



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

ABORDAJE TANATOLÓGICO CON PACIENTES DE CÁNCER DE MAMA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN
TANATOLOGÍA QUE
PRESENTA:

MÓNICA ESTRADA ROJAS



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| I. JUSTIFICACIÓN | 1 |
| II. EL CÁNCER | |
| A. Concepto de cáncer | 4 |
| B. Cáncer de mama | 6 |
| C. Tipos de cáncer de mama | 7 |
| D. Causas y factores de riesgo | 12 |
| III. TRATAMIENTO | |
| A. Cirugía | 15 |
| B. Quimio | 16 |
| C. Radioterapia | 17 |
| D. Terapia Hormonal | 17 |
| E. Otras opciones | 18 |
| IV. GRUPOS DE APOYO EN CÁNCER DE MAMA | |
| A. FUCAM | 20 |
| B. Network of Stength | 21 |
| C. Grupo Reto | 22 |
| D. Asociación Mexicana contra el Cáncer de Mama AC. Fundación CIMA | 24 |
| V. PARTICIPACIÓN DE LA TANATOLOGÍA EN EL CASO DEL PACIENTE DE CÁNCER DE MAMA | 26 |
| VI. CASO VIVENCIAL MÓNICA ESTRADA ROJAS | 35 |
| VII. CONCLUSIONES | 39 |
| VIII. BIBLIOGRAFÍA | 42 |

DEDICATORIAS

A Dios por la segunda oportunidad de vida que me ha dado.

A mi padre que estoy segura que donde quiera que este me sigue apoyando en mi camino.

A mi madre y hermanos por su cariño y apoyo.

A ti Ricardo por el apoyo y amor que me has brindado en los buenos momentos y en el camino difícil que nos tocó vivir.

A mis hijas Mónica y María José que son en gran medida el sentido de mi vida. Gracias por su amor.

Guadalupe, hermana no tengo palabras para agradecerte todo el amor y apoyo que me brindaste durante mi enfermedad, así como toda la ayuda que me has dado para la elaboración de la tesina.

A todas mis amigas y amigos y demás personas que de alguna forma u otra estuvieron conmigo en mi enfermedad y me apoyaron en mi diplomado.

Gracias AMTAC

I. JUSTIFICACIÓN

Por su frecuencia cada vez mayor, el cáncer de mama es actualmente uno de los principales problemas de salud de la mujer mayor de 40 años. En México este tipo de cáncer es la segunda causa de muerte, después del cérvico uterino. El creciente aumento de la enfermedad se encuentra estrechamente relacionado a:

- a) el envejecimiento de la población
- b) con una mayor prevalencia de los factores de riesgo de la población femenina.

En nuestro país donde tenemos diferencias regionales importantes, con mayor frecuencia el cáncer de mama se da en los estados del norte y centro del país, donde las mujeres gozan de un estado socioeconómico y cultural más elevado, mientras que, en los estados donde predomina la población indígena y de menor nivel socioeconómico la frecuencia es mucho más baja. Estas observaciones sugieren que los factores ambientales y de estilo de vida, particularmente la dieta, juegan un papel muy importante en el desarrollo del cáncer de mama.

En México hay incluso estados de la República donde el cáncer de mama ha rebasado ya al carcinoma cervicouterino como primera causa de mortalidad en mujeres, como es evidente en el estado de Jalisco donde desde 1997 el cáncer de mama ocupa el primer lugar, con una tasa de mortalidad de 15.82% por 100.000 mujeres y la frecuencia de cáncer de mama es ya casi similar (17.9% vs. 18.8%) a la del cáncer cervicouterino.

Un gran porcentaje de los cánceres de mama en México se diagnostican en etapas avanzadas. Muchos de ellos (45.5%,) en mujeres menores de 50 años de edad con una mediana de 51 años a diferencia de las mujeres de Estados Unidos quienes tienen mediana de 63 años y de los países de Europa (mediana de 60 a 64 años), donde sólo una cuarta parte de las pacientes son menores de 50 años. Esto representa que el cáncer de mama en las mujeres mexicanas se desarrolla una década antes que en las mujeres blancas de Estados Unidos de América y de países de Europa. Es también importante considerar que en nuestro país, también incide el bajo nivel cultural de la población, la falta de información oportuna, la falta de recursos técnicos para realizar mastografías a las mujeres en riesgo y por ello el cáncer de mama se

diagnostica más frecuentemente en fases avanzadas (Etapas III y IV) con probabilidades de curación de sólo 35%, con el inherente impacto familiar, social y económico por la muerte del 65% de las pacientes. Es importante señalar que 60% de las pacientes con etapas III son mujeres menores de 50 años y 68% pre o perimenopáusicas, con mediana de 47 años, lo que sugiere que en las mujeres más jóvenes no se hace el diagnóstico con la oportunidad debida y que se debe de modificar el criterio de análisis y estudios en ellas. Comparativamente, en los Estados Unidos de Norteamérica, 80% de los casos de cáncer de mama se diagnostican en etapas I y II, con probabilidades de curación mayores al 80%. De las mujeres muertas por cáncer de mama en México, 47% correspondieron a mujeres entre los 45 y 64 años de edad con una media de edad al morir de 58 años.

En el Distrito Federal hay 800.000 mujeres mayores de 35 años que no tienen acceso a efectuarse un estudio para cáncer de mama. Es por ello trascendental el programa de- pesquisa mastográfica diseñado por FUCAM y financiado por el Gobierno del Distrito Federal, que fue programado para 2005-2006, donde se propuso hacer el escrutinio anual de las mujeres en riesgo (80,000) del Distrito Federal y de incrementar anualmente esa cobertura acorde a la disponibilidad de recursos del gobierno. Para poder disminuir la mortalidad por cáncer de mama será necesario tener una adherencia anual al programa de pesquisa lo más alto posible y continuidad por un período mayor a 5 años. Los resultados preliminares de este programa muestran que 75% de los cánceres diagnosticados a través de la pesquisa mastográfica se encuentran en etapas tempranas (E-0, El y Ella) similar a las cifras de los Estados Unidos, corroborando que sí se puede disminuir la mortalidad por cáncer de Mama en México si seguimos por ese camino.

En agosto del 2009 me fue diagnosticado cáncer de seno y pasé a ser un ejemplo claro de la situación típica de este tipo de cáncer en México; vivo en la zona centro del país, pertenezco a un nivel socio económico medio, se me diagnosticó la enfermedad en fase avanzada y soy una mujer menor de 50 años y aunque parezca increíble también fui víctima de nuestro bajo nivel cultural y de educación preventiva, aún de nuestros propios médicos, ya que la doctora que me atendía no dio importancia a síntomas claros de la presencia de la enfermedad, desconfiada busqué información y

decidí tener una segunda opinión, pero nunca tomé conciencia de la importancia del tiempo y dejé pasar cerca de un año. Después de un año se me hacen estudios serios y soy diagnosticada con cáncer de mama, a partir de ese momento, la percepción que tenía de la vida cambió y fue a través de lo que llevaba estudiado en el diplomado de tanatología lo que me ayudó a entender mejor esta enfermedad. Gracias a ella pude comprender mi proceso de duelo y aceptar cada uno de los sentimientos y necesidades por los que estaba pasando durante mi enfermedad. También me hizo dar cuenta que la vida no la tenemos comprada y que puede cambiar de un momento a otro, por lo tanto, siempre hay que vivir el día a día como si fuera el último.

Siendo madre joven de dos hijas de mediana edad, me doy cuenta que es necesario estar preparada para este tipo de enfermedades pues es algo que probablemente voy a heredar a mis hijas, así como la actitud que haya tomado ante tal situación.

Toda esta vivencia quiero compartirla con aquellas mujeres que hayan o estén padeciendo esta enfermedad para ayudarlas a poder enfrentarla no sólo desde un aspecto de necesidad física, sino también espiritual, social, familiar y de religión. De la misma manera considero de igual importancia auxiliar a los familiares a aceptar la enfermedad y hacerles entender que ellos son gran apoyo para el enfermo, sobre todo la pareja, pues en gran medida la forma en que uno puede reaccionar y la actitud que uno llevará ante esta enfermedad, está muy relacionada a la forma en que reacciona la pareja.

*Siempre me preguntan cómo es la muerte. Contesto que es maravillosa. Es lo más fácil que vamos a hacer jamás.
La vida es ardua. La vida es lucha.
La vida es como ir a la escuela, recibimos muchas lecciones.
Cuanto más aprendemos, más difíciles se vuelven las lecciones.
Cuando se aprende la lección, el dolor desaparece”
Elizabeth Kübler Rose*

II. CÁNCER

A. CONCEPTO DE CÁNCER

La palabra “cáncer” es empleada para definir un grupo de enfermedades que tienen un denominador común: la transformación de la célula normal en otra, que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo humano.

Las células normales crecen a un ritmo limitado y permanecen dentro de sus zonas correspondientes.

Una célula normal pasa a convertirse en una célula cancerosa debido a un cambio o mutación en el ADN, a veces esas células, cuya carga genética ha cambiado, mueren o son eliminadas en los ganglios linfáticos. Pero, otras veces, siguen con vida y se reproducen. Las células cancerosas tienen un aspecto diferente, bien porque su forma ha cambiado o porque contengan núcleos más grandes o más pequeños. Estas células son incapaces de realizar las funciones que corresponden a las células pertenecientes a ese tejido, generalmente se multiplican muy rápidamente, porque les falta un mecanismo de control del crecimiento y con frecuencia, son inmaduras debido a que se multiplican de una forma muy rápida y no tienen tiempo suficiente para crecer plenamente antes de dividirse. Al formarse un gran número de células cancerosas, se amontonan, presionan o bloquean a otros órganos y les impiden realizar su trabajo; como no se limitan al espacio originario donde se forman, y se extienden a otras zonas, se dice que son invasivas.

Estas células invasivas tienden a emigrar a otros lugares a través de la sangre o de la linfa. Las células que se encargan de la defensa del organismo suelen destruirlas, así separadas, pero si sobreviven pueden producir un nuevo crecimiento en un lugar diferente, metástasis y dañar a otros órganos.

