

FACTORES EMOCIONALES NEGATIVOS ASOCIADOS AL INICIO Y DESARROLLO DEL CARCINOMA MAMARIO

Juana Casimira Gauto Rojas¹

Resumen

El objetivo del trabajo, fue determinar los factores psicológicos asociados al inicio y desarrollo del carcinoma mamario, en particular la influencia de las emociones negativas. En Paraguay, el cáncer de mama es la principal causa de muerte entre las mujeres (tasa de mortalidad 35,6%, muy por encima de los países desarrollados con 20,3%). Investigación de enfoque cualitativo, descriptivo, no probabilístico, intencional por conveniencia, estudio de diez casos de mujeres con carcinoma mamario, entre los 40 y 80 años, de Asunción y Gran Asunción, mediante entrevista semi-estructurada con 40 preguntas abiertas, validadas por cinco jueces expertos. La información se interpretó con análisis del contenido del discurso buscando su significación, y la Asesoría de un médico oncólogo y mastólogo. Finalmente, la investigación confirmó –para el grupo estudiado– la asociación de las emociones negativas (ansiedad, depresión, estrés, vergüenza, dolor emocional, miedo, tristeza, culpa, ira y rencores en particular hacia la figura materna) no procesadas con psicoterapia; al inicio del carcinoma mamario, así como a la determinación de un diagnóstico de mayor gravedad.

Palabras clave: ansiedad, depresión, ira, rencor, figura materna

¹ Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Filosofía. Paraguay. Correo electrónico: rohayhu17@gmail.com

NEGATIVE EMOTIONAL FACTORS ASSOCIATED WITH DE ONSET AND DEVELOPMENT OF BREAST CARCINOMA

Abstract

The research objective was to determine the psychological factors associated with the onset and development of breast carcinoma, in particular the influence of negative emotions. In Paraguay, breast cancer is the leading cause of death among women (35.6% mortality rate, well above developed countries with 20.3%). Research with a qualitative, descriptive, non-probabilistic, intentional approach for convenience, study of ten cases of women with breast carcinoma, between 40 and 80 years old, from Asunción and Greater Asunción, using a semi-structured interview with 40 open questions, validated by five expert judges. The information was interpreted with speech content analysis, looking for its meaning, and the advice of an oncologist and mastologist medical doctor. Finally, the research confirmed -for the group studied- the association of negative emotions (anxiety, depression, stress, shame, emotional pain, fear, sadness, guilt, anger and resentment in particular towards the maternal figure) not processed with psychotherapy; at the onset of breast carcinoma, as well as the determination of a more serious diagnosis.

Keywords: anxiety, depression, anger, resentment, maternal figure.

Introducción

El objetivo de este trabajo fue determinar los factores psicológicos asociados al inicio y desarrollo del carcinoma mamario, en particular la influencia de las emociones negativas.

El cáncer de mama tiene una gran repercusión en las mujeres de todo el mundo. A nivel mundial, es la quinta causa de muerte en mujeres. En 2020, se estima que 684,996 mujeres en todo el mundo murieron de cáncer de mama.

En Paraguay, el cáncer de mama es la principal causa de muerte entre las mujeres (tasa de mortalidad 35,6%, muy por encima de los países desarrollados con 20,3%). Villalba et al., (2017).

En las últimas décadas se ha despertado un interés creciente por conocer hasta qué punto determinados estados emocionales, en combinación con los factores biológicos y ambientales, pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer. La conexión de factores emocionales con el estado de salud en general, y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde tiempos remotos.

La relación mente - cuerpo constituye una de las incógnitas que durante más tiempo han acompañado al hombre en toda su historia. Ya desde la antigüedad en Grecia, grandes filósofos opinaban y divergían sobre la interacción de ambos constructos (Cabrera et al., 2017).

La existencia de modelos y teorías que vinculan los factores psicológicos, por una parte y lo fisiológico y bioquímico por otra, es abundante. En el año 1911 Walter Cannon estudió las relaciones entre emociones, fisiología y salud, entendía que debía haber un equilibrio mental y físico a través de todo el organismo. Desarrolló, en conjunto con su estudiante Phillip Bard, el modelo sobre las emociones conocido como la teoría Cannon–Bard que plantea la simultaneidad de las emociones y de las respuestas corporales asociadas (Cabrera et al., 2017).

En el Chicago Institute, del que formaban parte, entre otros, Franz Alexander y Flanders Dunbar, creadores de las teorías de la especificidad de los conflictos y la teoría de la especificidad de la personalidad, respectivamente, sostenían que *los conflictos inconscientes que no son resueltos son los responsables de diversos trastornos orgánicos* [cursiva agregada], y es posible descubrir tipos específicos de personalidad en algunos de ellos (Ackerknecht, 2004).

Muchas investigaciones se enfocan en la asociación de los factores psicológicos en la génesis y desarrollo del cáncer. Se realizaron numerosos estudios que relacionan el estrés, la personalidad y diferentes patologías entre ellas el cáncer. Viollaz (2004) sostiene que son

cuatro las grandes esferas que abarcan estos estudios, a saber: a) la personalidad pre mórbida del sujeto, b) la exposición a condiciones estresoras y factores psicológicos negativos como ansiedad, ira y depresión, etc. c), la capacidad de adaptación frente a la enfermedad y los efectos de la misma y d) el modelo más adecuado de intervenciones psicológicas en cada caso.

Espino y García (2017) realizaron una investigación bibliográfica titulada *Cáncer de mama y su relación con el manejo de las emociones y el estrés*, cuyos hallazgos sugieren que la etiología del cáncer de mama puede relacionarse con situaciones estresantes vividas en la infancia, represión de sentimientos, tensión crónica, depresión, ansiedad y estrés.

Como puede comprobarse, el interés hacia la eventual relación entre los factores emocionales y el desarrollo de enfermedades como el cáncer viene abriéndose paso en los últimos tiempos, dando lugar a un incremento de las investigaciones al respecto.

Marco teórico

En función al objeto de estudio, a continuación, se expone la base teórica que permitió sustentar esta investigación. Se mencionan a la Psicósomática, la Psicooncología y algunas de las Teorías de las Emociones más relevantes.

La Psicósomática

Abrazando la unidad mente-cuerpo, y en contraste con una visión reduccionista de la enfermedad, el término psicósomática denota hoy una perspectiva clínica y metodológica desde la que se estudia el rol de los factores psicosociales sea en las enfermedades para las que no se cuenta con una patogénesis orgánica conocida, denominadas por ello "funcionales", sea en las enfermedades conocidas como orgánicas.

De acuerdo con Lipowski (1986) citado por Berrocal et al. (2016) la psicósomática integra la intervención psicológica para prevenir, y rehabilitar las enfermedades médicas. Igualmente, esta ciencia considera los factores psicosociales implicados en el curso y los resultados de las enfermedades de cualquier tipo. Se trata de un enfoque holístico de la asistencia clínica.

El *American Board of Medical Specialities* ha reconocido la Medicina Psicósomática como sub-especialidad, aunque las actividades de la misma han alcanzado un estatus independiente en países como Alemania o Japón, a menudo, se encuentran estrechamente relacionadas con la Medicina Interna (Deter, 2004, como se citó en Berrocal et al., 2016).

