



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Experiencias emocionales y estrés en el diagnóstico de cáncer de mama

Estudiante: Bottinelli Monti, María Agustina.

Legajo: 27116.

Director/es: Dra. Aloe, Evangelina.

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en
Psicología.

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial - compartir igual 4-0 internacional y siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra:

Dentro de los 6 meses posteriores a su aceptación

Lugar y fecha: 31/10/2025. Cipolletti, Río Negro.

Firma y aclaración del autor: María Agustina Bottinelli Monti.

ÍNDICE

RESUMEN	6
DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	7
Cáncer de mama: Prevalencia	8
Implicancia del Rol del Psicólogo	9
Justificación	11
Objetivos	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos	12
Supuestos básicos de Investigación	13
ESTADO DEL ARTE	14
MARCO TEÓRICO	21
Las emociones y su impacto en la salud	23
El estrés como modulador psicobiológico	24
Estrategias de afrontamiento y su relación con la enfermedad	26
Personalidad y vulnerabilidad psicosomática	27
Eventos vitales y emocionales anteriores al diagnóstico de cáncer de mama	30
Trauma y disregulación emocional en la salud-enfermedad	32
METODOLOGÍA	35
RESULTADOS	39
DISCUSIÓN	51
CONCLUSIÓN	59
APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN.	61
LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	62
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS	63
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	64
REFERENCIAS	68
ANEXOS	79
ANEXO 1: Consentimiento informado	79
ANEXO 2: Guía de preguntas para la entrevista semiestructurada	80

Agradecimientos

A la vida por darme la oportunidad de sentir, de aprender, de sanar y de ser.

A mamá, por haberme hecho mamar la psicología desde siempre, por contagiarme su pasión y vocación por esta hermosa profesión. Gracias por guiarme, acompañarme y ser mi mayor referente. Por darme la oportunidad de crecer y aprender juntas, de acompañarte en tu proceso con el cáncer de mama, de insistir en que cuidaras de tu salud, de reír y llorar juntas. Gracias por los aprendizajes adquiridos, por el amor que nos sostuvo incluso en la adversidad, y por la profunda transformación que vivimos en este camino.

A la Universidad de Flores, por brindarme un espacio de formación, de encuentro y desarrollo. Por reforzar mi amor, pasión y vocación, en el arte de acompañar a otros desde la psicología. Gracias a mis amigos, compañeros, profesores, cantineros y personal de la Universidad, quienes me acompañaron durante horas brindándome calidez humana, mediante palabras de aliento, un saludo, un abrazo o simplemente una sonrisa, pequeños actos que tuvieron un gran impacto en mi proceso como estudiante y como persona.

A mi familia biológica y a los amigos que elegí como segunda familia, por creer en mí, por su presencia en los distintos momentos de este recorrido. Aunque no todo fue fácil, valoro profundamente y reconozco que cada vínculo en mi vida me enseñó e impulsó a transformarme.

A mi pareja, Agustín, por su amor, su cuidado, por acompañarme con ternura y paciencia. Gracias mi amor, por ser mi refugio en los días difíciles y por ayudarnos mutuamente en nuestro constante desarrollo personal y espiritual.

A las doce mujeres entrevistadas que participaron en esta investigación, por su generosidad, por abrirse, confiar, compartirme sus historias y permitirme ser un canal para sostener su voz. Este trabajo está profundamente inspirado y dedicado a ustedes.

A mi directora, Eva, por su guía y acompañamiento, por su calidez, empatía, por su mirada humana y espiritual. Gracias por tu comprensión, tu paciencia, por sostener mi proceso con respeto y por enseñarme, más allá de lo académico, a confiar en mi propia voz, a creer en mí.

A mi psicóloga, Mica, la cual me brinda un espacio de validación, escucha activa y comprensión en este momento “bisagra” de mi vida.

A Georgina y Graciela quienes fueron mis profesoras de la cátedra de Tratamiento de Trastornos Psicosomáticos y del Stress, por inspirarme y contagiarme su interés por la psicosomática, la psicología corporal integral y la psiconeuroinmunoendocrinología. Por sus palabras y devoluciones, luego de haber rendido el examen final oral, el que tanto temía errar.

Finalmente, a mí misma. Por no rendirme, por haber aprendido a ser más autocompasiva y convertirme en mi propio sostén. Agradezco los aprendizajes y transformaciones adquiridos en este proceso. Siento una inmensa gratitud por haber atravesado esta trayectoria con entrega, profundidad y amor. Por haber llegado hasta acá y permitirme cerrar una etapa, dispuesta a comenzar otro camino lleno de hermosas e inesperadas oportunidades.

RESUMEN

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial y una de las principales causas de mortalidad en esta población, representando una problemática de salud pública relevante. Su abordaje histórico desde el modelo biomédico tradicional, centrado en factores biológicos, resulta reduccionista e insuficiente para comprender la complejidad del proceso salud-enfermedad.

El presente Trabajo Final Integrador propone una mirada integral desde los modelos biopsicosocial y psiconeuroinmunoendocrino, que conciben la enfermedad como el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales y la comunicación entre los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino. Desde un diseño cualitativo con un enfoque narrativo-biográfico, se indagó en las experiencias emocionales de doce mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, con el propósito de describirlas desde un enfoque integral. Las respuestas evidenciaron la presencia de eventos y emociones estresantes previos al diagnóstico, dificultades en la gestión emocional, estilos de afrontamiento centrados en el problema, inhibición emocional, entre otros rasgos coincidentes con la personalidad tipo C. A su vez, se observaron procesos de transformación, resiliencia y reconstrucción del sentido vital impulsados por el diagnóstico. Este estudio busca contribuir al ámbito clínico resaltando la importancia de un abordaje oncológico integrador que incluya la dimensión psicoemocional y espiritual, promoviendo una práctica clínica humana, empática y contextualizada.

Palabras clave: *cáncer de mama, emociones, estrés, estilo de afrontamiento, personalidad tipo C.*

DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El presente Trabajo Final Integrador (TFI) tiene como objeto de estudio:

Conocer las experiencias emocionales y los eventos estresantes en el diagnóstico de cáncer de mama desde un enfoque integral. Se propone una investigación cualitativa con un enfoque narrativo-biográfico. La delimitación del objeto de estudio se debe a la magnitud epidemiológica del cáncer de mama y la insuficiencia de un abordaje exclusivamente biológico. En otras palabras, se debe a la incidencia media-alta del cáncer de mama en el país y a la urgencia de un abordaje de la salud-enfermedad desde una mirada integral, superando el dualismo cartesiano y las limitaciones del Modelo Biomédico (MBM) tradicional (Elío-Calvo, 2023).

El Modelo Biomédico (MBM), basado en esta concepción dualista que fragmenta el cuerpo de los procesos psíquicos, asume que la enfermedad es una alteración de variables biológicas mensurables (Engel, 1977). Esta perspectiva resulta reduccionista e insuficiente para comprender y abordar patologías complejas como el cáncer de mama. Por lo tanto, esta investigación se fundamenta en el Modelo Biopsicosocial (MBPS), que concibe la enfermedad como el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales (Engel, 1977). Este enfoque integral se complementa con la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE), campo interdisciplinario consolidado a partir de los estudios pioneros de George Solomon, centrado en los mecanismos de comunicación entre el cerebro, el sistema nervioso central y autónomo, el sistema inmunológico y el sistema endocrino (Linares et al., 2008; Solomon 2001).

Cáncer de mama: Prevalencia

Para comprender la magnitud del cáncer de mama y su impacto en la salud pública, es fundamental analizar su prevalencia a nivel global y regional. El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial y una de las principales causas de mortalidad en esta población (Picazo et al., 2022). Representa aproximadamente el 12,5% de los cánceres diagnosticados globalmente, ubicándose después del cáncer de pulmón, colorrectal y hepático (Pérez & Álvarez, 2023). Su alta incidencia ha convertido a esta patología en una prioridad de salud pública, con tasas más elevadas en regiones como Australia, Europa y Norteamérica, intermedias en Europa del Este y Sudamérica, y más bajas en gran parte de Asia y África (Houghton & E, 2021).