La metástasis es la propagación a distancia, por vía fundamentalmente linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades diferencian a los tumores malignos de los benignos, que son limitados y no invaden ni producen metástasis. Las células normales al sentir el contacto con las células vecinas inhiben la reproducción,

pero las células malignas no tienen este freno. La mayoría de los cánceres forman tumores pero algunos no (como la leucemia).

El cáncer es causado por anomalías en el material genético de las células. Estas anomalías pueden ser provocadas por agentes carcinógenos, como la radiación (ionizante, ultravioleta, etc.), de productos químicos (procedentes de la industria, del humo del tabaco y de la contaminación en general, etc.) o de agentes infecciosos. Otras anomalías genéticas cancerígenas son adquiridas durante la replicación normal del ADN, al no corregirse los errores que se producen durante la misma, o bien son heredadas y, por consiguiente, se presentan en todas las células desde el nacimiento (causando una mayor probabilidad de desencadenar la enfermedad). Existen complejas interacciones entre el material genético y los carcinógenos, un motivo por el que algunos individuos desarrollan cáncer después de la exposición a carcinógenos y otros no. Nuevos aspectos de la genética del cáncer, como la metilación del ADN y los microARNs, están siendo estudiados como importantes factores a tener en cuenta por su implicación.

El cáncer puede afectar a todas las edades, incluso a fetos, pero el riesgo de sufrir los más comunes se incrementa con la edad. El cáncer causa cerca del 13% de todas las muertes. De acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer, 7,6 millones de personas murieron de cáncer en el mundo durante 2007.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007. Los principales tipos de cáncer que contribuyen a la mortalidad general anual por cáncer son los siguientes:

- pulmón (1,4 millones de defunciones)
- estómago (866 000 defunciones)
- hígado (653 000 defunciones)
- colon (677 000 defunciones)
- mama (548 999 defunciones)

Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial (ordenados según el número de defunciones mundiales) son los siguientes:

1. Entre hombres: de pulmón, estómago, hígado, colon-recto, esófago y próstata.

2. Entre mujeres: de mama, pulmón, estómago, colon-recto y cuello uterino.

El cáncer es generalmente clasificado según el tejido a partir del cual las células cancerosas se originan. Un diagnóstico definitivo requiere un examen histológico, aunque las primeras indicaciones de cáncer pueden ser dadas a partir de síntomas o radiografías. Muchos cánceres pueden ser tratados y algunos curados, dependiendo del tipo, la localización y la etapa o estado en el que se encuentre. Una vez detectado, se trata con la combinación apropiada de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Según investigaciones, los tratamientos se especifican según el tipo de cáncer y, recientemente, también del propio paciente. Ha habido además un significativo progreso en el desarrollo de medicamentos que actúan específicamente en anomalías moleculares de ciertos tumores y minimizan el daño a las células normales. El diagnóstico de cáncer en pacientes está, en gran medida, influenciado por el tipo de cáncer, así como por la etapa o la extensión de la enfermedad (frecuentemente en estados iniciales suele ser confundido con otras patologías si no se realizan los diagnósticos diferenciales adecuados). La clasificación histológica y la presencia de marcadores moleculares específicos pueden ser también útiles en el diagnóstico, así como para determinar tratamientos individuales.

B. CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama (seno) se refiere a la aparición de un tumor maligno en cualquier parte de la glándula mamaria.

Es el segundo cáncer más frecuente en México después del de cuello uterino.

El crecimiento y extensión del cáncer de mama depende del tipo de células malignas que lo conformen. Si el cáncer se detecta antes de que se haya extendido a los ganglios o a otras partes del cuerpo, la posibilidad de controlarlo es de 90%, lo que significa seguir viva y sin tumor cinco años después del tratamiento.

Este es un cáncer que se extiende a través del sistema linfático (sistema vascular accesorio al sanguíneo), por lo que siempre deben revisarse y en ocasiones extraerse los ganglios de la axila y del cuello para comprobar si el cáncer no se ha extendido. Generalmente no tiende a extenderse a órganos que se ubican a distancia como pulmones, pleura, hueso, pelvis e hígado.

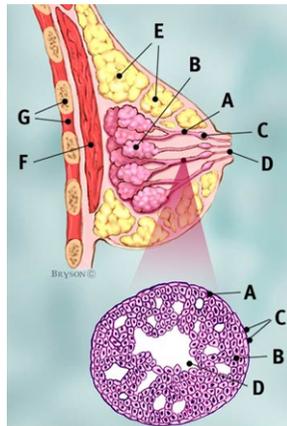
Los principales signos y síntomas son:

- Un bulto en la mama
- Sangrado o flujo en el pezón
- Cambio en la forma o contorno de la mama
- Hundimiento o aplastamiento de la piel
- Retracción o descamación del pezón
- La mama se ve enrojecida e inflamada

C. TIPOS DE CÁNCER DE MAMA

Generalmente los tipos de cáncer de mama se clasifican de acuerdo a tres factores: el sitio en el que se originó el carcinoma o tumor; el grado de invasión y la apariencia de las células vistas bajo un microscopio. El cáncer de mama se clasifica en los siguientes tipos:

a) Cáncer ductal



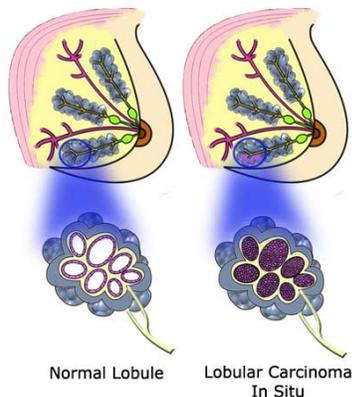
La glándula mamaria se compone de varios racimos de lóbulos y lobulillos conectados mediante unos conductos delgados, a modo de ramas de un árbol, en estos conductos se desarrolla el cáncer de mama no invasivo más frecuente que es el cáncer ductal. En este caso las células cancerosas no se propagan a través de las paredes hacia el tejido adiposo del seno. El tratamiento incluye cirugía o radiación, que generalmente son favorables a la cura del padecimiento. No obstante, si no se tratan a tiempo pueden convertirse en invasivos.

Aplicado al cáncer de mama, los carcinomas ductales pueden ser:

1. **Carcinoma ductal 'in situ'** o intraductal (sigla en inglés, DCIS):

El carcinoma ductal in situ puede ser considerado como un crecimiento precanceroso o de etapa temprana de las células anormales en los conductos del seno. Por definición no tiene capacidad de atravesar la membrana basal del epitelio glandular, por lo que no puede diseminarse a los ganglios de la axila. Es el diagnóstico clínico más temprano que se puede hacer de cáncer de mama y con frecuencia se diagnostica con una mamografía de detección que ha revelado pequeñas áreas de calcificación en el seno. Con el mayor uso de mamografías de detección, es más probable que a las mujeres se les diagnostique el cáncer en una etapa más temprana, y por lo tanto, el número de mujeres que son diagnosticadas con carcinoma ductal in situ está aumentando. Puede ser bien tratado casi el 100 por ciento de las veces con una mastectomía quirúrgica. Otras opciones de tratamiento ahora incluyen la tumorectomía y la radiación. Si este tipo de cáncer no recibe tratamiento, aproximadamente el 30 por ciento de las pacientes desarrollarán cáncer de mama invasivo en un promedio de 10 años a partir del diagnóstico inicial.

2. **Carcinoma ductal infiltrante**



Este tipo de cáncer ha sobrepasado la membrana basal y puede diseminarse por todo el organismo si contacta con vasos linfáticos y sanguíneos. Es el cáncer de mama

invasivo más común, y representa el 70 por ciento de los casos. Un bulto muy duro que tiene bordes irregulares y parece estar anclado en los tejidos circundantes es la forma característica del carcinoma ductal infiltrante. Es posible que la piel que cubre la zona o que el pezón se retracten (que se hundan). En las mamografías, con frecuencia se encuentran micro-calcificaciones en la zona del tumor, ya que este tumor tiene una historia de muerte de sus células internas (necrosis). El tumor varía en tamaño y rapidez en la división de las células, ya que algunas células crecen más rápidamente que otras.

b) Carcinoma Lobular.

1. Carcinoma Lobular Infiltrante

Este tipo de cáncer representa aproximadamente el 5 por ciento de todos los cánceres malignos invasivos. Se presente con mayor frecuencia en mujeres de entre 45 y 56 años de edad. El tumor crece en la terminal (la última parte) de los lóbulos donde se produce la leche. Por lo general no aparece en las mamografías y, al tocar, podría sentirse como un engrosamiento del cuadrante superior exterior del seno (desde el pezón hasta el sobaco) a medida que va infiltrando las paredes de los lóbulos.

En aproximadamente el 30 por ciento de los casos, este cáncer se encuentra con frecuencia en el seno opuesto. Con frecuencia se encuentra en otras partes del mismo seno (multicéntrico). Las últimas señales de que hay un tumor grande podrían ser el hundimiento o fruncimiento de la piel que cubre la zona. La mayoría de los tumores son positivos para los receptores de estrógeno y progesterona y, por ello, responden bien a la terapia hormonal. El carcinoma lobular infiltrante algunas veces tiene mayor incidencia de difusión al útero y los ovarios.

2. Carcinoma Lobular in Situ

El carcinoma lobulillar in situ (CLIS), es un término médico que se refiere a cambios neoplásicos no cancerosos en las células que revisten los lóbulos o lobulillos de la mama en los extremos distales de los conductos mamarios. Se denomina in situ, porque la enfermedad no es infiltrante. A pesar de que el carcinoma lobulillar in situ no es un cáncer, su presencia indica un riesgo mayor en la aparición de cáncer de mama,

aunque no todas las pacientes con un carcinoma in situ, incluyendo los peores casos, desarrollan cáncer de mama. El carcinoma lobulillar in situ es más frecuente en mujeres que aún no han arribado a la menopausia. Esta anomalía por lo general está ampliamente distribuida en toda la mama y con frecuencia se presenta en ambos senos simultáneamente. De estudios retrospectivos a largo plazo, se calcula que aproximadamente el 25 por ciento de las pacientes con carcinoma lobular in situ desarrollarán cáncer de mama invasivo dentro de los 25 años posteriores al diagnóstico. Por lo tanto, este diagnóstico se utiliza para identificar a las pacientes que tienen alto riesgo de desarrollar posteriormente cáncer de mama invasivo

c) **Cáncer de Mama Inflamatorio**



El cáncer de mama inflamatorio (sigla en inglés, IBC) involucra la piel del seno. Este tipo de cáncer representa menos del 4 por ciento de todos los cánceres de mama que se diagnostican cada año en los Estados Unidos. Los síntomas físicos del cáncer de mama inflamatorio incluyen enrojecimiento de la piel del seno y una hinchazón general del mismo. En algunos casos es posible que esté presente también un bulto o masa.