La Psicooncología

Es la disciplina dedicada al estudio del paciente con cáncer, cuyo objetivo central es el cuidado psicosocial del mismo, con el objetivo de coadyuvar con el equipo médico-

oncológico en el abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que puedan afectar al paciente con cáncer y su familia.

Es necesario tomar en consideración los factores psicológicos que afectan a los pacientes a la hora de tomar decisiones apropiadas que, frecuentemente, condicionan el éxito del tratamiento (Almanza- Munoz, 2001, citado en Burone, 2008).

Para Cabrera et al. (2017), la psicooncología estudia las respuestas emocionales tanto de los pacientes, sus familias y el equipo médico y las variables psicológicas, sociales y conductuales que influyen en la prevención, riesgo y sobrevida de estos pacientes. Explora, además, y describe los diversos modos de afrontamiento en la enfermedad oncológica, de los factores que influyen sobre ella, y de las estrategias terapéuticas más efectivas.

La Dra. Holland, quien se considera como la fundadora de la psicooncología, la considera como una subespecialidad de la oncología, que además de intervenir en el manejo de las emociones de los pacientes, también lo hace con los familiares y el personal sanitario involucrado y se encarga los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (Cruzado, 2003, citado en Rober et al., 2013).

Teorías de las emociones

Se tienen varias Teorías de las emociones, como la Teoría de James y Lange, para quienes están primero los cambios fisiológicos y de ahí nacen las emociones. La emoción se produciría cuando el cerebro recibe y procesa la información de los órganos y músculos que producen las respuestas fisiológicas.

Luego está la Teoría de Cannon y Bard, opuesta a la anterior, donde los autores proponen que las emociones anteceden a las respuestas fisiológicas. Cuando se produce una emoción, la información llega a la corteza y al tálamo que causan los sentimientos emocionales y los cambios fisiológicos (Coon, 2005 citado por Oblitas 2014)

La Teoría de la Evaluación Cognitiva es también otra teoría muy conocida, en ella, su autor Richar Lazarus, afirma que el pensamiento debe ocurrir antes que la experiencia de la emoción. En este postulado, el autor, afirma que la secuencia de eventos primero implica un estímulo, seguido de una emoción lo que provoca la experiencia emocional y la reacción fisiológica (Corbin, 2021).

Existen distintos tipos de emociones, con objeto de este estudio, se hará hincapié en las emociones negativas, la forma en que ellas impactan en el cuerpo y el modo en que podrían degenerar o no en problemas de salud. En el caso específico de esta investigación, cómo esas emociones podrían estar asociadas o no al inicio y desarrollo del cáncer de mamas.

Emociones negativas

El concepto se refiere a las vivencias emocionales que producen una experiencia afectiva desagradable. Piqueras et al., (2010) sostienen que estas preparan al individuo ante una situación determinada, pero, en ocasiones si alguna de ellas alcanza una cierta frecuencia e intensidad, podría afectar la salud de la persona ya sea mental o físicamente.

Dolor emocional

Álava (2020), sostiene que el dolor es una señal que el organismo envía de que algo no va bien y es necesario buscar una solución. Esto ocurre no solo a nivel físico, sino también emocional, ya que puede ser causado por una serie situaciones difíciles de gestionar y así desembocar en lo que se denominan trastornos somáticos.

Siguiendo a Escudero (2020), encontramos que se puede somatizar el sufrimiento emocional, esto es, convertir el sufrimiento originado a nivel psicológico en una enfermedad física, de modo que aparecen diversas sintomatologías físicas en diferentes partes del cuerpo.

La poca capacidad de afrontamiento y la dificultad para gestionar las emociones, podrían ser el origen del dolor emocional, independientemente de la causa que lo haya provocado.

Ira

Izard (1991, citado en Pérez et al., 2006) describe la ira como una emoción primaria que se presenta cuando un individuo encuentra obstáculos o amenazas que le impiden conseguir sus objetivos.

Siguiendo con esta línea, Scherer (1997) también aduce que la ira se presenta ante la percepción del individuo de que las dificultades encontradas son provocadas e inmerecidas. (Pérez et al., 2006).

Miedo

El miedo es una emoción básica que motiva conductas de protección, tanto para la supervivencia física como para la psicológica. En el primer caso, su objetivo principal es preservar la vida, por lo que se activa ante la percepción de un peligro para el organismo. Frente a cualquier amenaza, existen con cuatro tipos de respuestas diferentes; evitación, inmovilización, ataque y huida.

Piqueras (2010) arguye que la ansiedad es la expresión patológica del miedo que se manifiesta ante una situación de peligro fantaseada o exagerada.

El miedo genera diferentes reacciones ante el peligro ya sean fisiológicas, conductuales y psicológicas que pueden ser reales o subjetivas y dependen de los recursos psicológicos de las personas que las lleva a actuar de formas muy dispares según su capacidad de afrontamiento (Bedoya y Velázquez, 2014)

Tristeza

La tristeza es una de las emociones básicas, junto con la alegría, la sorpresa, el miedo, la ira y el asco. Se trata de una emoción universal independientemente de la cultura, raza o forma de vida, si bien puede llegar a expresarse de maneras diferentes.

Para Montejano (2014) la tristeza ayuda a afrontar situaciones dolorosas, introyectar dichas situaciones para posteriormente sanar y superar la pena.

Álvarez (2013), refiere que Damasio define la emoción como una serie de respuestas químicas y neuronales que conjuga los aspectos fisiológicos, cognitivos conductuales.

Culpa

Para Pérez Sales (2011) la culpa es la emoción de angustia que surge como consecuencia de la realización de actos ya sean físicos o mentales, fantaseados u omitidos, que transgreden el sistema de normas y valores de la persona.

La culpa es una emoción secundaria, compleja, auto reflexiva y específica de la especie humana. Una reacción emocional que alerta de que algo está mal en la conducta. Se trata de la reacción emocional a la convicción de ser responsable de alguna decisión, comportamiento, omisión o daño cometido por el sujeto (Francia, 2021).

El sentimiento de culpa patológico, es una culpa irracional que lleva a una angustia tal que tortura al sujeto. La persona se autocrítica por creer que está por debajo de las expectativas ajenas y no precisamente por la falta cometida.

Sentimientos

El sentimiento es un estado afectivo que se genera a partir de una emoción, se produce de manera más consciente ya que las personas pueden elegir mantener ese estado de ánimo por un periodo largo de tiempo a diferencia de la emoción que tiene una corta duración (Glover, 2021).

Thomen (2019) considera que el origen de los sentimientos está dado por la valoración que hace la mente cuando procesa una emoción. La autora considera a los sentimientos como la expresión mental de la emoción.

Actualmente el sentimiento es definido como disposición emocional o esquema afectivo o como estructura disposicional. Se lo diferencia de las emociones y del estado de ánimo tanto por su duración y estabilidad, como por estar dirigido a un objeto intencional específico, según Rosas (2011, citado por Balladares y Saiz, 2015).