Desde el punto de vista clínico, el cáncer de mama se caracteriza por un crecimiento descontrolado de células anormales en los tejidos mamarios, con capacidad de diseminación metastásica (Riverón et al., 2021). La eficacia del tratamiento está estrechamente relacionada con la detección temprana de la enfermedad, lo que resalta la importancia de los programas de cribado y diagnóstico precoz (Martín, M. et al., (2015). Entre los factores de riesgo se incluyen la edad, la predisposición genética (con un 5-10% de los casos vinculados a mutaciones hereditarias), factores ambientales, el estilo de vida, la nuliparidad, la edad avanzada en el primer parto y el uso de anticonceptivos hormonales, los cuales han sido asociados con un aumento significativo del riesgo de desarrollar la enfermedad (Osorio et al., 2020; Gómez, 2020; Kashyap et al., 2022; Rondón & Morales, 2023).

En Argentina, el Observatorio Global del Cáncer (Globocan) reportó en 2020 un total de 130.878 nuevos casos de cáncer en ambos sexos. Dentro de esta

estadística, el cáncer de mama fue el de mayor prevalencia en mujeres, con 22.024 casos, representando el 16,8% de todos los diagnósticos oncológicos y el 32,1% de los tumores malignos en mujeres (IARC, 2020). La tasa de incidencia ajustada por edad para esta patología en el país es de 73,1 casos por cada 100.000 mujeres, lo que posiciona a Argentina entre los países de incidencia media-alta en América Latina. Esta alarmante cifra resalta la urgencia de comprender la enfermedad más allá de su dimensión biológica y de adoptar modelos de abordaje integral.

En este sentido, la comprensión de la enfermedad, en general y del cáncer, pueden enmarcarse en el Modelo Biopsicosocial (MBPS) y la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE). De esta manera, tanto los factores biológicos, psicológicos y sociales; sumado a los aportes de la PNIE, que contempla la interconexión bidireccional entre los procesos psíquicos y los sistemas: nervioso, inmune y endocrino (Engel, 1977; Linares et al., 2008).

La PNIE enfatiza la importancia de la estabilidad emocional y la regulación del estrés como factores clave en la respuesta inmunológica y en el mantenimiento de la enfermedad (Bocchio et al., 2016). En consonancia a lo expuesto, este TFI se propone describir las experiencias emocionales y los eventos estresantes en el diagnóstico de cáncer de mama desde un enfoque integral.

Implicancia del Rol del Psicólogo

La presente investigación pretende aportar evidencia científica, práctica y social, con el objetivo central de optimizar la intervención clínica en la oncología, destacando el papel imprescindible del psicólogo.

El diagnóstico de cáncer de mama, junto a sus tratamientos (procesos quirúrgicos, quimioterapia, radioterapia, entre otros), suelen desencadenar profundas alteraciones emocionales, afectando múltiples dimensiones en la vida de la paciente oncológica: imagen corporal, autoestima, espiritualidad, vínculos familiares, de pareja, sociales y laborales (Borbón & Beato, 2002). En este contexto, el rol del psicólogo es crucial para:

- Abordaje del Impacto Emocional y Traumático: El diagnóstico de cáncer de mama se puede presentar como un evento disruptivo, altamente estresante e inclusive traumático, con alta prevalencia de síntomas TEPT (Kangas et al., 2002). En esta instancia, el psicólogo interviene para abordar la regulación emocional, los duelos, la culpa y los mecanismos de defensa desadaptativos como la inhibición emocional, que podrían influir en la adherencia al tratamiento y en la recuperación.
- Mejorar la Calidad de Vida: Al integrar estrategias terapéuticas como TCC, DBT y/o ACT, no sólo se buscaría psicoeducar sino también, fomentar la regulación emocional, habilidades, fortalecer la autoestima, el autocuidado, promover el afrontamiento activo, contribuyendo significativamente al bienestar general de las pacientes oncológicas.
- Promover un Enfoque Integral: El psicólogo actúa como agente o nexo que impulsa un abordaje integral, interdisciplinario y contextual, contemplando a la persona como una totalidad y no sólo como un cuerpo enfermo.

Justificación

Describir las experiencias emocionales y los eventos estresantes que vivencian las mujeres con cáncer de mama desde un enfoque integral permite ampliar la comprensión de este fenómeno en el plano científico, clínico y social.

La psiconeuroinmunología ha evidenciado que los estados emocionales pueden influir en la salud física, afectando tanto la vulnerabilidad como la evolución de diversas enfermedades, incluido el cáncer (Prolo et al., 2002). Sin embargo, aún quedan muchas preguntas abiertas sobre los mecanismos precisos que subyacen a esta interacción, lo que hace imprescindible continuar investigando.

Desde el punto de vista científico, el presente estudio pretende aportar nuevas perspectivas sobre la importancia de las experiencias emocionales y los eventos estresantes en el contexto del diagnóstico de cáncer de mama, sumando evidencia a un campo interdisciplinario en constante desarrollo. Como sostiene Lightman (2008), “No existe evidencia de que la mente pueda curar las enfermedades. La mente puede alterar el proceso o la vulnerabilidad a la enfermedad. Y esto en sí mismo, ya es revolucionario y vale la pena continuar investigando”. Explorar esta conexión en mayor profundidad permitirá fortalecer enfoques de tratamiento más integrales en oncología, favoreciendo una comprensión más amplia de la enfermedad.

En el plano clínico, los resultados de esta investigación pueden resultar valiosos para los profesionales de la salud, brindándoles herramientas que optimicen la intervención clínica y el apoyo emocional a las pacientes. Integrar estrategias psicológicas en los tratamientos oncológicos no solo podría mejorar la adherencia

terapéutica, sino también contribuir al bienestar y calidad de vida de quienes atraviesan la enfermedad.

Desde una perspectiva social, comprender el impacto de las emociones en el cáncer de mama permite sensibilizar a la comunidad y promover políticas de salud que incorporen la dimensión psicológica en el abordaje oncológico.

En síntesis, esta investigación se desarrolla en pos de brindar una perspectiva integral de la enfermedad, en este caso, del diagnóstico de cáncer de mama.

Aportando evidencia sobre la conexión mente-cuerpo y ofreciendo herramientas clínicas, a través de la Propuesta de Intervención, que sensibilizan a la comunidad y a los profesionales de la salud, enfatizando la necesidad de incorporar un enfoque integral, logrando así intervenciones eficientes y contextualizadas, esto resultaría en un mejor pronóstico y una mayor calidad de vida en las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Objetivos

Objetivo general

- Conocer las experiencias emocionales y los eventos estresantes en el diagnóstico de cáncer de mama desde un enfoque integral.

Objetivos específicos

- Indagar sobre las emociones, las cogniciones en el diagnóstico de cáncer de mama.
- Reconocer la presencia de eventos traumáticos y/o estresantes previos al diagnóstico de cáncer de mama.

- Identificar las características de personalidad y estilo de afrontamiento presentes en las narrativas de las pacientes oncológicas.
- Indagar sobre la presencia de características asociadas al tipo de personalidad C en las pacientes oncológicas entrevistadas.
- Proponer una intervención integral, abordando aspectos biopsicosociales y espirituales, con énfasis en el autocuidado como una actitud diaria que contribuya a mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Supuestos básicos de la Investigación

La pregunta que guió esta investigación fue: ¿Hubo experiencias emocionales y eventos estresantes previos al diagnóstico de cáncer de mama en las mujeres entrevistadas?

- Las emociones, los pensamientos y las creencias tienen un impacto directo sobre la Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE).
- La inhibición o represión de las emociones, tanto agradables como desagradables, junto con la minimización de los eventos estresantes, debilitan el sistema inmunológico.
- Los eventos traumáticos y/o estresantes actúan como factores de riesgo, representando una amenaza significativa para la salud en el contexto del cáncer de mama.
- La desregulación emocional y la gestión inadecuada de las emociones se identifican como factores de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad oncológica.
- El estilo de afrontamiento represivo, las características de la personalidad tipo C y los conflictos emocionales son factores adicionales que pueden actuar como elementos de riesgo en la evolución del cáncer de mama.

ESTADO DEL ARTE

A lo largo del tiempo, múltiples investigaciones han buscado comprender el papel que desempeñan los factores psicológicos en la aparición y progresión del cáncer de mama. En este marco, se ha investigado las experiencias emocionales, los eventos estresantes, la cognición, el estrés, los estilos de afrontamiento y ciertos rasgos de personalidad en el diagnóstico de cáncer de mama.