Síntomas:

- Cambio en la textura del seno - piel que se enrojece o aparece como una naranja
- El tamaño del seno aumenta en un plazo muy corto
- Cambios en el pezón - se aplasta o invierte, posiblemente con descarga
- La zona del seno comienza a picar en un tiempo relativamente largo. Las pomadas y cremas para sarpuídos no dan alivio.
- Presencia repentina de un bulto grande en el seno
- Dolor en el seno
- Ganglios hinchados en el sobaco o encima de la clavícula

d) Cáncer de Seno en Hombre

El cáncer de mama puede presentarse en los hombres. Los hombres de cualquier edad pueden padecerlo, pero generalmente se detecta en hombres de entre 60 y 70 años de edad. El cáncer del seno masculino conforma menos de 1% de todos los casos de cáncer de mama.

Es posible encontrar los siguientes tipos de cáncer del seno masculino:

- Carcinoma canalicular infiltrante: Cáncer que se ha esparcido más allá de las células que recubren los conductos mamarios. Este es el tipo que padece la mayoría de los hombres con cáncer de mama.
- Carcinoma canalicular in situ: Células anormales que se encuentran en el recubrimiento de un conducto; también llamado carcinoma intracanalicular.
- Cáncer inflamatorio de mama: Un tipo de cáncer en el cual la mama tiene aspecto enrojecido e inflamado y caliente al tacto.
- Enfermedad de Paget del pezón: La extensión a la superficie de un tumor subyacente de los conductos bajo el pezón.

El Carcinoma lobular in situ no se ha detectado en varones.

La exposición a radiación, concentraciones altas de estrógeno, y antecedentes familiares de cáncer de mama pueden repercutir en el riesgo de un varón de padecer este tipo de cáncer.

Entre los factores de riesgo para el cáncer del seno masculino tenemos los siguientes:

- Exposición a radiación.
- Padecimiento de una enfermedad relacionada con concentraciones altas de estrógeno en el cuerpo, como cirrosis (enfermedad hepática) o síndrome de Klinefelter (enfermedad genética).
- Varias parientes mujeres que han padecido cáncer de mama, especialmente parientes con alteración del gen BRCA2.
- El cáncer en los varones algunas veces se origina por mutaciones genéticas hereditarios.

e) Cáncer de Seno Recurrente o Metástico

Cuando después de un tratamiento que parece haber dado resultados, el cáncer regresa (ser recurrente) o se extiende (metastatizarse) a otras partes del cuerpo. Un cáncer que regresa al lugar original o cerca de éste se llama cáncer de seno recurrente local. El cáncer que se extiende a otras partes del cuerpo se llama cáncer de seno metastásico. Los síntomas dependen de dónde esté el cáncer y de su tamaño. Los lugares a los que más comúnmente se extiende el cáncer de seno son dentro del seno, a la cercana pared torácica, o al hígado, los pulmones o los huesos. Algunos síntomas comunes incluyen un bulto en el seno o en la pared torácica, dolor de huesos o falta de aire. A menudo, el cáncer de seno recurrente o metastásico se detecta antes de que aparezcan los síntomas, en una radiografía de pecho (tórax) o como parte de otra prueba.

D. CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

Estudiando un gran número de mujeres por todo el mundo, los investigadores han hallado ciertos factores de riesgo que aumentan las posibilidades de una mujer de desarrollar cáncer de mama. Seguramente existen otros factores de riesgo que desconocemos. Algunos de estos factores conocidos pueden ser evitados, pero un buen número de ellos no. Tener factores de riesgo significa tener más posibilidades que la media de la población de presentar esta enfermedad. Sin embargo los estudios realizados demuestran que la mayoría de mujeres con factores de riesgo conocidos no desarrollan cáncer de seno. Y muchas mujeres que tienen cáncer de mama no presentan ningún factor de riesgo de los que se conocen, aparte del riesgo que aumenta con la edad.

Algunos factores conocidos de riesgo para el cáncer de mama:

Edad: El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta con la edad. La mayoría de casos tienen lugar en mujeres de edades alrededor de los 50 años; el riesgo es especialmente elevado alrededor de los 60 años. Esta enfermedad es poco común en mujeres menores de 35 años.

Historia Familiar: El riesgo de un cáncer de mama aumenta en las mujeres cuya madre, hermana o abuela han desarrollado la enfermedad. El riesgo aumenta aún mas si el cáncer en sus familiares se desarrolló antes de la menopausia o bien si afecto a ambas mamas.

Aproximadamente un 5% de mujeres con cáncer de mama tienen una forma hereditaria de la enfermedad. Estas mujeres generalmente desarrollan cáncer de mama en mujeres jóvenes (antes de la menopausia) y tienen múltiples miembros de la familia con la enfermedad.

Historia Personal: El riesgo de cáncer de mama es superior a la media en mujeres que han tenido un carcinoma lobular in situ. Un 25% de mujeres con este diagnóstico desarrollara un cáncer de mama invasivo. Además las mujeres que han desarrollado un cáncer de mama presentan un riesgo mas elevado de volver a presentar un cáncer de mama otra vez. Hasta un 10 o 15% de mujeres que han estado tratadas por cáncer de mama (o carcinoma ductal in situ) desarrollan un segundo cáncer de mama primario más tarde.

Otros factores de riesgo de cáncer de mama incluyen el inicio de la menstruación en edades tempranas (alrededor de los 12 años) o la aparición tardía de la menopausia (después de los 55 años). El riesgo es también mayor para aquellas mujeres que han tenido su primer hijo después de los 30 años y para aquellas que nunca han tenido hijos.

Estos factores están relacionados con las hormonas naturales de la mujer. Hasta la fecha, se desconoce si el riesgo de cáncer está influenciado por la toma de medicamentos que contengan hormonas (como anticonceptivos orales, tratamientos para la infertilidad, o estrógenos usados para controlar los síntomas de la menopausia). Los científicos esperan hallar la respuesta a esta importante cuestión estudiando un gran número de mujeres que forman parte de las investigaciones relacionadas con las hormonas.

Ciertos cambios benignos en los tejidos de la mama como la hiperplasia atípica, que se diagnostican a través de una biopsia, si hacen aumentar el riesgo de cáncer de mama.

Los científicos están intentando averiguar otros factores que aumenten el riesgo de cáncer de mama. Por ejemplo, se progresa en la determinación del lugar de los factores medioambientales en cuanto padecer cáncer de mama. Pesticidas, campos electromagnéticos, polución ambiental, y contaminantes en agua y alimentos, son algunos de los factores ambientales más estudiados.

III. TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

El tratamiento del cáncer de la mama es multidisciplinario, es decir precisa la combinación de diversas modalidades o disciplinas terapéuticas para conseguir un control eficaz de la enfermedad. Las modalidades terapéuticas contra el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia y la terapia biomolecular. Las dos primeras actúan a nivel local, es decir sobre la enfermedad en la mama y los ganglios linfáticos y constituyen el tratamiento de elección en la enfermedad localizada no metastásica. Las restantes actúan tanto a nivel local, como general de todo el organismo, en lo que se denomina tratamiento sistémico, y se utilizan de forma complementaria al tratamiento local con cirugía y/o radioterapia o como tratamiento de primera elección en la enfermedad metastásica o diseminada.

A. CIRUGÍA

La mayoría de los pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía a fin de extirpar el cáncer de la mama. Generalmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo y se observan bajo un microscopio para verificar si contienen células cancerosas.

Cirugía conservadora de la mama, una operación para extirpar el cáncer, pero no la mama misma. Incluye los siguientes procedimientos:

- Lumpectomía: cirugía para extirpar el tumor (masa) y una pequeña cantidad de tejido normal alrededor del mismo.
- Mastectomía parcial: cirugía para extirpar la parte de la mama que tiene cáncer y algo del tejido normal que la rodea. Este procedimiento también se llama mastectomía segmentaria.
- Cirugía agresiva o radical
- Mastectomía radical es la extracción de toda la mama y el recubrimiento de los músculos del tórax y de la pared torácica situados debajo del tumor, con los ganglios linfáticos axilares. Este procedimiento a veces se llama mastectomía radical de Halsted.

- Mastectomía radical modificada: cirugía para extirpar toda la mama que tiene cáncer, la mayoría de los ganglios linfáticos de abajo del brazo, el revestimiento de los músculos pectorales y, a veces, parte de los músculos de la pared del pecho.

Si el paciente va a tener una mastectomía, se puede considerar la reconstrucción de la mama (cirugía para reconstruir la forma de una mama después de la mastectomía). La reconstrucción de mama puede hacerse en el momento de la mastectomía o después. La reconstrucción puede realizarse con el propio tejido (no de la mama) de la paciente o mediante el uso de implantes rellenos con un gel salino o de silicona.

B. QUIMIOTERAPIA

Las modalidades de aplicación de la quimioterapia en los pacientes con cáncer de mama pueden ser las siguientes:

1. Quimioterapia Neoadyuvante: Es la quimioterapia que se administra antes de la cirugía. Está indicada en los cánceres de mama localmente avanzados, y en aquellos que midan más de 3 cm o que tengan adenopatías axilares. Se suele utilizar adriamicina y taxanos. La intención de la neoadyuvancia es principalmente la disminución del tamaño tumoral para practicar una cirugía conservadora y la valoración de la respuesta a la quimioterapia para posteriores tratamientos.

