Digo vamos a ver, "nadie es más que nadie"; es una máxima que yo tengo aquí. Todos somos iguales, unos tenemos unas capacidades y otros tienen otras y nosotras no venimos con el gen de la plancha, de la limpieza ni nada de eso, eso lo aprendemos.*

En su vida profesional lucha para que los hombres y las mujeres puedan sentirse libres, que puedan expresarse como desean y que se utilice la coeducación. En el mismo tiempo apoya a los estudiantes que realicen trabajos sobre temas variados, participa en conferencias, proyectos para apoyar la diversidad social. Considera que la educación infantil tiene un peso inmenso, para poder normalizar la diversidad, por la flexibilidad de los niños y por su curiosidad a lo nuevo.

*Porque cuando yo empecé a trabajar me metí en ese mundo, en la enseñanza, que era distinto al que yo conocía. Era enseñar a los niños pequeños, es decir que están todavía con la mente que hay que rellenar esa mente, que hay que saber guiarla, yo he dado clases a gente de 16-17 años, que ya con las hormonas como locas, ya no se puede hacer nada. Pero los pequeñines, que imagen se da de ellos.*

*Se trabaja la coeducación, se empieza trabajar la coeducación, como que los niños y las niñas son iguales y además que pero eso tiene reflejo fuera de casa. [...]. Entonces de allí fue mi tesis fue "El personaje femenino en literatura infantil juvenil en la literatura española actual" porque era lo que estaban leyendo los niños en ese momento. Lo que pasa es que no habían niñas protagonistas, los protagonistas siempre eran los niños y uno dice pero bueno y yo partí de la coeducación hasta llegar a decir, señores estos modelos no son reales.*

*Y hay tanta gente contra eso que digo, a ver si yo puedo ayudar, desde mi trabajo a cambiar eso un poquito. Yo por ejemplo, en clase mando unas alumnas mías de las prácticas que hacen conmigo, es un cuento con una familia monoparental, que lo llevo haciendo 4 años, 4-5 años ya. [...]. Ya es un poco decir, os tengo que abrir la mente. [...] El cuento era de dos padres, entonces cuentan el cuento y de pronto el niño dice "yo tengo cuatro mamas" y todos los niños que suerte.*

*¿De padres heterosexuales, por qué sale un hijo gay? Es la argumentación más simple, a ver, los gays salen de parejas hetero, porque no todas las parejas hetero tienen todos los hijos heterosexuales.*

*No, no, vamos a ver, por eso digo que no es feminismo, no es lucha, es una lucha muy pequeña con poca gente, porque yo lo he hecho con la gente de la clase, pero es decir mira qué vosotras vais a formar, entonces no quiero que, esto es como ir abriendo un poco el abanico.*

La entrevista presentada previamente destaca la visión diferente, personal y al mismo tiempo la lucha sutil que está llevando para poder provocar cambios en la sociedad, expresa directamente su percepción de la sociedad.

En lo que sigue, la tercera entrevista, con eje central el cáncer, diagnóstico, tratamiento y recuperación, presenta la fortaleza del pensamiento positivo, una muestra de cómo la manera de pensar tiene replicas en el comportamiento y la salud física. Los momentos de escasa esperanza están interrumpidos por momentos de bienestar psicológico, que se debe a la influencia de los ejemplos, pensamientos y apoyo social. Todas las fluctuaciones que surgieron durante esta etapa de su vida la llevaron dejar ver ese lado de su personalidad de luchadora.

El proceso de la enfermedad demuestra su deseo de curarse, la manera de involucrarse y de cuidarse para poder salir adelante ante esta enfermedad que tiene un significado social fuertemente asociado a la muerte.

*Te comenté que yo me descubrí un bulto al final del año. [...] Estaba en el hospital, tenía cita con el radiólogo, me hizo una ecografía y me dijo yo aquí no veo nada, yo que usted no me operaba. Y yo decía no, no, tengo reservado el quirófano para mañana yo me opero, y no sabía, yo tenía allí algo aunque fuera de grasa, yo me lo tengo que quitar.*

*Dos meses después de la segunda operación, 18 de marzo empecé con la quimioterapia [...] Mi hermano me hizo mucha gracia porque me decía, es que le estaba trabajando en el hospital de anestesiista y decía te he conseguido pastillas de la gente a la que ya no le hace falta y digo vale tío, pero bien, de buen humor.*

*No, me lo contó que te quemaba, pero a mí nadie me dijo lo que pasaba y entonces en un momento dado me dicen échese crema, y digo pero qué crema, me dice yo le voy a dar una muestra. [...] Entonces cada vez qué iba tenía que ir sin crema, pero después si me la tenía que echar. La radio, qué pasó, que la quimio no me afectó, pero la radio, cada vez que iba que no me acuerdo tampoco cuántas sesiones fueron, pero yo me notaba súper cansada.*

*Y me dice una enfermera tienes que echar crema hidratante, pero me lo dices, no miento, eso no me dijo nada y estando allí esperando, es muy gracioso, estoy hablando no sé qué habrá*

*sido de ellos, una pareja de gays mayores. [...]El pobre está chicharito y yo digo el pobre enfermo.*

Los pensamientos y la determinación de la paciente de sobrepasar el cáncer. Momentos de alta y baja activación, conforme el modelo de Russell, demuestran la multitud de emociones que ha experimentado la paciente, con el fin de regular sus propias emociones y poder darles un sentido positivo.

*Y yo decía me voy a morir, me operaron otra vez y me dijeron que me queda quimioterapia, hablo con el oncólogo, un chico muy agradable y me dice se te va a caer el pelo, de entrada. Yo llorando qué hago con mi madre.*

*Mi sobrina decía tita cómo estás, no tienes ganas de vomitar. Digo y esto, se lo decía a un compañero, qué fuerte la cabeza de lo que es capaz, la mente de lo que es capaz, porque hasta ese momento yo había estado bien pero yo me dice mi sobrina y no te han dado ganas de vomitar y ya empecé con el estómago y me iba al baño con ganas pero no.*

*Digo yo me quiero ver y me di la vuelta y digo pues sí, que me veo muy bien no sé qué no sé cuánto, cuando me ponen la peluca digo si es que estoy igual, estoy exactamente igual que antes de raparme el pelo, lavaron el peinado que yo te llevaba el corte de pelo que yo llevaba exactamente igual, pero clavado la gente no se dio cuenta hasta que yo dije ya me he rapado, es que estoy igual.*

*Fuimos al Corte Inglés y cuando llegamos allí digo necesito un Coca-Cola, me bebí medio litro de Coca Cola y digo estoy seca, notaba, pero es que ella estuvo comprando cosas, estuvimos mirando cosas y me dice yo tengo el coche en el parking del Parque de las Ciencias y digo vamos para abajo, me acompañas, sí.*

*Entonces terminé la radio, pero yo decía no me puedo morir, estaba muy cansada, y me obligaba a andar todos los días, porque esto es lo que me decían tienes que andar.*

*Había un tiempo que yo no podía decir la palabra cáncer, porque lloraba, no podía hablar del oncólogo porque lloraba, que yo me iba a morir pero cuando yo vi que aquello seguía y yo seguí adelante, dije bueno esto no va a poder conmigo.*

Las relaciones sociales y apoyo social constituyen un pilar fundamental en el afrontamiento del cáncer. A través de las entrevistas realizadas, con enfoque en la tercera, donde informa sobre sus relaciones interpersonales se puede constatar la importancia del contacto



interhumano. La compañía de la familia, de los amigos y compañeros de trabajo han tenido un papel principal en mejorar su estado de ánimo.

*Ya previamente cuando me dijeron que se me va a caer el pelo me busque una peluquería, creo que ya te lo conté, enfrente del Hipercor y además que una amiga y yo decíamos que yo me voy a probar una peluca rubia larga, como soy de guapa, o si no me llevo una con el pelo rizado así grande. La chica súper profesional me dijo a ver, tienes este pelo que está súper, te voy a tomar medidas [...] fui con el amigo que había venido de vacaciones aquí para estar conmigo, fuimos a la peluquería porque me iban a rapar, para ponerme la peluca.*

*En una de las sesiones vino una compañera que entonces era mi compañera de despacho con la que ahora tenemos la relación profesional solo. En esta sesión ya me cambiaron la quimio, el medicamento era el Taxol, que me dijo el enfermero este ya es el veneno de verdad, ah me empezaron a ponerse negras las uñas de las manos y de los pies, por la quimio, pues ya qué fuerte.*

*Me fui a X y en El Corte Inglés me compré unas gafas así muy monas, pero que cubrían, digo así evito que la gente me pregunte y me quedé sin cejas.*

*Digo se acabó y me quite el gorro y la compañera que había tenido la enfermedad y no se le había caído el pelo, que no tenía el mismo tratamiento que yo, me dice y porque no te incorporas, tú llevas un año de baja. Y digo porque no puedo.*

*Fue al año y medio de estar con la enfermedad, me incorpore y lo primero que hice fue en clase decir he pasado por esto y de esto se sale.*

*Me habían dicho Participante, mi madre tiene cáncer, no te preocupes, aquí estoy yo. [...] A una incluso le había dejado los pañuelos.*

*Eso es lo que yo transmito a la gente, qué cáncer es una enfermedad cómo cualquiera que hay más gente que se muere de un infarto qué de cáncer y que las mujeres lo que tenemos que hacer son revisiones simplemente.*

Segunda etapa de reincidencia del cáncer, cáncer de útero. Antes de tener la certitud de tener otra vez cáncer, esta segunda vez un tipo de cáncer de útero, decide otra vez operarse para no agravarse la situación teniendo en cuenta la posibilidad de difusión del cáncer y aparición de posibles metástasis. Otra vez la biopsia confirma las sospechas, tanto que es necesaria la segunda operación.

*Este año, el 30 de enero me operaron. [...] hemos encontrado indicios de células cancerígenas, pero al quitarte el cuello de la matriz dice no se te tiene que volver a operar, no tienes que tener tratamiento simplemente revisiones.*

*Me han hecho una cesárea y afortunadamente no ha habido bebé, porque con mi edad con un bebé y con eso ya siempre de cachondeo con ese. Y yo decía para unas amigas que me llamarán, antiguas alumnas, y tú cómo pudiste con el bebé y con la cesárea, yo no me puedo ni mover.*

*Sola. A ver, yo vivo sola [...] Yo está segunda vez bien, tranquila, a ver pensaba en aquello que es off otra vez, qué rollo. Un día pensé cuando me llamó la oncóloga y me decía otra vez lo mismo y automáticamente pensé qué herencia les voy a dejar a mis sobrinas.*

*A, muy bien la segunda era aquella que yo iba a que me quitarán algo que en otro momento me podía dar problemas porque era quitarme algo para evitar.*

*Cada tres meses, estupendo, revisiones cada 3 meses soy feliz.*

*A ver, yo soy muy llorona, yo lloraba, pero era como una manera de desahogarme, es que para mí lo de la depresión era algo muy serio.*

Contribución de los animales durante la mejora. Durante la tercera entrevista la participante menciona los animales, tanto que cuenta la influencia que ha tenido su perra durante la curación del cáncer de mama, pero también el segundo perro que te tuvo compañía durante la segunda vez.

*Tengo un perrillo que lo lleve el día 29 a una residencia canina [...] llegó un momento que dije yo he hecho mucho de menos al perro, pues claro estando medianamente bien decía no lo puedo sacar a la calle pero yo puedo tenerlo aquí.*

*Me han gustado los perros y esa ha sido mi compañera durante 12 años. [...] El día en el que se murió mi perra yo había estado toda la noche con ella de vela.*

*Era mi apoyo yo la sacaba y yo hablaba con ella y ella estaba conmigo sí yo tenía que llorar ella se pegaba a mí y me ponía la cabeza en las piernas, ella ha comprendido perfectamente es que yo decía hoy no puedo sacarte, me miraba como diciendo bueno, aguantaba, no hoy no puedo, pero en ese sentido ella ha comprendido que yo no estaba al 100% bien.*

Durante la cuarta entrevista y la última se debaten el deseo de ayudar a otros pacientes, derechos y obligaciones ante la enfermedad, relaciones profesionales, pero otra vez se toca el tema del hembrismo.

La manera personal de ayudar a los demás, evidencian la manera positiva de pensar, que utilizó en el propio tratamiento. Su deseo de ayudar a los demás a sobrepasar esta enfermedad es visible, tanto que sería la segunda entrevista en la cual menciona su interés en ayudar a las enfermas, sobre todo mujeres con cáncer de mama, superar esta etapa de su vida. Ofrece el ejemplo de su propia persona a la hora de animar a los demás.

*Fui a la oncóloga y demás y estaba esperando, había una señora llorando [...] Y me acerque a la señora, digo yo tengo que animarla y me acordé de ti, porque la señora estaba llorando como una magdalena, digo no se preocupe que de esto se sale, me dice es que ya es la tercera vez, de que me van a operar que me van a quitar y allí me vine abajo, porque digo como ánimo yo a esta mujer así. [...] digo no puede con nosotras si nosotras somos fuertes, no va a poder y la mujer decía, es más me dieron un abrazo al final, pero yo llorando, yo misma decía la tengo que animar y soy la primera que termina llorando.*

*Entonces yo pensé claro que esta mujer puede terminar como mi prima, centésimas de segundo fue como ver pasando la situación de mi prima, y dije es que ella también puede terminar como ella y yo animándola para decir lo contrario, de esto se sale, salimos adelante, apóyese en su familia, en sus hijos, que usted puede, pero yo misma iba diciendo por dentro, es que...*

*Estoy diciendo que las mujeres somos fuertes y yo estoy aquí más pero me fui como diciendo ojalá todo le vaya bien porque no merece que pase por eso.*

*Te comenté lo de la Asociación contra el Cáncer yo no quiero ir porque digo toda la gente que está allí porque lo ha pasado. El pensar que yo voy a hacer amistad con alguien que en algún momento puede salir otra vez entonces... [...] Yo voy a ayudar pero por mi cuenta, a quien me pide en su momento, que me diga yo estoy aquí y yo también le digo que yo también estoy aquí y te ayudo.*

Creencias personales relacionadas con la religión, como elemento importante dentro de la edad infantil, se considera importante obtener información sobre el tema para verificar el peso que tuvo durante el tiempo de la enfermedad.

*Yo tengo una incongruencia, en ese sentido a ver, soy agnóstica, pero a mi educación siempre me ha dicho que arriba hay alguien. [...] Mi padre falleció, tengo siempre una foto de él en el ordenador, yo era su niña. Entonces cuando hay algo me voy al ordenador y hablo con él.*

Los derechos y deberes ante la enfermedad, considerados desde su punto de vista, no se refieren solamente a leyes, sino también a las personas involucradas para mejorar las investigaciones, las instituciones y la formación profesional de los que están ayudando a los enfermos. Además de todo lo expuesto previamente considera las obligaciones de la propia persona ante el cáncer, es decir la responsabilidad sobre sí mismo.

*Es que si los deberes los tengo muy claros, qué las mujeres tenemos que [...] este deber menos mal que está cambiando porque las jóvenes de ahora van al ginecólogo. [...] Y los derechos, es que tenemos que tener todos los derechos pero hablamos del derecho del enfermo no de la mujer, porque este es cáncer de mama pero también está el cáncer de colon que afecta tanto las mujeres como los hombres o el cáncer de pulmón que afecta a la mujer.*

*Hay servicios de acompañamiento incluso para niños, la quimio algún día se podrá investigar algo que lo sustituya pero ya se están.*

*Una cosa es cómo me veo y otra cosa es como estoy ¿no? ahora lo que te dije, yo estaba gruesa, evidentemente no tenía aspecto de enferma entonces claro si tú me ves cómo estoy ahora por dentro estoy hecha polvo, hecha polvo en el sentido de sentirme mal, pero me hacía gracia, porque cuando ha tenido la oportunidad me dijo encárgate tú, no. Lo siento, pero no.*

*Porque todos tenemos que decir no, con el cáncer igual, con la muerte, es que el otro día tengo un chico que está terminando cuarto[...] y la otra semana no vino porque se murió la abuela y dice[...] cuando llegue el viernes les dijo mi seño no vengo mañana, maestro tú no estés triste que tu abuelita está en el cielo, y digo ahora habla de la muerte con ese niño y lo ve normal, nosotros como adultos decimos es que a los niños no se les puede hablar de la muerte.*

Las marcas físicas y psicológicas que ha dejado el cáncer sobre la participante no las expone como algo dañino para su persona en el presente, sino los mira como efectos de la enfermedad, como marcas que el cáncer dejó sobre ella, pero que otra vez enseña la normalidad con la que hay que aceptar la diversidad.

*Son 9 años ya, pero yo por ejemplo en la parte izquierda yo no tengo vello, y las cejas me depilan esta, esta parte no, porque no tengo.*

*En la axila no tengo, los dedos se me pusieron negros, entonces yo lo primero que hice fue pintarme las uñas de rojo y en los pies exactamente igual, me dijeron que igual se me caían las uñas pero no se me cayeron afortunadamente, iba yo muy fashion, las uñas de los pies me los he hecho solo en esa etapa, porque estéticamente eran feos, porque eran negras.*

*Tengo tatuados los dos puntos para la radio. El pelo me creció.*

*Ya después, a esta mujer me la encontré un día y digo cómo estás me dice bien, bien, parece que ya estamos y luego anuncio el marido que se había muerto. Ella ya tenía metástasis [...] persona muy animada, cuando ves que está mal pero al final está animada pues tú también te animas. Cuando se murió a mí me dejó un poco el corazón encogido y dije no ha podido salir adelante.*

*Te acuerdas que te dije lo que yo comía la primera vez, después de la quimio. El queso eso no lo he vuelto a comerlo.*

*Espero que no se me olvide, es de esas cosas qué dices lo voy a recordar por esto, pero te decía que no me acordaba si fueran 8, 9 o 10 años. Un día dije, a ver cuánto tiempo fue exactamente, para que yo le pueda decir a Antonela, pero yo sé que en el momento que tu presente es tu TFG dejamos de volver a hablar, espero que se me olvide porque tampoco es una cosa que yo necesito.*

*Si, ya lo ves, lo mismo que cuando me operé que dijeron lo que no sirve a la basura.*

En conclusión, después de realizar este análisis cualitativo es que en el contexto de una enfermedad, considerada de manera social mortal, durante el proceso curativo existen momentos de baja y alta activación, con variación en la frecuencia de las situaciones agradables y desagradables. La tabla anteriormente presentada enseña cómo se ha percibido a la participante durante cada entrevista, a través del modelo circunplejo de las emociones que elaboró Russell. En lo que es el resto de análisis se ha realizado para cada entrevista para destacar las vías que han mostrado las emociones y la implicación durante el proceso con mayor magnitud a nivel psicológico y conductual.

En el siguiente apartado se va a presentar la interpretación más desarrollada de los puntos comunes de cada entrevista, para verificar como se ha modificado la misma durante el proceso de memorización y cuál fue el impacto sobre la conducta de la participante. Al mismo tiempo, es imprescindible mencionar el cambio de actitud durante la realización de las 4 entrevistas, pero

también cuales fueron las implicaciones de las creencias personales en ganar la lucha ante el cáncer.

## **Discusión**

Con la realización de las entrevistas se han obtenido datos relevantes, que muestran la contribución de las emociones positivas, apoyo social y también el efecto benéfico que tiene la presencia de los animales en el proceso curativo de las pacientes con cáncer de mama. La participante con la que se ha realizado el estudio de caso plantea su alta satisfacción en la vida laboral, como en la personal, pero a la hora de hablar del periodo de cáncer esta muestra un descenso.

Como se ha demostrado en estudios previos Gaviria et al. (2007), el estrés es uno de los factores emocionales más frecuentes desde el descubrimiento del cáncer, que se prolonga con el tratamiento y hasta después de que la paciente vence la enfermedad. Se puede constatar que el estrés aumenta en el momento de descubrirse un bulto, aunque las ecografías y mamografías realizadas no revelan la existencia del cáncer la participante decide operarse, pero después de la biopsia hay la certitud de la existencia de células cancerígenas. El momento de descubrir una protuberancia es un momento de máxima tensión, sobre todo por el origen desconocido. Después de la primera operación y de la biopsia que si comprueban la probabilidad del diagnóstico, sigue la segunda operación, pero interviene otro factor de estrés, que es dar la noticia a la madre, ya con una edad avanzada. Dos meses después empieza el tratamiento de quimioterapia, el que su organismo soporta con una facilidad inesperada, a pesar de episodios desagradables e incómodos, pero el verdadero problema aparece cuando empieza la radioterapia. Como factores estresantes se identifican el sabor metálico, ausencia del apetito, caída del cabello, el ennegrecimiento de los dedos y de las uñas, cansancio, imposibilidad de seguir trabajando. Todos estos factores afectan además del nivel físico el nivel psicológico de la participante de tal manera que a la hora de preguntarla si tiene náuseas, aunque no las tenga somatiza y empieza a tener ganas de vomitar.

Como partes positivas del tratamiento se identificaron: la compañía de una persona cercana durante cada sesión de quimioterapia y radioterapia, autoconsciencia de uso de crema hidratante después de la radioterapia, uso de desinfectante para frutas y verduras, aunque no se les habían recomendado. Utilizar una peluca al principio, fue un factor benéfico a nivel

psicológico y luego el atrevimiento a enfrentar los prejuicios y utilizar pañuelos, gorra o poder salir a la calle sin ninguna de ellos.

A través de las entrevistas realizadas se tienen que considerar las situaciones de baja activación en situaciones agradables, que analizando los acontecimientos revelados, haciéndose referencia a diversos momentos de la vida personal y profesional de la participante se puede constatar la alta satisfacción con respecto a diferentes momentos, pero a la hora de hablar de cáncer la satisfacción anteriormente mencionada disminuye, igual que las emociones de alta activación en situaciones agradables (alegría, activa, euforia) y se constata un incremento de las emociones en situaciones desagradables tanto en alta como en la baja activación (tristeza, preocupación, fatiga, aburrimiento, tensión, estrés).

Los efectos que tiene el hembrismo en la vida de la paciente reflejan su determinación de ayudar a cambiar la sociedad a microescala. Desde pequeña empieza a emerger el pensamiento hembrista desde la hora de estar obligada a estar en casa por ser niña, por la sobreprotección, que sigue con la involucración en el momento de cuidar a los padres, en cual muestra su independencia e involucra a sus hermanos en el cuidado de la madre. A la hora de trabajar el enfoque hembrista se refleja en todo su trayecto profesional, desde los estudios realizados sobre el personaje femenino y el rol de la mujer en sus publicaciones, como en su sutil lucha para la libertad de expresión de hombres y mujeres, niños y niñas. El mismo enfoque se destaca también en su curación, considerándose una mujer fuerte, se propone vencer la enfermedad y lo consigue por ser ella misma, encontrar sus propios métodos de afrontamiento, por ser una hembra. Además sigue la misma vía cuando anima a otras pacientes que luchan contra el cáncer, ofreciendo su ayuda de manera individual a mujeres con cáncer de mama que conoce a través de personas cercanas. Después de la enfermedad sigue el mismo camino en su vida profesional, pero profundizando la manera de enseñanza, es decir determinar a sus alumnas a tener la fortaleza de abordar a través de la educación infantil cualquier tema, que incluyen también el cáncer infantil.