Rencor / resentimiento

El rencor es un sentimiento de enfado profundo y persistente; un resentimiento arraigado que desequilibra y enferma el cuerpo y la mente. El origen del rencor puede deberse a varias razones: insultos, abusos de confianza, engaños, ofensas, maltratos.

El resentimiento se va acumulando hasta que, finalmente se convierte en deseo de venganza. Un deseo que uno mismo va alimentando y provocando que crezca hasta el punto de que empieza a resultar insostenible. Alberto Acosta, profesor de Psicología de la Universidad de Granada, afirma que el rencor requiere experiencias previas de ira con la persona que nos ha ofendido (González 2017, citado por Viéitez, 2019).

Vergüenza

Para Albert Bandura, en la vergüenza se da un proceso por el cual el individuo se analiza, se observa, se compara con otros y emite una conclusión sobre sí mismo que podría ser negativa o positiva. Por tanto, la vergüenza aparecería cuando la persona siente que está actuando diferente de los estándares establecidos y esto le produce inseguridad, por la necesidad misma de aprobación y aceptación que tiene el ser humano (Montejano, 2019).

Este sentimiento presenta varios tipos, para los fines de este estudio se abordan solo dos de ellos que son a los que se refieren las entrevistadas; vergüenza moral: se da cuando el individuo viola sus propios códigos morales y esto le sirve para mejorar. Otro tipo es la vergüenza identificativa: conocida también como vergüenza ajena, es cuando las acciones de una figura de referencia afecta a la persona causándole incomodidad y desaprobación como por ejemplo un padre alcohólico. (Psicólogos en Madrid s/f).

Estrés

Hans Selye (s.f., citado por Orjuela et al., s.f.), denominó *Síndrome General de Adaptación* al modo en que el organismo responde ante situaciones consideradas peligrosas y que prepara al cuerpo para afrontar tales situaciones. El estrés serviría para sortear las dichas situaciones. Pero si las condiciones estresantes son muy continuas el sujeto podría llegar al estrés agudo o distrés (Silpak, 1991, citado en Orjuela et al., s/f).

Según Bonet y Luchina (1998, citado por Martínez, 2011), el impacto del estrés afecta al sistema nervioso central y el sistema inmune causando diferentes reacciones psíquicas y físicas.

Las causas del estrés pueden ser muy variadas desde situaciones comunes de la vida diaria o hechos más difíciles. Si el individuo pasa por momentos muy estresantes, esto podría traerle problemas de salud tanto físicos como mentales. En estas condiciones la persona se siente angustiada por su incapacidad de enfrentar sus problemas por lo que su calidad de vida disminuye. Según el Instituto Nacional del Cáncer. EE: UU, (2012), hay certidumbre que la angustia extrema está relacionada con peores resultados clínicos.

Depresión

Para la OMS/OPS, (2017) *la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más.*

Según la OMS hay una gran relación entre depresión y otras enfermedades, así como el riesgo de padecer trastorno por usos de sustancia y de cometer suicidio (OMS/OPS, 2017).

Esta es una de las más importantes causas de sufrimiento e invalidación en población general a nivel mundial. Por este mismo motivo, investigadores de distintos lugares y de diferentes corrientes teóricas y disciplinares han indagado respecto de las causas de este trastorno y sus características.

Últimamente la depresión se ha vuelto crónica y repetitiva por lo que las investigaciones se enfocan no solo a buscar resultados rápidos sino también a encontrar el origen de la recurrencia y la cronicidad (Korman y Sarudiansky, 2011).

Ansiedad

El término ansiedad se refiere a una serie de manifestaciones físicas y mentales que se presentan en el individuo ante situaciones que él cree son de peligro y puede ocasionar como una crisis o un estado permanente de alerta que lo puede llevar incluso al pánico (Sierra et al., 2003).

A nivel descriptivo para Virues (2005), en la ansiedad, la persona siente o interpreta que ciertas situaciones son amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no exista tal peligro. Se trata de un trastorno mental con una serie de síndromes de carácter patológico que se manifiesta en una serie de conductas desadaptativas. La ansiedad normal se vuelve

patológica cuando hay una sobrevaloración de la amenaza. En ocasiones llega a paralizar al individuo transformándose en pánico.

Cuando la ansiedad supera los parámetros considerados normales dentro de los rangos de intensidad, frecuencia o duración, o se debe a razones injustificadas, causa manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984, citado por Sierra et al., 2003).

Tipo de investigación. Diseño

Se trata de una Investigación de enfoque cualitativo, fenomenológico, descriptiva, no experimental, de tipo retrospectiva, utilizando el método del Estudio de Casos.

Delimitación temporal y espacial. Grupo de estudio

El estudio tuvo lugar entre los meses de julio 2019 a octubre de 2020. Incluyo a diez mujeres, de entre 40 a 80 años, residentes en asunción y Gran Asunción (Paraguay), diagnosticadas con carcinoma mamario.

Las participantes del estudio son miembros de la Ong “AMACMA” (Asociación de Mujeres en Apoyo contra el cáncer de mama), de la que la investigadora es miembro.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La investigación se realizó mediante una entrevista semi-estructurada. El instrumento para la recolección de datos fue un cuestionario construido por la evaluadora, que constaba de 40 preguntas abiertas, el cual fue sometido a prueba piloto aplicada a cinco personas de la citada Asociación y posteriormente validado por cinco jueces expertos.

Análisis de resultados

La presentación de resultados de esta investigación está estructurada de la siguiente manera: la Dimensión Mórbido Oncológica, la Dimensión Emocional, y por último Consejos y Mensajes para las mujeres suministrados por las entrevistadas.

En cuanto a la dimensión Mórbido oncológica se analizaron: los síntomas iniciales que presentaron las mujeres que participaron del estudio; otras manifestaciones mórbidas de la paciente, los métodos utilizados para el diagnóstico, los entretelones de la comunicación del mismo a la paciente, el impacto en ella, y el involucramiento de la familia.

También se estudiaron los diferentes aspectos del tratamiento, la secuencia seguida, el impacto de los mismos y la etapa actual de avance. Y por último se enfatizó en los resultados obtenidos en los tratamientos y el impacto emocional de estos.

Dentro de la Dimensión Emocional se indagaron los siguientes indicadores: Historial Familiar y Emociones/Sentimientos negativos.

Dentro del Indicador Historial familiar encontramos las variables; estructura familiar, la permanencia cronológica al interior de esta estructura, la posición de la paciente dentro de esa estructura y los antecedentes de la pareja parental.

El Indicador Emociones/sentimientos negativos incluye las variables de: filiación, características del relacionamiento con la familia, experiencias traumáticas, vivencias dolorosas dentro y fuera de la familia, resentimientos y la manera de procesarlos.

Clasificación de la gravedad de los casos

Como insumo básico para la realización del análisis de resultados, se elaboró una clasificación de gravedad de los casos indicada por el asesor médico Dr. Robert Marengo, cirujano oncológico y mastólogo, quien fue consultado como parte de la investigación. Para elaborar la clasificación mencionada el doctor Marengo tomó como indicadores los resultados de los estudios de la anatomía patológica de las mujeres del grupo de estudio.