2. Quimioterapia Adyuvante: La quimioterapia adyuvante es la que se administra después de la cirugía. Su indicación depende de ciertos factores pronóstico como son la edad, el tamaño tumoral, la afectación ganglionar axilar, el grado de diferenciación celular y los receptores hormonales. Si los ganglios axilares son negativos de infiltración tumoral las pacientes se clasifican en bajo y medio-alto riesgo. Las pacientes con ganglios axilares positivos, siempre se benefician de la quimioterapia adyuvante, excepto en mujeres mayores (70-75 años) o que padezcan otras enfermedades que contraindique la quimioterapia.

3. Quimioterapia Paliativa: La quimioterapia ante una enfermedad diseminada o recaída está indicada de primera línea ante receptores hormonales negativos, enfermedad visceral, intervalo corto desde la cirugía o sintomatología relacionada con la recaída o la metástasis.

C. RADIOTERAPIA

La radioterapia adyuvante tras cirugía está indicada en dos situaciones:

1. Radioterapia tras cirugía conservadora de la mama

La radioterapia del cáncer de mama siempre está indicada ante una cirugía conservadora de la mama pues disminuye la probabilidad de recaída local. Si ha tenido de 1 a 3 adenopatías, se irradiará la fosa supraclavicular. Si tiene más de 3 ganglios infiltrados en la axila siempre se irradia la fosa supraclavicular.

2. Radioterapia tras mastectomía radical

La pared costal restante tras mastectomía, la fosa supraclavicular y la cadena ganglionar de la mama interna se irradiará si existen más de 3 ganglios axilares infiltrados, si el tamaño tumoral es mayor de 5 cm o es T4.

La radioterapia paliativa está indicada ante metástasis que generalmente producen dolor, sobre todo las metástasis óseas y cerebrales.

D. TERAPIA HORMONAL

La terapia hormonal es un tratamiento del cáncer por el que se extraen las hormonas o se bloquea su acción, y se impide el crecimiento de las células cancerosas. Las hormonas son sustancias elaboradas por las glándulas del cuerpo que circulan por la corriente sanguínea. Algunas hormonas pueden hacer crecer ciertos cánceres. Si las pruebas muestran que las células cancerosas ofrecen sitios donde pueden adherirse las hormonas (receptores) se utilizan medicamentos, cirugía o radioterapia para reducir la producción de hormonas o impedir que funcionen. La hormona estrógeno, que hace crecer algunos cánceres de mama, es elaborada en su mayor parte por los ovarios. El tratamiento para impedir que los ovarios elaboren estrógeno se llama ablación ovárica.

La terapia hormonal con tamoxifeno a menudo se suministra a pacientes con estadios tempranos de cáncer de mama y a pacientes con cáncer metastático de mama (cáncer que se ha diseminado hasta otras partes del cuerpo). La terapia hormonal con

tamoxifeno o estrógenos puede actuar sobre las células de todo el cuerpo y puede aumentar la posibilidad de padecer cáncer del endometrio. Las mujeres que toman tamoxifeno deben someterse a un examen pélvico todos los años para verificar si hay signos de cáncer. Todo sangrado vaginal que no sea sangrado menstrual debe comunicarse a un médico tan pronto como sea posible.

La terapia hormonal con un inhibidor de la aromatasa se administra a algunas mujeres posmenopáusicas que padecen de cáncer de mama hormonodependiente. El cáncer de mama hormonodependiente necesita de la hormona estrógeno para crecer. Los inhibidores de la aromatasa disminuyen el estrógeno en el cuerpo porque impiden que una enzima llamada aromatasa convierta el andrógeno en estrógeno.

Ciertos inhibidores de la aromatasa pueden usarse para el tratamiento del cáncer de mama en un estadio temprano como terapia adyuvante o después de dos años o más de tamoxifeno. Los inhibidores de la aromatasa se están probando en ensayos clínicos para compararlos con la terapia hormonal con tamoxifeno en el tratamiento del cáncer de mama metastásico.

Se están probando nuevos tipos de tratamiento en ensayos clínicos.

E. OTRAS OPCIONES

Opciones de tratamiento para cáncer de seno (mama) recidivante

El tratamiento del cáncer de mama recidivante (cáncer que volvió después de terminar el tratamiento) en la mama o la pared del pecho puede incluir los siguientes procedimientos:

- Cirugía (mastectomía radical o radical modificada), radioterapia o ambas.
- Quimioterapia sistémica o terapia hormonal.
- Participación en un ensayo clínico de trastuzumab (Herceptina) combinado con quimioterapia sistémica.

Opciones de tratamiento para el cáncer del seno (mama) inflamatorio

El tratamiento del cáncer de mama inflamatorio puede incluir los siguientes procedimientos:

- Quimioterapia sistémica.

- Quimioterapia sistémica seguida de cirugía (cirugía conservadora de la mama o mastectomía total), con disección de ganglio linfático seguida por radioterapia. Puede administrarse terapia sistémica adicional (quimioterapia, terapia hormonal o ambas).
- Participación en ensayos clínicos que evalúan medicamentos nuevos contra el cáncer, combinaciones nuevas de medicamentos y formas nuevas de administrar tratamientos.

IV. GRUPOS DE APOYO EN CÁNCER DE MAMA

A. FUCAM

FUCAM es una asociación civil con la misión de fomentar la educación sobre detección oportuna del cáncer de mama, en especial en los grupos socio-económicos más desprotegidos y marginados de México, así como procurar diagnóstico, tratamiento, seguimiento, investigación y formación de profesionistas especializados del cáncer de mama.

Es la primera institución sin fines de lucro establecida en el país y en América Latina con servicios, equipo y personal de alta especialidad, orientada en su totalidad a la atención de padecimientos malignos de la mama. Se ofrece tratamiento integral de cáncer de mama al contar con servicios de consultas médicas, mastografía, ultrasonido mamario, densitometría, cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y aplicación de prótesis en mujeres mastectomizadas. Diariamente se ofrecen 90 consultas médicas, se realizan 70 mastografías y 80 ultrasonidos mamarios en su clínica hospitalaria, Instituto de Enfermedades de la Mama.

También es la primera institución que realiza campañas de mastografía de pesquisa que consisten en tomar mamografía a mujeres mayores de 40 años sin síntomas para lograr detecciones oportunas. Estas campañas disminuyen la mortalidad, la morbilidad y costos al país.

FUCAM realiza su labor a través de tres líneas de acción: la educación, la prevención y la detección oportuna de cáncer de mama. "La misión y la función de FUCAM es una sola: hacer del cáncer mamario una enfermedad del pasado, ese es nuestro objetivo principal, es nuestra idea principal, tal como lo dice nuestro lema", comenta el Dr. Fernando Guisa Hohenstein, presidente ejecutivo de esta fundación

Gracias al apoyo del Gobierno del Distrito Federal, se pudo hacer la negociación para realizar estudios en zonas marginadas de la ciudad de México. Las estadísticas que presentaron y el poco equipo con el que se cuenta reflejaron la urgencia de empezar a trabajar. Alrededor de 45 por ciento de la población de mujeres de 40 años en adelante no tienen ningún servicio de salud y su costo es elevado para su presupuesto.

Asimismo, detectaron que la capacidad de las mujeres para tener acceso a estos estudios es extremadamente limitado y sólo existen cuatro equipos de mastografía en todas las instalaciones médicas del DF. Debido a la gran demanda que tienen el Instituto Nacional de Cancerología, el Hospital General de México y el Hospital de la Mujer, FUCAM se vio en la necesidad de plantear nuevamente al gobierno la obtención de un sitio donde atender a las mujeres.

La labor esencial de la Fundación para lograr que desaparezca el cáncer de mama, es ir a los lugares marginados de la República Mexicana, con unidades móviles para detectarlo oportunamente.

En el Distrito Federal, cuenta con cuatro unidades móviles, una en Tláhuac, otra en Alvaro Obregón, una más en Iztapalapa y la otra en Milpa Alta. Además, hay dos unidades que van a recorrer diferentes estados.

El instituto tiene planes a futuro para educar, prevenir y crecer internacionalmente; asimismo, a través del Comité de Damas desea crear un banco de prótesis.

B. NETWORK OF STRENGTH

Network of Strength ha sido un recurso confiable por 30 años y ha ayudado a miles a encontrar información que necesitan para tomar decisiones educadas. Desde artículos en la página Web hasta los conocimientos de las consejeras de la línea de apoyo 24/7 de "YourShoes," Network of Strength los mantiene informados, no se ofrecen consejos médicos. No importa cual sea el tema de cáncer de mama, Network of Strength ofrece información con el toque de un sobreviviente.

Están para aquellos que tengan preguntas acerca de la salud de mama y para los seres queridos que no están seguros de que decir al paciente. Están para el paciente que simplemente desea platicar con alguien que ha estado en su lugar.

No hay nada tan confortante como hablar con alguien que ya ha estado en esa situación. Mientras la familia y las amistades pueden ser un apoyo maravilloso, hablar con otras personas que son sobrevivientes de cáncer de mama ayuda a los pacientes a aceptar su diagnosis y hacer frente a las preguntas emocionales que puedan surgir

El Centro de apoyo contra cáncer de mama 24/7 "YourShoes", cuenta con interpretes en más de 150 idiomas en la línea de apoyo. Las llamadas, aun realizadas a medianoche, son contestadas por una consejera capacitada que además es sobreviviente de cáncer de mama. Apoyo por Internet es ofrecido por consejeras y sus preguntas son contestadas rápidamente.

Breast Cancer Network of Strength ofrece apoyo por medio de "YourShoes," un centro de apoyo 24/7 contra el cáncer de mama que se regentea por personas sobrevivientes de cáncer de mama que saben personalmente lo que es caminar en los pasos de alguien que se enfrenta a esa enfermedad

Es llamado "YourShoesSM" porque los consejeros son todos sobrevivientes de cáncer de mama. Ellos comprenden lo importante que es hablar con alguien que ya ha pasado por esto. Las consejeras en "YourShoes" ayudan para que personas afectadas por cáncer de mama sientan la fortaleza y el apoyo que necesitan. El Centro de apoyo contra cáncer de mama 24/7 cuenta con intérpretes inmediatos disponibles en más de 150 idiomas para conversaciones telefónicas; programas de coincidencia; apoyo por correo electrónico; la cadena de comunicación "ShareRing" en inglés, un programa de apoyo mensual basado en teleconferencias de una hora, y grupos de apoyo dirigidos por sobrevivientes de cáncer de mama.