Como el estudio de Pedrosa et al. (2017) desarrolla este tema, a través del estudio de caso realizado se ha constatado que la presencia de los animales en la vida de una persona que padece cáncer tiene efectos positivos, aunque no fuese en un ambiente formal, en compañía de un terapeuta también. La participante cuenta sobre su experiencia de tener un animal, que tiene raíces en su infancia, y cuáles fueron las ganancias a la hora de la recuperación física y mental.

Menciona que la perra que tenía había sido su compañera, que era una manera de empezar a salir a la calle a caminar, de empezar a moverse más de esta manera poder cuidarla, sobre todo después de la operación después del cáncer de útero, considerándose responsable de ella, pero también ser consciente que para ella es necesario.

El diagnóstico de cáncer de útero, la reincidencia del cáncer fue afortunadamente descubierta a tiempo, el mismo lleva a dos operaciones, con el fin de tener revisiones un periodo de 2 años con una frecuencia de 3 meses, sin tener otro tratamiento. Las consecuencias físicas son la dificultad de movimiento y dolores musculares. A nivel psicológico la participante confiesa que ha sentido un malestar, una incomodidad, pero no ha tenido episodios depresivos o de ansiedad que pueda comparar con la incidencia del cáncer mamario, dado el hecho de saber que supone todo el proceso curativo, en caso de tener otra vez que ser sometida a quimioterapia o radioterapia. Menciona momentos de tristeza, fatiga y preocupación cuando aparecieron problemas a nivel físico causadas por la operación en sí, en cuales ha encontrado la determinación de poder ir sola al hospital, por ejemplo. Otra vez menciona el papel de su animal de compañía, que también es un perro, que la acompañó durante la recuperación. Durante la entrevista menciona también muchos momentos de relajación, tranquilidad, satisfacción, alegría y momentos concretos cuando está activa. De hecho, no se da de baja después de la operación, sigue dando sus clases, aunque al principio con dificultad, pero considera que esto representa un método de afrontamiento, un escape psicológico sobre todo esencial para su curación. Ella se declara feliz por tener ahora mismo revisiones cada tres meses, por estar más controlada, con mayor posibilidad de detectar otra reincidencia de la enfermedad.

La vida profesional en la vida de la mujer con la que se realizó el estudio de caso resulta tener un rol esencial. Es un método de crecer, de disfrutar la enseñanza, que le ofrece la oportunidad de seguir la lucha hembrista, considerando que esta tiene una gran aportación a la evolución de la sociedad. En el momento de tratamiento de los dos tipos de cáncer fue un método de afrontamiento, un escape de los problemas de salud y la prueba es su incorporación inmediata después de sentirse en condiciones óptimas de seguir con la docencia después del cáncer de seno, pero que fue aún más evidente después del segundo tipo de cáncer, que al poder seguir trabajando lo hizo, aunque eso le causó complicaciones. Su deseo y dedicación de trabajar constituyeron el pilar de un tipo de enseñanza que va más allá del aula, demostrado por su deseo de compartir con sus alumnas su propia experiencia, como superviviente de un cáncer de mama,



lo que tuvo como fruto la confianza provocada en sus alumnas. Como efecto, unas de ellas acudieron a su ayuda y apoyo psicológico cuando sus madres recibieron el diagnóstico cáncer de mama. La manera personal, involucrada, emocional de transmitir su positividad y su deseo de vivir tuvo como resultado la supervivencia de las dos madres que apoyo.

De todo lo descrito durante las entrevistas se concluye que la salud percibida, el bienestar subjetivo, las emociones positivas y negativas en su conjunto, si pueden llevar a enfrentar el cáncer a pesar de la percepción social de ser una enfermedad incurable y mortal.

### **Limitaciones de la investigación**

Como primera limitación de la investigación se identifica la grabación de las entrevistas. El propósito del estudio de caso era obtener una información lo más profunda posible sobre los estados emocionales durante la enfermedad, relacionado con ella misma, con la familia y con los amigos. Antes de empezar las entrevistas en sí, se ha establecido una cita para conocer a la participante y ofrecerle más información sobre el desarrollo del proceso que se va a seguir. Durante la misma, sin tenerlo previsto se ha tocado el tema del cáncer, momento en cual la participante no ha tenido problemas al hablar y detallar situaciones o emociones experimentadas. Pero fue evidente que a la hora de saber que se graba la conversación tiene respuestas muy generales, muy cortas aunque declara que no la afecta.

Otra limitación identificada fue la barrera que la paciente impone a la hora de desarrollar sus sentimientos por la sensibilidad del tema, porque hay momentos en cuales cambia de tema o la debate muy sucintamente para evitar llorar. El momento en cual la confianza interpersonal había aumentado y empieza a amplificar un tema muy personal empieza a llorar, tanto que interrumpe y empieza a bromear.

La estructura de las entrevistas previamente establecida, que tenía cinco entrevistas, de cuales tres enfocadas en el tema del cáncer, ha cambiado después de la realización de la primera, por la causa mencionada previamente. Tanto que se realizó una entrevista del feminismo y hembrismo, tema que surgió durante la primera entrevista, hay que tener en cuenta la importancia y la lucha de la participante relacionada con este tema desde su infancia hasta el presente, lo que se ha reflejado en las respuestas amplias y la multitud de situaciones presentadas, con el fin de realizar la entrevista más extensa de todas.

Otra limitación que tiene una repercusión imprescindible fue la barrera lingüística. El uso de proverbios, dichos, expresiones, tanto como referencias bibliográficas, sobre todo a la literatura infantil, que presenta diferencias entre los dos países, España y Rumanía, fueron barreras que hicieron en ciertos momentos la comunicación más difícil.

Considero importante la realización de varios estudios de caso con mujeres de diferentes edades, tipos de cáncer mamario, de diferentes medios, niveles de educación y cultura, para poder hacer un análisis más amplio sobre la mejora del cáncer, la prevención, bienestar psicológico y no en el último lugar sobre cómo concientizar a las mujeres sobre la reincidencia, como luchar con eso, como defenderse de manera individual y como pueden tener influencia sobre personas que tienen la misma enfermedad. Estas serían unas de las medidas a tomar para ampliar las investigaciones desde la psicooncología en el cáncer de mama.

### **Conclusión**

El presente trabajo constituye una investigación cualitativa sobre el bienestar psicológico de una participante superviviente de cáncer de mama. Está organizada en un capítulo formado de dos partes, la primera que incluye la revisión teórica de la bibliografía relevante sobre el cáncer de mama, las consecuencias a nivel psicológico, influencia de las emociones asociada al tratamiento médico del cáncer. Se han considerado las aportaciones de los cuidados paliativos, terapia con animales, dado el hecho que la participante ha tenido durante todo este tiempo un perro que tuvo una gran aportación a su superación de la enfermedad. El segundo apartado contiene los resultados, que se desarrolla a partir del estudio de caso, estructurado en cuatro partes, cuatro entrevistas en profundidad para ver las diferencias entre su vida antes, durante y después del cáncer de mama. Otras dimensiones significativas durante las entrevistas fueron el enfoque feminista, la vida laboral y los cambios surgidos a nivel social.

El objetivo de la investigación fue identificar los métodos de afrontamiento para poder determinar qué factores han llevado al bienestar psicológico de la participante, con consecuencia en el vencimiento del cáncer. En este sentido se han identificado las emociones experimentadas a lo largo de las entrevistas, para intentar identificar en su conjunto el proceso a seguir. Durante el análisis se han identificado tanto emociones positivas, como negativas, intentando concluir cuáles fueron las aportaciones a la mejora. Para identificar estos elementos se ha empleado un método de investigación cualitativo, entrevistas en profundidad. El uso de este método se justifica por el objetivo de obtener la mayor cantidad de información posible sobre el periodo en

el que la participante ha padecido cáncer, con el fin de identificar los sentimientos experimentados.

La presente investigación se ha realizado por el interés personal, teniendo en cuenta el crecimiento del número de casos de cáncer que aparecen de un año a otro. La intervención psicológica es fundamental desde el momento del diagnóstico hasta después de superar la enfermedad, teniendo como fin mejorar la calidad de vida de la persona. Considero básico acudir a terapia durante la enfermedad y me ha interesado investigar, empezando con una mujer superviviente de cáncer de mama cuales fueron sus métodos de afrontamiento ante la enfermedad.

Mediante el análisis realizado, se ha destacado que la participante ha experimentado tanto momentos de baja activación, como momentos de alta activación, pero la mayoría fueron en situaciones agradables, gracias al sentido positivo que ha encontrado en cada situación y las soluciones encontradas, mediante recursos propios y con el apoyo de personas cercanas. La participante, una mujer superviviente a dos tipos de cáncer se caracteriza como una mujer tímida, pero al mismo tiempo una luchadora por sus derechos como hembra.

Los resultados del estudio muestran, igual que varios estudios previamente realizados que los cuidados paliativos, la terapia con animales y las actividades que ayudan a la persona mantenerse activa y generan emociones positivas son clave para aumentar la calidad de vida, para vencer el cáncer.

En conclusión, la investigación demostró que las emociones positivas, apoyo social, alta autoestima y realización de actividades relacionadas con la vida pre cáncer son factores clave para la recuperación. Las actividades dentro del hogar, la interacción social, el seguimiento con la vida laboral y su involucración en la realización de diferentes actividades ayudaron a la participante mantener la esperanza y seguir adelante, venciendo la enfermedad.

Este estudio puede ser de interés para el ámbito de la psicooncología, que se está aún desarrollando y que sigue recopilando información y se desarrollan investigaciones para tener una fiabilidad considerable en lo que son los cuidados paliativos, terapia con animales, terapia cognitivo-conductual dirigida a los pacientes oncológicos o al dominio de la intervención y reinserción laboral de las personas que padecen tipos de enfermedades que suponen tratamientos agresivos y que necesitan estar de baja un periodo largo, considerándose su dificultad de

reincorporación después de interrumpir la actividad profesional a largo plazo y después de sufrir tantos cambios a nivel físico y emocional.

Al mismo tiempo, el peso de esta investigación está también en su correlación con la enseñanza, con el mundo académico. Una persona que llama la atención sobre el mundo infantil, la enseñanza, la educación y sobre las diferencias que existen en la sociedad, considero que se tendría que ofrecer más atención a la diversidad humana, a la libertad de expresión, porque a pesar de que se considera un espacio democrático, en el que se acepta la variedad, aún existe la discriminación. Empezando con la enseñanza infantil, para poder provocar cambios verdaderamente profundos en la sociedad actual. En conclusión, hay que intentar lo máximo posible mantener la calidad de vida, aceptar la diversidad y realizar actividades que consideramos benéficas para el propio bienestar.

# Bunăstare psihologică în cazul unei supraviețuitoare de cancer la sân

## Introducere

În prezenta lucrare intenționez să analizez bunăstarea psihologică în cazul unei paciente supraviețuitoare a cancerului de sân, concentrându-mă pe dimensiunea emoțională, analizând contribuția vieții sale la depășirea bolii, social fiind considerată ca mortală. Cum la nivel social cuvântul „cancer” este asociat automat cu termenul de deces, scopul acestui studiu, este de a afla care au fost metodele de *coping*, motivațiile unei supraviețuitoare de a merge mai departe și care au fost motivațiile sale pentru a depăși această boală, ținând seama de reapariția acesteia după 8 ani.

Într-un context social în care tehnologia avansează în mod continuu, se efectuează cercetări asupra acestei boli, dar cum poate fi înfrântă și ținută sub observație? Cancerul, considerat incurabil, specific secolului XXI, arată că factorii biologici nu sunt singurii care îi determină apariția, ci și factorii psihologici au o contribuție notabilă. Stresul, ca factor psihosocial fundamental în apariția și dezvoltarea cancerului, este una dintre problemele cu care se confruntă astăzi majoritatea oamenilor.

Pentru a realiza analiza datelor, s-au efectuat interviuri în profunzime, un studiu de caz cu o participantă care a supraviețuit a două tipuri de cancer, dintre care cel care a avut un impact mai mare asupra sa a fost cancerul de sân, fiind cel care a înregistrat o creștere rapidă și cel care a lăsat cele mai multe urme la nivel psihologic, din cauza tratamentului îndelungat.

Lucrarea *Bunăstarea psihologică în cazul unei supraviețuitoare de cancer la sân* este organizată într-un capitol, structurat în două părți, fiecare urmând puncte relevante pentru subiectul dezvoltat. După cum au menționat studiile anterioare realizate de Gaviria, Vinaccia, Riveros și Quiceno (2007), Rojas-May (2006), Kvale (2007) și Mestre și colab. (2012) prima parte prezintă situația generală a pacienților cu cancer, care este constituită de importanța psiho-oncologiei și a cercetărilor realizate în această sferă cu referire la efectele fizice pe care le are cancerul asupra unor elemente precum importanța și semnificația pieptului pentru femei, sexualitatea, statisticile despre situația femeilor în lume, sănătatea percepută și bunăstarea psihologică, precum și corelația tuturor dimensiunilor menționate anterior cu emoțiile și influența

asupra stării de sănătate. Cea de-a doua parte integrează secțiunea despre rezultate, instrumente, discuție și concluzia, așadar cercetarea în sine. Analiza empirică are ca fundament interviurile efectuate, analiza acestora se construiește folosind modelul circumplex al emoțiilor, totul pornind de la confesiunile participantei cu care a fost realizat studiul de caz. Colectarea datelor a fost făcută în 2018, cu o participantă de 60 de ani, supraviețuitoare a cancerului de sân, care a suferit de asemenea o recidivă, suferind cancer uterin. Prin intermediul acestui studiu de caz voi descrie procesul bolii, începând cu viața anterioară cancerului, pentru a examina schimbările apărute, continuând cu perioada cancerului, căreia i-a fost dedicat cel mai mult timp și terminând cercetarea cu informații despre viața postcancer, evidențiind astfel variațiile apărute.

Rezultatele obținute sunt corelate cu ponderea emoțiilor pozitive în promovarea calității vieții. De asemenea, prin această cercetare este certificată importanța integrării metodelor paliative în tratamentul cancerului de sân.

### **Psihologie oncologică și cercetări privind bolnavii de cancer**

Psihologul, în timpul procesului terapeutic are și rolul de a facilita relația medic-pacient. Psihooncologia și psihologia sănătății sunt două ramuri ale psihologiei care se ocupă de îmbunătățirea stării de sănătate a pacienților care suferă de această boală. Majoritatea bolilor au ca factori psihologici agravanți stresul, anxietatea, furia, tensiunea, la care se adaugă valori, credințe individuale, elemente socioeconomice, diferența de gen și structura personalității. Cercetările realizate evidențiază că optimismul și pesimismul persoanei au de asemenea o contribuție în provocarea, desfășurarea și tratamentul bolii. (Martín-Alfonso, 2003)

Psiho-oncologia ia naștere ca disciplină în momentul în care a apărut nevoia de a interrelaționa aspectele medicale și cele psihologice în îngrijirea celor care suferă de cancer. Prin urmare, obiectivul său principal este de a îmbunătăți cât mai mult posibil calitatea vieții pacientului, de a studia metodele de *coping* și strategiile terapeutice. Cancerul este, de asemenea, considerat din perspectivă socială mortal, nu numai o boală medicală foarte dăunătoare, de aceea provoacă un mare stres pentru persoană. Simplul cuvânt este deja asociat cu durere, moarte, suferință, în consecință disconfort fizic și psihic (Fernandez și Flores, 2011). Ca și în piramida Maslow (1954), după nevoile fiziologice, care stau la baza supraviețuirii ființei umane, securitatea este a doua pentru ca o persoană să ducă o viață normală. În această categorie poate fi

inclusă siguranța sănătății corporale. Atunci când o persoană este diagnosticată cu cancer, aceasta percepe o amenințare la nivel psihologic care aplică nevoia de siguranță. În același timp începe procedurile de menținere și îmbunătățire a stării de sănătate, tratamente medicale, chimioterapie, terapie psihologică, alimentație dietetică, pentru a ține sub control cele mai multe aspecte care i-ar putea îmbunătăți sau agrava sănătatea.

Psiho-oncologia a ținut cont de variabilele psihologice pentru a determina consecințele psihologice și fizice ale cancerului. Cele două axe ale psiho-oncologiei se concentrează în primul rând pe aspectele psihologice înainte și în timpul dezvoltării cancerului și în al doilea rând pe intervenție asupra schimbărilor care apar la nivel psihologic după primirea diagnosticului, precum și influența acestora asupra adaptării. Alți factori care pot face parte din debutul bolii sunt factorii sociali, pierderea unor persoane semnificative, relații afective. În lucrarea privind bolile psihosomatice, Martínez de San Vicente (2011) prezintă un studiu de caz al unei femei care suferă de cancer mamar. Pe lângă colectarea datelor cu caracter personal, istoricul personal și familial cu privire la bolile cronice, se ia în considerare de asemenea relația cu mama, imaginea de sine asupra corpului și percepția asupra bolii. Toate aceste date vizează psihosomatizarea, cu rădăcini în istoria vieții, prin relația cu părinții, în special cu mama. Exigențele emoționale și sociale determină pacientul să manifeste un control emoțional exacerb de adaptare socială, relația cu mama determină o imagine deteriorată despre sine, prin urmare, pacienta dezvoltă tulburări care în relație cu un loc de muncă, care provoacă stres și traume, duc la apariția cancerului. După ce a urmat terapia, se constată o îmbunătățire psihologică datorită relației afective transferențiale și contratransferențiale, care a produs o deschidere, încredere, o relație terapeutică benefică.

Rolul psiho-oncologiei este să îmbunătățească și să constituie o atitudine cât mai pozitivă despre cancer, boală gravă, care este considerată de populație mortală. Este evident că trebuie să se țină cont de simptomele, consecințele pe care le implică tratamentul. Psiho-oncologia se dezvoltă ca o specialitate a psihologiei integrate într-o echipă oncologică multidisciplinară pentru a putea spori optimismul pacienților care sunt diagnosticați cu cancer. Factorii individuali, cognitivi, emoționali și motivaționali, rezultă din experiența subiectivă a persoanei, având și implicații în procesul curativ, atât medical cât și psihologic. (Rivero-Burón et al., 2008)

Această ramură a psihologiei este denumită și “oncologia comportamentului psihosocial”, fiind mai ales focalizată pe prevenție. Mai mult decât factorii precum tutunul, alcoolul, dieta

deficitară, sedentarismul, s-a demonstrat că nivelul socioeconomic influențează situația persoanelor bolnave. Concret, statutul economic se referă la momentul de descoperire a bolii, așadar cei cu statut economic scăzut tind să descopere boala mai ales în faze superioare ale evoluției sale, cu consecințe asupra ratei crescute a mortalității. (Murillo și Alarcón-Prada, 2006)

Obiectivele psiho-oncologiei sunt prevenția primară, prevenția secundară, intervenția terapeutică și reabilitarea sau îngrijirile paliative, cercetarea. Intervenția primară grupează factori de risc care cauzează boala, riscul de îmbolnăvire și decesul. Cei mai cunoscuți factori sunt tutunul, alcoolul, stresul, depresia, personalitatea Tip C, alimentarea, activitatea fizică, razele ultraviolete ale soarelui, variabile relaționate cu sexualitatea și reproducerea. Toți factorii menționați pot fi parte din factorii determinanți ai apariției cancerului în mod direct sau indirect, depinzând de mediul în care individul trăiește, de activitățile zilnice și de stilul său de viață. Psiho-oncologul trebuie să faciliteze persoanelor accesul la informație pentru a se putea îngriji și a fi atente la simptomele care pot apărea, nu numai să îi ajute să-și rezolve problemele. Prevenția secundară este detectarea precoce a bolii. Este deja cunoscut că detectarea mai rapidă a bolii presupune o rată mai mare de supraviețuire pentru pacient. Astfel că, psihologii au o contribuție importantă în propagarea informației, deși această arie nu este foarte dezvoltată încă, strategiile de prevenție sunt esențiale pentru populație. Prin prevenția terapeutică, specialistul intervine în sprijinul pacientului care urmează tratamentul, îl ghidează să inițieze și să dezvolte strategii de *coping* pentru a depăși boala, dar oferă consiliere și personalului medical, astfel încât să ofere cele mai bune îngrijiri. Cercetările și studiile realizate în psiho-oncologie au o importanță deosebită, pentru că favorizează dezvoltarea acestui domeniu. Identificarea elementelor acestui proces și diagnosticarea pacientului generează o monitorizare mai eficientă a stării de sănătate. (Rivero-Burón et al., 2008)

Ce simptome ale pacienților diagnosticați cu cancer au fost cele mai analizate? Potrivit studiului lui Cano-Vindel (2005), anxietatea, depresia și suferința psihologică. Compararea pacienților cu cancer cu restul populației a arătat că nu există diferențe notabile în ceea ce privește nivelul anxietății, însă depresia înregistrează de obicei un nivel mai ridicat la pacienții cu cancer. Deși studiile cu referire la aceleași variabile legate de cancer sunt mai multe și diferite în ceea ce privește rezultatele, Cano-Vindel confirmă în studiul său rezultatele mai multor cercetări, concluzionând că rata anxietății la pacienții cu cancer este comparabilă cu cea a



restului din populației, dar cu referire la studiile privind depresia, pacienții tind să aibă rate mai mari decât cei care nu suferă de cancer.

Oamenii își schimbă adesea comportamentul pentru a se adapta la mediul înconjurător, astfel încât atunci când descoperă că suferă de o boală, cum ar fi cancerul, aceștia devin conștienți de atitudinile celor din jurul său. În general, prietenii se îndepărtează, nu își țin promisiunile, precum susținere și sprijin necondiționat, dar chiar și așa, același pacient va avea un impact asupra vieții lor. Impactul pe care acesta îl are continuă să fie vizibil în ceea ce îi privește pe cei care au fost în preajma sa la un moment dat. Deoarece sprijinul social este unul dintre factorii care influențează cel mai mult procesul de vindecare, pentru individ este necesar să continue să socializeze. Beneficiul apare mai ales în cazul în care familia devine cel mai important suport de îngrijire și protecție, aceasta fiind prezentă pentru a împărtăși temerile și alături de care pacientul să parcurgă etapele a bolii. De asemenea, și persoanele bolnave se izolează de grupul social, evitând activitățile de agrement, prin urmare, familia și în special partenerul sunt cei care trebuie să ofere susținere morală. Este normal ca structura familiei să se transforme în timpul unei boli cronice, așa cum este cancerul, dar este un element cheie pentru ameliorarea și depășirea bolii. Persoana care în general oferă cel mai mult sprijin emoțional pacientului este partenerul de cuplu. Calitatea sprijinului acordat bolnavului este, de asemenea, legată de sexul partenerului, precum și de cel al pacientului. Femeile au fost întotdeauna cele care au avut rolul de a îngriji, dar studiile arată că, în momentul în care se ocupă exclusiv de îngrijirea partenerului, satisfacția maritală este se diminuează, acestea preferând rolul de pacient, deoarece pot desfășura și alte activități. (Baider, 2003)

Relațiile sociale au o mare contribuție în tratamentul maladiei, totuși stările de spirit pozitive sau negative au ca sursă universul interior al persoanei. Diferența dintre durere și suferință este fundamentală pentru înțelegerea și administrarea tratamentului de care pacientul are nevoie. Durerea este considerată o vătămare fizică, cu simptome organice, pentru care medicii pot prescrie medicamente, în timp ce suferința este, mai bine spus, o vătămare psihologică, o stare afectivă, percepția persoanei despre amenințarea integrității sale corporale în lupta împotriva bolii. În înfruntarea cancerului se combate de asemenea și incertitudinea, nu numai simptomele fizice pe care le produce boala. (Bayés, 1998)

„Și suferința crește în interiorul meu, indisolubil legată de o ciudată senzație temporară, care nu are nimic de-a face cu orele care marchează inexorabil ceasurile [...] Este vorba de timp

meu, unic, personal, irepetabil, care îmi scapă efemer prin strălucirea puternică, în același timp care mă anunță apropierea de finalul călătoriei.” (Bayés, 1998, p. 2)

Ce investighează psiho-oncologia și care este obiectivul studiilor realizate în acest domeniu? Ținând cont că psiho-oncologia studiază impactul afecțiunii asupra pacientului, se focalizează pe îmbunătățirea situației psihologice a acestuia, este complementară tratamentului medical, înglobând sprijinul social și elementele psihologice, semnificațiile subiective pe care pacientul le atribuie stărilor sale emoționale. Cu focalizare asupra cancerului la sân, trebuie menționat că pacienții sunt puternic afectați de percepția socială, de stresul cauzat de semnificația generală pe care o are cancerul, fiind denumit și boala secolului nostru.