Tabla 1 Clasificación de gravedad de los casos

Caso	Nombre	DIAGNÓSTICO	Clasificación de la gravedad del cáncer *
1	Ana	Ca hormonal tipo III	Grave
2	Bianca	Carcinoma infiltrante del tipo no especial, moderadamente diferenciado (Grado 2) TNM: ypT2; ypN0, ypMx.	Grave
4	Clara	Cáncer ductal infiltrante grado II	Grave
5	Doris	Mama derecha: Carcinoma lobulillar in situ e infiltrante. Axila derecha: Carcinoma lobulillar metastásico en ganglio linfático.	Grave
8	Ema	Carcinoma lobulillar infiltrante, variedad usual de bajo grado nuclear. Axila, lado derecho, PAAF: Positivo para células malignas	Grave
9	Flavia	Carcinoma infiltrante de tipo especial, grado histológico 2. Receptores hormonales positivo (RE+, RP+) con sobreexpresión de Her 2 neu	Grave
10	Gladys	Carcinoma mucinoso residual. Grado histológico 2, grado citológico 2, índice mitótico 2. Según la AJCC: PT1, PN0, PMX, RCBC: RCB-1 – 1.196	Grave
3	Helena	Carcinoma mixto, áreas de carcinoma lobulillar clásico y áreas de carcinoma infiltrante de tipo no especial 40% pobremente diferenciado, grado 3. Clasificación TNM	Leve
6	Irma	Carcinoma ductal infiltrante (Grado III). HER 2/neu	Leve
7	Julia	Mama derecha: Carcinoma lobulillar infiltra Mama izquierda: parénquima mamario benigno con focos de papilomatosis nte de tipo convencional.	Leve

* Para clasificar la gravedad del cuadro de cada paciente se utiliza la nomenclatura de uso oficial en el CIE 10.

Tabla 2 - Perfiles de la madre y el padre en asociación a la gravedad del diagnóstico

Nombre	Madre	Padre	Diagnóstico
Ana caso 1	Violenta, exigente	Mimada	Grave
Bianca caso 2	Exigente, estricta	Súper papá	Grave
Clara caso 3	Buena	Controlador – alcohólico	Leve
Doris Caso 4	Violenta – Dura	Cariñoso	Grave
Ema caso 5	Estricta	Consentidor	Grave
Flavia caso 6	Buena	Huérfana de padre. Mimada por padrastro.	Leve
Gladys caso 7	Buena	Bueno protector	Leve
Helena caso 8	Ausencia emocional	Lo máximo	Grave
Irma caso 9	Ausencia emocional	Ausencia física	Grave
Julia caso 10	Exigente, estricta Ausencia emocional	Amigo	Grave

Dentro de los hallazgos más relevantes al estudiar los perfiles de la madre y el padre y el relacionamiento con ellos, se encontró en una mayoría de los casos, una *asociación llamativa entre una figura materna estricta, exigente y maltratadora y la aparición de un cáncer de mama grave* [cursiva agregada], Ana (caso 1), Bianca (caso 2), Doris (caso 4), Ema (caso 5), Helena, (caso 8), Irma (caso 9) y Julia (caso 10). También llamó la atención, como tendencia, el predominio de un perfil de padre cariñoso, contenedor y presente, la excepción es Irma (caso 9), quien no tuvo ningún tipo de relacionamiento con el padre.

Confirmando esta asociación, y como contracara de la misma, se tiene que en los tres casos donde la gravedad del cuadro es leve, la madre tiene un perfil contenedor, apoyador y cercano; Clara (caso 3), Flavia (caso 6) y Gladys (caso 7). Aquí también predominan los perfiles positivos de los padres, a excepción de Clara (caso 3).

Por lo tanto, como micro tendencia en este grupo de estudio, se ve que *en la aparición de un cuadro más grave de cáncer de mama, la figura asociada con mayor preponderancia sería la madre por encima de la del padre. Cuando el perfil de aquella es negativo y el relacionamiento con esta figura es conflictivo, la gravedad del cáncer de mama tendería a ser más severa* [cursiva agregada].

Tabla 3 - Relacionamiento con los hermanos en asociación a la gravedad del diagnóstico

Nombre	Relacionamiento con los hermanos	Diagnóstico
Ana Caso 1	Negativo	Grave
Bianca Caso 2	1 positivo 1 negativo	Grave
Clara Caso 3	1 positivo 1 negativo	Leve
Doris Caso 4	Positivo	Grave
Ema Caso 5	Positivo	Grave
Flavia Caso 6	2 Positivos 3 Negativos	Leve
Gladys Caso 7	2 positivo 2 negativo	Leve
Helena Caso 8	Negativo	Grave
Irma Caso 9	Negativo	Grave
Julia Caso 10	Negativo	Grave

Al analizar el tipo de relacionamiento con los hermanos, se encontró que la mitad de las mujeres integrantes del grupo de estudio presentan una asociación directa entre un relacionamiento negativo con estos y un diagnóstico de cáncer grave.

La aparente excepción de esta asociación directa serían Doris (caso 4) y Ema (caso 5) que refieren un relacionamiento positivos con las hermanas. Sin embargo, debemos señalar que estas dos mujeres tuvieron un relacionamiento conflictivo con sus respectivas madres, lo que estaría indicando una mayor incidencia de la figura materna respecto a la de los hermanos.

Referente a los casos de cáncer leve, Clara (caso 3), Flavia (caso 6) y Gladys (caso 7) la interrelación con sus hermanos podría calificarse de heterogénea, ya que, con algunos de ellos, la misma fue positiva y con otros negativa.

En este caso también es importante resaltar que estas mujeres, tuvieron madres con un perfil predominantemente positivo, lo que estaría sugiriendo que un buen vínculo con más la figura materna, atenúa el impacto de un relacionamiento negativo con otros miembros de la familia nuclear.

Tabla 4 - Experiencias de ira según tipo de familia asociadas a la gravedad del diagnóstico