C. GRUPO RETO

Grupo de Recuperación Total RETO , A.C. se formó gracias a la iniciativa de la Sra. Cecilia Vildósola de Sepúlveda, quien al haber sufrido cáncer de mama y habiendo pasado por la soledad, desconocimiento y el miedo que éste diagnóstico implica, quiso crear una organización que ayudara a las mujeres que como ella estaban pasando por las mismas condiciones.

El grupo total de 8 mujeres inició actividades en abril de 1983 y se constituyó oficialmente como Asociación Civil con fines no lucrativos el 27n de marzo de 1985, denominándose como arriba se menciona. El 15 de agosto de 1985, se obtuvo la autorización de la Secretaria de Hacienda para que los recibos entregados por donativos, fueron deducibles de impuestos. Desde entonces hasta la fecha, cada año se renueva dicha autorización.

Actualmente, Grupo RETO está integrado por 90 voluntarias en la Ciudad de México, más todas aquellas que trabajan en los grupos de provincia. Las voluntarias son en su mayoría mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama y prestan sus servicios en forma desinteresada.

Grupo RETO se inició con el programa de Rehabilitación Emocional, habiendo incrementado al paso de los años nuevos programas como el de Detección Oportuna, la elaboración de Prótesis complementada la distribución de ropa interior adecuada para usarlas, el órgano informativo NotiReto, la ayuda con la quimioterapia, los apoyos a Pacientes en Fase Terminal y más recientemente El Centro de Diagnóstico.

Rehabilitación. Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que son operadas y que empiezan con sus tratamientos de quimioterapia o radioterapia suelen caer en tristeza, depresión, sentirse solas o angustiadas para éstas situaciones grupo RETO cuenta con el servicio de rehabilitación a través de llamadas por teléfono, mails o asistiendo a sus sesiones gratuitas en su sede.

Las sesiones de apoyo surgen de la necesidad de la paciente por encontrar respuestas sobre las consecuencias de la enfermedad. Consisten en terapias grupales dirigidas a pacientes diagnosticadas y sus familias, en las que se brinda apoyo emocional a través de los testimonios.

Programa Educativo. En estos programas se da la información necesaria a través de videos, rotafolios, plática y folletería para enseñarles a practicarse el auto examen de mamas y difundir la necesidad de una visita anual al médico para lograr, si es el caso, hacer una detección oportuna del cáncer de mama e iniciar el tratamiento mas oportuno.

Quimioterapia. Siendo estos tratamientos de costo muy elevado, este programa lo tienen únicamente para ayudar a las mujeres de escasos recursos, previo estudio de trabajo social, apoyándolas Grupo RETO con una parte del tratamiento que cada una de ellas necesita y la otra parte es cubierta por la paciente.

Publicaciones. Todos los folletos han sido elaborados con el apoyo y la supervisión de médicos especialistas, en los diferentes temas. En todos los folletos se pueden encontrar los lugares y horarios en los que sesionan, su dirección, teléfonos,

página de internet y correo electrónico. Todos los folletos son distribuidos en forma gratuita.

Elaboración de Prótesis. En grupo RETO cuentan con un laboratorio donde se fabrican prótesis mamarias, bajo tecnología proporcionada por la UNAM, que se proporcionan a las pacientes con un costo muy bajo de recuperación.

Apoyo a Pacientes en Fase Terminal. Desafortunadamente cuando el cáncer no es detectado a tiempo, el desenlace es fatal. Las voluntarias que participan en éste programa ponen todo su esfuerzo y conocimiento para ayudar a las pacientes terminales y sus familias. Unidas en un equipo multidisciplinario con médicos oncólogos, psicólogos y enfermeras ofrecen generosamente a las pacientes su compañía y cariño transmitiéndoles consejos para lograr una verdadera aceptación y tratar de que tengan una muerte digna y en paz.

D. LA ASOCIACIÓN MEXICANA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA, A.C., FUNDACIÓN CIMA

Es una institución no gubernamental sin fines de lucro que nace en Octubre del 2002 con el objetivo de difundir información actualizada que permita dar una esperanza de vida a las mujeres con cáncer de mama.

Su misión: Educar e informar a la sociedad mexicana sobre las diversas formas de detección oportuna y tratamiento del cáncer de mama para coadyuvar a reducir el número de muertes debidas a este padecimiento.

Su visión: Hacer del cáncer de mama una enfermedad que no te arranque la vida.
Objetivos:

- Ofrecer información a la sociedad mexicana sobre el cáncer de mama para fomentar las prácticas de detección oportuna y con ello, reducir los fallecimientos relacionados con esta enfermedad.
- Establecer una red de voluntariado y patrocinadores, quienes a través de distintos eventos y campañas de información nos ayudarán a transmitir nuestro mensaje puntual y a recaudar fondos.
- Ofrecer alternativas para una mejor calidad de vida.

- Organizar foros, pláticas y conferencias de orientación e información para diversos públicos de la sociedad mexicana.
- Apoyar económicamente a mujeres de escasos recursos en sus tratamientos de quimioterapia a través del Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México y otros organismos gubernamentales.
- Brindar apoyo emocional y psicológico a las mujeres afectadas.

V. PARTICIPACIÓN DE LA TANATOLOGÍA EN EL CASO DEL PACIENTE DE CÁNCER DE MAMA

La palabra tanatología tiene su origen en los vocablos **tanatos** y **logos**.

Tanatos deriva del griego *Thanatos*, que en la mitología griega nombraba a la diosa de la muerte, hija de la noche (*Eufrone* o *Eubolia*), que quiere decir "madre del buen consejo". La noche tuvo a su hija sin intervención de un varón, por lo que muchos la consideran diosa. También la diosa de la muerte es representada como un genio alado.

La muerte es hermana del sueño, al cual se daba el nombre de *Hipnos* o *Somnus*, pero él si tenía padre y este era *Erebo* o el infierno quién, además de esposo, era hermano de la noche y tanto él como ella eran hijos del *Caos*. De ahí que la Muerte o *Thanatos* sea sobrina de *Erebo* o el infierno y nieta del *Caos*.

Thanatos (la muerte) es representada con una guadaña, un ánfora y una mariposa. La guadaña indica que los hombres son cegados en masa como las flores y las yerbas efímeras, el ánfora sirve para guardar las cenizas, y la mariposa que vuela es emblema de esperanza en otra vida.

A la muerte se le ubicaba geográficamente en una región comprendida entre dos territorios de la antigua Hélade, a la derecha el territorio de la noche (su madre) y a la izquierda el territorio del sueño (su hermano).

La muerte o *Tanatos* es una deidad capaz de sanar todos los males, pero como es la única entre todos los dioses que no acepta dádivas, nunca cura a nadie.

Logos deriva del griego *logos*, tiene varios significados: palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido, etcétera. La gran mayoría de los filósofos griegos le daban la acepción de sentido.

El término Tanatología, fue acuñado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico-legal. Las variantes tradicionales de la tanatología se ocupan de los cadáveres

La Tanatología ha ido incorporando los avances y desarrollo de la Psicología con sus cuatro grandes escuelas (Psicoanálisis, Conductual, Existencial-Humanista y Transpersonal) hasta llegar a la conjunción de Tanatología y Logoterapia.

Desde la época medieval las órdenes religiosas eran las que proporcionaban consuelo y atención a los enfermos graves en sus monasterios. Posteriormente se formaron los primeros Hospicios donde se aceptaban y cuidaban a los enfermos graves.

En 1930, como resultado de grandes avances en la medicina, empezó un período que limitaba la muerte a los hospitales, generalizándose más en la década de 1950. Así el cuidado de los enfermos en fase terminal fue trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, se "escondió" a la muerte en un afán de hacerla menos visible. Con el desarrollo de la tan exitosa alta tecnología médica de este siglo, se incrementó la dificultad de conciliar el énfasis entre el diagnóstico y la curación. Curar era el objetivo más importante de la medicina, por tanto, la muerte, era considerada como un fracaso. Entonces se dificultó el cuidado de los enfermos terminales en un hospital dedicado a curar y sanar. Existía una negativa ante la enfermedad ya que existía la creencia de que si el enfermo lo sabía perdería la esperanza y aceleraría su muerte. En general las necesidades físicas del enfermo eran descuidadas, así como también lo eran sus necesidades sociales, emocionales y psicológicas. Sólo a veces se consideraban los aspectos espirituales, ya que con frecuencia se hacían de manera inapropiada.

Después en la década de 1960, se realizaron estudios serios (sobre todo en Inglaterra) que muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuido a sólo el 25%. Durante esa época se hizo creer a todos que la muerte era algo sin importancia, ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico y llegaba a ser un hecho ordinario, tecnificado y programado, de tal manera que fue relegada y se le consideró insignificante. Fue hasta el siglo XIX que se formaron los primeros albergues en Francia para enfermos de cáncer.

La nueva Tanatología que surgió hace más de tres décadas y se ocupa de las personas: atención a los pacientes terminales, sus familias y allegados. A mediados del siglo pasado los médicos psiquiatras Eissler (en su obra *El Psiquiatra y el paciente*

moribundo), y Elizabeth Kübler-Ross (en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*) dieron a la Tanatología otro enfoque que ha prevalecido en la actualidad.