Sânii au o importanță crucială în ceea ce privește apartenența la identitatea feminină, fiind percepuți ca element reprezentativ pentru sexualitatea femeii, ca indice al atractivității și puternic relaționat cu maternitatea. Toți factorii menționați anterior sunt parte a percepției occidentale, care include o imagine standard despre femeie. Discutând din perspectivă psihologică, aspectul fizic este un element esențial pentru autostima și autopercepția pacientei cu cancer. Autostima este autoevaluarea, căreia i se adaugă atât evaluările pozitive, cât și cele negative (Sebastián, Manos, Bueno și Mateos, 2007). Alte studii menționează ca funcții ale sânilor fecunditatea, estetica, feminitatea, frumusețea și nu în ultimul rând semnificația erotică. Dintre aceste funcții, cel mai important rol este cel nutrițional, respectiv alăptarea. În același timp pieptul ființelor umane se numește sân, deci funcțiile menționate anterior, sunt separate de importanța nutrițională, ca unică funcție prezentă la alte specii.

Autoexaminarea în detectarea cancerului mamar este esențială. După vârsta de 20 de ani, fiecare femeie ar trebui să își examineze sânii. Între zilele 7-15 ale ciclului menstrual sau după menopauză, în aceeași zi a fiecărei luni, pentru a exista aceleași condiții pentru examinare. Autoexaminarea sânilor are două etape: observare și palpate. Observarea sânilor, compararea acestora și verificarea pentru a identifica schimbări la textura pielii sau o leziune vizibilă. Palparea constă în examinarea cu degetele, pentru a verifica dacă există un nodul, aceeași verificare trebuie făcută pentru tot sânul, de la mamelon, sân, incluzând partea axilei. Autoexaminarea sânilor este o metodă care poate fi utilă pentru detectarea precoce a bolii, ceea ce s-a dovedit benefic pentru că poate determina începerea tratamentului cât mai repede posibil, operația clasică având mai mare eficacitate, dar și pentru a identifica mărimea tumorii. (Sardiñas-Ponce și Raysy, 2009)

Printre factorii de risc care au o importanță deosebită în amplificarea riscului de a dezvolta cancer se numără gestația, vârsta primei sarcini sau a nu avea copii. Contraceptivele orale de asemenea incrementează riscul apariției cancerului, acesta diminuându-se după 10 ani de la întreruperea tratamentului. Terapia de substituție hormonală, amânarea menopauzei, crește densitatea sânelui, așadar și riscul apariției cancerului. Genetica și istoria familială, stilul de viață și alți factori relevanți, precum activitatea fizică, alimentația, alcoolul și tutunul pot influența. Alte cercetări realizate menționează că nu există o rată mai mare a detecției precoce datorată autoexaminării, dar se consideră un obicei sănătos. Ca metodă de tratament se utilizează în primă fază chirurgia, care implică mai multe tipuri de mastectomie, de exemplu mastectomia totală care reduce riscul apariției cancerului 100% sau mastectomia subcutanată, care reduce riscul între 2 și 4%. Reconstrucția sânelui se poate face atunci când boala se află în diferite stadii, implicând în același timp diferite tipuri de complicații, aceasta având ca obiectiv final îmbunătățirea stării emoționale a femeii, a calității vieții acesteia. Chimioterapia și radioterapia sunt unele dintre procedurile folosite după chirurgie, pe parcursul procesului curativ, în funcție de vârstă și tipul de cancer tratamentul medicamentos și numărul de ședințe pot varia. (Angarita și Acuña, 2008)

Mastectomia este intervenția care generează impactul psihologic cel mai puternic la femeile cu cancerul mamar. Această intervenție chirurgicală presupune extirparea sânelui, uneori totală, alte ori parțială. Care este rolul acesteia în procesul curativ? Mastectomia poate fi atât preventivă, cât și o consecință a apariției celulelor canceroase. Este adevărat că aceasta influențează autostima pacientei, influențându-i viața socială, familială, de cuplu și profesională. Diferența care a apărut odată cu trecerea timpului, odată cu dezvoltarea tehnologiei este că reconstrucția mamară poate fi realizată în timpul mastectomiei, astfel încât este minimalizat impactul psihologic, sânii fiind percepuți ca o marcă a feminității. În același timp s-a promovat ideea de a utiliza optimismul în lupta împotriva cancerului, substituind pesimismul care era o caracteristică a femeilor cu același diagnostic pe parcursul secolului trecut. Ele însele conduc și campanii de sprijin pentru alte femei, pentru a oferi susținerea socială, cu un aport ridicat în abordarea acestei boli. (Sánchez-Sánchez, 2015)

Cancerul interferează în viața sexuală a pacientei, având puternice consecințe afective, dar fizice. Studiile realizate despre mastectomie și influența sa asupra vieții sexuale a pacientei dezvăluie că apar schimbări negative, produse de probleme afective, hormonale, uscăciune vaginală, disconfort la a se vedea în oglindă și inclusiv în relație cu partenerul. (Vásquez-Ortiz,

Antequera și Blanco-Picabia, 2010) Pacienta este afectată de repercusiunile chimioterapiei, care în special, cauzează alopecie pubiană, durere în timpul actului sexual, anorgasmie, simptome menopauzale, în plus infecții urinare, labilitate afectivă și iritabilitate (Tamblay și Bañados, 2004: citați în Garduño, Riveros și Sánchez-Sosa, 2010).

Cancer și sexualitate? O întrebare care apare atunci când menționăm această maladie, pentru că din punct de vedere psihologic, o persoană care suferă de cancer este normală, doar că apare necesitatea de a schimba anumite aspecte ale vieții sale pentru a lupta împotriva bolii, să dezvolte strategii de *coping*, însă în esență pacienta este aceeași. Sexualitatea, ca parte a relațiilor de cuplu, a vieții personale a adultului este un subiect dezbătut și cercetat de specialiștii în acest domeniu.

Sexualitatea în urma unei intervenții chirurgicale cum este mastectomia, care semnifică înlăturarea totală sau parțială a sânului, este un subiect tabu uneori pentru pacienți, care nu este abordat în cercetări. Relaționarea sânului cu feminitatea și inclusiv cu sexualitatea este aproape inconștient pentru femeie, din același motiv percepe și operația ca pe o mutilare, ca pe o castrare psihologică, o pierdere a erotismului, a apetitului sexual. În cercetările realizate, femeile mărturisesc faptul că deja nu mai vor să aibă relații coitale, dar fac asta ca pe un sacrificiu. Această operație chirurgicală afectează în aceeași măsură și relațiile interpersonale, influențând forma de a-și exprima sentimentele și relația cu partenerul. Astfel încât viața sexuală a pacientei care a suferit o mastectomie este afectată, pentru că libidoul scade. (Fernández S. de S, Ospina de González și Múnera-Garcés, 2002)

Disfuncțiile sexuale la pacienții cu cancer pot avea ca sursă un tratament, efectele fizice ale bolii asupra corpului sau factori psihologici, traumele. Cercetările arată că răspunsul organismului la tratament este diferit, în funcție de tipul acestuia, de exemplu chirurgie, chimioterapie sau radioterapie. Același studiu definește reabilitarea sexuală ca fiind integrată în procesul de reabilitare emoțională, posterior impactului cancerului și a tratamentului acestuia asupra imaginii corporale. Este important ca echipa responsabilă de monitorizarea tratamentului pacientului să-i ofere și consiliere sexuală. Ce influențează cel mai mult relațiile sexuale ale pacientului după diagnosticare? Acestea sunt influențate și de probleme anterioare cancerului, conflicte anterioare sau probleme de adaptare psihologică. Se recomandă comunicarea cu partenerul, în plus pot fi efectuate exerciții de relaxare a mușchilor vaginali (exerciții Kegel), folosirea lubrifianților, identificarea modalităților creșterea a stimei de sine, pentru că în cazul

femeilor cu mastectomie, de exemplu, imaginea corpului este deteriorată, prin urmare, trebuie urmați anumiți pași, astfel încât pacienta să se poată simți mai confortabil alături de partenerul său, fără ca acest subiect să-i provoace umilire, jenă, sentimente de inferioritate, etc. Cea mai indicată modalitate de a lupta împotriva acestor probleme delicate este promovarea informațiilor, prin intermediul echipei medicale și al psihologului. (López-Ramírez și González-Flores, 2005)

Cele mai frecvente tulburări suferite de femeile care au fost supuse mastectomiei, cu referire la viața lor sexuală, sunt dorința scăzută de a întreține relații sexuale, disconfort atunci când se dezbracă în fața partenerului, dificultăți de a avea orgasm. Cea mai mare problemă este să-și vadă corpul asimetric în urma mastectomiei, astfel încât consideră că partenerul nu le mai consideră atractive (Vásquez-Ortiz et al., 2010). Mai ales când primesc diagnosticul și știu că au metastază, femeile ajung până la a evita programările medicale, deoarece simt că pierd controlul (Garduño et al., 2010).

Studiile efectuate pe acest subiect arată că pentru femeile care au suferit mastectomie sâni nu mai sunt o zonă erogenă, cu atât mai mult cele care au puțin timp de la operație. S-a constatat, de asemenea, prin studiile realizate că atingerile partenerului în această parte a corpului se reduc. Intervenția psihologică, la scurt timp după operație, este utilă atât pentru pacientă, cât și pentru partenerul său, deoarece este important ca boala să nu fie o sursă de evitare sau să distanțeze fizic și emoțional cuplul. (Vásquez-Ortiz et al., 2010)

Cancerul mamar poate apărea, de asemenea, și la femeile însărcinate. În aceste cazuri una dintre particularități este reprezentată dimensiunile tumorilor, care de obicei mai mari decât la femeile care nu sunt însărcinate. În general, cancerul este descoperit în stadiul II sau III, prin urmare, tratamentul inițial este vital, uneori necesitând un avort, pentru a menține viața mamei. Chiar și așa, ratele de supraviețuire ale femeilor însărcinate care suferă de cancer sunt aceleași ca și la celelalte. (Angarita și Acuña, 2008)

Este importantă vârsta pentru a determina supraviețuirea pacientei? Într-un studiu realizat de Chifu și colaboratorii (2010), a fost calculată media pe decenii de vârstă pentru a determina rata de supraviețuire. Studiul a fost realizat pe un eșantion de 361 pacienți din 1000, operați de cancer de sân în perioada 2000-2008, cu vârsta cuprinsă între 20 și 89 de ani. Rezultatele au aratat că pentru vârstele 20-29 și 80-89 rata mortalității este mai scăzută, dar având în vedere celelalte categorii de vârstă se poate observa că rata de supraviețuire este între 52,9% pentru categoria de 60-69 și 65,7% la categoria de vârstă 50-59 ani. Rezultatele statistice arată o

tendință de creștere a supraviețuirii la pacientele mai tinere. La pacientele cu vârsta cuprinsă între 40 și 49 de ani, a fost înregistrată cea mai mare rată de supraviețuire (44,25%), deși numărul pacientelor de peste 50 de ani este aproape dublu, numărul de decese este de asemenea dublu. În același studiu, s-a concluzionat că rata de supraviețuire a fost mai mare la pacientele cu vârsta sub 50 de ani, dar alte studii nu relaționează neapărat vârsta și rata de supraviețuire.

Pe lângă factorii psihologici și cercetările calitative în acest domeniu, în cele ce urmează vor fi prezentate date statistice cu referire la incidența acestei boli, cu focalizare pe Europa, dar prezentând și date din alte părți ale lumii, pentru realizarea unei analize cât mai ample asupra apariției bolii.

### **Situația femeilor cu cancer la sân în lume**

Majoritatea persoanelor diagnosticate au vârste cuprinse între 35 și 80 de ani, iar rata de supraviețuire la 5 ani de la diagnosticare este de 82,8% în Spania, superioară mediei europene. Surorile și fiicele pacientelor cu cancer la sân sunt expuse la un risc de două sau de trei ori mai ridicat să sufere aceeași boală. (20minutos, 2016)

Conform Asociației Spaniole Împotriva Cancerului (AECC) în ceea ce privește supraviețuirea pacientelor cu cancer la sân, datele s-au îmbunătățit în termeni statistici în ultimii 20 de ani, crescând cu 1,4%. Deja se descoperă din informațiile și tratamentele inovative care sunt descoperite odată cu avansarea tehnologiei și a cercetărilor, o rată din ce în ce mai mare de supraviețuire, demonstrată de datele anuale. Cancerul la sân este cel care provoacă cel mai frecvent mortalitate în rândul femeilor. În fiecare an, în Spania se identifică aproximativ 22.000 de cazuri, reprezentând 28,5% din tumorile de care suferă femeile. Acest tip de cancer este principala cauză de mortalitate pentru femei (14% din totalul decesurilor la femei care au tumori maligne). Datele statistice prezintă o medie de 6000 de decese în rândul femeilor în fiecare an, din cauza acestei boli. Treptat numărul se stabilizează și ratele mortalității descresc, ca rezultat al tratamentelor și al detectării precoce a neoplastiei. (AECC, 2018)

Cancerul mamar poate apărea și la bărbați? Da, dar spre diferență de frecvența cu care apare la femei, acesta este mai puțin comun. La bărbați motivele pentru care apare sunt constituite de factori genetici, hormonal și abientali. Totuși, studiile demonstrează că pacienții care ajung să aibă cancer mamar sunt cei care au avut astfel de cazuri și cancer de ovare în istoria familială. La fel ca femeile, bărbații trec prin aceleași faze în ceea ce privește etapele bolii,

diferența notabilă ar fi că prin comparație cu femeile, bărbații descoperă mai târziu boala. Astfel încât, procesul curativ este mai dificil (Álvarez-López, 2016). La bărbați cancerul mamar apare la 1% din totalul populației identificată cu acest tip de cancer.

Cancerul în Europa este cauza a 1 din 4 decese. Cancerul la sân este principalul tip de cancer care este fatal pentru femeile din Uniunea Europeană, 16% din populația feminină. Cancerul mamar a înregistrat în 2013 un procentaj de 21% din numărul total de decese înregistrate la populația feminină în Cipru și Malta. Luxemburg cu un procentaj de 20%, Belgia 19%, Estonia 12% și Republica Cehă, Polonia și Suedia au înregistrat un procent de 14% din decesele înregistrate, având cauza principală cancerul la sân. În 2014 rata mortalității înregistrată în Europa a fost de 32.6 din 100 000 de locuitori femei și 0.5 din 100 000 bărbați. Vârsta la care mortalitatea, în cazuri de cancer mamar este mai frecventă este de 65 de ani sau mai mult. Spania este una dintre țările care are o rată scăzută la apariția tipului de cancer anterior menționat, înregistrând de asemenea și un procentaj crescut la detectarea acestuia, deoarece trei sferturi dintre femei au făcut teste pentru detectare a bolii. (Eurostat, 2017)

Cancerul la sân este un subiect dezvoltat de toți specialiștii care lucrează în domenii relaționate cu sănătatea în toate părțile lumii. Studiile realizate în America Latină și în Caraibe, prezintă statisticile reprezentative pentru acea zonă, pentru a evita incrementarea și pentru a spori diminuarea bolii la populația feminină. Studiile realizate de Lozano-Ascencio și colaboratorii (2009), evidențiază că la nivel global, în fiecare an sunt diagnosticate aproximativ 10 milioane de persoane cu tumori maligne. În 2007, aproximativ 6 milioane de femei au fost diagnosticate cu tumori maligne, dintre care aproximativ 1.3 milioane sufereau de cancer mamar. Incidența cancerului la sân este mai ridicată în țările dezvoltate, fiind de 27% și mai scăzută în țările în proces de dezvoltare, respectiv 19%. Conform statisticilor, incidența cea mai scăzută este în Haiti (4.4 din 100 000 de femei) și mai crescută în Argentina și Uruguay (75-83 din 100 000). Ratele înregistrate ale mortalității au fost mai mari în țările cu venituri mai mari, decât în cele care au venituri medii sau foarte scăzute, cu o diferență de 20%.

Statisticile cu referire la cancerul de sân, realizate în Statele Unite menționează că după cancerul de piele, cancerul la sân este al doilea tip de cancer care provoacă decese în rândul femeilor, 1 din 3 fiind diagnosticată cu acest tip de cancer. (DeSantis, Siegel, Bandi și Jemal, 2011)

---

**TABELUL 1.**

---

**Noua estimare a cazurilor și morților a femeilor cu cancer la sân, United States, 2011 (DeSantis et al., 2011, pp. 410)**

<b>Vârstă</b>	<b>Cazuri <i>In Situ</i></b>	<b>Cazuri invazive</b>	<b>Decese</b>
Sub 40	1 780	11 330	1 160
Sub 50	14 240	50 430	5 240
50-64	23 360	81 970	11 620
65+	20 050	98 080	22 660
Toate vârstele	57 650	230 480	39 520

Conform Tabelului 1, pentru anul 2011 poate fi observată incidența mai mare a cancerului la sân la femeile mai în vârstă de 65 de ani, dar și la cele care au vârste cuprinse între 50-64 de ani, deși femeile cu vârsta de până la 50 de ani, de asemenea înregistrează un număr ridicat de cazuri de cancer la sân. Cea mai mare rată de îmbolnăvire este la tipurile de cancer invaziv. În pofida avansului tehnologic, procentele rămân stabile cu privire la rata mortalității în cazurile de cancer la sân, deși în fiecare țară din Statele Unite numărul de decese se diminuează, iar numărul cazurilor diagnosticate precoce augmentează. (DeSantis et al., 2011)

Pentru a analiza incidența cancerului la nivel global, statisticile realizate la nivel mondial în 2012, reconfirmă de fapt că stilul de viață, vârsta avansată pentru prima sarcină, sedentarismul, etc. sunt factori care pot produce cancer. Această boală apare cu aceeași frecvență, atât în țări dezvoltate, cât și în cele în proces de dezvoltare, având puține variații. La nivel global, în 2012, au fost înregistrate aproximativ 14.1 milioane de cazuri diagnosticate cu cancer și 8.2 milioane de decese. În același an, cancerul mamar a continuat să fie cancerul cel mai frecvent pentru populația feminină, înregistrând 1.7 milioane de cazuri și 521,900 decese. Acesta reprezintă 25% din procentajul total de cancer și 15% din cel care provoacă moartea femeilor. Din totalul de cazuri, 38% se înregistrează în țările mai dezvoltate, precum America de Nord, Australia, Nordul și Vestul Europei. Un număr intermediar de cazuri se înregistrează în țări din Europa Centrală și de Est, America Latină, în Caraibe. Rata cea mai scăzută înregistrându-se în Africa și Asia. (Torre et al., 2015)

Depinzând de tipul de celule care apar, se dezvoltă diferite tipuri de cancer. În următoarele fragmente va fi prezentată clasificarea celulelor și tipurile de cancer care pot apărea cu o frecvență mai crescută sau mai scăzută.



## Celulele canceroase și tipurile de cancer

ADN-ul are un rol foarte important în evoluția cancerului la sân, determinând diferite subtipuri de cancer care se diferențiază depinzând de genetica sa. S-au identificat două mari categorii, care de asemenea se divizează în alte subtipuri. Tumorile cu receptor estrogenic pozitiv (RE+), împărțite între cel luminal A, B și C și tumorile cu receptor estrogenic negativ (RE-), care include HER2, tipul bazal și tipul normal. (Zepeda-Castilla et al., 2008)

HER2, este proteina corpului uman care participă la formarea țesutului. Aceasta influențează și în dezvoltarea cancerului, în formarea celulelor canceroase. Depinzând de tipul de proteine care apar, dacă sunt pozitive sau negative, tratamentul care i se administrează pacientei este diferit. Dacă cel identificat este HER2+, aceasta va primi un tratament care va bloca stimulii de creștere a țesuturilor. Având în vedere că HER2+ au tendința de a crește mai repede și să se formeze din nou, în comparație cu HER2- (breastcancer, 2018). Statisticile dovedesc că incidența HER2+ este de 25% din tumori. (20minutos, 2016)

---

**TABELUL 2.**

**Clasificarea subtipurilor de cancer la sân (Imigo et al., 2011, pp. 69)**

---

Receptor de Estrogen Pozitiv	Luminal A
	Luminal B
	Luminal HER2/neu
Receptor de Estrogen Negativ	Bazal
	HER2/neu
	Normal

---

Având în vedere clasificarea celulelor realizată anterior este necesară prezentarea tipurilor de cancer la sân care pot apărea. Tipurile de cancer mamar care pot apărea sunt carcinomul ductal *in situ*, carcinomul ductal invaziv, carcinomul lobular invaziv, care sunt cele mai frecvente și sarcoamele, *Phyllodes*, boala Paget și angiosarcomul, care apar mai puțin frecvent. Celulele care determină apariția cancerului se numesc carcinom sau adenocarcinom. Pentru a descrie răspândirea cancerului în organism, se utilizează termenii *in situ*, care denumesc acele celule localizate într-o parte a sânului și „invazive” sau „infiltrate” pentru cele care se răspândesc în țesutul mamar. (American Cancer Society, 2017)

Ca tip de cancer *in situ* se identifică carcinomul ductal *in situ* (*ductal carcinoma in situ*) și carcinomul lobular *in situ* (*lobular carcinoma in situ*). Carcinomul ductal *in situ* reprezintă o etapă incipientă care, în cele mai multe cazuri, poate fi vindecat. Este un cancer non-invaziv sau pre-invaziv, considerat precanceros din cauza posibilității de a deveni cancer invaziv. Carcinomul lobular *in situ* (neoplazia lobulară) este localizat în glandele producătoare de lapte și nu se extinde dincolo de ele, de aceea este nevoie de biopsie, deoarece nu formează noduli care pot fi detectați prin mamografie. În aceste cazuri este necesară monitorizarea constantă a ambilor sâni. (American Cancer Society, 2017)