Nombre	Familia nuclear	Familia ampliada	Nivel extra familiar	Diagnóstico
Ana Caso 1	La madre se hizo muy dependiente de ella y esto le produjo resentimientos. Hermanos delegaron sobre ella cuidado de los padres.	Embarazada de un hombre casado que la abandona. Se casa con otro y él se aprovechó económicamente de ella.		Grave
Bianca Caso 2	Ella cargó sola con la enfermedad de los padres y ahora lo sigue haciendo con la madre.		Tuvo una relación sentimental con un hombre que luego se enteró que ya estaba comprometido, pues ya tenía familia.	Grave
Clara Caso 3	Padre alcohólico y maltratador de su pareja, la madre de la entrevistada. El hermano mayor le pegó cuando ambos eran adolescentes, dejaron de hablarse, y él falleció sin que haya una reconciliación.	El esposo le fue infiel, además era celotípico, la sometía a mucha presión y estrés.		Leve
Clara Caso 4	La madre tras enviudar se casó con un hombre 30 años menor que ella, por lo que la entrevistada se fue a vivir al extranjero.	Los parientes, tanto maternos como paternos que despojaron a la madre de la herencia. De pequeña un primo algo más grande la despoja de su ropa interior y fueron sorprendidos por su padre que les reclama el hecho.	Estrés laboral severo, diagnóstico de sourmenage y bournot	Grave
Ema Caso 5	La madre fue muy estricta al punto de influenciar en la elección de la carrera profesional.	El cuñado no brindó a su la atención en la salud necesaria.	Pasó situaciones muy desagradables con dos profesoras en su época de directora de escuela.	Grave
Flavia Caso 6	De niña se sintió muy oprimida por sus hermanos mayores cuando estuvo a cargo de ellos. De adulta, considera que su hermana le robó a su hijo anulándola como madre.	El padre de su hijo la abandona por otra mujer y viaja a España. Nunca estuvo presente en la vida del hijo.		Leve
Gladys Caso 7	Dos de sus hermanos se quedaron con parte de la herencia paterna.	No tiene dolor ni resentimientos con personas fuera de entorno familiar, sólo lo ocurrido		Leve

		con sus hermanos.		
Beatriz Caso 8	Sentía que la madre tenía una marcada preferencia hacia la hermana mayor.	Tenía problemas con mi esposo de celos, él tenía unos celos enfermizos que uuyyy!, bueno, ahora se tranquilizó bastante.	Estrés laboral severo que requirió internación.	Grave
Enilce Caso 9	La madre la entregó a los 8 años de edad a los padrinos para su crianza.	Su ex marido le fue infiel repetidas veces con las empleadas de su empresa.	Sufría acoso por parte de la ex esposa de su marido.	Grave
Laura R Caso 10	No recibió por parte de la madre el cariño, que necesitaba, esta insistía en que ella por ser la mayor debía ser ejemplo para los hermanos. Sus hermanos no aceptaron a su esposo porque no se había hecho responsable de los hijos en un principio.	Su marido se empezó a responsabilizar recién desde el segundo embarazo, (cuando la hija del matrimonio ya tenía 3 años de edad)		Grave

Cuando se analizan las experiencias de ira o resentimientos según el tipo de familia se nota una asociación directa de los casos graves de cáncer de mama con experiencias de ira en los tres niveles considerados: familia nuclear, ampliada y nivel extra familiar. En esta situación están Doris (caso 4), Ema (caso 5), Helena (caso 8) y Irma (caso 9)

Continuando la tendencia los restantes casos graves presentan experiencias de ira con sus dos tipos de familia: Ana (caso 1), y Julia (caso 10); lo cual sugiere para este grupo estudiado que la ira experimentada con los familiares es preponderante en la determinación de la gravedad del cáncer manifestado.

El hecho de que Bianca (caso 2) haya experimentado ira en la familia nuclear y en el nivel extra familiar, estaría sugiriendo que entre ambos tipos de familia (nuclear – ampliada), la primera tendría mayor preponderancia que la segunda en la determinación eventual de la gravedad del cáncer manifestado.

Referente a los cuadros de gravedad leve, Gladys (caso 7) experimentó ira en un solo nivel familiar. Las otras dos entrevistadas, Clara (casos 3) y Flavia (caso 6) si bien experimentaron ira en los dos niveles familiares (nuclear y ampliada), se destaca el hecho de que fue con hermanos y parejas, en ambos casos, y con el padre en el caso de Clara. En estos casos la figura materna no fue objeto de esta emoción.

Tabla 5 - Resentimientos: formas de procesamiento en asociación con la gravedad del diagnóstico

Nombre	Resentimientos	Forma de procesar	Diagnóstico
Ana Caso 1	Hacia los hermanos por el descuido de los padres. Hacia la madre por sobre exigirle.	Confrontó a los hermanos y tuvo cierta receptividad.	Grave
Bianca Caso 2	Hacia la madre por delegar exclusivamente sobre ella el cuidado de su abuela y de su padre. Hacia la hermana por no haberse involucrado en los cuidados de los familiares citados. Hacia su novio por haberle ocultado que ya tenía familia.	No hizo psicoterapia antes del diagnóstico del cáncer de mama.	Grave
Clara Caso 3	Hacia su hermano mayor por le pegó y hacia su esposo le fue infiel	No hizo psicoterapia antes del diagnóstico del cáncer de mama.	Leve
Doris Caso 4	Hacia a madre porque se volvió a casar con un hombre 30 años más joven y al padrastro.	Hizo tratamiento psiquiátrico y psicológico mientras vivía en el extranjero. Interrumpió al mudarse a otra ciudad.	Grave
Ema Caso 5	Hacia unas profesoras en su época de directora porque eran rebeldes, le hacían la vida imposible, no querían amoldarse a las normas.	No hizo psicoterapia. Su estrategia fue apoyarse en la espiritualidad.	Grave
Flavia Caso 6	Hacia sus hermanas	No hizo psicoterapia antes del diagnóstico del cáncer de mama.	Leve
Gladys Caso 7	Hacia los hermanos porque la despojaron de la herencia al fallecer el padre.	No hizo psicoterapia, sino se apoyó en la espiritualidad y la fe. Está esperando que los hermanos le pidan perdón.	Leve
Helena Caso 8	Hacia la madre por la marcada preferencia hacia la hermana mayor. Hacia el esposo por los celos.	No hizo psicoterapia antes del diagnóstico del cáncer de mama.	Grave
Irma Caso 9	Hacia la madre por entregarla para ser criada por los padrinos desde los 8 años de edad. Hacia su ex esposo porque le fue infiel repetidas veces y aceptó muy fácil el divorcio.	Cuando vivía en el extranjero estuvo un tiempo internada en un hospital psiquiátrico y luego continuó con terapia psicológica. Retomó la terapia ya en el país durante su embarazo, pero abandonó nuevamente al nacer su hijo.	Grave
Julia Caso 10	Hacia la madre por la ausencia emocional. Hacia su esposo por no haberse hecho cargo durante los primeros 3 años de vida de la hija en común.	No hizo psicoterapia antes del diagnóstico del cáncer de mama.	Grave

En lo referente a los resentimientos y las formas de procesamiento en asociación con la gravedad del diagnóstico se tiene que la mitad de las mujeres; Ana (caso 1), Bianca (caso 2), Ema (caso 5), Helena (caso 8) y Julia (caso 10), con diagnóstico de cáncer grave de mama, no recibió psicoterapia para procesar sus resentimientos previos al diagnóstico.

Dos de ellas con cáncer grave Doris (caso 4) y Irma (caso 9), si bien iniciaron psicoterapia y tratamiento psiquiátrico cuando vivían en el extranjero, no perseveraron en los mismos. Como dato adicional se enfatiza el hecho de que los rencores de estas dos mujeres son con sus respectivas madres, en consonancia con lo ya señalado anteriormente.

Respecto a las mujeres con diagnóstico de cáncer leve, Clara (caso 3), Flavia (caso 6) y Gladys (caso 7), si bien ninguna de ellas realizó psicoterapia, lo común en todas ellas es que sus resentimientos no están relacionados a la figura materna, sino a los hermanos; lo cual vuelve a reafirmar la importancia de la figura materna en la eventual determinación de la gravedad del cáncer de mama contraído.

