

## Tratamientos psicológicos en la mujer joven con cáncer de mama

En la literatura científica está ampliamente documentada la presencia de alteraciones psicológicas en las personas con diagnóstico de cáncer de mama (1-3). Las pacientes informan sobre sus miedos, preocupaciones, a veces desesperanza y sentimientos de pérdida de control, problemas en la autoimagen y disfunción en el funcionamiento sexual. En un gran porcentaje de casos, tales reacciones no constituyen psicopatologías específicas aunque sí problemas de adaptación que implican un gran sufrimiento emocional y, por tanto, una disminución importante de la calidad de vida (4).

Así mismo sabemos que en el proceso que empieza tras el diagnóstico, los diferentes momentos pueden comportar distintas reacciones psicológicas. En un inicio, las reacciones de tipo ansioso son más intensas y frecuentes con predominio del miedo, presentándose posteriormente otras respuestas y preocupaciones. Lo mismo sucede con el estadio de la enfermedad, hallándose en este caso un mayor número de reacciones de tipo depresivo en la medida en que nos encontramos ante fases de la enfermedad más avanzadas. En un trabajo previo hemos documentado este hecho (4).

También es un hecho constatado que existen variables predictivas de la adaptación de tales pacientes al evento aversivo del diagnóstico de cáncer. Entre ellas destacan entre otras el apoyo social, el funcionamiento psicológico previo y la edad. Esta última reviste especial importancia aunque desafortunadamente no es de las más estudiadas. En los artículos científicos encontramos sobre todo comentarios que tienen que ver con opiniones de sentido común y llamadas de atención sobre la necesidad de tenerla en cuenta, ya que aparece en diferentes perfiles de finitorios de situaciones clínicas concretas. En este mismo número de la revista figura un estudio en el que se plantea la necesidad de un tratamiento diferencial en

unidades específicas de la mujer joven con cáncer de mama (5).

Desde un punto de vista profesional, la edad es un factor de gran relevancia dadas las repercusiones que implica para las personas el padecimiento de esta enfermedad en diferentes momentos del ciclo vital. Sentir la incertidumbre sobre la propia vida cuando se han cumplido gran parte de los objetivos vitales (la maternidad, el desarrollo profesional, etc.) no tiene el mismo significado que cuando este evento sucede al inicio de la edad adulta y queda todo el proceso de consolidación personal por establecer. También es importante recordar cómo a edades más tempranas se tiene una menor experiencia de asimilación de pérdidas en la vida. Así es frecuente encontrar referencias no necesariamente fundamentadas empíricamente sobre la mayor "conflictividad" de las pacientes jóvenes. En foros clínicos es uno de los comentarios habituales. En consecuencia, es importante insistir en el estudio específico de la variable edad para obtener un conocimiento más profundo sobre la configuración de las problemáticas y la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre ellas.

La experiencia clínica ampliamente referida por los investigadores nos dice que las respuestas que se producen en las distintas edades no son muy diferentes aunque sí varían en intensidad y modo de presentación, por lo tanto, un mayor conocimiento facilitaría el ajuste de las terapéuticas. Es necesario así mismo considerar que la edad no es una variable de influencia única, así, es preciso combinar y conjugar sus efectos con la resiliencia de las pacientes y otras variables protectoras como el soporte social.

Respecto a la intervención psicológica, es un hecho constatado empíricamente que puede mejorar la calidad de vida de las pacientes a lo largo de todo el proceso de

enfermedad, disminuyendo significativamente el malestar emocional (4,6). Si tenemos en cuenta los objetivos específicos que se podrían incluir en el global de mejora de la calidad de vida, habrían de considerarse al menos los siguientes:

—Facilitar la disminución de reacciones emocionales adversas como la ansiedad, el miedo, la tristeza, la rabia, el estado de ánimo deprimido, etc.

—Disminuir las náuseas y vómitos anticipatorios.

—Disminuir el dolor.

—Mejorar la autoestima y el fomento de una autoimagen más positiva.

—Mejorar la comunicación con las personas del entorno, principalmente la pareja.

—Mejorar la percepción de control.

—Facilitar estrategias de afrontamiento útiles para cada paciente.

—Todos aquellos que resulten necesarios en el caso individual.

Por lo que se refiere a modalidades de intervención, estas se pueden organizar en cuatro líneas diferentes. A saber, intervenciones individuales, de pareja, grupales y psicoeducativas. Tales modalidades incluyen estrategias terapéuticas de diferentes tipos (7), destacando las siguientes (4):

—Terapia cognitivo-conductual.

—*Counselling*.

—Hipnosis.

—Terapia de aceptación y compromiso (TAC).

—*Mindfulness*.

Las estrategias cognitivo-conductuales, el *counselling* y la hipnosis son ya clásicos en el acervo de intervenciones psicológicas en oncología, no así la TAC y la *mindfulness* que suponen procedimientos de reciente incorporación a este ámbito. A pesar de ello, preveemos su buen funcionamiento, dados los datos iniciales, valiosos a nivel clínico aunque no significativos todavía a nivel estadístico.

Posiblemente la eficiencia de este último grupo de intervenciones venga determinada por el énfasis especial que hacen ambos procedimientos sobre la actuación di-

recta y no mediada en las emociones de las personas. Dado que en la mujer joven, la intensidad de las respuestas emocionales es una característica predominante, entendemos que una terapéutica dirigida específicamente a este hecho puede incrementar la posibilidad de una mayor eficacia y eficiencia.

En todo caso y como conclusión, en un excelente trabajo de revisión, Font y Rodríguez (8) describen ampliamente la eficiencia de los diferentes tratamientos psicológicos en una amplia variedad de circunstancias. Por tanto hemos de insistir que, tras este conocimiento, su utilización en la mejora del estado emocional de las pacientes en ningún caso debería ser opcional sino obligatorio.

P. Barreto

*Catedrática de Psicología. Especialista en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universitat de València*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Compas BE, Luecken LJ. Psychological adjustment to breast cancer. *Psychol Sci* 2002; 11 (3): 111-4.
2. Olivares ME. Aspectos psicológicos en la reconstrucción mamaria. *Rev Senología Patol Mam* 2008; 21 (3): 89-91.
3. Almonacid V, Moreno P, Lluch A. Análisis descriptivo de los problemas y trastornos psicológicos en pacientes con cáncer de mama. *Rev Senología Patol Mam* 2009; 22(5): 180-4.
4. Ruiz E, Barreto P. Tratamientos psicológicos en Cáncer de Mama. Guía de Tratamientos SESPM (En prensa).
5. Merck B, García M, Picazos P, Vicente F, Lorenzo M, Iglesias E, et al. Cáncer de mama en la mujer joven. *Rev Senología Patol Mam* 2009; 22(5): 175-9.
6. Weis J. Support groups for cancer patients. *Support Care Cancer* 2003; 11(12) 763-8.
7. Font A. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En: Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I, coordinadores. Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Madrid: Ed. Pirámide; 2003. p. 57-92.
8. Font A, Rodríguez E. Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología* 2007; 2-3(4): 423-46.