Tipurile de cancer mai rar întâlnite sunt cancerul de sân inflamator (*inflammatory breast cancer, IBC*), boala lui Paget a mamelonului, *Phyllodes* tumorale (cuvânt de origine grecească, se referă la dezvoltarea maladiei cu o structură asemănătoare unei frunze) și angiosarcomul. Cancerul de sân inflamator, în general nu apare cu o frecvență crescută, dar caracteristicile definitorii identificate sunt inflamarea sânelui, culoarea roșiatică sau violet a pielii, îngroșarea acesteia și, uneori, textură de coajă de portocală. Apare, în general, la femeile mai tinere (52-57 ani) care sunt supraponderale sau suferă de obezitate, se răspândește rapid în organism și este foarte agresiv, diagnosticat într-un stadiu avansat, atunci când pielea este deja afectată, deoarece provoacă inflamații. Boala Paget a mamelonului este, de asemenea, un tip rar care afectează în primul rând pielea unui mamelon, cu un aspect de piele uscată, adesea confundat cu eczeme, care secretă sânge sau un lichid galben. Acesta este diagnosticat prin biopsie și ca tratament se folosesc mastectomia sau intervenția chirurgicală cu conservare parțială a sânelui și se aplică radioterapia. *Phyllodes*, tumorile mamare de acest gen apar de obicei la femei cu vârste cuprinse între 41 și 49 de ani, sunt cauzate de o boala genetică, dar tumorile sunt benigne în general, un procent scăzut este determinat de cele maligne. Ca tratament, este utilizată chirurgia cu conservare a sânelui, dar și ca o ultimă opțiune mastectomia. Angiosarcomul apare în celulele vaselor sanguine sau în vasele limfatice, apare ca o complicație a altor tratamente și ca tratament se aplică mastectomia. (American Cancer Society, 2017)

### **Bunăstare psihologică și sănătate percepută**

Cum afectează cancerul sănătatea mentală? Când persoana are certitudinea că suferă de cancer este expusă la stres, anxietate, tristețe, ajungând chiar să sufere de depresie. Astfel încât, ajutorul psihologic este necesar pentru ca pacientul să înceapă să dezvolte propriile strategii de

*coping* și adaptare, deși acesta trebuie să utilizeze propriile resurse pentru a identifica cea mai bună soluție de adaptare. Relația interpersonală implică utilizarea tehnicilor de sprijin, printre acestea se numără și terapia psihologică adjuvantă. (Fernández și Flores, 2011)

Cortizolul influențează sistemul imunitar, cu consecințe asupra apariției bolilor autoimune și inflamatorii. Afectele pozitive sunt direct legate de funcționarea Sistemului Nervos Autonom (SNA), deoarece acestea reduc frecvența cardiacă, tensiunea arterială, etc. Care este rolul optimismului în bunăstarea și sănătatea indivizilor? Bunăstarea sporește starea de sănătate în diferite moduri. Mai multe studii de psihologie și sănătate arată că optimismul persoanei ajută la accelerarea procesului de vindecare a anumitor boli, pentru a le preveni, pentru a crește speranța de viață, pentru a găsi modalități mai bune de a face față sau de a dezvolta planuri de recuperare mai rapidă și mai eficientă. În studiile privind cancerul de sân, unul dintre elementele esențiale în îmbunătățirea calității vieții este optimismul, care s-a dovedit un factor important în procesul de reabilitare, astfel prelungește durata de viață după urmarea tratamentului. (Vásquez, Hervás, Rahona și Gómez, 2009)

Bandura (1994) este unul dintre autorii care subliniază această temă în cercetările sale, acesta studiază eficacitatea și o definește ca fiind o capacitate pe care persoana însuși o are pentru a influența evenimentele din viața sa, prin intermediul credințelor, valorilor și gândurilor sale. Bandura subliniază eficacitatea strategiilor de *coping* în reglarea emoțiilor, cum ar fi anxietatea și stresul. După cum s-a demonstrat deja, stresul ca unul dintre factorii psihologici care influențează cel mai mult progresul cancerului, poate fi redus prin autoeficacitatea percepută de către pacient. Cei mai mulți oameni care sunt considerați eficienți au tendința de a avea obiceiuri mai sănătoase în viața cotidiană. Așa cum menționează Bandura însuși, este nevoie să întărești „Eul”, conform teoriei lui Freud, menționată în lucrarea scrisă de Fau (2009). În general, oamenii tind să evite situațiile cărora consideră că nu le pot face față. În cazul unei paciente cu cancer mamar, alegerile făcute de aceasta pentru a-și îmbunătăți starea de sănătate sunt decisive pentru progresul tratamentului. În timpul procesului de vindecare oncologică, pacienta trebuie să utilizeze resursele personale pentru a-și îmbunătăți starea de sănătate. Modul de a face acest lucru este prin utilizarea autoeficacității percepute, Bandura explică în studiul său cum credințele influențează starea de sănătate. Prin urmare, cei care consideră că pot să îndeplinească anumite sarcini sau că se pot descurca bine într-o anumită situație fac acest lucru, datorită faptului că își cresc stima de sine, pentru a-și dezvolta motivația în ceea ce privește îndeplinirea scopului lor.

Cum este definită bunăstarea psihologică? Cum García-Viniegras et al. (2007) prezintă în cercetarea împotriva bolilor cronice, psihologia sprijină pacientul la îmbunătățirea bunăstării psihologice, dimensiunea subiectivă, care are ca scop final fericirea individului, promovarea optimismului, sprijin social, utilizarea resurselor proprii pentru a dezvolta strategii de *coping*. Principalii factori menționați pentru a îmbunătăți starea de spirit sunt stăpânirea de sine, stabilitatea emoțională, emoțiile pozitive, sprijinul social și în special cel al cuplului, sunt esențiale. Deoarece daunele psihologice cauzate de cancerul de sân nu sunt doar la nivel personal, ci au și consecințe sociale, este foarte importantă percepția pe care o au ceilalți și nu în ultimul rând, aceea a persoanei despre sine. În funcție de mediul cultural, tratamentul și modul de abordare a situației sunt interpretate în moduri diferite. În țări cu un nivel cultural scăzut, de exemplu, s-au identificat confruntări cu o bază religioasă, spiritualistă.

Factorii psihologici au o mare importanță în progresul cancerului. Arbizu, în 2000, publică studiul său despre factorii psihologici și influența acestora în ascendența cancerului și a tratamentului. Prezintă în lucrarea sa identificarea unui tip de personalitate, numit Tipul C, care este cel mai predispus la a dezvolta o formă de cancer, pentru că în interacțiunea cu ceilalți este predispus să dea răspunsuri dezirabile social, mai mult, își ascunde emoțiile negative. În concluzie, intervenția psihologică este unul dintre pilonii acestui proces. Dat fiind faptul că s-au realizat cercetări, rezultatele prezintă că pacientele care au înfruntat boala foarte deschis sau negând-o, au avut mai puține recidive decât cele care au avut comportamente depresive. Este necesar ca pacienta să răspundă folosind propriile metode, dar în același timp să fie ghidată pentru a găsi răspunsuri care să-i ofere speranță, dar să nu fie false.

Psihosomatica este o disciplină integrativă, care este dedicată studierii factorilor biologici, sociali și psihologici și a contribuției acestora la dezvoltarea diferitelor boli. Legătura dintre psihosomatică și cancer este legată, în primul rând, de personalitatea tip C, menționată anterior, care se referă și la conflicte de conducere, alexitimie, tulburări de somn, carență emoțională, stres psihosocial, etc. (Martínez de San Vicente, 2011)

„Sindromul lui Damocles” este un sentiment de teamă pe care pacienta îl are, cu referire la reincidenta bolii. Ca ființe umane, de-a lungul vieții noastre, ajungem să credem într-un fel de infailibilitate. Cancerul este o boală care distruge acel sentiment și face pacienta să trăiască având acest sindrom, cu această frică permanentă că boala va reveni (Espinosa, López, Panadero, 2018). „Sindromul Damocles” folosește legenda grecească pentru a exprima teama unei persoane

care își simte permanent viața în pericol. Același sentiment este prezent și la pacienții cu cancer care simt aceeași durere că boala va reapărea, simțindu-se ca în legendă cu o sabie deasupra capului care poate cădea în orice moment (Cruz Hernández și colab., 2018). Ființa umană trăiește cu „iluzia invulnerabilității”, care provoacă, în momentul primirii diagnosticului, un șoc pentru persoană, pentru că a rupt acea iluzie. Prin cultura noastră, suntem învățați cum să reprezentăm moartea ca pe un act iminent în viața noastră. Perspectiva asupra vieții se schimbă, la fel cum se schimbă percepția asupra mediului social.

Înrăutățirea stării de sănătate este o experiență care schimbă modul în care vedem moartea, deoarece persoana care trece printr-un „doliu oncologic” folosește ca resurse, o mare cantitate de energie, reorganizarea activității psihologice, reproșul, agresivitatea, frustrarea, durerea. Toate evenimentele noi obligă persoana să își reorganizeze viața, în aspectele socio-culturale, fizico-medicale și personale, care includ vârsta, situația economică, munca, resursele interpersonale, sprijinul social, resursele intrapersonale, tipul de personalitate, etc. (Solana, 2005)

Autoeficacitatea este controlul cognitiv și percepția persoanei despre un stimul dureros, în acest caz. În timp ce persoana consideră că are o toleranță mai mare de a suporta durerea, o va percepe mai puțin. Autoeficacitatea are o contribuție semnificativă la stres în același mod în care un nivel scăzut de autoeficacitate este cauza unui stres subiectiv mai mare (Olivari-Medina, Urra-Medina, 2007). Când pacienta primește diagnosticul de cancer, acest lucru provoacă un nivel ridicat de stres subiectiv, de aceea autoeficacitatea este esențială pentru a gestiona situația, influențând chiar și procesul ulterior de vindecare.

Teste de mamografie și *screening*, ca teste de rutină sau complementare. Care este diferența dintre cele două? Sadín și colaboratorii (2001) au realizat un studiu cu privire la somatizare, anxietate anticipativă a femeilor care vor face mamografie ca vizită de rutină și pe de altă parte, cele sunt anunțate să-l repete. Morbiditatea percepută de femeile care au fost solicitate pentru un alt test a arătat o creștere, comparativ cu femeile care au făcut mamografia doar ca test de rutină. Cu toate acestea, datele au arătat că simptomatologia somatică și depresia nu înregistrează diferențe mari între cele două grupuri, dar anxietatea înregistrează diferențe semnificative, așadar se recomandă diminuarea maximă a timpului dintre teste pentru că s-a demonstrat că rata cea mai ridicată este exact cu câteva zile înainte de a face al doilea test. Pentru a reduce anxietatea anticipatorie se recomandă, de asemenea, și oferirea informațiilor adiționale de medicină și psihologie.

Rolul familiei a fost studiat și evidențiat în mai multe cercetări privind importanța tratamentului și a combaterii cancerului. Diagnosticul în sine afectează înainte de orice pacientul, dar în același timp efectul pe care îl are asupra familiei este, de asemenea, vizibil. Cum definim termenul familie? Rudele apropiate au un rol important, dar rolul fundamental este cel al partenerului. Studiile efectuate arată contribuția crucială a partenerului, atât în menținerea vieții sociale, cât și în sprijinul emoțional, este considerat ca fiind *Gestalt*. Alte cercetări arată că pacienții care suferă de cancer și care sunt căsătoriți sau au un partener stabil tind să supraviețuiască mai mult, au o bunăstare psihologică mai ridicată, în timp ce burlacii sau văduvii se adaptează cu mai mare dificultate la repercusiunile bolii. (Baider, 2003)

În momentul în care este înfruntată boala, persoana care suferă de cancer este vital atât să aibă sprijin social, cât și ea însăși să-și poată restabili echilibrul în viața cotidiană. În cele ce urmează va fi prezentat procesul înfruntării diagnosticului.

După diagnosticare, pacientul care suferă de cancer simte boala ca pe o pierdere, aspect care include pierderile la nivel intrapersonal și interpersonal, de familie, de cuplu, de viață socială, de muncă și de viață economică. În acel moment pacienta începe „doliul oncologic”. Acesta este numele atribuit procesului în care pacienta simte necesitatea de a dezvolta metode de *coping* pentru a se adapta la noua situație, a găsi un echilibru, un nou sens al vieții. Interpretarea personală este rezultatul adaptării la experiența traumatizantă, proces care necesită timp, informații despre boală și suport social. În cele din urmă, ceea ce înseamnă exact „doliul oncologic”? Acesta reprezintă pierderea pacientului care este nevoit să renunțe la diferite aspecte ale vieții sale, să lupte împotriva bolii, în plus față de pierderea părului, sânii în cazul femeilor, oboseală, scădere în greutate, grețuri, vărsături, etc. toate acestea sunt simptome cauzate de cancer și de tratamentele agresive la care sunt supuse persoanele bolnave. Persoana trebuie să se obișnuiească cu noua sa viață. Dacă după tratamentele pe care le urmează pacienta se recuperează, apare din nou adaptarea, reajustarea la viața anterioară, reintegrarea în câmpul muncii, la nivel familial, etc. (Cruz Hernández și colab., 2018)

Pacienții cu cancer simt nevoia să vorbească despre sentimentele lor? Mai presus de orice, când pacienții sunt spitalizați, aceștia refuză să vorbească despre starea lor emoțională și cu atât mai mult cu asistentele medicale, cu care vor să comunice mai des despre viața lor normală, despre familia lor, despre *hobby*-urile lor. Anxietatea este unul dintre factorii care influențează bunăstarea psihologică, astfel încât apar metodele de *coping*, cele mai frecvente

fiind negarea și evitarea cognitivă, de asemenea sunt incluse și suportul social și a duce o viață normală. Studiile sugerează că asistentele medicale oferă mai multă importanță suportului emoțional decât o fac pacienții, în timp ce aceștia se simt mai comod folosind relațiile cu rudele, amicii, ca strategii de *coping*, la fel ca a-și oferi ajutorul celorlalți, fără a ține cont de boala lor. (Kvåle, 2007)

Comunicarea cu asistentele medicale nu este întotdeauna deficitară și nici nu implică neapărat disconfort psihologic pentru pacienți. Gallegos-Alvarado și colaboratorii (2008) investighează bunăstarea pacienților prin relația pe care o au cu asistenții medicali. Studiul indică beneficiul comunicării, în special când ne referim la pacienți cu boli terminale, care sunt cei care au cea mai mare nevoie de un tratament multidisciplinar, cuprinzător, fără a fi judecați sau care simt prejudecăți din partea celorlalți. Necesitatea este intensificată mai ales la nivelul factorilor psihologici care apar adesea, cum ar fi depresia sau anxietatea. Adaptarea și metodele de *coping* apar așadar ca o consecință a necesității bunăstării psihologice. Personalul medical trebuie să aibă ca scop relația de ajutorare, metodele paliative, implicând în primul rând bunăstarea spirituală a pacientului, dar și cea a familiei, concentrându-se în același timp pe sprijinirea persoanei, astfel încât prin bunăstare psihologică să poată incrementa bunăstarea fizică și socială.

Procesul de sprijin pe care ar trebui să îl primească o persoană care suferă de cancer ar putea fi clasificat în sprijin emoțional, informațional și instrumental. Cel emoțional se referă la relațiile interpersonale, grija, dragostea, prietenia, membrii familiei care participă la reducerea disconfortului. Al doilea tip de sprijin, cel informațional-educational este de obicei oferit de specialiști în diferite domenii, cum ar fi medici, asistente medicale, farmaciștii care informează pacientul despre boală, tratamentul medicamentos și terapiile care promovează metode psihologice de a face față bolii, îmbunătățirea calității vieții, etc. Al treilea tip, sprijinul instrumental care se referă la resursele materiale, același lucru fiind de obicei cel mai puțin important dintre cei menționați anterior, referindu-se la transportul casă-spital pe parcursul tratamentului, resursele financiare, etc. (Blasco et al., 2003)

Cum înfruntă diagnosticul de cancer? Fiind o boală dintre cele mai importante pentru societatea actuală, aduce de asemenea și o serie de factori stresanți care pun presiune pe cei care sunt afectați. Diagnosticul are un impact emoțional care e însoțit de emoții și întrebări. În plan psihologic, persoana simte incertitudine, tensiune și stres. După diagnostic, pacientul începe tratamentul, care poate fi chirurgical, radioterapie, chimioterapie. După ce termină tratamentul

deja apare faza de remisie, când pacienta se recuperează fizic. Următoarea fază este recidiva, boala reapare, din nou pacienta urmează tratamentul, pentru ca apoi să intre în faza terminală. Ultima fază și cea mai dificilă, este aceea când pacienta utilizează propriile resurse pentru a înfrunta situația și a avea bunăstarea psihologică maximă. Deși majoritatea pacienților acceptă finalul situației, este dificil de depășit această fază, cu atât mai mult pentru cei care au avut faza de „doliu”, pentru că în această fază sunt cel mai vulnerabili. (Fernández și Flores, 2011)

Emoțiile negative au o mare contribuție dăunătoare în înfruntarea cancerului. În momentul estimării stadiului cancerului și a caracteristicilor sale este posibil ca rezultatele, inclusiv reacția pacientei la această veste să fie diferite. S-a demonstrat că emoțiile pozitive ale persoanei îmbunătățesc sistemul său imunitar. Pentru a lupta împotriva bolii este necesară o serie de credințe pe care pacientul le amplifică din interior, altfel nu e posibil să-l influențezi în a avea un proces curativ care să aibă rezultate bune. Cancerul nu e neapărat o boală mortală, dar pacientul trebuie să-și schimbe stilul de viață și activitățile zilnice, astfel încât să-și transforme viața din punct de vedere social, învățând în același timp că se poate bucura de viață în mai multe moduri. A avea sprijinul necondiționat al familiei, al rețelei sociale înseamnă a lupta împotriva singurătății. Există momente în care pacienta se simte singură și poate deznădăjduită, dar a evita stresul, a-și împărtăși stările emoționale, fiind acestea sentimente negative sau pozitive, a-și menține speranța, a continua să fie aceeași persoană ca înainte, a încerca să mențină cât mai mult posibil aceleași activități pe care le desfășura înainte este foarte important pentru îmbunătățirea stării de sănătate. Comunicarea adevărului cu referire la diagnosticul său este o parte esențială a tratamentului care va începe, așadar cu ajutorul specialiștilor dintr-o echipă multidisciplinară va fi ghidată pe parcursul acestui proces, iar pacienta știind deja care este situația sa, este în totalitate conștientă de formalitățile și atitudinea pe care o va avea raportându-se la boală. (Prieto-Fernández, 2004)

Pentru a menține și incrementa bunăstarea și sănătatea percepută este necesară o serie de procese terapeutice pentru augmentarea calității vieții femeii cu cancer mamar. De ce tipuri de terapie au nevoie pacientele cu cancer de sân? Unul dintre aceste tipuri este intervenția cognitiv-comportamentală, deoarece se axează pe modificarea comportamentelor și a cognițiilor, pentru a incrementa bunăstarea. Scopul său este de a învăța să elaboreze strategii pentru a combate stresul, comunicarea eficientă, autoreglarea emoțiilor și reducerea anxietății. Pacienții primesc mai multe informații despre boală, tratament și modul de gestionare al stresului. Terapia



cognitiv-comportamentală urmărește reorganizarea structurilor cognitive ale femeilor, pentru a putea face față problemelor care apar odată cu boala. Mai ales atunci când primesc diagnosticul și află că au metastază, femeile ajung până la a evita programările medicale, deoarece simt că pierd controlul. Care sunt obiectivele terapiei pentru pacientele cu cancer? Îmbunătățirea calității vieții, bunăstarea psihologică a pacientei, sprijinirea autoreglării emoțiilor negative, învățarea concentrării energiei asupra activităților care o mențin ocupată mai mult timp, astfel încât să nu se gândească prea mult la repercusiunile bolii, în așa fel încât să nu intensifice deteriorarea corporală ca o consecință a tratamentului și a somatizării. Activitățile care implică relații sociale, cum ar fi vizitarea prietenilor, mersul la teatru, activitățile sportive, etc. sunt unele dintre activitățile de care pacienții trebuie să învețe să se bucure din nou în timpul tratamentului și după ce l-au terminat, în mod independent. (Garduño et al., 2010)

Efectul placebo este un concept cu o importanță deosebită în procesul de vindecare al pacientei cu cancer și nu numai. Acești termeni pot fi reprezentați de o substanță chimică, un act fizic sau verbal care determină un efect pozitiv în organismul individului. Dacă efectele produse sunt negative, expresia utilizată este efect nocebo (Pérez, Morer și Martín-Santos, 2003). Efectul placebo este format, mai presus de orice, din factori psihologici, din credințele persoanei, putând avea atât efecte analgezice, cât și efecte curative.

Efectul placebo e definit ca o stare psihologică care produce schimbări biologice pe baza factorilor psihologici. Prin urmare, tratamentele terapeutice, concomitent cu administrarea celor medicamentoase au o eficacitate mai mare, pentru că așa cum numeroase studii o demonstrează, stresul are o contribuție iminentă în dezvoltarea sau vindecarea cancerului. În studiul centrat pe contribuția psihologiei asupra metodelor paliative care îi ajută pe pacienții cu cancer să aibă o stare psihologică cât mai bună, în funcție de particularitățile individuale, consideră că faza terminală terapeutică este chiar mai importantă pentru reducerea suferinței. Prin urmare, în intervenția psihologică este important sprijinul emoțional și conservarea cât mai mult posibil a structurii emoționale, psihologice a persoanei. În acest proces sunt implicați psihologii, personalul sanitar (medici, asistente medicale), asistenții sociali, familia și prietenii. Obiectivul este să se atingă bunăstarea maximă posibilă, care se poate obține aplicând îngrijiri paliative atât pacientei, care este în centrul procesului, cât și a persoanelor care îi țin companie mai mult timp. În aceeași situație trebuie evitată, de asemenea și demoralizarea personalului care îngrijește bolnavul, pentru că așa cum studiile dezvăluie succesul medical este motivația pe care o are

echipa să continue oferirea sprijinului emoțional, care în caz contrar se diminuează. (Bayés și Borrás, 1993)

În 2010, Garduño și colaboratorii, în studiul cu referire la terapia cognitiv-comportamentală, prezintă simptomele pe care pacientul le resimte prin somatizare, ca urmare a suferinței psihice pe care o experimentează la nivel individual, intern. Printre aceste simptome, disforia, anhedonia, tulburările de somn, apetitul scăzut, stima de sine scăzută, dificultățile de concentrare, grețurile, vărsăturile, amețelile, modificările texturii pielii sunt asociate cu sentimente de negare, disperare, ajungând până la depresie gravă.