Finalmente, *aquí emerge con claridad, la importancia que tiene la psicoterapia como recurso de prevención frente a este tipo de patologías neoplásicas* [cursiva agregada]. Además de los ya consabidos cuidados referentes al estilo de vida y la alimentación, se considera importante empezar a incluir la atención a las emociones y sentimientos como otro frente de previsión del cáncer de mama.

Tabla 6 - Historial de Morbilidad en Asociación con el Diagnóstico y la Evolución

Nombre	Antecedentes	Diagnóstico	EVOLUCIÓN
Ana Caso 1	Hipertensión, diabetes, litiasis renal, apendicitis, rinitis alérgica, hipocomdríasis, VPH, células pre cancerígenas en el cuello del útero, esterilidad psicógena, pensamientos suicidas. Embarazo con preeclampsia,	Grave	Recaída 2017, toraxoscopia. Requirió radioterapia, purpura trombositopénica idiopática, plaquetas bajas, ostiopenia, dolores muy intensos. Fallece en junio del 2021.
Bianca Caso 2	Hipertensión, operada de várices, estrés, ataque de pánico.	Grave	Todo dentro de los parámetros normales
Clara Caso 3	Problemas en la garganta, alergias respiratorias, tiroiditis, problemas articulares por sobrepeso.	Leve	Excelente resultado del mismo.
Doris Caso 4	Hiperreactibilidad emocional, estrés crónico, burnout, surmenage. Miomas. Contracturas musculares severas área del omóplato.	Grave	Tratamiento con evolución adecuada.
Ema Caso 5	Amigdalitis (cirugía), apendicitis, litiasis vesicular, hemorroides (cirugía), asma alérgica.	Grave	Tratamiento con evolución adecuada.
Flavia	Migraña idiopática crónica (8 a 17 años de edad) (desaparece cuando fallece la madre)	Leve	Tratamiento con evolución adecuada.

Caso 6			
Gladys	Cefaleas eventuales.	Leve	Tratamiento con evolución adecuada.
Caso 7			
Helena	Contracturas musculares severas, en el área del omóplato. Cefaleas eventuales. Estrés crónico.	Grave	Tratamiento con evolución adecuada.
Caso 8			
Irma	Estrés infantil. Cefaleas, contracturas musculares, dolores articulares y en zona renal.	Grave	Tratamiento con evolución adecuada.
Caso 9			
Julia	Sin antecedentes.	Grave	Tratamiento con evolución adecuada.
Caso 10			

Al revisar el historial de morbilidad en asociación con el diagnóstico y la evolución, se nota un predominio de numerosos antecedentes mórbidos en la mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama grave: Ana (caso 1), (caso 2), Doris (caso 4), Ema (caso 5), Helena (caso 8) e Irma (caso 9). Julia, (caso 10), se aparta de esta tendencia, pues no refiere historial de morbilidad previo al diagnóstico.

Si bien la mayoría de estos casos presentó una evolución adecuada al tratamiento oncológico, la excepción fue Ana, (caso 1), quien falleció antes de la finalización de esta investigación por complicaciones del cáncer de mama (junio 2021) y que resultó ser de entre todas las mujeres integrantes del grupo de estudio, la que más enfermedades registró en su historial mórbido.

En contrapartida, para los casos de cáncer de mama de gravedad leve se notó una tendencia a presentar pocas enfermedades como parte de su historial mórbido; Flavia (caso 6) y Gladys (caso 7). Clara (caso 3), fue la única que sí tuvo varios antecedentes mórbidos previos al diagnóstico de cáncer de mama.

Como conclusión referente a este cruzamiento de variables se tiene que, *para este grupo de estudio* [cursiva agregada], existiría una asociación directa entre un historial mórbido numeroso y la manifestación de un cáncer de mama grave; y entre un historial mórbido escaso y un diagnóstico de cáncer de mama leve.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones de esta investigación está el hecho de ser un Estudio Cualitativo, (grupo de estudio compuesto por diez mujeres). De ahí que este trabajo al ser una aproximación exploratoria, no permite generalizar los resultados a toda una población pues para ello harían falta investigaciones estadísticamente representativas.

Discusión

Al hacer un paralelismo con investigaciones anteriores, se ha encontrado consonancia con el trabajo de Espino y García (2017) "Cáncer de mama y su relación con el manejo de las emociones y el estrés", cuyos hallazgos sugieren que la etiología del cáncer de mama puede relacionarse con situaciones estresantes vividas en la infancia, represión de sentimientos, tensión crónica, depresión, ansiedad y estrés.

Lo mismo en cuanto a la investigación del doctor Pere Gascón, (2017) cuyos hallazgos sugieren que la causa del cáncer es esa situación personal negativa. El estrés emocional crónico, continuo, que puede tener su origen en una vida familiar infernal puede poner en marcha el proceso que inicia un cáncer.

También se halló consonancia con lo descubierto por Cabrera et al. (2017), quienes estudiaron las relaciones socio-afectivas, experiencias traumáticas, depresión, estados emocionales y otras variables estructurales como el temperamento, carácter y rasgos de la personalidad, que pueden producir una disminución inmunológica, así como modificaciones en el comportamiento de las funciones endocrinas y fisiológicas, las que pueden facilitar la aparición de formaciones neoplásicas.

Si bien dentro de los objetivos iniciales de esta investigación no se contempló la posible asociación entre un historial mórbido numeroso y la gravedad del cáncer de mama, la misma surgió en el curso del estudio de conformidad con Martínez (2011), quien presentó el caso de una paciente con un historial de enfermedades psicosomáticas previas a la aparición de una neoplasia.

Por su parte, la relación de los factores de riesgo biológicos y factores psicológicos, tales como la depresión, el estrés y la ansiedad, y la vinculación de estos con el organismo, desde la perspectiva de la psiconeuroinmunoendocrinología, estudiada por Rodríguez (s/f) concluye que, si estos trastornos psicológicos están presentes en el cáncer de mama, sería posible, a través de la intervención psicológica, alterar la respuesta inmune del organismo de manera favorable.

Estos resultados podrían ser utilizados en el plano de la prevención primaria, en el desarrollo y ejecución de acciones educativas sobre salud mental y el adecuado manejo y gestión de la emociones, tanto a nivel de la población en general como de los profesionales médicos para que estos puedan realizar las derivaciones necesarias al profesional psicólogo cuando a criterio de aquellos la situación lo amerite.

Este trabajo podrá servir como antecedente para emprender estudios de mayor alcance estadístico, que permitan delinear acciones futuras de prevención primaria en coordinación con las diferentes instituciones, estamentos y actores protagonistas del cuidado de la salud mental, no sólo a nivel nacional sino también en el plano regional e internacional.

Conclusiones generales

El objetivo general de esta investigación fue “Determinar los factores psicológicos asociados al inicio y desarrollo del carcinoma mamario”.