En esta línea, Gauto (2022) realizó un estudio en Paraguay con el objetivo de identificar la relación entre factores emocionales negativos y el desarrollo del carcinoma mamario. A partir de un enfoque cualitativo, fenomenológico y descriptivo, el estudio analizó la experiencia de diez mujeres de entre 40 y 80 años, residentes en Asunción y Gran Asunción, diagnosticadas con cáncer de mama y pertenecientes a la Asociación de Mujeres en Apoyo contra el Cáncer de Mama (AMACMA). A través de entrevistas semiestructuradas y un cuestionario de 40 preguntas abiertas, validado por jueces expertos, se indagó en sus vivencias emocionales previas al diagnóstico. Los resultados revelaron que la mitad de las participantes con enfermedad avanzada no había recibido apoyo psicoterapéutico para procesar resentimientos previos, lo que sugiere una posible relación entre la falta de afrontamiento emocional y la gravedad del cáncer.

Por otro lado, el estudio de Hernández Sampayo et al. (2020) exploró las experiencias emocionales previas al diagnóstico en mujeres con cáncer de mama atendidas en una institución oncológica de Cali. Mediante un diseño descriptivo de corte transversal, se trabajó con una muestra de 30 mujeres, utilizando el instrumento “Emoción, afecto y entorno” para evaluar dimensiones como tristeza, depresión, incertidumbre, soledad y preocupación excesiva por el bienestar de otros. Los

hallazgos indicaron que el 90 % de las participantes había atravesado algún trastorno emocional antes de su diagnóstico. Si bien los resultados no permiten establecer una relación causal directa, reflejan la importancia de considerar los eventos de vida estresantes como posibles factores que podrían influir en el desarrollo de la enfermedad.

Diferentes estudios han examinado el impacto de los factores psicológicos en el desarrollo y evolución del cáncer de mama, resaltando el papel de la personalidad y las estrategias de afrontamiento emocional en la enfermedad. En esta línea, Pérez Abreu et al. (2020) llevaron a cabo una investigación en el Policlínico José Martí, en Gibara, Cuba, con el propósito de identificar características psicológicas asociadas a esta patología. La muestra estuvo conformada por 23 mujeres, en quienes se evaluaron aspectos como estrés, estilo de vida, ansiedad, rasgos de personalidad y relación con la enfermedad.

Los resultados señalaron que el 43 % de las participantes presentaba rasgos de personalidad tipo C, caracterizados por la inhibición y negación de emociones negativas, como la ira y la ansiedad, junto con la expresión acentuada de conductas consideradas socialmente aceptables. Este perfil ha sido asociado con la supresión emocional y la tendencia a internalizar el estrés, factores que, según algunas investigaciones, podrían aumentar la vulnerabilidad a enfermedades crónicas, incluido el cáncer de mama. Asimismo, el 69,6 % de las participantes manifestó dificultades en su relación con la enfermedad, mientras que el 73,7 % evidenció rasgos compulsivos e histeroideos marcados o patológicos, y el 56,5 % utilizó estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Estas características reflejan una mayor vulnerabilidad psicológica que, en combinación con estilos de vida poco saludables, presentes en el

100 % de las mujeres con alta sensibilidad al estrés, podrían influir en la progresión de la enfermedad.

Por otro lado, el impacto de los factores psicológicos en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama también ha sido objeto de estudio. En este sentido, Nadal Delgado (2022) analizó la prevalencia de síntomas psiconeurológicos, como ansiedad, depresión y deterioro cognitivo, en una muestra de 200 mujeres del área sanitaria de Badajoz, explorando su relación con variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. Los hallazgos indicaron que el 38 % de las participantes presentaba niveles moderados-severos de ansiedad, el 28 % manifestaba síntomas depresivos clínicamente significativos y el 40,5 % evidenciaba deterioro cognitivo en todos sus dominios. Estos resultados sugieren que los síntomas emocionales y cognitivos no solo afectan la calidad de vida de las pacientes, sino que también, cuando se presentan de manera conjunta, pueden potenciar su impacto negativo, dificultando la adaptación al proceso de enfermedad y tratamiento.

En esta misma línea, Protesoni y Grillé (2022) investigaron la relación entre los esquemas desadaptativos tempranos (EDT) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en mujeres sometidas a distintos tratamientos oncológicos. A través de un estudio realizado en el sistema de salud público de Uruguay, en el que participaron 228 mujeres, se identificó que los EDT más frecuentes fueron el autosacrificio y las metas inalcanzables. Además, se observó que el impacto de estos esquemas variaba según el tratamiento recibido, siendo más predominante la sobrevaloración en aquellas pacientes que habían pasado por una cirugía sin reconstrucción mamaria. Los hallazgos revelaron que la CVRS estaba significativamente relacionada con esquemas de privación emocional, abandono, apego, vulnerabilidad y vergüenza, lo que

sugiere que la manera en que cada paciente afronta emocionalmente su enfermedad y sus tratamientos, influye directamente en su percepción de bienestar y adaptación.

Por otra parte, en un estudio realizado en Perú, Rivera-Cruzatt et al. (2022) exploraron el afrontamiento psicológico en mujeres con cáncer de mama en un hospital de Lima Metropolitana, con el objetivo de comprender cómo enfrentaban la enfermedad a nivel emocional y conductual. Mediante un enfoque cualitativo basado en el análisis temático reflexivo, entrevistaron a 16 mujeres de entre 35 y 65 años. Los resultados identificaron tres estrategias principales de afrontamiento. En primer lugar, el afrontamiento emocional fue el más utilizado, destacándose el apoyo de personas cercanas, la religión y la reinterpretación positiva de la enfermedad como formas de aceptación progresiva del diagnóstico. En segundo lugar, el afrontamiento resolutivo emergió como una estrategia clave, caracterizada por la disposición a seguir indicaciones médicas, la búsqueda de apoyo profesional y la toma de decisiones activas en su tratamiento. Finalmente, el afrontamiento evasivo permitió a algunas pacientes manejar el impacto emocional de la enfermedad a través de la distracción y la postergación del proceso de afrontamiento. De manera general, las participantes combinaron estrategias emocionales para fortalecer su bienestar psicológico con enfoques resolutivos que les permitieron centrarse en el tratamiento médico sin descuidar su vida cotidiana.

En esta misma línea, Reascos Paredes et al. (2023) llevaron a cabo un estudio en Ecuador con el objetivo de identificar los factores de estrés y las estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama atendidas en unidades especializadas. La investigación, de enfoque cuantitativo y descriptivo, incluyó a 39 pacientes atendidas en dos unidades oncológicas durante los primeros meses de 2022. A partir

de cuestionarios sobre estrés percibido y afrontamiento, se evidenció que muchas pacientes experimentaban altos niveles de irritabilidad, fatiga, intranquilidad, agotamiento mental y frustración, atribuyendo estos síntomas a la enfermedad y su tratamiento. La mayoría de las participantes eran mujeres de entre 30 y 39 años, casadas, con educación secundaria completa, desempleadas y residentes en áreas urbanas. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se observó una tendencia a expresar emocionalmente su malestar, buscar apoyo en familiares y amigos, y recurrir a la fe o a prácticas religiosas como una forma de encontrar consuelo. Estos hallazgos reflejan cómo el cáncer de mama no solo afecta la salud física, sino que también genera un impacto emocional significativo, donde el apoyo social y espiritual desempeñan un papel clave en la adaptación a la enfermedad.

Por otro lado, en España, Ruiz González (2023) exploró la relación entre los factores psicológicos, la gestión emocional y la resiliencia en mujeres que habían superado el cáncer de mama, comparándolas con mujeres sin antecedentes oncológicos. Los resultados indicaron que, en general, las supervivientes mostraban mayores niveles de resiliencia y capacidad de reparación emocional en comparación con el grupo de mujeres sanas. A través de un análisis detallado, se determinó que la combinación entre la experiencia de haber enfrentado la enfermedad y la habilidad para manejar emociones explicaba en un 28 % las diferencias en resiliencia entre los grupos estudiados. Sin embargo, el estudio también reveló que aquellas mujeres que prestaban mayor atención a sus emociones tendían a experimentar más dificultades para gestionar sentimientos negativos, lo que afectaba su bienestar psicológico. En contraste, quienes lograban regular sus emociones de manera adecuada experimentaban un mayor crecimiento postraumático, lo que facilitaba su recuperación emocional y su capacidad de afrontar la vida después del cáncer. Un

hallazgo relevante fue que la ansiedad persistía en algunas mujeres, especialmente en aquellas que no lograban identificar o procesar sus emociones de forma efectiva.

Estos resultados subrayan la importancia de incorporar estrategias de apoyo emocional durante el tratamiento, promoviendo el desarrollo de herramientas para mejorar la regulación emocional y favorecer una recuperación más integral.