Pe durata tratamentului, terapia este indispensabilă datorită importanței sale în dezvoltarea strategiilor de *coping*, în îmbunătățirea, cât mai mult posibil, a stării de spirit a persoanei. Este imperativ sprijinul pe care pacienta îl necesită, luând în considerare magnitudinea impactului pe care diagnosticul îl cauzează la nivel psihologic. Alexitimia reactivă reprezintă o manifestare care constă în reprimarea sentimentelor, în tendința de izolare, anxietate crescută, gânduri despre moarte și durere. Această afecțiune are ca simptome iritabilitate, anxietate, tulburări alimentare, lipsa odihnei și se manifestă cu preponderență prin lipsa odihnei și apare frecvent în primele săptămâni de la diagnostic, urmărind diferite forme de răspuns la noua stare de sănătate, depinzând de tipul de tumoare pe care îl are pacienta. (Murillo și Alarcón-Prada, 2006)

Un mod adjuvant în înfruntarea diagnosticului de cancer este terapia. Una dintre cele utilizate în procesul tratamentului și susținere a pacienților este terapia cognitiv-comportamentală. Având în vedere că aceasta se bazează pe schimbarea cognițiilor, a comportamentelor pe termen lung, acesta este considerată ca fiind o intervenție care ajută pacientul să depășească simptomele și schimbările provocate de boală, concentrându-se pe independizarea persoanei pentru a utiliza tehnicile învățate până la sfârșitul sesiunilor terapeutice. Prin intermediul acestui model se postulează că emoțiile sunt influențate de sistemul cognitiv, care se concretizează în percepția, controlul și răspunsul pacientului la o anumită situație. Prin urmare, femeia învață cum să răspundă la stimuli interni și externi, astfel încât să-și poată să îmbunătățească starea psihologică prin învățarea tehnicilor de autoreglementare a emoțiilor, în special a celor negative. Intervenția cognitiv-comportamentală se bazează pe schimbarea comportamentelor. Determinând individul să-și schimbe anumite comportamente într-un mod rațional, menținând conștiința și viziunea clară despre comportament și gândire, așadar trebuie

să fie conștient de nevoile sale, de așteptările pe care le are asupra sa și asupra viitorului. (Roth et al., 2002)

Una dintre tehnicile a căror utilizare este necesară în procesul terapeutic este senzația de control. Se referă la gândurile, sentimentele pacientei, care simte că are control asupra situației, ceea ce este benefic pentru incrementarea bunăstării psihologice, deoarece determină rezultate pozitive. Cercetarea făcută în domeniul psiho-oncologiei a arătat de mai multe ori că persoanele care au o atitudine pozitivă tind să aibă o calitate mai ridicată a vieții și rezultate mai bune în urma tratamentului decât cei care au gânduri negative. (Blasco et al., 2003)

Terapia asistată de animale a început să fie descoperită și folosită acum câteva decenii. Istoria terapiei în sine începe în 1969, după aceea se cercetează mai mult și apare acest tip de intervenție psihologică, care nu este utilizat în mod izolat, ci concomitent cu alte tipuri. Ca tipuri de terapie în această arie se identifică: *Animal Assisted Therapy* (terapie asistată de animale), *Animal Assisted Activities* (activități asistate de animale), *Animal Facilitated Therapy* (terapie facilitată de animale). În Spania este numită terapie asistată de animale de companie. Cele mai frecvent utilizate animalele sunt pisicile, câinii și, uneori, caii. Animalele sunt folosite în terapie pentru tratamentul diferitelor afecțiuni, printre acestea se numără depresia, fobiile, tulburările de comportament, cele psihiatrice, aplicându-se în general la bolnavi în fază terminală (SIDA, cancer, etc.). Acestea pot fi incluse atât atunci când se lucrează cu copii, adulți, dar și atunci când se lucrează cu vârstnici. Beneficiile terapiei asistată de animale de companie sunt diminuarea stresului, scăderea tensiunii arteriale, a anxietății, a singurătății și augmentarea sentimentului de securitate. Animalele sunt folosite pentru distragere și companie, pentru că ating și folosesc simțurile umane, tactil, auditiv, cognitiv și emoțional. În practică, este folosită unificarea persoanei cu animalul, așa cum este echitația, deoarece animalul suplimentează dizabilități fizice ale individului, acesta poate fi, de asemenea, utilizat prin intermediul interacțiunii pasive, doar observând. (Martínez-Abellán, 2008)

Terapia cu animale înseamnă introducerea unui animal în procesul terapeutic, de obicei sunt folosiți câinii, care trebuie să fie special instruiți pentru a participa la acest tip de intervenție. Ei trebuie să fie animale cu liniștite și obediente. În funcție de tipul de pacient, se decide și talia animalului. În studiul terapiei asistate de câini la persoanele cu durere cronică, care este încă o zonă nouă în terapiile complementare, reducerea stresului și a anxietății a fost introdusă ca variabilă adjuvantă, interacțiunea dintre animal și pacient pare să determine creșterea

substanțelor cum ar fi endorfina, oxitocina, prolactina, dopamina, etc. toate substanțele care sporesc bunăstarea fizică și psihologică. Odată cu puținele studii efectuate până în prezent, nu a fost identificat cu exactitate momentul cel mai potrivit pentru introducerea câinelui sau sfârșitul interacțiunii cu acesta. Este necesar să se stabilească standarde exacte de igienă, controale veterinare, etc. pentru a fi ținute sub control posibilele variabile care ar putea deteriora sănătatea pacientului. (Pedrosa, Aguado, Canfran, Torres și Miró, 2017)

Conform literaturii de specialitate, persoanele diagnosticate cu cancer mamar, pe lângă faptul că suferă la nivel psihologic în momentul în care descoperă boala, aceste daune psihologice se prelungesc un an sau doi după faza inițială. Sánchez și colaboratorii (2005) analizează motivația pacienților cu cancer mamar de a urma sau de a abandona tratamentul psihologic. Pentru a obține rezultate care să incrementeze calitatea de viață a pacientei, este necesar să fie finalizată terapia. În studiul menționat anterior, rata medie de frecvență a sesiunilor a fost de 60%, din motive medicale și asociate tratamentului oncologic. Conform rezultatelor aceluiași studiu, o treime dintre paciente (27,5%) au abandonat. Finalul nu e numai un prejudiciu la nivel individual, dat fiind faptul că persoana care abandonează nu obține îmbunătățirea calității vieții, ci afectează și dinamica grupului. Constatările au fost asociate și cu nivelul educativ, ceea ce s-a constatat este că există o posibilitate mai mare de a abandona terapia la femeile cu studii primare și o rată mai scăzută pentru cele cu studii medii sau superioare.

Calitatea vieții pacientului oncologic poate fi menținută și îmbunătățită prin tratamente farmacologice sau prin tratamente non-farmacologice, prin urmare, vor fi identificate aspecte care influențează viața și însănătoșirea pacientului oncologic, dintre care amintim insomnia, anxietatea și depresia.

Tulburările de somn influențează sănătatea fizică și psihică a persoanei, cu atât mai mult cu cât este vorba despre pacienții cu cancer. Somnul este definit ca fiind o necesitate fiziologică, îmbunătățind astfel sănătatea fizică și psihică, cu influență asupra sistemului imunitar, activitatea, managementul stresului, în concluzie asupra calității vieții. Insomnia la pacienții care suferă de cancer poate fi cauzată de stres emoțional provocat de boală, unele cercetări arată că insomnia poate afecta fizic pacientul, cauzând oboseală, iritabilitate, depresie și anhedonie. Pentru tratamentul insomniei sunt utilizate produse farmacologice, dar și non-farmacologice. Este necesar să fie cunoscute cauzele, pentru a se stabili tratamentul adecvat, ca o metodă non-farmacologică, a fost identificată psihoterapia, cu efecte pe termen lung. Măsurile pe care

pacientul le poate utiliza sunt activitatea fizică zi de zi, evitarea stimulilor externi care împiedică somnul de calitate, evitarea somnului în timpul zilei, respirația profundă și diafragmatică, tehnicile de distragere, expresia emoțională, meditația, etc. pot fi, de asemenea, folosite ca metode. Anxietatea este, de asemenea, o manifestare psihosomatică, persoana se simte tensionată, nervoasă, răspunzând unei situații dăunătoare. Ca reacție în sine, ea este considerată adaptivă, dar cu persistența stimulului ajunge să fie dezadaptivă. Aceasta produce stări de iritabilitate, scăderea performanței intelectuale, tulburări de somn, agitație, etc. Anxietatea poate diminua toleranța la tratament, poate provoca fobii, intensifica simptomele cancerului și tratamentul acestuia, disconfort emoțional. Ca un tratament non-farmacologic al anxietății, se folosește sprijinul emoțional sau psihoterapia cognitiv-comportamentală. Depresia este cauzată de stres, care afectează pacientul, atât psihic cât și fizic. Datele statistice arată că aproximativ 50% dintre pacienții care suferă de cancer suferă de depresie. Este influențată de factori precum sex, vârstă, istoria depresiei, sprijin social, stres, tratament. Ca tratament non-farmacologic, sunt indicate terapii cognitive, comportamentale, psihoterapie interpersonală, existențială, etc. (Maté, Hollenstein și Gil, 2004)

Oboseala ca o problemă în menținerea calității vieții pacienților cu cancer. Acesta reprezintă un sindrom bio-psiho-social care se prelungește până după depășirea bolii. Se numește „oboseală cronică” sau „oboseală relaționată cu cancerul” și este un fenomen care afectează calitatea vieții persoanelor cu cancer. Nu sunt definite exact sursele până acum, dar se presupune că se formează ca urmare a tulburărilor psihologice, cum ar fi stresul și poate duce la abandonarea tratamentului. Tratamentul oboselii ar trebui să aibă o importanță mai mare în tratamentul cancerului. Rezultatele anumitor investigații au arătat că pacienții cu așteptări scăzute de îmbunătățire a stării lor de sănătate suferă de o accentuare a stării de oboseală, în comparație cu cealaltă categorie. (Font, Rodríguez și Buscemi, 2004)

### **Reglarea emoțiilor conform modelului elaborat de Russell**

Emoțiile au un rol foarte important în lupta pacienților împotriva cancerului. Pot fi definite ca fiind un complex de factori intrapersonali, care influențează acțiunile persoanei în mediul social, interpersonal. Reglarea emoțiilor se consideră ca fiind o stare de spirit pe care persoana o experimentează și în concordanță cu credințele intrapersonale încearcă să ajungă la o

stare de spirit dezirabilă. Același proces simbolizează de asemenea și un control al situațiilor conflictuale, intrapersonale, dar în același timp interpersonale. (Campos et al., 2011)

Controlul emoțiilor într-o situație stresantă, anterioară sau posterioară diagnosticării. Cano-Vindel (2005), în studiul privind controlul emoțional la pacienții cu cancer evidențiază amenințarea reprezentată de posibilitatea de a avea cancer și metodele de *coping* pe care oamenii le dezvoltă înainte de aceasta. Nivelul ridicat al anxietății pe care diagnosticul îl provoacă persoanei determină modificări fiziologice, afectând sistemul imunitar.

Când organismul primește stimulul nervos, se pregătește să acționeze în conformitate cu instinctul primar (apărare, fugă, atac, etc.), astfel încât o situație prelungită care provoacă anxietate diminuează capacitatea de adaptare a individului. Anxietatea pe care persoana o simte poate fi, de asemenea, anticipativă, adică prin simpla repetare a analizelor, pacienta se află într-o situație delicată, care în cele mai multe cazuri duce la dezvoltarea unor strategii de *coping* de evitare.

Emoțiile sunt un element cheie în apariția și tratamentul cancerului. Pentru a defini noțiunea de emoții este luată în considerare originea acestora, deoarece sunt reacții psihofiziologice cu scop adaptativ, care au ca bază instincte primare precum autoconservarea, supraviețuirea, pierderea, succesul, noutatea, pericolul, etc. Acestea pot fi clasificate în două categorii importante: pozitive și negative. Funcția principală a emoțiilor este să se adapteze mediului social sau motivațional. Prezența permanentă a emoțiilor interferează cu starea de sănătate a individului. Cele pozitive ajută la integrarea socială, dezvoltă și mențin obiceiuri sănătoase, în timp ce emoțiile negative tind să afecteze la nivel psihologic și fizic persoana. Modul în care emoțiile negative afectează pacienta cu cancer mamar are repercusiuni psihologice și fizice, nu numai după tratament, ci și înainte. La nivel psihologic, cele mai frecvente sunt anxietatea, depresia și furia, în funcție de semnificația subiectivă a bolii pentru femeie. Apare până și condiționarea clasică. Pacientele pot să manifeste greață sau vărsături înainte de tratamentul chimioterapeutic, de exemplu, din cauza situației, stimulilor vizuali, etc. Emoțiile influențează, de asemenea, sistemul imunitar, favorizând vulnerabilitatea fizică și psihologică. (Piqueras-Rodríguez, Ramos-Linares, Martínez-González și Oblitas-Guadalupe, 2009)

În studiul privind psihologia pozitivă și contribuțiile acesteia asupra sănătății, se evidențiază progresul mai rapid al anumitor boli atunci când pacienta are reprezentări negative asupra acesteia. Este explicat faptul că iluzia, deși nerealistă a pacientei, ajută la menținerea

bunăstării și la creșterea calității vieții. În consecință, iluziile pot fi considerate un factor negativ cu influență pozitivă asupra stării psihologice a pacientei. Pentru a obține o îmbunătățire sau pentru a menține bunăstarea psihologică a pacientei, autodeterminarea sau autorealizarea este una dintre teoriile care promovează motivațiile intrinseci. Hedonismul și eudemonia sunt două dintre conceptele dezvoltate de psihologia pozitivă, cu privire la bunăstarea psihologică, bazată pe filosofie. Hedonismul se bazează pe ideea de emoții pozitive, negând existența celor negative, în timp ce eudemonia are ca idee centrală dezvoltarea spirituală a persoanei, prin intermediul unor activități profunde, pentru a obține fericirea. Autorii importanți care au participat la extinderea aceluiași domeniu al psihologiei evidențiază ideea de bunăstare subiectivă, pe care ei o analizează ca fiind o creștere a potențialului personal adevărat. Adepții bunăstării eudemonice au caracteristici precum un „eu” puternic, stabil, emoțional, cu relații sociale bune, în armonie cu ei înșiși, o individualitate puternică. (Vásquez et al., 2009)

Expresiile faciale reprezintă răspunsurile fiziologice ale stimulilor afectivi. Este adevărat că cercetările, în faza inițială, s-au axat pe clasificarea expresiilor faciale pentru a le putea atribui unei emoții, dar cercetările efectuate ulterior au determinat faptul că expresiile faciale pot oferi într-o oarecare măsură informații despre starea afectivă a unei persoane, însă corelația care poate fi mai puțin specifică. Modelul circumplex al emoțiilor are ca scop principal interpretarea stărilor afective din sfera cognițiilor, dar care nu sunt considerate ca având origine exactă într-un anumit sistem neuronal, ci având originea în sistemele neurofiziologice care intervin în acest proces.

Modelul circumplex al emoțiilor analizează în ansamblu emoțiile provenite de la sistemul neurofiziologic fundamental, plăcere-neplăcere, precum și cel relaționat cu starea dispozițională. Astfel încât o emoție este înțeleasă ca o combinație a celor două sisteme menționate anterior. O anumită emoție se formează din diferite niveluri de activare a celor două sisteme de evaluare și stare dispozițională. Fiecare emoție este independentă și se manifestă prin comportament, astfel încât emoțiile au origini diferite în căile neuronale, așa cum arată cercetările, cortexul prefrontal participă la experimentarea emoțiilor negative și pozitive. (Posner, Russell și Peterson, 2005)

Reglarea emoțiilor este adaptarea, de care ființele umane au nevoie pentru a-și atinge scopurile. Nu este neapărat să ne schimbăm starea emoțională, dar din perspectiva adaptării, cercetările arată că emoțiile acceptate social sunt cele dezirabile, nu cele neacceptate, având ca rezultat adaptarea individului la diverse situații sociale și personale. Cum adaptarea reprezintă o parte a vieții, a supraviețuirii ființei umane, este imperativă reglarea emoțiilor. Autoreglarea are

ca principii generale standardizarea, monitorizarea și intensitatea. Standardizarea se referă la modelele sociale și la percepția anumitor emoții ca fiind corecte, monitorizarea concentrându-se asupra percepției sistemului cognitiv și a forței în determinarea personală de a controla impulsurile. Emoțiile apar atunci când individul ia parte la o situație cu referire la scopurile sau obiectivele sale. Acestea au o influență asupra întregului corp-minte, ceea ce provoacă schimbări la nivel subiectiv, comportamental și fiziologic. Emoțiile determină persoana să își schimbe comportamentul în funcție de comportamente automatizate, procese cognitive, context social, etc. Reglarea emoțiilor este clasificată în reglarea cognitivă a emoțiilor și reglarea stării dispoziționale a emoțiilor. Modelul circumplex al emoțiilor, dezvoltat de Russell în 1980, are două dimensiuni: intensitatea (*arousal*) și evaluarea personală a emoțiilor (plăcute sau neplăcute). Este un model bidimensional, circumplex, care în funcție de starea dispozițională și magnitudinea evaluării personale, poate genera comportamente adaptive sau dezadaptive. Cercetătorii au descoperit că oamenii au dificultăți în identificarea și descrierea propriilor emoții, motivul fiind faptul că trăiesc emoții ca un tot, nu separat. De exemplu, când menționăm o emoție pozitivă, oamenii includ și alte emoții pozitive în același sentiment. Emoțiile sunt rezultatul interacțiunii dintre cogniții, care apar în structurile neocortice. Sistemul mezolimbic are efecte importante asupra apariției emoțiilor, legate de evaluarea subiectivă a euforiei, datorită fluxului sanguin ridicat. La nivel subcortical, amigdala joacă, de asemenea, un rol important în formarea emoțiilor, în special rolul în manifestarea fricii și apărării, făcând parte din primele structuri care se formează odată cu dezvoltarea fătului. Cortexul prefrontal are o contribuție esențială la recunoașterea și comunicarea stărilor afective, în același timp, se evidențiază și rolul său în interpretarea senzațiilor de plăcere și excitație în deciziile care pot avea consecințe emoționale semnificative. (Mestre Navas et al., 2012)

ACTIVARE				
N E P L Ă C E R E	Tensionat	D	Alertă	P L Ă C E R E
	Nervos	I	Euforic	
	Stresat	S	Bucuros	
	FRICĂ	P	FERICIRE	
	FURIE	O		
	EVALU	Z	ARE	
	Trist	I	Satisfăcut	
	Deprimat	T	Relaxat	
	Obosit	I	Linștit	
	TRISTEȚE	E		
DEZACTIVARE				



*Figura 1. Modelul Circumplex al emoțiilor, adaptare la recenziile lui Posner, Russell și Peterson (2005)*

La nivel biologic și neuropsihologic, cercetările efectuate se concentrează asupra importanței pe care o are cortexul prefrontal în prelucrarea recompenselor și a plăcerii în sistemul mezolimbic dopaminergic. Sistemul plăcere-neplăcere este legat de mediul social, normele învățate, moralitate și convingeri personale. În cortexul prefrontal se află sistemul de excitare care activează și dezactivează emoțiile. Chiar acolo, prin schemele emoționale individuale se identifică emoțiile, dând naștere interpretării informațiilor transmise. În funcție de emoțiile lor, oamenii au nevoie de restructurarea cognitivă, pentru a sprijini autoreglarea emoțiilor. Este necesar să fie cunoscută influența percepției, a atenției, a sistemului de scheme cognitiv-emoționale în procesul de reglare a emoțiilor pentru a putea realiza procesul. Prezentând modelul circumplex al emoțiilor și procesele care interferează în procesul de autoreglare a emoțiilor, trebuie menționat rolul pe care îl au în acțiunile pacientei care suferă de cancer de sân. Factorii psihologici și structurile cognitiv-emoționale sunt foarte importante începând cu momentul diagnosticului, deoarece ele influențează procesul la care pacienta urmează să se supună. (Mestre Navas et al., 2012)

Modelul circumplex al emoțiilor aduce o contribuție importantă în procesul psihologic dezvoltat pentru pacienții cu cancer. Utilizarea sa în tratamentele paliative este esențială datorită existenței schemelor cognitive care reprezintă baza sistemului plăcere-neplăcere, agreabil-dezagreabil pe care se bazează acest model. Modificările cognitive care pot apărea la bolnavii de cancer, având în vedere faptul că pacientele trăiesc momente de anxietate ridicată, uneori ajungând să sufere de depresie, stimă de sine scăzută, prezență ridicată a emoțiilor negative, rezultate în principal din percepția socială pe care o are această boală, se pot lucra cu mai multă simplitate folosind același model.

### **Influența emoțiilor asupra bunăstării psihologice**

Prin intermediul acestei lucrări îmi propun să identific aspectele subiective care au favorizat recuperarea participantei în urma diagnosticului de cancer la sân. Așadar, schimbările apărute la nivel personal, social, profesional au avut contribuții importante la însănătoșirea acesteia. Cancerul la sân, ca o boală cu un puternic impact psihologic asupra persoanei afectate poate avea consecințe precum anxietate ridicată, depresie, izolare socială, incrementarea

emoțiilor negative, iar acestea pot favoriza progresul bolii, în timp ce sporirea emoțiilor pozitive ajută la creșterea nivelului calității vieții.

Care au fost efectele tratamentului asupra participantei? Efectele acestuia au fost vizibile atât la nivel fizic, prin leziuni fizice la nivelul membrelor, pielii și părului, cât și la nivel psihologic, unde consecințele au fost semnificative. S-a urmărit și identificarea modificărilor apărute în viața sa, dar și urmările provocate care au avut continuitate și după terminarea tratamentului. Bunăstarea psihologică a fost obținută prin utilizarea metodelor de *coping* pe care participa le-a dezvoltat fără ajutor specializat, însă cu sprijinul relațiilor sociale.

## **Metodologie**

Scopul acestui studiu este de a identifica bunăstarea psihologică a pacientelor supraviețuitoare de cancer la sân, prin analiza unui studiu de caz realizat cu o participantă care a depășit prima dată boala și la care cancerul a reapărut sub forma unui tip de cancer uterin. Scopul acestei cercetări este de a identifica momentele de activare ridicată și scăzută, precum și prezența emoțiilor pozitive și negative, folosind modelul circumlex al emoțiilor realizat de Russell, modul de gestionare a stărilor emoționale a pacientei. Se face referire la situații legate de viața sa personală înainte, în timpul și după cancer, dar în același timp se ia în considerare și implicarea sa în mediul profesional, având în vedere aceleași dimensiuni.

Pentru a analiza cazul menționat anterior au fost utilizate interviuri în profunzime cu o durată aproximativă cuprinsă între 45:00 și 01:45:00, realizate în Spania. Patru interviuri cu abordări diferite, pentru a identifica diferențele și modificările apărute între înainte, în timpul și după desfășurarea bolii, dar, de asemenea, pe parcursul interviurilor au fost considerate și credințele și valorile participantei pentru a stabili liniile directe pentru comportamentul manifestat. Interviurile s-au desfășurat față în față, timp de patru săptămâni. Înainte de a începe interviurile în sine, s-a efectuat o întâlnire cu participa pentru a facilita procesul care urma, astfel încât să se poată stabili un anumit nivel de încredere și confort, în timpul căreia a început să povestească parte dintre evenimentele petrecute, iar anumite detalii au fost reluate și dezvoltate pe parcursul interviurilor. Nu am considerat necesară obținerea mai multor informații despre aspecte personale dacă participa nu le-a menționat de-a lungul interviurilor, având în vedere caracterul personal al informațiilor împărtășite, dar, de asemenea și impactul pe care l-ar fi putut avea asupra sa povestind ceea ce s-a întâmplat. Au existat momente când se putea

identifica cu ușurință activarea ridicată, mai ales atunci când vorbește despre viața profesională și momente de activare scăzută, identificate în momente concrete, relaționate cu membri ai familiei. În momentele în care procesul bolii a fost dezbătut, participanta manifestă stabilitate din punct de vedere emoțional, însă momentele de slăbiciune apar atunci când se identifică cu alte persoane care suferă de asemenea de cancer, cărora le oferă sprijin necondiționat, dacă are certitudinea că sunt hotărâte să depășească boala, dar în același timp nu dorește să se implice în activități sociale legate de aceasta.