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross emprendió su trabajo en Tanatología haciendo una investigación respecto de la muerte con un equipo de trabajo comprendido inicialmente, por cuatro seminaristas; más tarde ampliaría su investigación a través de seminarios interdisciplinarios sobre la muerte y los moribundos, en los que trabajaba con el personal de un hospital en Chicago: capellanes, enfermeras, voluntarios, médicos, etc., todos ellos tenían trato con los enfermos. El elemento que marcó la genialidad de estos seminarios fue la participación de enfermos terminales acerca de su situación y cómo la atravesaban. En 1968 estos seminarios se convirtieron en cursos acreditados por la escuela de medicina y el seminario de teología, al que eventualmente asistían profesionales de la salud de otros lugares. El éxito fue enorme y pronto los realizaba por todo EEUU y muchísimos otros países. Hoy los estudios sobre la muerte y el morir forman parte de la formación de los estudiantes de medicina de muchos países

En 1969 la Dra. Elisabeth publica su primer libro: "Sobre la muerte y los moribundos". En el libro explica sus experiencias con más de 500 enfermos al final de la vida, donde describe en los pacientes terminales cinco estados psicológicos en el proceso que finaliza con la muerte, donde predominan sucesivamente diferentes emociones como la negación, aislamiento, rabia, negociación, depresión y aceptación. Su organización ayudaba a gente de todo el mundo a instaurar sistemas de apoyo a moribundos, hogares para moribundos y centros de formación para profesionales de salud y familias.

Pero no sólo ayudó al enfermo terminal auxilió a muchos familiares a encarar su pérdida, a saber cómo enfrentarse a la muerte de un ser querido y les explicó cómo apoyar al moribundo, lo que debía hacerse en esos difíciles momentos y lo que debía evitarse. En general les pedía a los que acompañan a un enfermo que lo escucharan de verdadera y sin juicios, que desarrollaran su aceptación, que permanecieran a su lado y que mejoraran y desarrollaran la comunicación con él. Bajo la tutela de la doctora Elisabeth se crearon fundaciones y movimientos ciudadanos que reclamaban el derecho a una muerte digna. Y comenzaron a publicarse libros, gracias a los cuales miles de familias recibieron consuelo.

En 1970 Elisabeth Kübler-Ross empezó a explorar la posibilidad de la existencia de vida después de la muerte. De todo este estudio surgió en 1974 el libro "La muerte, un amanecer" que supuso la segunda revolución en el mundo de la Tanatología. En este libro deja claro que la consciencia de la persona que muere sobrevive al plano físico y la importancia de perder el miedo a este momento. También se dedicó a impartir cientos de talleres/cursos titulados "Vida, muerte y transición" por todo el mundo donde las personas resolvían sus asuntos inconclusos, se liberaban de la rabia y amargura experimentadas en sus vidas y aprendían a vivir de una manera que les preparaba a morir a cualquier edad. Es decir, sanaban y se convertían en personas integras.

A menudo se reconoce dentro de este campo "del bien morir" a dos profesionales claves, de una de ellas ya hemos hablado Elisabeth Kübler Rose; la otra es Cicely Saunders.

En 1967 la Dra. Cicely Saunders, enfermera en Inglaterra desarrolló el movimiento conocido como " *hospice* ". Este movimiento sostiene que la persona que va a morir puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad y sus vicisitudes. Los *hospices* representan algo más que un lugar físico en donde una persona va a morir con dignidad; es también una actitud frente al paciente y su familia. Aquí el paciente tiene el derecho de saber el estado de su enfermedad y los tratamientos paliativos que le suministran, información que le es dada a través de que un equipo sensible que establece una buena comunicación con el paciente y su familia; contestando verazmente lo que el paciente pregunta, pero teniendo en cuenta hasta donde esa persona puede tolerar esa información. El apoyo a la familia, es visto como fundamental para poder ayudar a la persona con enfermedad terminal. Cada uno de los miembros de la familia reacciona con pautas individuales de acuerdo a su estructura psicológica, a la historia personal y a los vínculos con el enfermo. Algunos tratarán de sobreprotegerlo y otros desaparecen con distintas justificaciones, haciéndose a veces más evidentes los sentimientos negativos (rivalidad, rencores, etc.). La Dra. Cicely Saunders considera a la persona con enfermedad terminal no como una cosa que puede manipularse, sino como a una persona, un ser humano; por lo tanto el paciente participa activamente en las

decisiones fundamentales, como la continuación o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlo.

Tras este análisis lingüístico e histórico, podemos definir a la Tanatología como: *“Disciplina Científica cuya finalidad principal es **CURAR** el dolor de la muerte y el de la desesperanza. No se trata, pues, de dar consejos ni consuelos. Es curar estos dolores que son los más grandes que el ser humano pueda sufrir. “Ayudar a bien morir” será una meta tanatológica cuando la muerte de un paciente está cercana, pero **NO** la finalidad principal.”* (<http://www.tanatologia-amtac.com/>)

Como hemos visto, desde sus inicios la tanatología se realiza en equipo, para brindar a las personas un mayor potencial de ayuda cuando se recurre a ella en periodos precoces de la detección de una enfermedad terminal. Si se inicia la consulta cuando el paciente se encuentra en las últimas fases del proceso, se suele restringir mucho la posibilidad de ayuda.

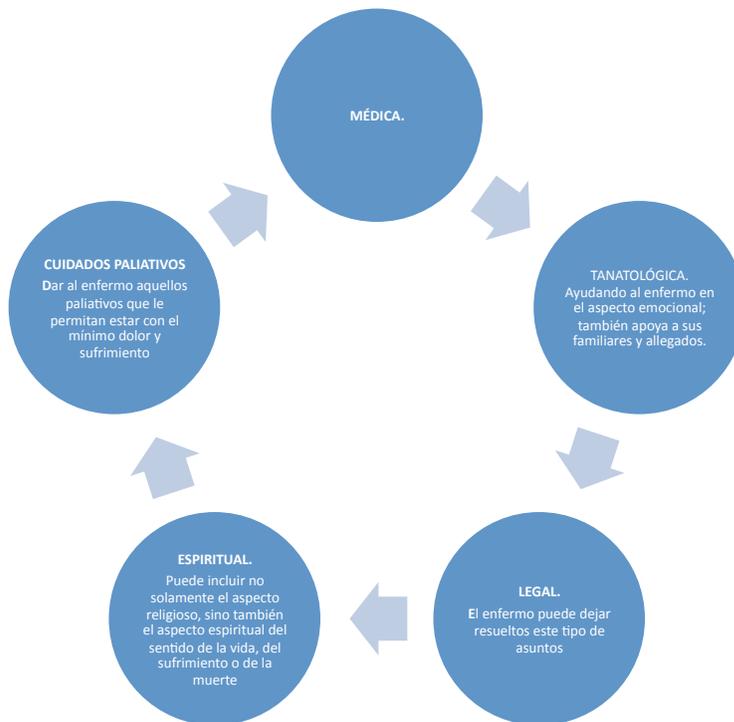
La persona se tratará desde el diagnóstico, el pronóstico, cuidados paliativos, manejo del dolor, el proceso degenerativo psicológico y emocional, que es ahí donde interviene el psicólogo-tanatólogo, psiquiatra-tanatólogo en terapias personales, terapias familiares o terapias de grupo. Ante la muerte surge la espiritualidad místico religiosa, y desde este enfoque se analizan también los problemas de cada paciente y de su familia.

La atención se realiza en un sanatorio u hospital, en el domicilio del enfermo, o en un lugar destinado a pacientes terminales. La elección del lugar depende de los síntomas predominantes, razones, familiares y posibilidades económicas.

El tanatólogo "cura" al paciente terminal del dolor de la muerte y de la desesperanza. Al enfermo terminal se le ayuda a través la tanatología a que siga siendo productivo, para que tenga una calidad de vida real y que se prepare para morir con aceptación, dignidad y totalmente en paz consigo mismo.

La Tanatología busca ser una disciplina integral, viendo a la muerte en el ser humano desde distintos ámbitos como la medicina, la psicología, la religión y el derecho; la intervención con los enfermos terminales es multidisciplinaria y busca dar atención a aspectos tan diversos como:

- Al sufrimiento psicológico.
- A las relaciones significativas del enfermo.
- Al dolor físico.
- Al sufrimiento espiritual.
- A las últimas voluntades.
- A los aspectos legales.



La Tanatología se centra en la calidad de vida del enfermo terminal, evitando la prolongación innecesaria de la vida, así como su acortamiento prematuro, propiciando una "muerte adecuada", prepararlos para vivir la muerte con plena dignidad, total aceptación y verdadera paz. Ayuda al enfermo y sus familiares a aliviar el dolor y la desesperanza que ocasiona la enfermedad, así como la cercanía de la muerte. Uno de sus objetivos principales será eliminar el miedo a la muerte y dar plenitud a la vida.

El apoyo de la familia es fundamental para poder ayudar a la persona con una enfermedad terminal. La Tanatología ayuda a muchos familiares a manejar su pérdida, a saber cómo enfrentarse a la muerte de un ser querido, les explica cómo apoyar al moribundo, lo que debe hacerse en esos difíciles momentos y lo que debe evitarse.

¿Pero cómo se relaciona la Tanatología específicamente con los enfermos de cáncer de mama? La Tanatología se enfoca a cualquier pérdida significativa que tenga el ser humano y a lo largo de nuestra vida enfrentamos diversos tipos de pérdidas, muertes, separaciones, pérdidas de miembros, pérdida de salud, de ilusiones ante una discapacidad, etc. Otra finalidad del tanatólogo es procurar que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento

En el caso de cáncer de mama, hablaremos de una pérdida de la salud, la seguridad del futuro, quizá hasta de nuestra pareja, la solidez económica y la amputación física de parte de una o ambas mamas. Después del diagnóstico de cáncer de mama, con frecuencia los sobrevivientes y sus seres queridos tienen que hacerle frente a emociones que fluctúan constantemente: sorpresa, ira, tristeza, negación y esperanza, para mencionar sólo algunas. Además, esta montaña rusa emocional con frecuencia va acompañada por incertidumbre acerca de la enfermedad, desconcierto respecto al tratamiento y ansiedad acerca del futuro. Sin importar la edad, la mayoría de las mujeres, y hombres también, están de acuerdo que un diagnóstico de cáncer de mama es un evento que cambia la vida.