El mindfulness ha sido ampliamente estudiado en el contexto del cáncer como una estrategia para abordar los desafíos emocionales y psicológicos que enfrentan los pacientes. Diversas investigaciones han señalado que la incorporación de esta práctica en los tratamientos oncológicos puede contribuir significativamente a la calidad de vida, ayudando a reducir el estrés, la ansiedad, la depresión y la percepción del dolor.

En este sentido, Escudero Castelán et al. (2021) exploraron la efectividad de intervenciones basadas en mindfulness en mujeres con cáncer de mama. A partir de una revisión de estudios previos, encontraron que el programa de Reducción de Estrés Basado en Atención Plena (REBAP) mostró efectos positivos en distintos ámbitos emocionales y físicos. Entre los principales beneficios observados se incluyen una disminución en los niveles de estrés, miedo, depresión y angustia, así como una mejora en la calidad de vida y el bienestar general. Además, se identificaron cambios en indicadores fisiológicos, como la variabilidad de la frecuencia cardíaca y la regulación de ciertas células del sistema inmunológico (IL-6), lo que sugiere un impacto positivo no solo a nivel psicológico, sino también en el funcionamiento biológico del organismo. Cabe destacar que estas investigaciones se llevaron a cabo en entornos hospitalarios, lo que subraya la relevancia de ofrecer herramientas emocionales accesibles dentro del sistema de salud.

Los hallazgos de Escudero Castelán et al. (2021) coinciden con los de Perelló Leal (2022), quien concluyó que, si bien el impacto emocional del cáncer es inevitable, el uso de estrategias como el mindfulness puede fortalecer la autoeficacia y el bienestar psicológico de las pacientes. Estos resultados resaltan la importancia de integrar prácticas de mindfulness dentro del tratamiento oncológico como una herramienta complementaria para favorecer el bienestar emocional y mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con cáncer de mama.

MARCO TEÓRICO

A lo largo de la historia, la medicina ha puesto un énfasis predominante en la dimensión biológica de las enfermedades, dejando en un segundo plano el papel que desempeñan los factores emocionales y sociales en la salud. Si bien este enfoque ha permitido grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de múltiples patologías, también ha generado la necesidad de modelos más integradores que consideren al ser humano en su totalidad. En respuesta a esta visión reduccionista, George L. Engel (1977) propuso el modelo bio-psico-social (MBPS), una perspectiva que entiende la salud y la enfermedad como el resultado de la interacción dinámica entre el cuerpo, la mente y el entorno. Desde esta mirada, las enfermedades no se originan exclusivamente por disfunciones orgánicas, sino que también pueden estar influenciadas por el estado emocional, las experiencias de vida y el contexto social del individuo. Factores como el estrés crónico, la represión emocional o la falta de apoyo social pueden no solo contribuir a la aparición de una patología, sino también influir en su evolución y en la respuesta al tratamiento (Engel, 1977). Además, este modelo enfatiza la importancia del entorno en la recuperación del paciente, considerando el impacto del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y las respuestas emocionales ante la enfermedad (Grau et al., 2012).

En esta misma línea, la psicósomática ha surgido como una disciplina que busca comprender la interconexión entre los procesos emocionales, psicológicos y fisiológicos, superando la clásica dicotomía entre cuerpo y mente (Martínez, 2011). A lo largo del tiempo, distintas corrientes teóricas han abordado esta relación desde diferentes enfoques. Desde el psicoanálisis, Freud (1905) sostuvo que ciertos síntomas psicósomáticos reflejan conflictos inconscientes no resueltos. Siguiendo esta

perspectiva, la Escuela Psicosomática de París, con Pierre Marty como referente, propuso que algunas personas presentan dificultades para procesar sus emociones, lo que las lleva a manifestar su malestar a través de síntomas físicos (Marty et al., 1963). Por su parte, la Escuela Norteamericana relacionó la aparición de ciertas enfermedades con perfiles psicológicos específicos, señalando que la represión emocional y el estrés crónico pueden predisponer al desarrollo de afecciones físicas (Deutsch, 1959). En la actualidad, la psicosomática adopta un enfoque multicausal, entendiendo la enfermedad como el resultado de la interacción entre lo biológico, lo emocional y lo social. Desde esta perspectiva, el cuerpo actúa como un sistema autorregulador que reacciona ante el estrés y los conflictos emocionales no elaborados, lo que puede reflejarse en diversas alteraciones de la salud (López-Ramos, 2013).

En el caso del cáncer de mama, se ha identificado que factores como el estrés crónico, la represión afectiva y la exposición a eventos traumáticos pueden incidir en su aparición y evolución, afectando tanto la respuesta inmunológica como la adherencia al tratamiento (López-Ramos, 2013). Este enfoque psicosomático no solo permite comprender el impacto de las emociones en la salud, sino que también pone de manifiesto la importancia de intervenciones integradoras que no solo aborden el tratamiento médico, sino que también incluyan el apoyo psicológico y el desarrollo de estrategias emocionales para afrontar la enfermedad de manera más saludable.

En este contexto, la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) se presenta como un enfoque integrador que amplía la perspectiva de la psicosomática, aportando una base científica para comprender cómo los procesos emocionales y psicológicos pueden influir en la regulación del sistema inmunológico y endocrino, afectando

directamente la salud y la enfermedad (Mustaca, 2001). Durante mucho tiempo, la medicina tradicional asumió que el sistema inmunológico operaba de manera independiente, sin conexión con otras estructuras del organismo. Sin embargo, investigaciones pioneras demostraron que la respuesta inmune podía ser modulada por factores psicológicos, lo que permitió avanzar en la comprensión de la interacción entre estos sistemas (Ader et al., 1991).

Actualmente, la PNIE ha evidenciado que las emociones y los estados psicológicos no solo afectan el bienestar mental, sino que también inciden directamente en la respuesta inmunológica y endocrina, influyendo en la vulnerabilidad a diversas enfermedades, incluido el cáncer (Prolo et al., 2002). Se ha comprobado que el estrés crónico, la depresión y la ansiedad pueden debilitar el sistema inmune, incrementando la susceptibilidad a enfermedades o alterando su evolución (Blalock, 1984). Estos hallazgos han transformado la manera en que se entiende la relación entre mente y cuerpo, reafirmando que la salud es el resultado de una interacción dinámica entre lo biológico, lo psicológico y lo social, en concordancia con el modelo bio-psico-social.

Las emociones y su impacto en la salud

Las emociones forman parte esencial de la experiencia humana y cumplen funciones clave en la adaptación al entorno. Son respuestas complejas que involucran distintos niveles de procesamiento: el cognitivo-subjetivo, que permite interpretar y dar significado a las experiencias; el conductual-expresivo, que regula la forma en que se manifiestan externamente; y el fisiológico-adaptativo, que activa respuestas en el organismo ante distintas situaciones (Lang, 1968). Aunque en muchas ocasiones las

emociones surgen de manera instintiva, también están moduladas por la interpretación individual de los eventos y la capacidad de adaptación del comportamiento (Izard, 1989).

Su papel en la vida cotidiana es fundamental, ya que influyen en la toma de decisiones, en la forma en que nos relacionamos con los demás y en la manera en que enfrentamos desafíos. Emociones como la felicidad, la ira, la tristeza, el miedo y el asco tienen bases biológicas y cumplen funciones específicas. Por ejemplo, la felicidad facilita la integración social y el bienestar, mientras que la ira moviliza energía para superar obstáculos. La tristeza, por su parte, permite procesar pérdidas y generar cambios, el miedo prepara al cuerpo para responder ante amenazas, y el asco ayuda a evitar estímulos potencialmente dañinos (Izard, 1989, 1991).

Más allá de su impacto inmediato en la conducta y el bienestar, las emociones también pueden influir en la salud a nivel biológico. Estudios en epigenética han demostrado que las experiencias emocionales pueden modular la expresión de los genes sin alterar su estructura, a través de mecanismos como la metilación del ADN y la modificación de histonas. Estos procesos pueden dejar una huella duradera en el organismo, afectando la vulnerabilidad a diversas enfermedades, incluyendo el cáncer y los trastornos cardiovasculares (Irwin et al., 1987).

El estrés como modulador psicobiológico

El estrés es una respuesta natural del organismo ante situaciones que amenazan su estabilidad interna. En sus primeras definiciones, Selye (1936) lo describió como un conjunto de reacciones fisiológicas inespecíficas que ayudan a restaurar el equilibrio ante un desafío. Con el tiempo, esta concepción evolucionó, y

hoy se entiende que el estrés no solo responde a amenazas externas, sino a cualquier condición que altere la homeostasis o alostasis del cuerpo, especialmente cuando se percibe como aversiva (Sapolsky et al., 1998; Kim, 2002).