Pentru a realiza cercetarea, au fost folosite o serie de interviuri în profunzime, succesive, cu aceeași persoană, pentru a avea ocazia de a împărtăși experiențele subiective ale participantei. Au fost realizate patru interviuri față în față, cu o întâlnire anterioară pentru a cunoaște participanta, prin care se sporească încrederea interpersonală, pentru a evidenția contribuțiile subiective, emoționale, experiențe și situații, pentru a evidenția factorii importanți pe tot parcursul procesului. Interviurile pot fi considerate, precum menționează Seale, Gobo, Gubrium și Silverman (2004) ca o resursă, datorită faptului că abordează realitatea subiectivă a persoanei în raport cu sensul personal și contribuția pe care le oferă experiențelor, reconsiderarea, propria reprezentare a acestora în căutarea sentimentelor necunoscute anterior.

Această metodă a fost aleasă datorită tipului de elaborare a studiului, a flexibilității și a ușurinței pe care le oferă atunci când este vorba de studierea comportamentului verbal și nonverbal pe parcursul interviurilor, în același timp au fost luate în considerare răspunsurile detaliate ale intervievatei. Dialogurile s-au desfășurat într-o manieră deschisă, cu o atitudine relaxată, dispusă să asculte toate specificațiile, în același timp au fost folosite și întrebări pentru a clarifica anumite evenimente sau stări dispoziționale. Cele patru sesiuni înregistrate, au fost realizate față în față, la fel ca cea precedentă, într-un spațiu liniștit, fără intervenția altor persoane, toate au fost realizate după-amiaza, începând cu ora 15:30, în concordanță cu disponibilitatea participantei.

Istoria de viață ca metodă calitativă de cercetare, folosită în științele sociale, în special de psihologia socială. În această metodă de cercetare intervievatorul trebuie să se mențină neutru, să favorizeze o legătură cordială, incrementând încrederea interpersonală. Un alt aspect esențial în utilizarea acestei metode este stimularea expansivității intervievatului, fără dirijarea permanentă a discuției, iar intervievatorul trebuie să intervină cât mai puțin posibil. Înainte de efectuarea interviurilor este necesară consultarea literaturii de specialitate, precum și a celei cu referire la

persoana în sine. Pentru analiza interviurilor s-a utilizat înregistrarea audio a celor patru sesiuni, apoi a fost realizată transcrierea acestora, păstrându-se, pe cât posibil, expresiile și modul de a dezbate anumite subiecte, specifice persoanei, deși au existat momente când ideile au fost întrerupte și s-a continuat cu altele. Pentru a efectua o analiză cât mai completă, aceasta a fost realizată atât vertical, cât și orizontal, mai specific, examinarea fiecărui interviu folosind dimensiunile care au devenit evidente pe parcursul discuției, precum și identificarea elementelor comune tuturor. De asemenea, este menționată și flexibilitatea oferită intervievatorului cu referire la numărul de interviuri necesare, deoarece odată cu epuizarea subiectului, repetarea informațiilor este irelevantă, astfel că este de preferat încheierea studiului. Prin acest tip de interviu se identifică motivațiile intrinseci care au influențat modificarea comportamentului și a modului de a percepe societatea, dar și pe sine, așadar o autobiografie, o mărturie subiectivă a persoanei asupra evenimentelor din propria viață. (Arjona-Garrido și Checa-Olmos, 1998)

Szczepanski (1978), în lucrarea sa despre metoda de cercetare biografică menționează colectarea datelor personale referindu-se la naturalitatea evenimentelor sociale, precum interesul de a analiza în profunzime un anumit subiect, deși acest tip de cercetare trebuie să se ghideze în același timp și după anumite reguli, și anume stabilirea concretă a evenimentelor apărute pe parcursul desfășurării unei situații, explicarea unei teorii despre factorii implicați în proces. Acest tip specific de interviu este utilizat cu precădere în domeniul psihologiei, mai ales pentru identificarea modificărilor apărute la nivelul personalității, contribuția factorilor sociali. Autobiografiile oferă informații despre anumite grupuri sociale, fenomene și procese sociale, înțelegere a proceselor sociopsihologice, furnizând astfel material care poate fi folosit pentru cercetarea în sine, așadar nu este recomandată folosirea acestora numai ca material auxiliar. Documentele biografice sunt cele care prezintă date cu caracter personal, opinii ale interviuatului, etc.

### **Profilul participantei**

Participanta cu ajutorul căreia a fost realizat acest studiu de caz este o femeie de 60 de ani, singură, cu serviciu stabil, care a suferit de cancer limfatic la sân în anul 2011.

În septembrie 2010, în timpul unui control de rutină a fost efectuată o mamografie. La jumătatea lunii decembrie a aceluiași an, își descoperă un nodul la sânul stâng, merge din nou la medic pentru a doua mamografie, medicii au decis să repete testul, pentru că existau indicii a

prezenței cancerului. La 6 ianuarie 2011 se efectuează o ecografie, dar din cauza unui tratament cu antibiotice, nodulul se diminuează. Prima operație a fost efectuată pe 7 ianuarie 2011, iar după primirea rezultatelor biopsiei se descoperă că avea metastază, atunci este supusă unei intervenții chirurgicale pentru a doua oară pe 19 ianuarie, moment în care sunt extirpați 19 ganglioni. La două luni de la ultima operație a început tratamentul, pe data de 18 martie, 6 sesiuni de chimioterapie, terminându-le pe data de 12 august. Tratamentul continuă cu sesiuni de radioterapie, pe parcursul a 7 săptămâni, realizate în fiecare săptămână, câte 15-30 de minute în sala de tratament.

Aceeași pacientă care a învins cancerul de sân, în urma unui control ginecologic în 2017 se descoperă că există din nou semne de celule canceroase. Participanta decide să fie supusă unei intervenții chirurgicale. În data de 31 octombrie 2017 se desfășoară operația, unde sunt eliminați 19 polipi, iar după efectuarea altor revizii se observă că este necesară o a doua operație, care are loc pe 30 ianuarie 2018, moment în care se îndepărtează uterul și ovarele. La 20 februarie, primește rezultatul biopsiei efectuate și analiza arată că a avut un adenocarcinom endometrial, gradul 1, un tip de cancer uterin. Nu a fost nevoie de nici un fel de tratament, comparativ cu primul diagnostic, având în vedere starea incipientă a cancerului.

După cele două diagnostice, cazul a fost ținut sub control o dată la fiecare 3 luni timp de 2 ani. Pentru cancerul de sân, după primii 2 ani, urmează control medical la fiecare 6 luni timp de 2 ani și după aceea unul singur pe an.

În ceea ce privește interviurile, primul s-a desfășurat dezbătând teme generale, în special în ceea ce privește activitățile de petrecere a timpului liber, cum ar fi lectura sau cinematografia, precum și activitatea profesională. Participanta a fost informată anterior cu privire la subiectul următorului interviu, s-a încercat pe cât posibil păstrarea firului cronologic al evenimentelor, deși uneori a s-a revenit, datorită necesității de a conecta starea de spirit cu atitudinea față de boală.

Înainte de efectuarea interviurilor în sine, a fost necesară revizuirea teoriei relevante pentru subiectul dezvoltat. Au fost revizuite articole despre psiho-oncologie, bunăstare psihologică, sănătate percepută, cercetări efectuate în domeniul psiho-oncologiei, neuropsihologie și emoții.

Primul interviu a avut loc pe data de 18 aprilie 2018 și s-a focalizat asupra perioadei înainte de cancer, concentrându-se asupra relațiilor de familie, de prietenie și a activității profesionale a participantei.

Cel de-al doilea interviu a avut feminismul și *hembrismul* ca subiect principal, s-a desfășurat pe 30 aprilie 2018. În timpul primului interviu participantea evidențiază importanța *hembrismului* pentru ea, așa că era necesară abordarea acestui subiect pentru a continua cu subiectul cancerului mamar, tipul de cancer specific femeilor.

Cel de-al treilea interviu a avut loc pe 2 mai 2018, vorbind despre cancer. Modul de descoperire a bolii, operațiile, tratamentul, aceasta a vorbit chiar și procesul celui de-al doilea tip de cancer pe care l-a suferit, inclusiv importanța animalului de companie, un câine care a însoțit-o în timpul bolii. Acestea au constituit axa principală pentru a descrie evenimente petrecute în timpul bolii.

Pentru a concluziona cu privire la subiectele dezbătute în timpul interviurilor, ultimul, efectuat pe 9 mai 2018, prezintă opinia sa cu privire la drepturile persoanelor care suferă de cancer, dar și despre obligațiile pe care le are pacientul. Se evidențiază percepția asupra vieții înainte, în timpul și după cancer, cu accent pe viața profesională și progresul acesteia, atât în repercusiunile acesteia asupra vieții personale, accentuate prin situații concrete.

### **Analiza datelor**

Procesul de realizare a interviurilor a început cu descrierea vieții precancer în diversitatea sa, atât de mult încât au fost atinse subiecte precum relațiile cu membrii familiei, prietenii, preferințele literare și cinematografie, carieră. Apoi am continuat cu explicația viziunii personale asupra separării feminismului de *hembrism* și a contribuției sale în viața personală și profesională, continuând cu reamintirea perioadei în care a suferit de cancer, terminând cu percepția despre viață la momentul actual.

Informațiile colectate în timpul interviurilor cu privire la evoluția bolii, atât la nivel fizic cât și la nivel psihologic, vor fi prezentate în tabelul următor, conform modelului circumplex al emoțiilor, cu ajutorul căruia se va efectua interpretarea interviurilor.

**TABELUL 3.** Modelul Circumplex al emoțiilor, adaptare la recenziiile lui Posner, Russell și Peterson (2005)

Emoții	Variabilă emergentă (ridică, moderată, scăzută)			
Activare scăzută-Situație plăcută	Interviu 1	Interviu 2	Interviu 3	Interviu 4
Apropiere:	Scăzută	Moderată	Ridică	Ridică
Satisfacție:	Ridică	Ridică	Scăzută	Ridică
Relaxare:	Scăzută	Moderată	Moderată	Ridică
Calm:	Moderată	Moderată	Moderată	Ridică
Activare scăzută-Situație neplăcută				
Tristețe:	Moderată	Moderată	Ridică	Ridică
Preocupare:	Moderată	Scăzută	Ridică	Ridică
Oboseală:	Scăzută	Scăzută	Moderată	Moderată
Plictiseală:	Scăzută	Scăzută	Moderată	Scăzută
Activare puternică- Situație plăcută				
Alertă:	Scăzută	Moderată	Scăzută	Moderată
Euforie:	Moderată	Moderată	Scăzută	Moderată
Bucurie:	Moderată	Moderată	Scăzută	Ridică
Activă:	Ridică	Ridică	Moderată	Ridică
Activare puternică- Situație neplăcută				
Tensiune:	Moderată	Scăzută	Ridică	Scăzută
Nervozitate:	Scăzută	Scăzută	Moderată	Scăzută
Stres:	Moderată	Scăzută	Ridică	Ridică
Iritare:	Scăzută	Moderată	Moderată	Scăzută

Pe parcursul procesului de realizare a interviurilor, a fost observată o schimbare a atitudinii participantei în ceea ce privește evenimentele menționate mai sus, dar în același timp, în modul de a le confesa, de a relaționa. Având în vedere faptul că interviurile au urmat în principal o axă cronologică, încercând să-și reamintească situații concrete de viață, relații interpersonale, atât la nivel personal cât și profesional, evoluția în ceea ce privește relaxarea și creșterea încrederii în relația interviuat-intervievator este evidentă.

Primul interviu, bazat pe consolidarea încrederii interpersonale, augmentarea relaxării, începând să vorbească despre perioada bolii a avut trei axe centrale, relații de familie, domeniul profesional, participantea în diverse momente. O variabilă independentă care a dus la dezvoltarea celui de-al doilea interviu a fost menționată subtil, și anume care este rolul femeilor în societate.

*Duceam o viață normală. Ei bine, cu munca, acasă, aveam o cățea. Scoteam cățeaua la plimbare, o viață normală, foarte normală.*

*Foarte normală, foarte satisfăcătoare, ținând cursurile care-mi plăceau și fără probleme.*

*Lectură, filme, plimbări nu foarte mult, ci mai ales lectura și vizionarea multor filme la televizor.*

Primul interviu, care este cel mai scurt, debutează cu întrebări generale despre viață înainte de a avea cancer, legate de serviciu, relații de familie, prietenie și activități de agrement. Participanta are răspunsuri foarte scurte, aproape defensive. Pentru a elimina barierele, există mai multe întrebări despre activitățile de agrement, cu accent pe literatură și cinematografie, subiecte despre care aceasta vorbește cu ușurință.

*Uite, a fost o carte care m-a marcat mult. M-a marcat mult, pentru că eram în vacanță în Portugalia și eram atât de entuziasmată de carte, încât prietenii mei credeau că m-am supărat, pentru că n-am vrut să merg la plajă. [...] De aceea se numește cartea „Spune-mi cine sunt”, pentru că până de curând nu știa cine era și toată această poveste și cartea recuperează toată povestea asta. Deci este foarte interesant, mai întâi îmi plac foarte mult cărțile care au ca personaj protagonist, femei.*

*Ca filme îmi plac, comedile. Nu mă duc la cinema să sufăr, am asta foarte clar. [...] Există un film pe care îl iubesc, care este „O vară în Toscana”. A fost prezentat la televizor de mii de ori, dar este povestea unei femei care decide să-și schimbe viața trăiește în New York, în America, cred, și pleacă în Italia.*

*„Mamma mia” se numește filmul. E prostie, dar îmi place. Așa cum ar spune bunicile, îmi plac filmele de dragoste, dar să vedem. Dulcegării din acelea romantice ale autoarelor engleze, nu. Aceste filme nu, dar în fine.*

*Da, în primul semestru am două discipline opționale de anul 4. [...] Apoi fac activități care consider că sunt importante pentru un educator, lucrez mult cu poveștile, creativitatea, pentru a dezvolta creativitatea, facem practici, de exemplu, poveste absurdă, noi versiuni de poveste minunată. [...] Dar, de asemenea, aspecte la fel de intense precum cancerul la copil, adopție, gelozie, familiile homoparentale, transgender. [...] Și după, la celălalt curs ceea ce facem este să ne jucăm. Se joacă, fac marionete, reprezintă povești cu acele marionete și apoi fac costume cu saci de plastic și prezintă o poveste în fața copiilor, aici în Aula Magna.*



*Uite, eu sunt o persoană care are puține publicații, pe baza tezei despre personajul feminin din literatura de specialitate a copiilor din Spania, m-am concentrat asupra acestui rol. Am lucrat întotdeauna rolul femeilor, al fetei în literatura pentru copii și tot ceea ce am citit sau care mi s-a întâmplat a fost aplicat direct în clasă.*

În contradicție cu prima parte a interviului, cu răspunsuri foarte scurte, a doua, cea în care își prezintă pasiunile și activitatea profesională, are răspunsuri foarte dezvoltate, oferind multe detalii. În cele ce urmează consider oportună analizarea relațiilor sociale.

*De asemenea, am avut un grup de teatru, deci am o relație mai apropiată cu cele care erau cu mine la teatru decât cu cele care nu.*

*Sunt din X. Dar m-am întors la X după 12 ani, cu o viață aici, nimic de-a face cu cea de acolo. [...] Am avut niște prieteni de la școală cu care încă țineam legătura, dar ... Apoi m-am întors acolo, oamenii mă cunoșteau, eu îi cunoșteam, dar nu aveam contact cu ei.*

*Exact. Acea liniște de a spune că merg să-mi văd familia în Y [...]. Uite, am ajuns ca mama mea să fie spitalizată și nu o pot vedea din cauza vremii.*

*La un moment dat m-am gândit că atunci când mă pensionezez, aș vrea să trăiesc în Madrid, dar pentru că prietenii mei sunt acolo.*

Al doilea interviu îl are ca fundament pe cel precedent. Cum participanta și-a menționat interesul pentru acest domeniu, importanța de a vorbi despre rolul femeii este considerat unul dintre subiectele fundamentale în viața sa. Pe întreaga durată a interviului se poate observa interesul său asupra acestui subiect, pornind de la teza de doctorat care are legătură cu rolul femeilor în societate, continuând cu abordarea egalitaristă a activității sale în sala de clasă, dar și revenind la perioada copilăriei sale, există referințe ale aceluiași tip de atitudine, situații concrete pe care le are foarte prezente în memorie.

Este important să explic diferența dintre feminism și *hembrism*, în funcție de viziunea participantei. Consideră feminismul ca fiind un curent politic, în timp ce *hembrismul* ar fi mai mult atitudinea de a lupta pașnic atât pentru drepturile bărbaților, cât și pentru cele ale femeilor, acesta fiind termenul opus misoginismului. În timpul acestui interviu poate fi observat interesul și, prin urmare, amplitudinea răspunsurilor, detaliile, situațiile concrete.

*Deci, eu sunt una dintre acelea care consideră că femeia, ca o femelă, are rolul său. Pentru că trebuie să se afirme și trebuie să fie femeie. Altceva este să lupți, acea luptă de*

*exemplu, nu m-am dus niciodată la demonstrații feministe. Ce pot să fac este să susțin, dar nu lupt împotriva acestui lucru, folosind politica.*

*Uite, eu sunt o persoană care ceea ce a avut, a avut pentru că a obținut singură, atunci asta e hembrism, pe mine nimeni nu m-a ajutat, nimeni m-a sprijinit politic. Am obținut lucruri pentru că sunt eu, pentru că sunt o femeie.*

*Atunci, unchiul meu, mereu la ora 7 după-amiaza, când ieșeau soldații spre casă și nu puteam să ies, până când nu treceau toți, până când nu ieșeau toți, frizeria era goală, așa că puteam merge jos. Eram acolo pentru că eram femeie și spuneam și de ce, ce se va întâmpla cu mine? Trebuie să vezi protecția exagerată, ăsta era un truc, acolo apăreau rădăcinile feministe, între ghilimele, pentru că sunt femeie, de ce nu pot face asta? Așa că restricția pe care o aveam de a ieși, dacă voiam să ies să mă joc, se întâmpla că mă jucam și trebuia să plec acasă.*

*Atunci era momentul în care începeam să descopăr, așa că am spus că trebuie să o cunosc pe această femeie și să vorbesc cu coordonatorul tezei mele, atunci că el nu era profesorul meu la curs, dar el era cel mai apropiat și i-am zis, uite vreau să fac lucrarea despre această femeie. Mi-a spus, perfect, așa o cunosc și eu. Scuzați-mă? Am spus, bine, acum sunt independentă total, zic dacă nu știți ce a fost, despre ce e vorba, o s-o scot la capăt cumva.*

*Și am continuat să trimit, i-am trimis 60 de pagini, nu uit. [...] Am spus ce se întâmplă, bine, voi citi, voi citi. Până i-am spus, uite, acum vreau să-mi înapoiezi lucrarea, mi-am făcut treaba, știu ce trebuie să fac, eu voi continua cu asta și îmi pierduse paginile.*

*Luptă pentru egalitatea în familie, pentru a-și apăra rolul de femeie. Ceea ce arată o puternică determinare, comportament care ajută la distribuirea responsabilităților în cadrul familiei într-un mod egal în relația fraternă.*

*Vreau să spun, lucrez, să am grijă de părinții mei, muncesc. [...] Trebuie să-mi plătesc pensia, le-am spus că am doi frați și unul e pensionat deja. [...] La fel ca și când eu învăț informatică sau învăț să schimb o roată de mașină. A fost întotdeauna sexul. Așa că atunci, da, da, vă spun, cuvântul feminism este mai degrabă politic, mai mult decât ... Și acolo m-am luptat, este că hai să vedem, ori luptam, ori mă învingeau.*

*Da, eu în acest sens promovez hembrismul. Eu spun să vedem, „niciunul nu este mai important decât altul”, este o maximă pe care o am aici. Suntem cu toții egali, avem unele capacități, iar alții au altele și nu apărem pe lume cu gena fierului de călcat, curățeniei sau ceva de genul acesta, învățăm asta.*

În viața profesională, aceasta luptă pentru ca bărbații și femeile să se simtă liberi, să se poată exprima așa cum doresc și să fie folosită coeducația. În același timp, aceasta susține studenții care lucrează pe teme diverse, participă la conferințe, proiecte care sprijină diversitatea socială. Consideră că educația copilului are o pondere imensă, pentru a putea normaliza diversitatea, flexibilitatea copiilor și curiozitatea față de lucrurile noi.

*Pentru că atunci când am intrat în lumea asta, a predării, era diferită de cea pe care o cunoșteam eu. A trebuit să-i învăț pe copiii mici, adică ei încă mai au mintea că trebuie să umpli acea minte, trebuie să știi cum să-i ghidezi, am predat unor persoane de 16-17 ani, care deja cu hormonii nebuni, nu se mai poate face mai nimic. Dar micuții, ce imagine le este oferită.*

*Se lucrează coeducația, începe să se lucreze coeducația, deoarece copiii sunt la fel și asta se reflectă și în afara casei. [...] Apoi, despre asta a fost teza mea personajul feminin în literatura pentru copiii de vârstă mică, pentru că era ceea ce copiii citeau la vremea respectivă. Ceea ce se întâmplă este că nu erau protagonizate de fete, protagoniștii erau întotdeauna băieți, iar atunci zici, bine, și am început de la coeducare până am ajuns să spun, domnilor, aceste modele nu sunt reale.*

*Și sunt atât de mulți oameni împotriva a ceea ce spun, să vedem dacă pot ajuta, începând cu munca mea pentru a schimba asta puțin. De exemplu, în sala de clasă îi trimit pe unii studenți de la practica pe care o fac cu mine, este o poveste cu o familie monoparentă, pe care o fac de 4 ani, de 4-5 ani deja. [...] Acum este ca și cum aș spune, trebuie să vă deschid mintea. [...] Povestea a fost despre doi părinți, apoi ei spun povestea și brusc copilul spune „Am patru mame” și toți copiii ce noroc.*

*Din părinți heterosexuali, de ce iese un copil homosexual? Este cel mai simplu argument, pentru a vedea, gay-ii provin din cupluri heterosexuale, pentru că nu toate cuplurile hetero au toți copiii heterosexuali.*

*Nu, nu, să vedem, de aceea spun că nu este feminism, nu este o luptă, este o bătălie foarte mică, cu puțini oameni, pentru că am făcut-o prin oamenii de la cursurile mele, uite, voi o să formați alți oameni, atunci nu vreau asta, este ca și cum le-aș deschide puțin drumul.*

Interviul prezentat anterior evidențiază viziunea diferită, personală și, în același timp, lupta subtilă care duce la schimbări în societate, exprimă în mod direct percepția sa asupra societății.

În cele ce urmează, cel de-al treilea interviu, centrat pe cancer, diagnostic, tratament și recuperare, prezintă puterea gândirii pozitive, o mostră a felului în care modul de gândire este reprodus în comportament și sănătate fizică. Momentele în care speranța este scăzută sunt întrerupte de momentele de bunăstare psihologică, care se datorează influenței exemplilor, gândurilor și sprijinului social. Toate fluctuațiile care au apărut în această etapă a vieții sale au determinat-o să lase să iasă la suprafață acea parte a personalității sale de luptătoare.

Procesul bolii demonstrează dorința sa de a se vindeca, modul de a se implica și de a se îngriji pe ea însăși pentru a putea face față acestei boli, care are o semnificație socială puternic asociată cu moartea.