“En algún momento los enfermos se van a sentir muy deprimidos por los cambios que están experimentando. Eso es natural. ¿Quién no se sentiría así? No pueden seguir negando la enfermedad ni pueden asimilar las graves limitaciones físicas. Con el tiempo es posible que a todo esto se añadan las dificultades económicas. Se producen cambios drásticos y debilitadores en la apariencia física. Una mujer se amarga porque la pérdida de un pecho la hace menos mujer. Cuando ese tipo de preocupaciones se expresan y se tratan con sinceridad, los pacientes suelen reaccionar maravillosamente.”

(Kübler-Ross Elisabeth, LA RUEDA DE LA VIDA, Ediciones B, S.A., 2006. pg. 218 cap. 22)

Por estas y otras razones es importante asistir a un grupo de apoyo el cual proporcione a los participantes el espacio que necesitan para poder expresar lo que les pasa, verbalizar sus sentimientos y emociones, encontrar ayuda y respuesta a las miles de interrogantes y cambios que van sufriendo. Si se recurre a este equipo en períodos precoces a la detección del cáncer de mama, se podrá orientar desde diversos aspectos como:

a) El cáncer es una enfermedad de la mente, el cuerpo y el espíritu. El tanatólogo debe de tener la capacidad para "ponerse en los zapatos del otro", con respeto, confidencialidad, cordialidad, en pocas palabras con calidad humana para poder ofrecer al paciente el apoyo que él busca. Un espíritu positivo ayuda al enfermo de cáncer a sobrevivir. La ira, el rencor y el resentimiento pone al cuerpo en un ambiente ácido y de tensión. El tanatólogo ayudará a su paciente a tener un espíritu de amor y perdón, le apoyará para relajarse y disfrutar de la vida. El enfermo de cáncer puede preocuparse tanto que ciertos sentimientos pueden quedarse y queden atascados en el proceso de la curación emocional. Contar con un tanatólogo le ayudará a vencer este paso a través de método práctico y empírico que le facilite al paciente la comprensión de las crisis emocionales y físicas

b) Información sobre la necesidad de cambios en hábitos alimenticios y nutricionales ya que la radioterapia mientras destruye células cancerígenas, quema, deja cicatrices y daña células sanas, tejido y órganos. Cuando el organismo se llena de demasiada carga tóxica proveniente de quimioterapia y radiación, el sistema inmunológico se ve comprometido o se destruye, por lo tanto la persona puede sucumbir a diferentes tipos de infecciones y complicaciones.

c) Apoyar al paciente en el problema al prevenir la náusea y el vómito que se asocian con la quimioterapia. La náusea y el vómito no controlados pueden interferir con la capacidad del paciente para recibir su tratamiento, así como de cuidarse a sí mismo, ya que puede llegar a causar desde deshidratación, hasta cambios químicos en el cuerpo, pérdida del apetito, problemas físicos y mentales, desgarramiento del esófago, fractura de huesos y la reapertura de heridas quirúrgicas.

d) Apoyar a través de técnicas de medicina alternativa para mejorar el estado de salud y mental del paciente, debilidad, dolores de cabeza, náusea, etc.

e) Brindar información sobre seguros médicos o sobre la forma en que funciona el que se tiene, de farmacias económicas y apoyos de instituciones de gobierno o particulares.

f) Con la familia es importante aclarar dudas, orientarlos en los aspectos económico, religioso y espiritual, protegiendo la independencia de sus miembros, particularmente cuando el final sea largo. Es importante en ambos (enfermo y familiar) cerrar círculos o asuntos inconclusos de tipo emocional.

Cuando un paciente de cáncer de mama ha aprendido a plantear y resolver sus necesidades, a optimizar su vida afectada por la enfermedad, a aceptarla y crecer con ella; habremos logrado transmitirle uno de los principios más importantes del sentido de la vida:

*“Todas las penurias que se sufren en la vida, todas las tribulaciones y pesadillas, todas las cosas que podríamos considerar castigos de Dios, son en realidad regalos. **Son la oportunidad para crecer, que es la única finalidad de la vida”***

Elizabeth Kübler Rose

VI. Caso Vivencial Mónica Estrada Rojas

Mi deseo de contar cómo viví yo el cáncer de mama es para que se conozca otro aspecto de este prisma de mil caras llamado cáncer, así como exponer cómo la Tanatología me ayudó a manejar la situación que viví con dicha enfermedad.

Muchas gracias por la atención y la oportunidad que se me da para manifestarlo a través de mi tesina.

Antes de padecer la enfermedad consideraba que ésta se debía exclusivamente a razones médicas, que se originaba principalmente por causas hereditarias y claro lo veía como algo muy alejado de mí. Pero a veces el destino te cambia el guión y poco tiempo después de encontrarme ante mi nuevo y apetecible proyecto de vida, pues estaba a mitad del diplomado de Tanatología, en mis clases de danza y en general bien con mi familia, me noté un hundimiento extraño en el pezón de mi pecho derecho. En verdad dicho hundimiento lo había notada aproximadamente medio año antes pero como buena cobarde esperé a que desapareciera confiándome además en el diagnóstico de una doctora que me había comentado que era algo normal. Pero al ver que no desaparecía o no mejoraba me armé de valor y sin decirle a nadie lo que sospechaba fui a hacerme los estudios.

Al principio empecé a creer que era paranoica o que solo me imaginaba lo que veía, pero no, el primer golpe de realidad me llegó a través de la cara de preocupación en la técnica que me hizo la mamografía y en la doctora que me realizó el ultrasonido. Siete días más tarde, en consulta con mi ginecólogo y más tarde con el oncólogo, terminó de tomar forma una realidad que jamás hubiera creído sería posible para mí. Mis médicos, a Dios gracias, llenos de empatía, así como de amor, terminaron por hacer tangible lo que no deseaba, expresando una frase tan simple como: “Mónica, tienes un tumor y al parecer, bueno no es”.

Ese día lloré algo en el consultorio, a pesar de lo tímida que soy para expresar sentimientos en público, quizá fortalecido el sentimiento por la corriente de apoyo y comprensión por parte de mi ginecólogo. Posteriormente cuando llegué a mi casa el temor, algo de enojo y la absoluta confusión se apoderaron de mí y lloré mucho durante toda la noche y la verdad es que no pude dormir. A pesar de todo puedo decir con orgullo que no pensé que se me había destrozado la vida y nunca se me ocurrió

pensar de esa manera ni el cuestionar ¿por qué yo?, algo en lo profundo de mi, sentía ¿un apoyo?, quizá ¿una fuerza de esperanza?...

Pienso que el verdadero inicio en el capítulo de mi vida “Mónica y el cáncer de mama” empezó a gestarse hace dos años, cuando cursé el diplomado de logoterapia, dando su segundo paso cuando me incorporé a la AMTAC. Estos acontecimientos habían creado en mí un sólido y confortable colchón de fortaleza interior, me habían enriquecido con una nueva visión ante la vida/muerte y ello me había llevado a no hundirme en pensamientos fatalistas. El haber roto previamente con viejos esquemas, me llevó a apreciar un acontecimiento negativo como la oportunidad de revalorar la vida, empecé a caer en cuenta que la vida no la tenemos comprada y que hay que vivir el día a día como si fuera el último, que hay que observar y agradecer todo lo que tenemos y lo que nos rodea, disfrutar al máximo la compañía de nuestros seres queridos. Toda ésta filosofía aprendida en los diplomados fue la que me ayudó a aceptar la enfermedad, así como los cambios y limitaciones que traía consigo.

En mi mente retumbaban ideas de logoterapia como la de Victor Frankl: “*al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas la elección de la actitud personal que debe adoptar frente al destino para decidir su propio camino.*” (Frankl Victor. El Hombre en busca de Sentido. Herder, p. 90). Frase que me ayudó a generar una actitud asertiva ante la enfermedad, fue a través de sus palabras como yo decidí que si mi destino era pasar por esa enfermedad y todas sus consecuencias, yo tomaría la mejor actitud de vida ante ella y siempre pensando que lo que me estaba pasando tenía una razón de ser y que Dios no me daba más de lo que yo no pudiera aguantar.

El aprendizaje de estas disciplinas me han llevado a ser más reflexiva y a la luz de palabras como las de Nietzsche: “*el que tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo*” (Frankl Victor, El Hombre en busca de Sentido. Herder. p. 101), me hacían valorar y reconocer que yo si tenía y tengo un por qué para vivir, un sentido de vida; mis hijas y mi esposo, mis deseos de seguir preparándome, aprendiendo, mi esperanza de poder ayudar a los demás, compartir mi ser con familiares y amigos. Este sentido profundo de vida me dieron las armas para enfrentar la enfermedad con fortaleza, espiritualidad y decisión.

“Aprende a morir y aprenderás a vivir. Nadie aprenderá a vivir si no ha aprendido a morir.” (Kübler-Ros Elisabeth, La Rueda de la Vida, Ediciones B, S.A. 2006). Cuando confronté por primera vez la noticia de que estaba enferma de cáncer, no he de negar que lo primero que me vino a la mente fue la muerte pero que distinta se le observa cuando se ha tenido la oportunidad de cursar más de la mitad de un diplomado en Tanatología; mi visión ante la “terrible muerte” se convirtió en la comprensión de un fenómeno natural propio del hombre, apreciándola como una etapa del ciclo de vida y por tal motivo tomé con más calma el diagnóstico anunciado.

El capítulo “Mónica y el cáncer de mama” continuaba escribiéndose, el tratamiento dejaba sus estragos; debilidad, dolor, náusea... momentos que me brindaban la oportunidad de repasar las verdaderas causas de mi estado, no solo las razones médicas; sino aquellas que guardamos en el alma y que tienen mucho que ver con el estado anímico en el que nos desenvolvemos y que terminan por marcar nuestra personalidad. Esta idea se reflejaba con tanta claridad en la lectura de Tanatología: *“El riesgo de cáncer aumenta, entre otras razones, por grandes pérdidas o duelos no elaborados; por una incapacidad persistente para aceptar que no siempre se es capaz de sortear y resolver todo tipo de dificultades con éxito: por una desesperación que permanece y que no se encuentra abiertamente declarada; o por una tendencia del individuo a posponer a toda costa sus propias necesidades vitales”.* (Baltrusch, 1975; Onnis, 1977; Stierlin et al., 1997. Velasco María Luisa y Sinibaldi Julián. Manejo del Enfermo Crónico y su Familia. Ed. El Manual Moderno, 2001 p. 108). Dentro de éstas características con las que más me identifiqué fue con la pérdida y el duelo no elaborado de mi padre y ésta fue la misma razón que me llevó a estudiar Tanatología después de 15 años de su fallecimiento; dolores que se callan y se llevan silenciosamente en el cuerpo y el alma y nuestro pobre cuerpo nos grita que resolvamos, aprendamos y crezcamos. La Logoterapia, la Tanatología y el cáncer me llevaron a este proceso.