Si bien el estrés tiene una función adaptativa clave al activar mecanismos de alerta y respuesta ante situaciones de peligro, su impacto varía según su duración e intensidad. Cuando es de corta duración, el organismo puede recuperarse sin mayores consecuencias. Sin embargo, la exposición prolongada a situaciones estresantes puede generar un estado de agotamiento que afecta tanto la salud física como la psicológica (Selye, 1936). El estrés crónico, en particular, ha sido vinculado con alteraciones en diversas funciones biológicas y cognitivas, debilitando el sistema inmunológico y favoreciendo procesos inflamatorios que pueden aumentar la vulnerabilidad a enfermedades como el cáncer (Selye, 1950). Además, este tipo de estrés tiende a afectar negativamente los hábitos de vida, alterando los patrones de sueño y alimentación, e incluso promoviendo el consumo de sustancias perjudiciales para la salud (Ader & Cohen, 1998).

Las investigaciones han demostrado que el estrés crónico no sólo modifica la regulación del sistema inmune, sino que también puede generar un entorno biológico propicio para el desarrollo y progresión del cáncer (Glaser, 2005). Más allá de sus efectos fisiológicos, su impacto en la esfera emocional y conductual es significativo, ya que puede influir en la capacidad de afrontamiento de una persona y afectar su recuperación ante enfermedades graves.

Estrategias de afrontamiento y su relación con la enfermedad

Las estrategias de afrontamiento son cruciales para la adaptación psicosocial frente al estrés, especialmente en el contexto de enfermedades como el cáncer de mama. Según Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento implica esfuerzos tanto cognitivos como conductuales para manejar situaciones que se perciben como amenazantes. Su función principal es regular el impacto emocional del estrés, promoviendo así la estabilidad psicológica y favoreciendo la adaptación a los cambios (Filazoglu & Griva, 2008).

Existen dos grandes tipos de afrontamiento: el centrado en el problema y el centrado en las emociones (Lazarus & Folkman, 1984). El afrontamiento centrado en el problema busca modificar activamente la fuente del estrés, empleando estrategias como la resolución de problemas, la planificación o la búsqueda de apoyo instrumental. Estrategias como el afrontamiento activo, que implica tomar medidas concretas frente a la situación, y la búsqueda de información para tomar decisiones informadas, pueden mejorar la sensación de control y reducir la incertidumbre asociada con la enfermedad.

Por otro lado, el afrontamiento centrado en las emociones se enfoca en regular la respuesta emocional ante el estrés, sin cambiar directamente la situación. Este tipo incluye estrategias adaptativas como la reinterpretación positiva, que ayuda a encontrar un sentido constructivo a la experiencia, y la búsqueda de apoyo social, que proporciona contención emocional. Sin embargo, estrategias como la negación o la evitación pueden ser desadaptativas, ya que dificultan la aceptación de la enfermedad y pueden generar un mayor malestar emocional (Calvanese et al., 2004).

Las estrategias de afrontamiento juegan un papel clave en la evolución de la enfermedad y la calidad de vida. Investigaciones han mostrado que el afrontamiento centrado en el problema se asocia con una menor sintomatología depresiva, mientras que las estrategias evitativas pueden aumentar el malestar emocional y afectar la adherencia al tratamiento (O'Connor et al., 2011). Por lo tanto, promover estrategias adaptativas es esencial para el bienestar de las personas con cáncer de mama.

Personalidad y vulnerabilidad psicosomática

En el estudio del cáncer, los aspectos psicológicos y sociales del paciente fueron escasamente tratados hasta la década del 80, cuando se empezaron a generar preguntas. En su revisión Cardona Serna, Jaramillo y Díaz Faciolince (2013) señalan que Vinaccia et al. (2006), agrupan en tres postulados en torno a la relación entre la personalidad tipo C y el cáncer:

1) Eysenck (1990), Morris y Greer (1980, citados en Vinaccia, 2003) proponen una relación de causalidad entre el patrón de *personalidad tipo C* y la enfermedad, donde la personalidad sería un *rasgo premórbido* asociado a un mayor riesgo de desarrollar una neoplasia maligna.

2) Fernández Ballesteros, Ruiz & Garde (1998); y Temoshok (1987) plantean la *personalidad tipo C*, como un *estilo de afrontamiento genérico* relacionado con una mayor probabilidad de padecer cáncer.

3) Andreu & Ibáñez (1993); (Bleiker, Van der Ploeg, Hendriks, Leer y Klejin (1993) proponen las características de la *personalidad tipo C*, como un *modo de afrontar el diagnóstico* y la terapéutica de la enfermedad, no como un patrón previo al desarrollo de la misma.

Entre una serie de variables identificadas como influyentes en el desarrollo, mantenimiento o progresión del cáncer, García-Viniegras et al. (2007, citado en Cardona Serna, Jaramillo y Díaz Faciolince, 2013) referencian la edad y el entorno familiar, laboral y social que tienen un rol básico en el surgimiento del malestar psicológico de los individuos. Vinaccia (2003, citado en Cardona et al., 2013) considera la edad, género, estatus social, apoyo y educación en referencia a factores que influyen en la adaptación a la enfermedad crónica. Son señaladas también variables como creencias religiosas, patrones de personalidad, inteligencia, autoesquemas y estilos de afrontamiento. Del mismo modo, Yamaoka et al. (1998, citado en Cardona et al., 2013) resaltan la influencia de los rasgos de personalidad en la calidad de vida.

La idea de la influencia de la mente en el proceso de la enfermedad está presente en casi todas las investigaciones. Según Fernández y Olijavetzky (s.f), entre las causas más comunes de estrés y los rasgos psicológicos asociados con el cáncer se encuentran las siguientes:

- Experimentar la pérdida de una relación importante, una persona significativa o una posición en la vida.
- Ser una persona rígida, conformista, con una actitud exagerada con respecto a la autocrítica.
- Tener una relación perturbada o emocionalmente estéril con alguno de los padres.
- Carecer de salidas emocionales satisfactorias, tener la costumbre de encerrar o suprimir la ira y otras emociones desagradables.

- Tener dificultad para afrontar los cambios productores de estrés en la vida, tener la sensación de desamparo y desesperanza frente al estrés.
- Estar deprimido, no necesariamente de forma grave como para requerir ayuda profesional, pero lo suficiente para registrar más depresión que el promedio en una prueba psicológica.

Las personas con personalidad tipo C, son definidas como emocionalmente contenidas frente al estrés, haciendo referencia a un patrón constituido por la falta de manifestación de emociones negativas y, en consecuencia, la falta de expresión de conductas asociadas a éstas. Estos sujetos utilizan un estilo de afrontamiento aparentemente adaptativo a corto plazo en la interacción social, pero altamente desadaptativo a nivel personal y con elevados costos a largo plazo (Cardona et al., 2013).

El estudio de la relación entre la personalidad y la salud ha permitido identificar patrones de comportamiento vinculados al desarrollo de enfermedades. En este contexto, la Personalidad Tipo C (PCTC) ha sido objeto de numerosas investigaciones debido a su posible conexión con el cáncer. Descrita por Morris y Greer (1980), este tipo de personalidad se caracteriza por la supresión de emociones, especialmente la ira y la ansiedad, junto con una actitud abnegada, pasiva, sobre cooperativa, con un bajo nivel de asertividad y una tendencia a evitar el conflicto. Greer y Watson (1985) subrayaron que la inhibición emocional es un rasgo clave de este patrón, mientras que Eysenck (1994) lo asoció con una mayor predisposición a la desesperanza y la depresión.

Diversos estudios han señalado que las estrategias de afrontamiento basadas en la negación y la represión emocional podrían estar vinculadas con una mayor

incidencia de cáncer y un peor pronóstico de la enfermedad (Kneier & Temoshok, 1993). Desde un enfoque procesal, Temoshok (1987) sugirió que la progresión del cáncer podría verse influida por una combinación de un estilo de afrontamiento tipo C, la restricción emocional y el sentimiento de desamparo. En esta línea, Bleiker (1995) identificó la antiemocionalidad como un predictor significativo del cáncer, reforzando la idea de que ciertos estilos de afrontamiento podrían afectar el curso de la enfermedad. Teniendo en cuenta estas evidencias, fomentar estrategias de afrontamiento más adaptativas y facilitar la expresión emocional en pacientes oncológicos podría contribuir a mejorar su bienestar psicológico y físico.