*Ți-am povestit că am descoperit un nodul la sfârșitul anului. [...] Am fost la spital, am avut o programare la radiolog, mi-a făcut o radiografie și mi-a spus că nu vede nimic, zice, eu în locul dumneavoastră nu m-aș supune unei intervenții chirurgicale. Și am spus nu, nu, am rezervat sala de operație pentru mâine, eu mă operez, nu știam, aveam ceva acolo și chiar dacă era grăsime, trebuia să fie operată.*

*La două luni după a doua operație, pe 18 martie am început cu chimioterapia. [...] Fratele meu a fost foarte amuzant pentru că mi-a spus, lucra în spital ca anestezist și mi-a spus că ți-am luat pastile de la niște oameni care nu mai au nevoie de ele și zic, bine, dar ok, cu intenții bune.*

*Nu, mi-a spus că arde, dar nimeni nu mi-a spus ce se întâmplă și apoi într-un anumit moment mi-au spus să mă dau cu cremă și am spus, dar ce cremă, spune, o să vă dau o mostră. [...] De fiecare dată când am mers, trebuia să mă duc fără cremă, dar apoi, trebuia să mă dau. Cu radioterapia, ce s-a întâmplat, chimioterapia nu m-a afectat, dar radioterapia, de fiecare dată când m-am dus, nu-mi amintesc câte sesiuni au fost, dar m-am simțit foarte obosită.*

*Și o asistentă medicală îmi spune că trebuie să vă dați cu o cremă hidratantă, dar mi-ați spus că, nu, mint, că nu mi-a spus nimic și așteptam acolo, e foarte amuzant, eu vorbesc dar nu știu ce s-o fi întâmplat cu ei, un cuplu de homosexuali în vârstă. [...] Bietul de el e prăjit și zic, bietul bolnav.*

Gândurile și determinarea participantei de a depăși cancerul, momentele de activare crescută și scăzută, conform modelului lui Russell, demonstrează multitudinea de emoții pe care participantea le-a experimentat, pentru a-și regla propriile emoții și pentru a le da un sens pozitiv.

*Și eu spuneam voi muri, m-au operat din nou și mi-au spus că mai rămâne doar chimioterapia, vorbesc cu oncologul, un tip foarte drăguț și mi-a spus că părul va cădea imediat. Eu plângând, zic ce fac cu mama mea.*

*Nepoata mea spunea, mătușă cum ești, nu ai senzație de vomă. Spun și asta, i-am spus unui coleg, cât de puternic este capul și de ce este capabil, mintea de ce este capabilă, pentru că până atunci am fost bine, dar îmi spune nepoata mea asta și nu ai avut stare de vomă și am început, cu stomacul, și am mers la baie parcă aș fi vrut, dar nu.*

*Zic, eu vreau să mă văd și m-am întors și eu spun, da, arăt bine, nu știu ce, nu știu cum, atunci când am pus peruca, zic spune tu dacă eu nu sunt la fel, eu sunt la fel ca înainte de a-mi rade părul, au spălat peruca, am avut exact aceeași tunsoare, dar oamenii nu și-au dat seama până când nu le-am spus eu, zic, m-am ras, dar sunt la fel.*

*Am mers la Corte Ingles și când am ajuns acolo am spus am nevoie de o Coca-Cola, am băut o jumătate de litru de Coca-Cola și zic, simt gura uscată, am observat, dar ea a cumpărat niște lucruri, ne uitam la lucruri și îmi spune că am mașina în parcare de lângă parc și zic, hai să mergem, mă însoțești, da.*

*Apoi am terminat radioterapia, dar am spus că nu pot muri, eram foarte obosită, și mă obligam să merg în fiecare zi, pentru că asta îmi ziceau, trebuie să mergi.*

*A fost o vreme în care nu am putut pronunța cuvântul cancer, pentru că plângeam, nu puteam vorbi despre oncolog, pentru că plângeam, că eu o să mor, dar când am văzut că totul continuă și eu pot să merg înainte, am zis, bun, asta n-o să poată împotriva mea.*

Relațiile sociale și sprijinul social constituie un pilon fundamental în confruntarea cu cancerul. Prin interviurile realizate, cu focalizare pe cel de-al treilea, unde oferă informații despre relațiile interpersonale, poate fi verificată importanța contactului interuman. Compania familiei, a prietenilor și a colegilor au jucat un rol major în îmbunătățirea stării sale dispoziționale.

*Și înainte, când mi-au spus că parul meu va cădea, am căutat un salon, cred că ți-am spus, în față la Hipercor și cu atât mai mult, cu cât o prietenă și cu mine am spus că voi încerca o perucă blondă, cu păr lung sau dacă nu o iau cu părul creț, așa, mare. Fata super profesionistă mi-a spus, să vedem, ai părul care este super, o să iau măsurători. [...] Am mers cu prietenul care a venit în vacanță aici ca să fie cu mine, ne-am dus la coafor pentru că urma să mă radă și să-mi pună peruca.*

*La una dintre sesiuni a venit o colegă, care era atunci colega mea de birou cu care acum mențin doar relația profesională. În această sesiune mi-au schimbat chimioterapia, medicamentul pe care asistenta mi l-a pus a fost Taxol, aceasta este adevărata otravă, ah, unghiile de la mâini și de la picioare au început să devină negre, din cauza chemoterapiei, pentru că era atât de puternică.*

*Am plecat într-un alt oraș și în El Corte Inglés am cumpărat niște ochelari foarte drăguți, dar care acopereau, zic, așa evit ca oamenii să mă întrebe și am rămas fără sprâncene.*

*Zic, s-a terminat și am scos pălăria și colega mea care a avut boala și nu i-a căzut părul, nu avea același tratament ca mine, mi-a spus de ce nu te întorci, ai fost în concediu un an. Și spun, pentru că nu pot.*

*După un an și jumătate de când am avut boala, m-am întors la serviciu și primul lucru pe care l-am făcut în clasă a fost să zic am trecut prin asta și se poate merge mai departe.*

*Mi-au spus Participantă, mama mea are cancer, nu-ți face griji, sunt aici. [...] Uneia chiar i-am dat eșarfele mele.*

*Asta este ceea ce transmit oamenilor, cancerul este o boală ca oricare alta, că sunt mai mulți oameni care mor din cauza unui infarct decât de cancer și că femeile, tot ce trebuie să facem este doar să mergem la control.*

*A doua etapă a recurenței cancerului, cancerul uterin. Înainte de a avea certitudinea că avea cancer din nou, a doua oară un tip de cancer uterin, decide din nou să fie operată pentru a nu se agrava situația, luând în considerare posibilitatea difuzării cancerului și apariția posibilelor metastaze. Din nou, în urma primei operații biopsia confirmă suspiciunile, astfel încât este necesară a doua operație.*

*Anul acesta, pe 30 ianuarie, m-au operat. [...] Au descoperit semne de celule canceroase, dar atunci când a fost eliminată o parte din uter au spus, nu veți mai fi operată, nu trebuie niciun tratament, doar controale de rutină.*

*Am avut o cezariană și din fericire nu a existat un copil, deoarece cu vârsta mea cu un bebeluș și cu asta și întotdeauna râd pe tema asta. Și le-am spus unor prietene care m-au sunat, foste studente și tu cum poți cu copilul și cu cezariana, eu nici măcar nu mă pot mișca.*

*Singur. Să vedem, trăiesc singură. [...] Eu a doua oară sunt bine, liniștită, să vedem, mă gândeam la asta și ziceam, ce bătaie de cap. Într-o zi m-am gândit când m-a sunat oncologul și*

*mi-a spus același lucru din nou și în mod automat am gândit ce moștenire voi lăsa nepoatelor mele.*

*A, a fost foarte bine a doua oară, e momentul acela când te gândești că eu merg și o să-mi extirpe ceva pentru a evita eventuale probleme la un moment dat, pentru că era sa-mi extirpe ceva să evit asta.*

*La fiecare trei luni, minunat, controale la fiecare 3 luni, sunt fericită.*

*Să vedem, eu sunt foarte plângăcioasă, dar a fost ca o formă să mă descarc, pentru mine depresia este ceva foarte serios.*

Contribuția animalelor în timpul tratamentului. În timpul celui de-al treilea interviu participanta menționează animalele, atât influența pe care a avut-o câinele său în timpul însănătoșirii după cancerul la sân, dar de asemenea și cel de-al doilea câine care i-a ținut companie a doua oară, după reincidenta cancerului și cea de-a doua operație.

*Am un cățeluș pe care pe 29 l-am dus la un adăpost canin. [...] A venit momentul în care am zis că îi simt lipsa câinelui, atunci bineînțeles fiind mai mult sau mai puțin bine, ziceam, nu îl pot scoate afară, dar pot să îl îngrijesc aici.*

*Mi-au placut cainii și aceasta a fost însoțitoarea mea timp de 12 ani. [...] În ziua în care a murit cățeaua, am stat de veghe toată noaptea cu ea.*

*A fost sprijinul meu, eu o scoteam și vorbeam cu ea și ea era cu mine și simțeam nevoia să plâng, ea se lipea de mine și își pune capul pe picioarele mele, a înțeles perfect când îi spuneam, azi nu te pot scoate, mă privea ca și când zicea bine, suporta, nu, azi nu pot, dar în acest sens a înțeles că nu eram 100% bine.*

În timpul celui de-al patrulea interviu și ultimul, dorința de a-i ajuta pe alți pacienți, drepturile și obligațiile în fața bolii, relațiile profesionale, sunt temele dezbătute, dar din nou se pune problema subiectului de *hembrism*, cu același sens explicat anterior.

Felul personal de a ajuta pe alții evidențiază modul pozitiv de gândire, care a fost folosit în tratamentul propriu-zis. Dorința sa de a-i ajuta pe alții să depășească această boală este vizibilă, atât de mult încât este al doilea interviu în care menționează interesul său pentru a ajuta bolnavii, în special femeile cu cancer la sân, să depășească această etapă a vieții. Aceasta oferă exemplul propriei persoane când este nevoie să-i încurajeze pe ceilalți.

*M-am dus la oncolog și așteptam, era o doamnă care plângea. [...] Și m-am apropiat de ea, i-am spus că trebuie să se învelească și m-am gândit la tine, pentru că doamna plângea în*

*hohote, eu spun nu vă faceți griji că acest lucru se iese, ea-mi spune este deja a treia oară, ce o să mai opereze acum, ce o sa-mi mai extirpe și atunci m-am prăbușit, pentru că mă gândeam cum o încurajez eu pe femeia asta așa. [...] Zic, asta nu poate împotriva noastră, pentru că noi suntem puternice, nu o să poată și femeia zicea, cu atât mai mult cu cât mi-au dat o îmbrățișare la final, dar eu plângând, eu însămi ziceam trebuie s-o încurajez și eu sunt prima care începe să plângă.*

*Apoi m-am gândit clar că această femeie poate ajunge ca verișoara mea, sutimi de secundă a fost ca văzând cum îmi trece prim fața ochilor situația verișoarei mele și am spus că poate ajunge ca ea și eu încurajând-o să spună opusul, din asta se poate ieși, ieșim la liman, sprijiniți-vă pe familia dumneavoastră, pe copii, pentru că dumneavoastră puteți, dar eu însămi ziceam în interior, dar...*

*Eu spun că femeile sunt puternice și sunt aici mai mult, dar am plecat spunând, sper că totul merge bine pentru că nu merită să treacă prin asta.*

*Ți-am povestit despre Asociația Împotriva Cancerului, eu nu vreau să merg pentru că toți oamenii care sunt acolo, sunt pentru că s-a întâmplat asta. Gândindu-mă să mă împrietenesc cu cineva care poate suferi asta din nou în orice moment, atunci... [...] Eu merg să ajut dar pe cont propriu, pe cine îmi cere ajutorul la momentul respectiv, să-mi spună și eu sunt aici și de asemenea le spun, eu sunt aici și te ajut.*

Convingerile personale legate de religie, ca element important la vârsta copilăriei, sunt considerate importante pentru obținerea informațiilor cu referire la acest subiect, pentru a verifica importanța pe care o avea în timpul bolii. Mergând la o școală exclusiv de fete, care era gestionată de călugărițe, religia este un aspect important de analizat, având în vedere discrepanța între educația la vârsta copilăriei și propria opinie cu referire la religie.

*Am o neconcordanță, în acest sens, sunt agnostică, dar educația mea mi-a spus întotdeauna că există cineva acolo sus. [...] Tatăl meu a murit, am întotdeauna o imagine cu el pe computer, eu eram fata lui. Atunci când este ceva ce mă duc la calculator și vorbesc cu el.*

Drepturile și îndatoririle în fața bolii, din punctul său de vedere, nu se referă decât la legi, ci și la persoanele implicate în îmbunătățirea cercetărilor, a instituțiilor și a pregătirii profesionale a celor care îi ajută pe cei bolnavi. În plus, față de toate cele de mai sus, ia în considerare obligațiile persoanei în fața cancerului, adică responsabilitatea asupra propriei persoane.



*Datoriile le știu foarte clar. [...] Această datorie bine că se schimbă, pentru că tinerele din ziua de azi merg la ginecolog. [...] Și drepturile, trebuie să avem toate drepturile, dar trebuie să avem toate drepturile, dar aici vorbim despre drepturile bolnavului, nu ale femeii, pentru că este cancer la sân, dar de asemenea este și cancerul la colon, care afectează atât femeile, cât și bărbații sau cancerul de plămân, care afectează și femeile.*

*Există servicii de însoțire chiar și pentru copii, se va putea cerceta și găsi un înlocuitor pentru chimioterapie.*

*Un lucru este cum arăt și un alt lucru este cum mă simt, nu? Acum, după cum îți spuneam, eram robustă, evident nu aveam aspect de bolnavă, atunci bineînțeles, dacă tu mă vezi așa cum sunt acum pe dinăuntru sunt la pământ, la pământ în sensul că mă simțeam rău, dar mă amuza, pentru că atunci când a avut ocazia mi-a zis, ocupă-te tu, nu. Îmi pare rău, dar nu.*

*Pentru că noi toți trebuie să spunem nu, și cu cancerul e la fel, cu moartea, zilele trecute am un băiat care termină anul patru [...] și săptămâna trecută nu a venit pentru că i-a murit bunica și zice [...] când am ajuns vineri, le-a spus că nu o să meargă a doua zi, și copii i-au zis, domnule educator tu să nu fii trist, pentru că bunicuța ta este în cer, și zic acum vorbește despre moarte cu copilul ăla și vede asta ca pe ceva normal, noi ca adulți spunem că nu le poți vorbi copiilor despre moarte.*

*Semnele fizice și psihologice pe care cancerul le-a lăsat asupra participantei, aceasta nu le prezintă ca fiind ceva dăunător persoanei sale în prezent, ci le privește ca efecte ale bolii, ca semne pe care le-a lăsat cancerul, dar din nou arată normalitatea cu care trebuie acceptată diversitatea.*

*Sunt deja 9 ani, dar, de exemplu, în partea stângă nu am păr la axilă, iar sprâncenele mi le pensează în partea asta, în cealaltă nu, pentru că nu am.*

*La axilă nu am, degetele mi-au devenit negre, atunci primul lucru pe care l-am făcut a fost să-mi fac unghiile roșii și la picioare la fel, mi-au spus că o să-mi cadă unghiile, dar nu mi-au căzut din fericire, eram foarte fashion, unghiile de la picioare le-am făcut numai în acea etapă, pentru că erau din punct de vedere estetic urâte, pentru că erau negre.*

*Am cele două puncte de la radioterapie tatuate. Părul a crescut.*

*Și apoi, pe femeia asta am cunoscut-o într-o zi și o întreb, cum ești, bine, bine, pare că era mai bine și apoi a anunțat soțul că a murit. Ea avea metastază [...] era o persoană vioaie,*

*când vezi că e rău dar până la urmă e viață și tu te simți mai bine. Când a murit am stat cu inima strânsă și am zis, n-a putut să meargă mai departe.*

*Îți amintești că ți-am spus ce am mâncat pentru prima oară după chimio. Brânza aia n-am mai mâncat-o.*

*Sper să nu mă uit, este unul dintre acele lucruri pe care spun că mi le voi aminti, dar îți spuneam că nu îmi amintesc dacă sunt 8, 9 sau 10 ani. Într-o zi am zis, să văd cât ani sunt exact, să-i pot spune Antonelei, dar știu că în momentul în care tu-ți vei prezenta lucrarea și nu o să mai vorbim, sper să uit pentru că nu e nici atât un lucru de care am nevoie.*

*Da, vezi tu, același lucru a fost și când m-am operat, au zis, ce nu folosește, la gunoi.*

În concluzie, după efectuarea acestei analize calitative, există momente de activare scăzută și crescută, cu variații în frecvența situațiilor plăcute și neplăcute, în contextul unei boli, considerate din punct de vedere social fatală, în timpul procesului de însănătoșire. Tabelul prezentat anterior arată modul în care participanta a fost percepută în timpul fiecărui interviu, prin intermediul modelului circumplex al emoțiilor pe care Russell l-a dezvoltat. În ceea ce privește analiza fiecărui interviu, pentru a evidenția felul în care s-au manifestat emoțiile și implicarea pe parcursul procesului, cu magnitudine la nivel psihologic și comportamental.

În următoarea secțiune va fi prezentată interpretarea mai detaliată a punctelor comune ale fiecărui interviu, pentru a verifica modul în care au fost modificate în timpul procesului de rememorare și care a fost impactul asupra comportamentului participantei. În același timp, este esențial să se menționeze schimbarea atitudinii în timpul efectuării celor 4 interviuri, dar și care au fost implicațiile convingerilor personale, pentru a câștiga lupta împotriva cancerului.

## **Discutarea rezultatelor**

Odată cu realizarea interviurilor s-au obținut date relevante, care arată contribuția emoțiilor pozitive, suportului social și, de asemenea, efectul benefic al prezenței animalelor în procesul de însănătoșire al pacientelor cu cancer mamar. Participanta cu care a fost efectuat studiul de caz explică satisfacția ridicată în viața profesională, dar și în cea personală, însă când vorbim despre perioada în care a suferit de cancer, aceasta se diminuează.

După cum s-a demonstrat în studiile anterioare realizate de Gaviria și colaboratorii (2007), stresul este unul dintre cei mai frecvenți factori emoționali prezenți încă de la descoperirea cancerului, care se prelungește pe parcursul tratamentului și chiar după ce pacienta

depășește boala. Se poate observa augmentarea nivelului de stres în momentul în care descoperă un nodul, deși ecografia și mamografia nu dezvaluie existența cancerului, participanta decide să fie supusă unei intervenții chirurgicale, dar după biopsie există certitudinea existenței celulelor canceroase. Momentul în care descoperă o protuberanță este un moment de tensiune maximă, mai ales luând în considerare originea necunoscută. După prima operație și biopsie, care confirmă probabilitatea diagnosticului, urmează a doua operație, dar este implicat un alt factor de stres, care este cel de a da vestea mamei, deja la o vârstă înaintată. Două luni mai târziu începe chimioterapia, tratamentul pe care organismul îl suportă cu o ușurință neașteptată, în ciuda episoadelor neplăcute și inconfortabile, dar problema reală apare atunci când începe radioterapia. Gustul metalic, lipsa poftei de mâncare, pierderea părului, înnegrirea degetelor și a unghiilor, oboseala, incapacitatea de a continua munca sunt identificate ca factori de stres. Toți acești factori afectează, de asemenea, la nivel psihologic al participanta, astfel încât în momentul în care cineva o întreabă dacă are stări de greață, deși nu are, somatizează și începe să simtă această necesitate.

Ca părți pozitive ale tratamentului au fost identificate compania unei persoane apropiate în timpul fiecărei sesiuni de chimioterapie și radioterapie, autoconștienta, utilizarea cremei hidratante după radioterapie, utilizarea dezinfectantului pentru fructe și legume, deși nu-i fuseseră recomandate. A folosit o perucă la început, a fost un factor benefic din punct de vedere psihologic, însă ulterior a îndrăznit să se confrunte cu prejudecățile și a folosit eșarfe, pălărie sau putea ieși afară fără acestea.

Prin intermediul interviurilor trebuie luate în considerare situațiile de activare redusă în situații plăcute, analizând evenimentele care se desfășoară, cu referire la diferite momente ale vieții personale și profesionale, se constată un nivel ridicat de satisfacție cu privire la diferite momente, dar atunci când vorbim despre cancer, satisfacția mai sus menționată se diminuează, la fel și emoțiile cu nivel de activare ridicată în situații plăcute (bucurie, activitate, euforie) și o ascensiune a emoțiilor se regăsește în situații neplăcute, atât de înaltă, cât și joasă activare (tristețe, îngrijorare, oboseală, plictiseală, tensiune, stres).

Efectele pe care *hembrismul* (cu sensul menționat anterior) le are asupra vieții participantei se reflectă în determinarea sa de a ajuta la schimbarea societății la nivel micro. Încă din copilărie începe să apară gândirea *hembristă*, din momentul în care este obligată să stea în casă pentru simplul fapt că era fată, din cauza protecției exacerbate. Această filosofie de viață

reapare atunci când părinții trebuie îngrijiți, moment în care își demonstrează independența și îi implică și pe frații săi în activitățile relaționate cu îngrijirea mamei.

Atunci când se lucrează abordarea *hembristă* este reflectată de-a lungul traiectoriei sale profesionale, de la studii cu privire la personajul feminin și rolul femeilor în publicațiile sale, la fel și lupta sa subtilă pentru libertatea de exprimare a bărbaților și femeilor, băieților și fetelor. Aceeași abordare se subliniază și în însănătoșirea sa, considerându-se o femeie puternică, își propune să învingă boala și reușește prin a fi ea însăși, găsește propriile metode de *coping*, pentru că este o femeie. Cu atât mai mult, continuă același tipar atunci când încurajează alți pacienți care luptă împotriva cancerului, oferindu-și ajutorul în mod individual femeilor cu cancer la sân pe care le cunoaște prin intermediul persoanelor apropiate. După boală, continuă același traiect în viața profesională, dar aprofundând modul de predare, determinându-și studentele să aibă puterea de a aborda, prin educația la vârste mici, orice subiect incluzând și cancerul la copii.

Cum și studiul lui Pedrosa și colaboratorii (2017) dezvoltă această temă, prin studiul de caz realizat, s-a constatat că prezența animalelor în viața unei persoane care suferă de cancer are efecte pozitive, chiar dacă nu într-un mediu formal sau în compania unui terapeut. Participanta relatează experiența sa de a avea un animal, care are originea în copilărie și care au fost câștigurile în momentul recuperării fizice și psihologice. Aceasta menționează câinele pe care îl avea care fusese partenerul său pe parcursul recuperării în urma operațiilor, spunând că a fost o modalitate de a începe să meargă, să înceapă să facă mișcare mai mult și în acest fel să aibă grijă de ea, mai ales după operația de cancer uterin, considerându-se responsabilă de câine, dar în același timp și fiind conștientă că este necesar pentru sine însăși.