Comunicación de su diagnóstico a las pacientes: su impacto

La mitad de los casos consideraron que la forma de la comunicación por parte del profesional médico que la realizó, fue brusca, sin cuidar mucho las formas. Adicionalmente, en la mitad de los casos el impacto de la comunicación fue negativo y muy trágico, máxime cuando la mayoría de ellas no estuvieron acompañadas por ningún familiar o persona allegada para recibir el diagnóstico

Tratamientos, su impacto físico y emocional y la conformidad con los resultados

Los tratamientos suministrados a estas mujeres se ajustaron a los protocolos usuales de uso estándar de la medicina oncológica, incluyendo procedimientos tales como radioterapia, quimioterapia, cirugía radical (mastectomía) o parcial (cuadrantectomía).

En cuanto al impacto físico de las cirugías, una gran mayoría no tuvo problemas con el post-operatorio. Con referencia a la radioterapia la mayoría tampoco reportaron malestar alguno.

En relación a la quimioterapia, y como es de esperarse dada la naturaleza de este procedimiento, todas las mujeres fueron afectadas en mayor o menor medida por náuseas, vómitos, malestares estomacales, deshidratación, descompensación, llagas bucales y dérmicas, diarreas, dolor abdominal, cefaleas, y defensas bajas (plaquetas).

En lo referente al impacto emocional del tratamiento la mitad de las integrantes del grupo de estudio, se vio muy afectada, destacándose el hecho de que lo que más les afectó fue la pérdida del seno y consiguiente impacto en su vida sexual (vergüenza para volver a tener relaciones sexuales con sus maridos)

Finalmente, respecto a la conformidad con los resultados de los diversos tratamientos recibidos, se tiene que la mayoría de ellas expresaron su beneplácito con los efectos obtenidos en cada uno de ellos.

Dimensión Emocional

Se analizaron los distintos aspectos de la vida emocional de las mujeres integrantes del grupo de estudio, desde su infancia en el hogar familiar, hasta el momento de manifestar el cáncer de mama, realizarse los estudios correspondientes, ser diagnosticadas como portadoras de esta afección, e iniciar los correspondientes tratamientos. Las variables claves en este historial son:

La relación entre los padres como determinante del ambiente familiar

Al analizar las características del relacionamiento entre sí como pareja, de los padres de las entrevistadas, se halló que en la mayoría de los casos la relación fue conflictiva: por un lado

aparecen padres (varones) alcohólicos, celosos, maltratadores o ausentes para con sus parejas. Del otro lado, se tienen madres que debieron asumir el sostenimiento de la familia sobre sus hombros, lo que tal vez incidió en la determinación del perfil que estas manifestaron para con sus hijas al interior del hogar.

Características del relacionamiento con la familia original (madre, padre y hermanos)

Se realizó un relevamiento respecto a las características de la vinculación con los integrantes de la familia original de las mujeres integrantes del grupo de estudio.

Respecto a las madres, el perfil predominante es de madres exigentes, estrictas, maltratadoras y duras para con sus hijas (las mujeres entrevistadas).

En contrapartida, la mayoría de ellas refirió haber tenido un buen relacionamiento con el padre.

Con respecto a los hermanos, se tiene un predominio de mujeres que no tuvieron un buen relacionamiento con éstos, por diversas razones.

Por tanto, respecto a estos dos primeros elementos citados, se considera válido concluir que *estas mujeres crecieron al interior de una familia claramente disfuncional (conflictos de pareja entre los padres, conflictos de los hijos con la figura materna y entre hermanos), lo cual ya constituye un primer impacto negativo emocional en sus vidas* [cursiva agregada].

Emociones y sentimientos negativos

El marco teórico adoptado, identifica unos diez (10) factores psicológicos emocionales que incluyen emociones, sentimientos y trastornos afectivos incluyendo: -ansiedad, depresión, estrés, vergüenza, dolor emocional, miedo, tristeza, culpa, ira y resentimiento/rencor.

Se pudieron identificar numerosas experiencias de vida, tanto durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta, en la que todas las participantes del estudio experimentaron estas emociones y sentimientos negativos, tanto al interior de la familia nuclear, de la familia ampliada y en el ámbito extra-familiar (con personas no emparentadas).

Por tanto, en lo referente a este grupo de estudio en particular, *se da por confirmada la asociación directa entre estos factores emocionales negativos, que al no haber sido adecuadamente procesados con una intervención psicológica eficaz (psicoterapia), incidieron de manera importante en la aparición del cáncer de mama en todos los casos estudiados y determinaron un diagnóstico de mayor gravedad en la mayoría de estas mujeres* [cursiva agregada].

Un destaque especial merecen por su impacto, la emoción de la ira y el sentimiento del rencor, en particular cuando ambos factores están relacionados a la figura materna (la madre).

Recomendaciones

Las recomendaciones que siguen a continuación están en concordancia con la Política Nacional de Salud 2015-2030 (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social- República del Paraguay); de *adoptar los nuevos criterios de manejo terapéutico, que incluyen componentes de nutrición, enfermería oncológica, psicooncología y fisioterapia*, en el plano de la prevención primaria. También con lo planteado por las propias entrevistadas.

Dada la preponderancia emocional del rol parental en la vida de los hijos, se recomienda emprender acciones para el logro de la “alfabetización emocional de los progenitores”, en especial de las madres, a fin de que estas estén en mejores condiciones de poder dar una buena crianza, contención y acompañamiento emocional a sus hijos.

Emociones/Sentimientos negativos: instrumentar proyectos y actividades para concienciar a la población en general sobre la importancia de buscar o solicitar apoyo psicológico (psicoterapia) para lograr la resolución de los traumas emocionales generados por las emociones y sentimientos negativos.

Se debe educar a la población para buscar ayuda psicológica ante ciertas señales. Aquí el papel del médico es fundamental para realizar las derivaciones necesarias al profesional psicólogo cuando a criterio de aquel la situación lo amerite.

En particular para las mujeres, habilitar el acceso rápido a distintos recursos y herramientas para el procesamiento de las emociones negativas, a través de terapias individuales, grupos de apoyo y talleres de aprendizaje emocional.

A nivel de intervención una vez diagnosticado el cáncer de mama

Configurar y ejecutar proyectos para capacitar a los médicos en el *suministro de una “comunicación humanizada del diagnóstico” a las pacientes, o mejor aún, establecer como protocolo la delegación de esta comunicación a profesionales psicólogos* [cursiva agregada].

Al momento de la recepción del diagnóstico por parte de las pacientes, establecer como protocolo estrictamente obligatorio la necesidad de concurrir a las consultas acompañadas por algún familiar, pareja o amistad de modo a asegurar una mejor contención emocional ante la comunicación del diagnóstico. Hasta el momento, esta medida parece depender enteramente del criterio unilateral del médico tratante.

Luego del diagnóstico, generar servicios de “orientación y acompañamiento emocional a los familiares” para concienciarles sobre su rol preponderante en el suministro de apoyo material y contención emocional a las pacientes, brindándoles herramientas y habilidades para tales efectos.