Eventos vitales y emocionales anteriores al diagnóstico de cáncer de mama

Algunos autores señalan que los años anteriores a la confirmación del cáncer de mama suelen estar marcados por la presencia de múltiples eventos vitales significativos que afectan profundamente la estabilidad emocional de la persona (Chida et al., 2008). Estos sucesos, que pueden incluir pérdidas, rupturas afectivas, cambios laborales, enfermedades en el entorno cercano, o incluso experiencias traumáticas como abuso o agresiones, constituyen factores de estrés que potencian una respuesta emocional compleja y duradera. De acuerdo con el Modelo Psicosocial del Estrés desarrollado por Holmes y Rahe (1967), un evento vital es una experiencia que altera significativamente la rutina y requiere un proceso de reajuste por parte del individuo, generando una carga de estrés acumulativo de consecuencias negativas (Holmes y Rahe, 1967).

Diversos estudios señalan que, en los tres a cinco años previos al diagnóstico, muchas mujeres experimentan situaciones traumáticas que van desde abusos o agresiones físicas hasta la pérdida de seres queridos, procesos que podrían

predisponer al desarrollo de trastorno de estrés postraumático (TEPT) al momento de enfrentarse al diagnóstico oncológico (Kim et al., 2020). La evidencia recogida por el National Cancer Institute (NCI) y otras instituciones, indica que aquellas pacientes con antecedentes de trauma presentan una mayor prevalencia de síntomas de TEPT después del diagnóstico de cáncer de mama, por la carga emocional previa y la respuesta psíquica ante la enfermedad (NCI, 2023).

No obstante, no solo las experiencias traumáticas extremas tienen impacto; eventos vitales como el desempleo, el divorcio, conflictos familiares o enfermedades crónicas en el entorno cercano también actúan como estresores significativos. Este tipo de situaciones provoca una elevación prolongada de hormonas estresoras, lo que puede interferir con el funcionamiento adecuado del sistema inmunológico y comprometer la capacidad del organismo para enfrentar agentes que favorecen el desarrollo del cáncer (Chida et al., 2008). Una revisión clínica señala mayor frecuencia en síntomas de depresión, ansiedad, evasión cognitiva y sentimientos de desesperanza, factores que dificultan el abordaje terapéutico (Koch et al., 2014).

Otro fenómeno identificado en este periodo es el duelo anticipado, que ocurre cuando la persona, aún sin diagnóstico formal, comienza a experimentar ansiedad, tristeza y miedos relacionados con la posible pérdida de su salud. Este proceso implica una activación emocional anticipatoria, que puede perpetuar estados de tensión y vulnerabilidad. La llegada del diagnóstico suele actuar como un detonante que agrava este cuadro, transformando el conjunto de experiencias previas en un trauma acumulado que se manifiesta a través de síntomas propios del TEPT, tales como recuerdos intrusivos, evitación, hiperalerta e insomnio (Lindemann, 1994).

En definitiva, los eventos vitales significativos, traumáticos y emocionalmente complejos ocurridos antes del diagnóstico, constituyen un factor importante para comprender las respuestas emocionales y psicológicas posteriores. La acumulación de estos eventos puede predisponer a un mayor impacto del diagnóstico, aumentando el riesgo de trastornos asociados como el TEPT. Por otro lado, el apoyo del entorno, la intervención psicooncológica, las técnicas de control y afrontamiento activo se presentan como elementos claves para mitigar estos efectos, favorecer la resiliencia y el crecimiento personal.

Trauma y desregulación emocional en la salud-enfermedad

El trauma psicológico se entiende como una experiencia que pone en peligro la integridad física o psicológica de una persona, superando su capacidad de afrontamiento y provocando alteraciones profundas en su percepción de sí misma y del mundo (Van der Kolk, 2014). Desde una perspectiva amplia, no solo los eventos que amenazan la vida, sino también aquellos que desestabilizan los esquemas fundamentales de seguridad y confianza, son considerados traumáticos (Marín Beristain et al., 1999). Este impacto puede manifestarse en dificultades para evocar la experiencia, sentimientos de culpa y una ruptura en las asunciones básicas sobre la realidad, lo que requiere un proceso de reconstrucción personal.

En el contexto del cáncer de mama, el trauma puede surgir en diversas etapas, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y las secuelas físicas y emocionales (Cordova et al., 2017). El diagnóstico de cáncer de mama es un evento altamente estresante que desencadena respuestas fisiológicas y psicológicas relacionadas con la amenaza e incertidumbre. Diversos estudios han mostrado que muchas pacientes

desarrollan síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) tras recibir el diagnóstico, lo que sugiere una conexión entre el trauma y la evolución psicológica de la enfermedad (Kangas et al., 2002).

La desregulación emocional, entendida como la incapacidad para gestionar los estados afectivos de manera adaptativa, es una de las principales consecuencias del trauma (Herman, 1992). Las personas que han vivido experiencias traumáticas pueden presentar dificultades para identificar sus emociones, regular su activación fisiológica y confiar en sus respuestas emocionales (Linehan & Koerner, 1993). Esta alteración se asocia con un mayor riesgo de desarrollar trastornos emocionales como ansiedad, depresión y TEPT, además de favorecer la aparición de estrategias de afrontamiento disfuncionales, como la evitación o la represión emocional (Leahy, 2012).

En pacientes con cáncer de mama, la desregulación emocional puede manifestarse en episodios de ansiedad extrema, depresión o desesperanza, lo que puede influir en el curso de la enfermedad. La psiconeuroinmunoendocrinología ha demostrado que el estrés crónico asociado a la desregulación emocional puede afectar el sistema inmunológico y la respuesta inflamatoria, factores clave en la progresión del cáncer (Antoni et al., 2006). Además, el trauma y las dificultades emocionales pueden influir en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida de las pacientes (McKenna et al., 1999).

Desde el punto de vista terapéutico, diversas estrategias han mostrado eficacia en la regulación emocional y en la reducción del impacto del trauma en pacientes con cáncer de mama. La terapia dialéctico-conductual (DBT, por sus siglas en inglés), desarrollada por Linehan (1993), se utiliza para mejorar la regulación emocional a través de técnicas de atención plena (mindfulness), tolerancia al malestar, regulación

emocional y efectividad interpersonal. Estas estrategias ayudan a las pacientes a desarrollar recursos internos para afrontar el impacto emocional del diagnóstico y el tratamiento. Además, las intervenciones centradas en fortalecer habilidades sociales pueden favorecer la construcción de redes de apoyo y mejorar el bienestar emocional (Cohen & Janicki-Deverts, 2009). Un abordaje integral del trauma y la desregulación emocional no solo beneficia la salud mental, sino que también puede tener un impacto positivo en la evolución de la enfermedad y la calidad de vida.

METODOLOGÍA

El objetivo general del presente Trabajo Final Integrador es: *Conocer las experiencias emocionales y los eventos estresantes en el diagnóstico de cáncer de mama desde un enfoque integral*. Por ello, se enmarca dentro de un diseño metodológico cualitativo, de tipo no experimental, con un enfoque narrativo-biográfico de las vivencias de las entrevistadas.

Responde a una investigación no experimental, ya que no se manipulan variables ni se hacen intervenciones directas sobre las participantes. En cambio, se indaga en la experiencia subjetiva de las emociones en torno al diagnóstico de cáncer de mama, con el propósito de conocer las experiencias emocionales y los eventos estresantes atravesados de las mujeres en torno al proceso oncológico. Por su parte, posee un enfoque narrativo-biográfico, orientado a contemplar y comprender la profundidad de la vivencia emocional de las entrevistadas, sin alterar y/o generalizar los resultados obtenidos, en pos de ofrecer una aproximación compasiva y situada.

La elección de dicho enfoque, resulta de la necesidad de acceder a la historia biográfica y experiencial subjetiva de cada una de las participantes, en relación al diagnóstico de cáncer de mama. De esta forma, plasmar sus vivencias desde una mirada integral, compasiva, abierta y respetuosa.

Población y Muestra

Las entrevistas semiestructuradas se administraron en el mes de mayo del año 2025. Se utilizó una muestra no probabilística, bola de nieve (Goodman, 1961), compuesta por doce mujeres que se encontraban en tratamiento o remisión del cáncer de mama, residentes de la ciudad de Neuquén Capital. A las mujeres que cumplían

con los criterios de inclusión y aceptaban participar, se les solicitaba que inviten a otras que cumplan con dichos criterios. Debido a que la investigación trabajó con una población específica y de difícil acceso. Esta estrategia permitió que la muestra se ampliara a través de los vínculos o contacto entre participantes.