Diagnosticul de cancer uterin, cancer recurent, a fost descoperit la timp, este nevoie de două operații, după care este necesar să meargă la control medical timp de 2 ani, o dată la 3 luni, fără a fi necesar alt tip de tratament. Consecințele fizice constau în dificultatea mișcării și durere musculară. Psihologic, participanta mărturisește că a simțit disconfort, dar nu a avut episoade depresive, de tristețe sau de anxietate, care să poată fi comparată cu incidența cancerului de sân, având în vedere faptul că știa ce implică întregul proces de vindecare, în cazul în care ar fi fost din nou nevoie de chimioterapie sau radioterapie. Menționează momente de tristețe, oboseală și îngrijorare atunci când apar probleme la nivel fizic pricinuite de operația în sine, atunci când de exemplu, a găsit determinarea de a merge singură la spital. Din nou, menționează rolul animalului de companie, fiind și de această dată un câine, care a însoțit-o pe parcursul

recuperării. În timpul interviului menționează, de asemenea, multe momente de relaxare, liniște, satisfacție, bucurie și momente specifice în care este activă. De fapt, aceasta nu are concediu medical după operație, continuă să predea, deși la început cu dificultate, dar consideră că aceasta este o metodă de a face față, o evadare psihologică esențială pentru însănătoșirea sa. Este bucuroasă să meargă la control medical la fiecare trei luni, deoarece starea sa de sănătate este monitorizată permanent, cu o șansă mai mare de a detecta o altă recurență a bolii.

Carierea în viața femeii cu care a fost efectuat studiul de caz are un rol esențial. Este o metodă de a crește, de a se bucura de faptul că predă, care-i oferă posibilitatea de a continua lupta *hembristă*, în sensul promovării egalitarismului între femei și bărbați, promovarea coeducației la vârsta copilăriei, având în vedere că are o mare contribuție la evoluția societății. La momentul tratamentului pentru fiecare dintre cele două tipuri de cancer a fost o metodă de *coping*, o evadare de la concentrarea asupra problemelor de sănătate și dovada este încorporarea imediată după ce s-a simțit în condiții optime pentru a continua cu predarea după cancerul la sân, dar a fost chiar și mai evident după cel de-al doilea tip de cancer, că ar putea continua să lucreze, deși acest lucru i-a cauzat complicații. Dedicarea sa la locul de muncă constituie pilonul unui tip de educație care depășește sala de clasă, demonstrată de dorința sa de a împărtăși cu studentele propria experiență, ca supraviețuitoare a cancerului la sân, care a avut ca răspuns încrederea generată studentelor sale. Ca efect, unele dintre ele au solicitat ajutorul său și sprijinul psihologic atunci când mamele lor au primit diagnosticul de cancer la sân. Modul personal, implicat, emoțional de a transmite pozitivismul și dorința sa de a trăi au dus la supraviețuirea celor două mame pe care le-a susținut.

Din tot ceea ce este descris în timpul interviurilor, se concluzionează că sănătatea percepută, bunăstarea subiectivă, emoțiile pozitive și negative în ansamblu, pot duce la înfrângerea cancerului, în ciuda percepției sociale că ar fi o boală incurabilă și mortală.

### **Limitări ale cercetării**

Înregistrarea interviurilor este identificată ca prima limitare a cercetării. Scopul studiului de caz a fost de a obține cât mai multe informații despre stările dispoziționale în timpul bolii, legate de participantă la nivel subiectiv, familie și prieteni. Înainte de începerea interviurilor propriu-zise, a fost stabilită o întâlnire pentru a o cunoaște pe participantă și pentru a-i oferi mai multe informații despre evoluția procesului care va urma. În același timp, fără a fi prevăzut, a

fost atins subiectul cancerului, moment în care participanta nu a avut probleme în a vorbi și a detalia situații sau emoții experimentate. Dar era evident că în momentul în care știa că este înregistrată conversația, are răspunsuri foarte generale, foarte succinte, deși declară că nu o afectează.

O altă limitare identificată a fost bariera pe care participanta o impune atunci când se vorbește despre sentimentele sale, din cauza sensibilității subiectului, pentru că există momente în care încrederea interpersonală era ridicată și începe să dezvolte un subiect foarte personal începe să plângă, astfel încât întrerupe discuția și începe să glumească.

Structura interviurilor stabilită anterior, care a avut cinci interviuri, dintre care trei se axau pe subiectul cancerului, s-au schimbat după finalizarea primului, pentru cauza menționată mai sus. Așadar, a fost realizat un interviu de feminism și *hembrism*, care a apărut în timpul primului interviu, trebuie ținut cont de importanța și lupta participantei legată de acest subiect din copilărie până în prezent, care se reflectă în răspunsuri extinse și în multitudinea de situații prezentate, astfel încât s-a realizat cel mai amplu interviu.

O altă limitare care are un impact esențial a fost bariera lingvistică. Folosirea proverbelor, zicătorilor, expresiilor, precum și referiri bibliografice, în special din literatura pentru copii, care prezintă diferențe între cele două țări, respectiv Spania și România, au fost bariere care au făcut comunicarea mai dificilă în anumite momente.

Consider că este important să fie realizate mai multe studii de caz cu femei de diferite vârste, care au suferit diverse tipuri de cancer de sân, care provin din medii diferite, având niveluri de educație și cultură diferite, pentru a construi o analiză cât mai amplă privind însănătoșirea după cancer, prevenirea, bunăstarea psihologică și nu în ultimul rând, conștientizarea femeilor de recidivă, cum să lupte împotriva acesteia, cum să se apere în mod individual și care este influența lor asupra oamenilor care au aceeași boală. Acestea ar fi unele dintre metodele necesare pentru extinderea cercetării din sfera psiho-oncologiei despre cancer la sân.

### **Concluzii**

Această lucrare constituie o cercetare calitativă privind bunăstarea psihologică a unei participante supraviețuitoare a cancerului de sân. Acesta este organizată într-un capitol, format din două părți, prima include de revizuire teoretică a literaturii relevante despre cancerul de sân, consecințe psihologice, influența emoțiilor asociate cu tratamentul medical al cancerului. Am

luat în considerare contribuțiile îngrijirii paliative, terapia cu animale, având în vedere faptul că participanta a avut în tot acest timp un câine care a avut o mare contribuție la depășirea bolii. A doua secțiune conține rezultatele obținute în studiul de caz, structurate în patru părți, patru interviuri în profunzime pentru a identifica diferențele dintre viața sa înainte, în timpul și după cancerul la sân. Alte dimensiuni semnificative în timpul interviurilor au fost abordarea *hembristă*, viața profesională și schimbările care au apărut la nivel social.

Scopul cercetării a fost de a identifica metode de adaptare pentru a determina factorii care au condus la bunăstarea psihologică a participantei, care are ca final învingerea cancerului. În acest sens, s-au identificat emoțiile experimentate în timpul interviurilor pentru a încerca să identific procesul care trebuie urmat în ansamblul său. În timpul analizei, s-au identificat emoții pozitive și negative, încercând să concluzionăm care au fost contribuțiile aduse înănătoșirii. Pentru a identifica aceste elemente, a fost utilizată o metodă de cercetare calitativă, interviuri în profunzime. Utilizarea acestei metode este justificată de obiectivul obținerii cât mai multor informații despre perioada în care participanta a suferit cancer, pentru a identifica sentimentele experimentate.

Prezenta cercetare a fost efectuată având în vedere interesul personal, ținând seama de creșterea numărului de cazuri de cancer care apar de la un an la altul. Intervenția psihologică este fundamentală de la momentul diagnosticului până la depășirea bolii, cu scopul de a îmbunătăți calitatea vieții persoanei. Consider că este esențial să apeleze la terapie în timpul bolii și am fost interesată să investighez, pornind de la cazul unei femei care a supraviețuit cancerului de sân și care au fost metodele sale de a face față bolii.

Prin analiză s-a evidențiat faptul că participanta a experimentat atât momente de activare scăzută, cât și momente de activare crescută, dar cele mai multe au fost în situații plăcute, datorită sensului pozitiv găsit în orice situație și soluțiile găsite utilizând resurse proprii și cu sprijinul unor persoane apropiate. Participanta, o supraviețuitoare a două tipuri de cancer, se caracterizează ca o femeie timidă, dar în același timp o luptătoare pentru drepturile sale ca femeie.

Rezultatele studiului arată, la fel ca mai multe studii realizate anterior că îngrijirile paliative, terapia cu animale și activitățile care ajută persoana să se mențină activă și generează emoții pozitive, sunt elemente cheie pentru augmentarea calității vieții, pentru a învinge cancerul.

În concluzie, cercetările au arătat că emoțiile pozitive, suportul social, stima de sine ridicată și desfășurarea activităților legate de viața de dinainte de cancer sunt factorii cheie pentru recuperare. Activitățile casnice, interacțiunea socială, urmate de viața profesională și implicarea sa în diverse activități a ajutat participanta să-si mențină speranța și să meargă mai departe, să depășească bolii.

Acest studiu poate fi de interes pentru domeniul psiho-oncologiei, care este încă în curs de dezvoltare și compilează încă informații și încă sunt dezvoltate cercetări pentru a avea o fiabilitate considerabilă în ceea ce este îngrijirea paliativă, terapie pentru animale de companie, terapia cognitiv comportamentală care vizează oncologia sau domeniul de intervenție și de reintegrare laborală a persoanelor care suferă de diverse tipuri de boli care implică tratamente agresive și care au nevoie să-și întrerupă activitatea o lungă perioadă de timp, având în vedere dificultatea de revenire după absența în carieră pe termen lung, după ce suferă atâtea schimbări la nivel fizic și emoțional.

În același timp, importanța acestei cercetări stă, de asemenea, în corelația sa cu predarea, cu lumea academică. O persoană care atrage atenția asupra lumii copiilor, predării, educației și a diferențelor care există în societate, cred că ar trebui să ofere mai multă atenție diversității umane, libertății de exprimare, pentru că în ciuda a ceea ce este considerat un spațiu democratic, în care varietatea este acceptată, încă există discriminare. Începând cu educația infantilă, pentru a putea provoca schimbări cu adevărat profunde în societatea actuală. În concluzie, pe cât posibil, trebuie să încercăm să menținem calitatea vieții, să îmbrățișăm diversitatea și activitățile pe care le considerăm benefice pentru propria bunăstare.



## Referencias

- Álvarez López, L. (2016). *Cáncer de mama. Experiencia de vida y afrontamiento del paciente masculino*. (Trabajo fin de grado). Facultad de Enfermería e Podología.
- ANGARITA, F., & ACUÑA, S. (2008). Cáncer de seno: de la epidemiología al tratamiento. *Universitas Médica*, 49 (3), 344-372.
- Arbizu, J.P. (2000). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento, *ANALES Sis San Navan*, 24 (1): 173-178.
- Arjona Garrido, Á., Checa Olmos, J.C. (1998). Las historias de vida como método de acercamiento a la realidad social. *Gazeta de Antropología*, 14 (10).
- Baider, L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (3), 505-520.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* 4, 71-81. New York: Academic Press.
- Barreto, M. P., Bayés, R. (1990). El psicólogo ante el enfermo en situación terminal. *Ante la psicología*, 6 (2), 169-180.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29 (4), 5-17.
- Bayés, R., & Borrás, F. (1993). Aportaciones de la psicología experimental al análisis del efecto placebo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (3), 345-363.
- Blasco, T., & Báñez, M., & Fernández Castro, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, 19 (2), 235-246.
- Campos, J. J., Walle, E. A., Dahl, A., & Main, A. (2011). Reconceptualizing Emotion Regulation. *Emotion Review*, 3 (1), 26-35. <https://doi.org/10.1177/1754073910380975>
- Cano Vindel, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *PSICOONCOLOGÍA*, 2 (1), 71-80.
- Chifu, C., Diaconu, C., Dragomir, C., Florea, I., Ferariu, D., Florea, N. (2010). Supraviețuirea în funcție de vârstă la un grup de paciente prezentând un cancer mamar local avansat. *Jurnalul de Chirurgie*, 6 (1): ISSN 1584 – 9341.
- De La Vara-Salazar, E., Suárez-López, L., Ángeles-Llerenas, A., Torres-Mejía, G., Lazcano-Ponce, E. (2011). Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud Publica Mex*, 53:385-393.

- DeSantis, C., Siegel, R., Bandi, P., Jemal, A. (2011). Breast cancer statistics, *CA CANCER J CLIN*, 61:409–418. DOI: 10.3322/caac.20134
- Fernández S. de S, M., & Ospina de González, B., & Múnera Garcés, A. (2002). La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín, 1999. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 53 (2), 179-183.
- Fernández, C.A., Flores, A.B (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2, 1989-9912. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>
- Font, A., Rodríguez, E., Buscemi, V. (2004). Fatiga, Expectativas y calidad de vida en cáncer. *PSICOONCOLOGÍA*, 1 (2-3), 45-56.
- Gallegos-Alvarado, M., Hernández-Herrera, D.E. (2008). Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 16 (2): 99-104.
- García Viniegras, C.R.V., & González Blanco, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 72-80.
- Garduño, C., & Riveros, A. y Sánchez-Sosa, J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 69-80.
- Gaviria, A., & Vinaccia, S., & Riveros, M., & Quiceno, J. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20), 50-75.
- Imigo G, F., Mansilla S, E., Delama G, I., Poblete, M.T., Fonfach, C. (2011). Clasificación molecular del cáncer de mama. *Cuad. Cir.* 25 (1), 67-74, ISSN 0718-2864.
- Kvåle, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*, doi:10.1016/j.ejon.2007.01.002.
- Lozano-Ascencio, R., Gómez-Dantés, H., Lewis, S., Torres-Sánchez, L., López-Carrillo, L. (2009). Tendencias del cáncer de mama en América Latina y El Caribe. *Salud Publica Mex*, 51 supl 2:S147-S156.

- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Rev Cubana Salud Pública*, 29 (3), 275-81.
- Martínez Abellán, R. (2008). La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa, Bol. Estud. Invest.*, (9), 117-144. ISSN: 1579-3141.
- Martínez de San Vicente, S.A. (2011). Enfermedades Psicosomáticas y cáncer. A propósito de un caso. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1 (1), ISSN: 2253-749X.
- Maté, J., Hollenstein, M.F., Gil, F.L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *PSICOONCOLOGÍA*. 1 (2-3), 211-230.
- Murillo, M., & Alarcón Prada, A. (2006). Tratamientos psicosomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV , 92S-111S.
- Olivari Medina, C., Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *CIENCIA Y ENFERMERIA*XIII (1), 9-15.
- Pedrosa, S., Aguado, D., Canfrán, S., Torres, J., & Miró, J. (2017). La terapia asistida con perros en el tratamiento de las personas con dolor crónico: una revisión sistemática. *Rev Soc Esp Dolor*, 24 (1), 11-18. DOI: 10.20986/resed.2016.3461/2016
- Pérez, G., Morer, A., Martín-Santos, R. (2003). El efecto placebo. *La medicina hoy*, LIX (1.459).
- Piqueras Rodríguez, J., & Ramos Linares, V., & Martínez González, A., & Oblitas Guadalupe, L. (2009). EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA. *Suma Psicológica*, 16 (2), 85-112.
- Posner, J., Russell, J. A., & Peterson, B. S. (2005). A circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17, 715-734. DOI: 10.1017/S0954579405050340
- Prieto Fernández, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, 107-120.
- Rivero Burón, R., Piqueras Rodriguez, J.A., Ramos Linares, V., García López, L.J., Martínez González, A.E., Oblitas Guadalupe, L.A. (2008). Psicología y cáncer. *SumaPsicológica*, 15 (1): 171-198.
- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cánceres de mama. *Rev. Med. Clin. Condes*, 17 (4): 194 – 97.

- Roth, D.A., Eng, W. & Heimberg, R.G. (2002). Cognitive Behavior Therapy. *Encyclopedia of Psychotherapy, 1*, 451-458.
- Sánchez Sánchez, T. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del Psicólogo, 36* (1), 62-73.
- Sánchez, N., Torres, A., Camprubi, N., Vidal, Á., Salamero, M. (2005). Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *PSICOONCOLOGÍA. 2* (1), 21-32.
- Sandín, B., & Chorot, P., & Valiente, R., & Lostao, L., & Santed, M. (2001). Ansiedad anticipatoria asociada a las pruebas complementarias de screening de cáncer de mama. *Psicothema, 13* (2), 240-246.
- Seale, C., Gobo, G., Gubrium, J., Silverman, D. (2004). *Qualitative Research Practice*. London: SAGE Publications.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M.J., Mateos., N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes de intervención social. *Clínica y Salud, 18* (2), 137-161. ISSN: 1135-0806
- Solana, A.C., (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología, 28* (3):157-163.
- Torre, L.A., Bray, F., Siegel, R., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., Jemal, A. (2015). Global Cancer Statistics, 2012. *CA CANCER J CLIN, 65* (2), 87-108. doi: 10.3322/caac.21262
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J., Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud, 5*, 15-28.
- Vásquez-Ortiz, J., Antequera, R., Blanco Picabia, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, *PSICOONCOLOGÍA. 7*, 2-3, 433-451.
- Zepeda-Castilla, E.J., Recinos-Money, E., Cuéllar-Hubbe, M., Robles-Vidal, C.D., Maafs-Molina, E. (2008). Clasificación molecular del cáncer de mama. *Cir Ciruj, 76*:87-93.

### **Web-grafía**

- 20minutos. Las cifras: así es el cáncer de mama en España. [www.20minutos.es](http://www.20minutos.es). 2018-05-24.  
URL:<https://www.20minutos.es/noticia/2866499/0/dia-mundial-cancer-mama-cifras/>.

- Accessed: 2018-05-24. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zev9xTis>)
- American cancer society . Angiosarcoma del seno. . 2018-04-22.  
URL:<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/angiosarcoma-del-seno.html> . Accessed: 2018-04-22. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6ys3CvK2t>)
- American cancer society . Cáncer de seno inflamatorio. . 2018-04-22.  
URL:<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/cancer-de-seno-inflamatorio.html> . Accessed: 2018-04-22. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6ys1yv4Ni>)
- American cancer society . Carcinoma ductal in situ. . 2018-04-22.  
URL:<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/carcinoma-ductal-in-situ.html> . Accessed: 2018-04-22. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6ys17Hn7b>)
- American cancer society . Carcinoma lobulillar in situ (LCIS). . 2018-04-22.  
URL:<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/afecciones-no-cancerosas-de-los-senos/carcinoma-lobulillar-in-situ.html> . Accessed: 2018-04-22. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6ys1iBxFI>)
- American cancer society . Enfermedad de Paget del pezón. . 2018-04-22.  
URL:<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/enfermedad-de-paget-del-pezon.html> . Accessed: 2018-04-22. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6ys2CuyEL>)
- American cancer society . Tipos de cáncer de seno. . 2018-04-22.  
URL:<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-what-is-breast-cancer-types..> Accessed: 2018-04-22. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6ys0gxILr>)
- American cancer society . Tumores filodes del seno. . 2018-04-22.  
URL:<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/afecciones-no-cancerosas-de-los-senos/tumores-filoides-del-seno.html> . Accessed: 2018-04-22. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6ys2WKR2b>)

- American Society of Clinical Oncology (ASCO). Cáncer de mama: Estadísticas. . 2018-05-24.  
 URL:<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/estad%C3%ADsticas>. Accessed: 2018-05-24. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zeuKF0TT>)
- Asociación Española Contra el Cáncer. EVOLUCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA. [www.aecc.es](http://www.aecc.es). 2018-05-24.  
 URL:<https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/pronostico.aspx>. Accessed: 2018-05-24. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zevUFzII>)
- Cassinello Espinosa, J., García López, M.J., Ropero Panadero, Y. . VULNERABILIDAD Y CONTROL DE SÍNTOMAS EN EL PROCESO DE COMUNICACIÓN EN ONCOLOGÍA MÉDICA. COMUNICACIÓN EN ONCOLOGÍA. 2018-05-28.  
 URL:[https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/comunicacion\\_oncologia/5.pdf](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/comunicacion_oncologia/5.pdf). Accessed: 2018-05-28. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zkW8fHNR>)
- Cruz Hernández, J.J., Del Barco Morillo, E., Suárez-Bárcena, P.F. . TRATAMIENTO Y PÉRDIDAS FUNCIONALES: LOS DUELOS DEL CÁNCER. D U E L O E N O N C O L Í O G Í A. 2018-05-28.  
 URL:<https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo17.pdf>. Accessed: 2018-05-28. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zkWOV82X>)
- Eurostat. Cancer statistics - specific cancers. <http://ec.europa.eu>. 2018-05-24.  
 URL:[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer\\_statistics\\_-\\_specific\\_cancers](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer_statistics_-_specific_cancers). Accessed: 2018-05-24. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zevrjTkW>)
- Eurostat. Still 1 in 4 deaths caused by cancer in the EU. <http://ec.europa.eu>. 2018-05-24.  
 URL:<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7149996/3-03022016-BP-EN.pdf/0bbc3389-8c0d-44a0-9b0c-2a0bff49f466>. Accessed: 2018-05-24. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zevkxt6y>)
- Fau, M. E.(2009). Sigmund Freud: clásicos resumidos. ProQuest. 2018-06-04.  
 URL:<http://ebookcentral.proquest.com/lib/ugr/reader.action?docID=3195192&query=fre>

- ud. Accessed: 2018-06-04. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zvWRaSZS>)
- López Ramírez, E., & González Flores, E???? Sexualidad y cáncer: toxicidad y tratamientos de soporte. . 2018-04-22. URL:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300010&lng=es&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300010&lng=es&tlng=en) . Accessed: 2018-04-22. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6ys3XdWdk>)
- Maslow, A.H.. Motivation and personality. <http://s-f-walker.org.uk>. 2018-06-04. URL:[http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/Motivation\\_and\\_Personality-Maslow.pdf](http://s-f-walker.org.uk/pubsebooks/pdfs/Motivation_and_Personality-Maslow.pdf). Accessed: 2018-06-04.(Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zvRsD9xk>)
- Mestre Navas, J.M., Guil Bozal, R.,Cortijo Perez, M., Ruh Sejjias, N., Serrano Díaz, N., Jiménez Jiménez, M.. REGULACIÓN DE EMOCIONES: UNA VISION PRAGMATICA E INTEGRADORA DESDE EL MODELO CIRCUMPLEJO LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES: CONCEPTO Y FUNDAMENTOS. ResearchGate. 2018-05-28. URL:[https://www.researchgate.net/publication/234173367\\_REGULACION\\_DE\\_EMOCIONES\\_UNA\\_VISION\\_PRAGMATICA\\_E\\_INTEGRADORA\\_DESDE\\_EL\\_MODELO\\_CIRCUMPLEJO\\_LA\\_REGULACION\\_DE\\_LAS\\_EMOCIONES\\_CONCEPTO\\_Y\\_FUNDAMENTOS](https://www.researchgate.net/publication/234173367_REGULACION_DE_EMOCIONES_UNA_VISION_PRAGMATICA_E_INTEGRADORA_DESDE_EL_MODELO_CIRCUMPLEJO_LA_REGULACION_DE_LAS_EMOCIONES_CONCEPTO_Y_FUNDAMENTOS). Accessed: 2018-05-28. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zkXmBq3x>)
- Rodríguez Loyola, Y. & Rosselló González, J.. Reconstruyendo un cuerpo: implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mama. . 2018-04-22. URL:[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1946-20262007000100008&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262007000100008&lng=pt&tlng=es) . Accessed: 2018-04-22. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6ys3jTSf9>)
- Sardiñas Ponce, Raysy. (2009). AUTOEXAMEN DE MAMA: UN IMPORTANTE INSTRUMENTO DE PREVENCIÓN DEL CANCER DE MAMA EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 8(3) Recuperado en 24 de mayo de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300005&lng=es&tlng=es).

Szczepanski, J. (1978). EL MÉTODO BIOGRÁFICO. raco.cat. 2018-06-06.  
URL:<https://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/24727/57489>. Accessed:  
2018-06-06. (Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6zyNJgl6i>)