Red de contención: alentar la puesta en marcha y generación de distintas organizaciones de la sociedad civil, que trabajen en diversos proyectos de alcance social, suministrando contención a pacientes oncológicos y sus familiares.

Apoyo emocional durante las diferentes etapas de la terapia: una vez iniciados los procedimientos que integran los tratamientos contra el cáncer de mama, ofrecer servicios de apoyo emocional a las pacientes y familiares, en especial después de las distintas sesiones de quimioterapia.

Conclusión

Como conclusión referente a esta investigación se tiene que, para este grupo de estudio, existiría una asociación directa entre un historial mórbido numeroso y la manifestación de un cáncer de mama grave; y asociación directa entre un historial mórbido escaso y un diagnóstico de cáncer de mama leve.

Queda confirmada, en este grupo de estudio, la asociación entre ansiedad, depresión, estrés, vergüenza, dolor emocional, miedo, tristeza, culpa, ira y rencores (en particular hacia la madre) no procesados con psicoterapia; como determinantes del inicio del cáncer de mama, y como determinantes de una mayor gravedad del cáncer de mama diagnosticado.

Referencias / References

Ackerknecht, E. (2004). Historia de la medicina. *Revista Humanidades*, 3(2). 180-193.

https://www.dendramedica.es/revista/v3n2/Historia_de_la_medicina_psicosomatica.pdf

Álava Reyes, S. (2020). *Dolor emocional: ¿Qué es y cuáles son sus consecuencias?*.

Funespaña. <https://www.funespana.es/dolor-emocional-que-es/>

Almanza Muñoz, J. D., y Holland, J. C. (2000). Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206.

<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=3779>

Álvarez, J. M. (2013). La tristeza y sus matices. *Temas de Psicoanálisis*. (6), 1-14.

<https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2017/05/PDF-JOSE-MARIA-ALVAREZ-LA-TRISTEZA.pdf>

Balladares, S., y Saiz, M. (2015). Sentimiento y afecto. *Ciencias Psicológicas*, 9(1), 63-71.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000100007

- Bedoya Dorado, C., y Velásquez Fernández, A. (2014). Análisis de la Incidencia del Miedo en la Organización Desde la Perspectiva Psicobiológica. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2), 351-362. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692014000200009&lng=en&tlng=es
- Berrocal, C., Fava, G. A., y Sonino, N. (2016). Contribuciones de la Medicina Psicosomática a la Medicina Clínica y Preventiva. *Anales de Psicología*, 32(3), 828-836. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.32.3.219801/196831>
- Burone, Á. (2008). *Cáncer de mama. Comunicación diagnóstica y relación terapéutica* [Tesina, Universidad de Belgrano]. http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/214/238_burone.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Cabrera Macias, Y., Alonso Remedios, A., López González, E., y López Cabrera, E. (2017). ¿Nos enferman las preocupaciones? Una respuesta desde la Psiconeuroinmunoendocrinología. *MediSur*, 15(6), 839-852. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000600013&lng=es&tlng=es
- Corbin, J. A. (2016). *Psicología emocional: principales teorías de la emoción*. Psicologiaymente.com. <https://psicologiaymente.com/psicologia/psicologia-emocional>
- Escudero, P. C. (2020). *Dolor emocional: diferencia entre dolor emocional, psicológico y físico*. Psicólogos en Madrid. <https://www.manuelescudero.com/diferencia-entre-dolor-emocional-psicologico-y-fisico/>
- Espino Polanco, A. C., y García Cardona, M. (2018). Cáncer de mama y su relación con el manejo de las emociones y el estrés. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2), 145-155. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182l.pdf>
- Francia, G. (2021). *Qué es la culpa en psicología*. Psicología-Online. <https://www.psicologia-online.com/que-es-la-culpa-en-psicologia-5569.html>
- Gascon, D. P. (2017). El estrés emocional crónico puede iniciar el proceso de un cáncer. (Á. Gallardo, Entrevistador) Cataluña. <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20170718/pere-gascon-el-estres-emocional-cronico-puede-iniciar-el-proceso-de-un-cancer-6176396>
- Glover., M. (6 de julio de 2021). *Diferencia entre emoción y sentimiento en psicología*. Psicología-Online.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2014). *Estrés psicológico y el cáncer*. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/hoja-informativa-estrés>

- Martínez de San Vicente, S. A. (2011). Enfermedades psicosomáticas y cáncer. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1(1), 1-32.
https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/enfermedades_psicosomaticas_y_cancer.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2016). *Manual Nacional de normas y procedimientos para la prevención y el control del cáncer de mama en Paraguay*. Asunción, Paraguay: MSP y BS.
- Montejano, S. (2014). *Tristeza: psicología de las emociones*. PsicoGlobal.
<https://www.psicoglobal.com/blog/psicologia-emocion-tristeza>
- Montejano, S. (2019). *Psicología de las emociones: la vergüenza*. PsicoGlobal.
<https://www.psicoglobal.com/blog/psicologia-emociones-vergüenza>
- Oblitas, L. A. (s/f). *Las emociones y su importancia en psicología*. Instituto Salamanca.
<https://institutosalamanca.com/blog/las-emociones-y-su-importancia-en-la-psicologia/>
- OMS/OPS (2017) https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Orjuela Sánchez, P., Pimasi Torres, I., Culebrasi Fito, N., y Davidoch, C. (s/f). *Influencia de determinados factores psicológicos en la génesis del cáncer*. Psicologiamaresme.com.
<https://www.psicologiamaresme.com/descarga/Estresycancer.pdf>
- Pérez Nieto, M. A., Redondo, M. M., León L. (2008) Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción REME Volumen XI (28)*
<http://reme.uji.es/articulos/numero28/article6/article6.pdf>
- Pérez Sales, P. (2011). La culpa traumática y sus contextos: reflexiones sobre una psicología de las decisiones morales. *Átopos*, 17-32. http://www.pauperez.cat/wp-content/uploads/2017/11/17-32_La_culpa_traumatica_y_sus_contextos.pdf
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E., y Oblitas Guadalupe, L. A. (2010). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2),85-112. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
- Psicólogos en Madrid (s/f) Tipos de vergüenza
<https://psicologosenmadrid.eu/tag/tipos-de-vergüenza/>
- Robert, V., Álvarez, C., y Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista médica Clínica Las Condes*, 24(4). 677–684.
https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/14_Ps.-Ver-%C2%A6nica-Robert-M.pdf
- Rodríguez Dos Santos, M. J. (s/f). *Cáncer de mama: desde una perspectiva Psiconeuroinmunoendocrinológica*. Universidad de la república- Facultad de psicología.

- Rodríguez Dos Santos, M. J. (s/f). *Cáncer de mama: desde una perspectiva Psiconeuroinmunoendocrinológica*. Universidad de la república- Facultad de psicología.
- Viollaz, M. D. (2004). *Influencia del estrés y la personalidad en la etiología de cáncer: formas de prevenirlo*. [Tesis, Universidad de Belgrano].
http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/257/105_viollaz.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Virues, R. A. (2005). *Estudio sobre ansiedad*. Psicología científica.com,
<http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>