Entre los criterios de inclusión, se encuentran; **a)** edad: las participantes deben tener entre 40 y 60 años de edad, **b)** residencia: deben ser residentes de la ciudad de Neuquén Capital, **c)** diagnóstico: haber recibido el diagnóstico de cáncer de mama (pueden encontrarse en tratamiento o remisión), **d)** participación voluntaria y, **e)** firmar consentimiento informado.

Por su parte, los criterios de exclusión, incluyen: **a)** mujeres fuera del rango etario, con residencia fuera de la ciudad y diagnósticos que no comprenden lo estipulado, y **b)** participantes que se encuentren vulnerables tanto en su salud física y/o psicoemocional, que les impida dar su consentimiento para participar en la investigación.

Instrumentos y Procedimiento

El instrumento utilizado para la selección de la muestra fue un Flyer digital nombrado “Convocatoria voluntaria”, dicho documento describía los criterios de inclusión que debían cumplir las mujeres interesadas por participar en la investigación.

Las participantes realizaron el primer contacto vía WhatsApp, en esta instancia se les informó que la investigación es llevada a cabo en el marco de Trabajo Final Integrador de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Flores (UFLO). A su vez, se enfatizó en la confidencialidad de sus datos,

recordándoles que su participación es voluntaria, pudiendo retirar su consentimiento en cualquier momento de la investigación. Luego de haber despejado cualquier duda, se pactó un encuentro presencial o virtual, según disponibilidad.

La recolección de datos tuvo lugar en un único encuentro. El Consentimiento Informado se leyó en voz alta, firmaron ambas partes. Luego de que cada participante haya brindado su consentimiento, se administró la entrevista semiestructurada compuesta por 15 preguntas, con una duración aproximada de 45 a 60 minutos.

Las preguntas de las entrevistas semiestructuradas se organizaron en torno a los siguientes ejes:

- 1. Presencia de eventos y emociones estresantes previos al diagnóstico.***
- 2. Gestión de las emociones y eventos estresantes posteriores al diagnóstico.***
- 3. Estilo de afrontamiento y presencia de rasgos de la personalidad tipo C.***

Durante las entrevistas, se realizaron registros y citas textuales de los relatos de las entrevistadas. Posteriormente, dichos registros fueron analizados de forma interpretativa junto a la información recolectada de la investigación. Ubicando y comparando entre sí las convergencias y divergencias de sus relatos.

Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta para realizar la investigación fueron, por un lado, brindar la información necesaria a través del Flyer y vía WhatsApp a cada una de las participantes. De esta manera, las participantes

lograron comprender cuáles son los objetivos de la investigación, el tipo de participación implicada, duración estimada de la práctica, el respaldo institucional del proyecto y uso académico de los resultados. Garantizando la confidencialidad, el cuidado y resguardo de los datos personales de las participantes. De acuerdo con el Consentimiento Informado proporcionado por el Reglamento de Trabajo Final Integrador y el Código de Ética Profesional de Neuquén. Entendiéndolo como un documento legal, en el cual se explicitan los alcances, limitaciones e implicancias tanto de la investigación como de los roles investigador-participantes. El mismo a su vez, refiere que el consentimiento puede ser retirado en cualquier momento de la investigación. Al firmar este documento se vislumbra un acto ético y comprometido, el cual favorece el vínculo entre investigador y participantes, permitiendo que se genere un espacio empático, serio y seguro.

RESULTADOS

Antes de exponer los resultados del análisis cualitativo, se presenta un cuadro con los datos demográficos de las participantes entrevistadas, con el fin de brindar una caracterización general de la muestra y contextualizar los resultados.

Tabla 1. Datos demográficos

Entrevistada	Edad	Tiempo desde el diagnóstico	Situación actual del tratamiento
C	45 años	8 años	En remisión
D	46 años	6 años	En seguimiento oncológico (controles)
E	40 años	3 años	En remisión
G	62 años	5 años	En remisión
K	48 años	2 años	Radioterapia (debido a metástasis)
K.H	46 años	3 años	En seguimiento oncológico (controles)
M	65 años	2 años	En remisión
M.R	60 años	1 año	Radioterapia
P	45 años	8 años	En seguimiento oncológico (controles)
R	57 años	3 años	En seguimiento oncológico (controles)
S	45 años	8 años	En remisión
V	45 años	1 año	En remisión

***Nota:** Los nombres de las participantes fueron reemplazados por sus iniciales para resguardar su identidad. La información corresponde a los datos relevados durante las entrevistas semiestructuradas.*

La presente sección expone los resultados obtenidos a partir del análisis interpretativo-narrativo de doce entrevistas semiestructuradas, compuesta por quince

preguntas, realizadas a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Algunas de las participantes se encuentran en tratamiento, mientras que otras transitan la fase de remisión. El análisis se realizó a partir de los tres ejes que orientaron las entrevistas:

- 1. Presencia de eventos y emociones estresantes previos al diagnóstico.***
- 2. Gestión de las emociones y eventos estresantes posteriores al diagnóstico.***
- 3. Estilo de afrontamiento y presencia de rasgos de la personalidad tipo C.***

Cada eje se desarrolló con el objetivo de organizar las preguntas y respuestas obtenidas en las entrevistas, contemplando las convergencias y divergencias de las experiencias relatadas.

Presencia de eventos y emociones estresantes previos al diagnóstico

Las 12 participantes refirieron haber atravesado estrés prolongado y eventos emocionalmente complejos en los cinco años previos al diagnóstico oncológico. Los eventos estresantes que se han mencionado con mayor frecuencia son:

- Conflictos familiares no resueltos. Reportado por 12 participantes.
- Violencia intrafamiliar y/o violencia de género. Reportado por 11 participantes.
- Separaciones y fallecimiento de familiares. Reportado por 7 participantes.
- Abandono de la profesión para dedicarse al hogar y la crianza. Reportado por 5 participantes.
- Pérdidas gestacionales (abortos espontáneos y voluntarios), muertes de hijos y embarazos de alto riesgo. Reportado por 4 participantes.

- Resignación de proyectos personales, sueños y/o deseos, priorizando el cuidado del otro. Reportado por 3 participantes.
- Insatisfacción laboral. Reportado por 2 participantes.

Al indagar sobre la vivencia de estas experiencias, emergió una marcada dificultad para identificar, nombrar las emociones y las sensaciones corporales que las mismas despertaban. No obstante, al brindarles un espacio seguro, de escucha activa, empática y de reflexión, surgieron expresiones de alta carga emocional:

Participante V: “Muy angustiada, tenía un dolor en el pecho increíble. Como si me hubiesen arrancado el corazón. Sensación de vacío”.

Participante M.R: “Sentía que ya no tenía razones para vivir. Odio hacia Dios y hacia la vida. Dolor en el pecho, ganas de dormir y no volver a despertarme”.

Participante C: “Me sentía incapaz de cambiar la situación, como si la vida que estuviera viviendo no fuese la mía”.

En retrospectiva, las emociones que las participantes lograron identificar fueron el enojo, la tristeza y el miedo, acompañados de prolongados estados de ansiedad y estrés. Este hallazgo sugiere un patrón de inhibición emocional previo al diagnóstico, lo cual refleja cierta compatibilidad con los rasgos de la personalidad tipo C.

Gestión de las emociones y eventos estresantes posteriores al diagnóstico

El diagnóstico de cáncer de mama fue descrito por las 12 participantes como un evento disruptivo que generó perplejidad, aturdimiento, sensación de vértigo, miedo, incertidumbre y tristeza. Representó una fractura en la narrativa de sus vidas,

una cicatriz tanto literal como simbólica, marcando un antes y un después, como una oportunidad que las invitaba a contemplar la vida de otra manera y reflexionar sobre la gestión de sus emociones, sus relaciones interpersonales, su autocuidado, sus preocupaciones, hábitos y otras situaciones personales que mencionó cada una de ellas. Las 12 mujeres demostraron dificultades para identificar y gestionar sus emociones e incluso, se contradecían al relatar sus experiencias. Este patrón fue reconocido por ellas mismas entre risas y vergüenza, como un antiguo mecanismo de evitación y/o negación.