“Los pacientes con predisposición al cáncer también tenderán a no expresar los sentimientos como angustia, tensión o rabia, y, por lo general, se presentarán como alegres, despreocupados y sobreadaptados” (Velasco María Luisa y Sinibaldi Julián. Manejo del Enfermo Crónico y su Familia. Ed. El Manual Moderno, p.108). Mi

personalidad siempre había sido la de una persona bastante cerrada, como dice el párrafo anterior, me era tan difícil expresar mis sentimientos, todo lo guardaba, y sin saberlo, yo sola estaba armando el detonador y la bomba de mi cáncer. Pero sin saberlo, había empezado a germinar en mí el antídoto a este mal, gracias a la visión de la Tanatología, aprendí que para poder desenvolverme en este medio y en mi vida en general, es necesario tener la capacidad de manejar dentro de uno mismo una amplia gama de sentimientos y emociones humanas, pues con ellas trabajaremos todo el tiempo. El verdadero tanatólogo debe desarrollar una alta honestidad para con sus emociones ya que no es válido que se presente alegre o despreocupada cuando en realidad no lo está, esto me obliga a reconocer y aceptar mis emociones, sin juzgarlas o rechazarlas. Llegar a la comprensión profunda de esto durante la enfermedad, me brindó la oportunidad de expresar con mayor facilidad mis sentimientos con mis familiares y amigos, generándose un círculo de retroalimentación, ya que ellos a su vez tuvieron la confianza de manifestarme los suyos y aquella dolorosa enfermedad nos dio la oportunidad de crecer juntos, el mío era un dolor compartido y así es más fácil de superar la prueba más difícil.

Y así llego al renglón de la familia, mi apoyo, mi luz y fuente de motivación para salir adelante de la situación. Creo que tanto para ellos como para mí, resulta muy cierto que *“la familia apoya la individuación de cada miembro y al mismo tiempo proporciona a todos un sentimiento de pertenencia al grupo”* (Velasco María Luisa y Sinibaldi Julián. Manejo del Enfermo Crónico y su Familia. Ed. El Manual Moderno, p.1).

Pero no solo la familia me brindó un pilar sólido al cual asirme, sino todas mis amistades y personas que pensaba lejanas a mí o hasta creía que yo les era de poca importancia. Todos ellos dieron forma a *“la familia de elección, es decir, aquellos amigos y personas no vinculadas con el individuo por lazos sanguíneos o legales, pero que se unen al enfermo por lazos de amistad y lealtad altamente significativos”* (Walker 1992. Velasco María Luisa y Sinibaldi Julián. Manejo del Enfermo Crónico y su Familia. Ed. El Manual Moderno, p. 6).

VII. CONCLUSIONES

El paciente enfermo de cáncer tiene un gran número de necesidades que no solo son de índole farmacológicas para aminorar dolores o para tratar el propio cáncer, sino que incluye aspectos nutricionales, espirituales, sociales, familiares, psicológicos, teológicos, etc.; mismos que deben ser satisfechos. El tratamiento del paciente de cáncer debe tener como objetivo, no sólo sanarle físicamente sino mejorar su calidad de vida y adaptación a sus nuevas circunstancias, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar, es por ello indispensable que desde el mismo momento de la realización del diagnóstico se puede y debe sugerir la participación de la Tanatología y esta participación ha de estar integrada con el servicio de atención médica de un modo multidisciplinario.

La Tanatología nos ha hecho comprender la enorme importancia que tiene la información que se administre al paciente acerca de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, situación que le otorga un papel más activo al paciente. Los efectos positivos que brinda el ser consciente de esta información depende en gran medida del contenido de lo que se comunica, de el cómo y de el cuándo se exponga. El paciente tiene derecho a saber su diagnóstico y características clínicas del cáncer, las características de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento a aplicar, las razones por las que son necesarios y los efectos benéficos que comportan, pero del mismo modo debe conocer los efectos colaterales de los tratamientos y estrategias o medios para disminuir o paliar los efectos negativos: prótesis, posible caída del cabello, náuseas y vómitos, etc.

Claro está que el acercamiento a este proceso debe realizarse de manera secuencial, es decir, ha de tener en cuenta los diferentes momentos o fases del proceso médico, de forma que sea específico y concreto a la situación en que se encuentre. Para que esto se logre satisfactoriamente es necesario conformar un equipo de especialistas, de forma que los aspectos acerca de las características y curso de la enfermedad han de ser tratados por el médico, mientras que los aspectos psicosociales serán apoyados por el psicólogo junto con el tanatólogo, con la posibilidad de ampliar el soporte a las áreas administrativa o legal a través de un abogado, asesor de seguros, etc. Este tratamiento desde diversas áreas debe ser congruente, de forma que lo que

se le dice al paciente a través de los distintos canales de información sea similar. Por eso es importante que la comunicación tanto del diagnóstico, como del pronóstico y efectos de los tratamientos sea dada al mismo tiempo al paciente, a su pareja y a los familiares más allegados. La adecuada comunicación entre los miembros del equipo de intervención asegurará dicha congruencia. Es necesario adecuar la información y tratamiento al estilo que tiene cada paciente para afrontar su situación y en todo caso la información ha de ser realista.

El paciente de cáncer que cuente con apoyo tanatológico será capaz de reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales negativas, ya que contará con una guía que lo ayudará a afrontar su enfermedad de manera positiva, del mismo modo logrará desarrollar un sentido de control personal sobre su vida y una participación activa en su tratamiento del cáncer. A través del trabajo en equipo con sus especialistas encontrará medios que le facilitarán la comunicación con su pareja y otros miembros familiares, mejorando sus relaciones sociales y su adaptación social. Se transformará en un paciente que cuente con diversas estrategias orientadas al problema y al control de la emoción, contará con mejores medios para afrontar los cambios psicoemocionales por los que transite ya que la Tanatología le brindará la oportunidad de acercarle a la práctica y habituación de técnicas relajantes y alternativas de la salud.

Algunos de los beneficios que obtendrá un paciente con cáncer al ser apoyado bajo una perspectiva de la Tanatología serán: reducir su soledad y aislamiento, aumentar su control sobre el entorno y su autonomía, reducir la apreciación de amenaza, aumento de su autoestima, disminución de su ansiedad y depresión, control de síntomas, entre otros. Estos beneficios son extensivos a la familia ya que contarán con un soporte emocional para afrontar la situación de su familiar enfermo y para una pérdida inminente, así como darles a conocer y acercarles a una gama de recursos que pueden usar.

Es un hecho que la ausencia de información por parte del paciente, puede producir una mejor adaptación, pero sólo a corto plazo. Ha de tenerse en cuenta que el dar información puede llevar a un mayor estado de estrés sólo si no se acompaña de entrenamiento en estrategias para afrontar los problemas que se originarán. Es por ello de vital importancia el compromiso sincero y absoluto por parte del Tanatólogo, quien

debe procurar su actualización constante, su compromiso de amor sincero por la humanidad y el desarrollo de habilidades intuitivas y empáticas con los que le rodean.

Tras este año y medio de vivir la experiencia como paciente de cáncer y estudiante de Tanatología he comprendido cabalmente como el dolor nos lleva al aprendizaje más profundo, este binomio de “paciente con cáncer – estudiante de Tanatología”, ha sido una verdadera oportunidad de crecimiento para mí y los que me rodean. Ahora me siento capaz de compartir mi experiencia con otros, ayudándoles a transitar por esas enormes oportunidades de aprendizaje que nos brinda la enfermedad y la cercanía a la muerte.

Vivir significa acercarse y dar a los demás... Amar, compartir, hablar, enriquecer la vida de otras personas, acariciar y recibir caricias (Kübler-Ross Elisabeth, LA RUEDA DE LA VIDA, Ediciones B, S.A., 2006, pg. 356 cap. 37) Estoy viva y llena de nuevos aprendizajes, es tiempo de escribir un nuevo capítulo en mi vida, ser una Tanatóloga capaz de amar, compartir y enriquecer la vida de muchas otras personas.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.el mundo.es/elmundosalud/especiales/cáncer/introdu>
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
3. <http://es.wikipedia.org/wiki/cancer>
4. <http://www.salud.com/cancer-de-mama.html>
5. <http://www.tusalud.com.mx/130101.htm>
6. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/patient>.
7. Entusmanos.com.mx
8. <http://www.networkofstrength.org/espanol/>
9. <http://www.fucam.org.mx/historia1.htm/>
10. <http://www.gruporeto.org/>
11. http://www.cancer-mama.info/cancer_mama/causas_prevencción.htm/
12. www.geosalud.com/Cancerpacientes/mama/tratamiento.htm
13. www.tuotromedico.com/.../cancer_de_mama.htm
14. <http://www.cancer.gov/>
15. es.wikipedia.org/.../tratamiento_del_cancer
16. <http://www.diariocritico.com/ocio/2010/agosyo/salud/22496/mi-cancer-yo.htm/>
17. <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/int62.htm>
18. <http://www.monografias.com/trabajos15/tanatología.shtm//>
19. ¿Qué es la tanatología?<http://www.tanatología-amtac.com/>

20. **Kübler-Ross Elisabeth**, LA RUEDA DE LA VIDA, Ediciones B, S.A., 2006
21. **Frankl Viktor**, EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO, Herder, S.L., Barcelona, 2004.
22. Velasco María Luisa y Sinibaldi J. F. Julián, Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias), Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., 2001.