La enfermedad les demostró a las 12 entrevistadas, lo desconectadas que se encontraban de su mundo interno, 6 de ellas, expresan lo siguiente:

Participante M: *“¿Llorar?, ¿Para qué? Eso no me ayuda, tengo que resolver, no puedo perder tiempo llorando, así no se solucionan las cosas. Si hubiera llorado en el funeral de mi hijo, no hubiese servido de nada. Llorar no me iba a devolver a mi hijo”.*

Participante K: *“Sentía las ganas de llorar, pero lo único que podía hacer era seguir, no se me caían las lágrimas, sentía un nudo en la garganta que no se iba”.*

Participante M.R: *“Me llenaba de cosas para hacer, no quería pensar ni sentir nada”.*

Participantes S & M: *“Quiero que pase lo más rápido posible el tiempo, no le presto atención a mis emociones ni a mi cuerpo”.*

Participante P: *“Cuando recibí el diagnóstico, miré la hora y dije, bueno, hasta tal hora puedo llorar y ya después de eso, no lo vuelvo a hacer”.*

Once de las participantes reconocen que esta tendencia a inhibir las emociones, negarlas, silenciarlas y la búsqueda de un control rígido de las mismas, persiste en la actualidad, aunque con mayor conciencia y trabajo personal. Las doce refieren que fue el cáncer quien las confrontó, dándoles la oportunidad de iniciar un proceso de profunda transformación y autoconocimiento. Dos de ellas expresan:

Entrevistada P: “El cáncer me vino a cambiar por completo”.

Entrevistada S: “El cáncer es mi gran maestro”.

En relación al rol que ocupa el sistema de salud en el proceso oncológico, las 12 mujeres advierten que la comunicación del médico al momento de brindarles el diagnóstico fue fría, directa y poco empática. Una de ellas citó las palabras de su médico: “*Esto es todo lo que un médico no quiere ver: ¡Horrible esto! Si me preguntás -¿Doctor, tengo cáncer?-, la respuesta es sí, tenés cáncer*”.

Diez entrevistadas manifestaron una falta de acompañamiento integral por parte de la institución. Reportaron no haber recibido información sobre cuidados de alimentación, efectos secundarios del tratamiento, entre otros. A su vez, las mismas comentan que no se les informó sobre la posibilidad de acceder a atención psicológica disponible en la institución; aquellas 2 participantes que investigaron y que la solicitaron, expresan no haber recibido respuesta o no haber recibido la contención esperada. Este vacío institucional refuerza la necesidad de un abordaje integral que contemple la dimensión psicoemocional y espiritual de la enfermedad.

Paradójicamente, fue a partir del desafío que representa transitar el diagnóstico de cáncer de mama, lo que hizo que muchas iniciaran un camino de profunda transformación. Este punto de inflexión en sus vidas, marcado por las fluctuaciones

emocionales y la redefinición de su imagen corporal, se convirtió en un catalizador para el crecimiento personal y autoconocimiento. Entre las frases que se repiten a sí mismas para darse esperanza, 4 entrevistadas expresan:

Entrevistada M.R: “Dios quiere que viva”.

Entrevistada S: “Todo va a salir bien. Dios me está cuidando en todo momento”.

Entrevistada R: “Dios, vos me pusiste en esta situación y vos mismo me vas a sacar”.

Entrevistada V: “Ok, Cáncer, entendí el mensaje, ahora podés irte de mi vida”, “Tengo que ser fuerte, puedo con esto y con mucho más”.

Estas declaraciones simbolizan la reconstrucción del sentido, la importancia y urgencia de una espiritualidad activa que acompañe la transformación del ser.

Estilo de afrontamiento y presencia de rasgos de la personalidad tipo C

Según Lazarus & Folkman (1984), los estilos de afrontamiento se dividen en dos grupos: centrado en el problema y el centrado en las emociones. Las doce participantes se identifican con el afrontamiento centrado en el problema, empleando estrategias como la resolución de problemas, la planificación o la búsqueda de apoyo instrumental. Este estilo de afrontamiento implica tomar medidas concretas frente a la situación, la búsqueda de información para tomar decisiones informadas, esto genera una sensación de control, que reduce la incertidumbre asociada con la enfermedad. Cabe mencionar que esta estrategia refuerza la tendencia a la inhibición de la expresión emocional, una de las participantes afirma: “*aplasto mis emociones, prefiero no sentirlas y darle solución a lo que surja*”.

Durante su tratamiento, las 12 reconocieron la importancia de trabajar en la gestión de sus emociones. Por ello, 5 de ellas optaron por comenzar un tratamiento psicológico (solo 2, lograron sostener el proceso terapéutico, las demás abandonaron en las primeras sesiones). Por su parte, se encuentra otro grupo de 5 entrevistadas que mencionan haber acompañado el tratamiento oncológico con terapias alternativas y holísticas.

Las doce mujeres refieren que se les dificultaba establecer límites y rechazar las demandas externas, incluso a costa de su propio bienestar. Sienten la necesidad imperiosa de responder a su familia, es un deber constante con el que luchan a diario e inclusive, al negarse ante la demanda del otro y/o poner un límite sano, explican que automáticamente sienten culpa. En este sentido, cuando no logran hacerlo, sienten enojo hacia sí mismas por, una vez más, no respetarse y permitir situaciones que les provoca malestar.

Cada una de ellas, sostiene una autoexigencia severa y un diálogo de autocrítica constante. Prefieren asumir más responsabilidades de las que les corresponde, con tal de que las cosas se hagan a su manera, surgen frases reiterativas entre las participantes:

“Prefiero hacerlo todo yo, me cuesta mucho delegar”.

“Si querés que algo se haga bien, hacelo vos”.

“No puedo delegar, me desespera y si delego, termino haciendo trabajo doble”.

El deseo de control es una característica común en las doce entrevistadas, buscan tener el control en todas las áreas de su vida, manifestándose también en el

manejo del diagnóstico, al haberse informado exhaustivamente sobre tratamientos, alimentación y terapias complementarias, como forma de reafirmar su sensación de dominio sobre la enfermedad. Esta sensación de control se potencia al racionalizar sus emociones e imaginar los múltiples escenarios posibles ante cualquier adversidad que pudiera surgir, anticipándose así, a las posibles resoluciones que podrían aplicar. Nuevamente, demostrando una notable cuota de ansiedad ante la incertidumbre, lo inesperado y/o novedoso.

El objetivo de las siguientes seis frases que forman parte de la entrevista, fue conocer la dinámica que existe entre la gestión de las emociones y los vínculos interpersonales. Los resultados, fueron los siguientes:

FRASES	CANTIDAD DE PARTICIPANTES QUE SE IDENTIFICAN	OBSERVACIONES
<i>“Tengo que ser fuerte todo el tiempo”</i>	11	Refleja autoexigencia y represión del sufrimiento.
<i>“Debo estar siempre disponible para los demás”</i>	8	Fuerte sentido del deber hacia los otros, especialmente la familia.
<i>“No puedo permitir que los demás vean mi sufrimiento”</i>	11	Miedo a mostrarse vulnerables.
<i>“No debo molestar a los demás con mis</i>	7	Temor a ser una carga o a

<i>problemas”</i>		incomodar.
<i>“Es mejor callar para evitar conflictos”</i>	7	Evitación del conflicto y preferencia por el silencio.
<i>“Si me enojo, se van a enojar conmigo o ya no me van a querer”</i>	12	Temor a perder el afecto o provocar rechazo.

Al solicitarles características de su personalidad, las participantes se describieron a sí mismas como: ansiosas, autoexigentes, autosuficientes, autocríticas (predomina un lenguaje interno negativo y/o autodestructivo), perfeccionistas, resolutivas, proactivas, optimistas, sociables, solidarias, empáticas, comprensivas, predispuestas, cumplidoras, responsables. Reconocieron que, si bien estas características facilitan la construcción de vínculos, la dificultad para poner límites y la inhibición emocional impactan negativamente en sus relaciones interpersonales. No obstante, una de ellas señala que su forma de confrontar genera distancia y dificultades en sus vínculos más cercanos.

Las doce entrevistadas manifestaron que sus características personales, vínculos interpersonales, estrés prolongado, historia de vida, patrones de afrontamiento, entre otros hábitos poco saludables, pudieron influir significativamente en su salud física y emocional. Refieren que la inhibición emocional, la evitación de conflictos y la falta de límites fueron factores que, desde su perspectiva, influyeron en el desarrollo de la enfermedad. Evidenciando que el proceso de afrontamiento del cáncer no solo implicó enfrentar la enfermedad, sino también revisar y transformar sus modos de vincularse, sentir y vivir.

El cierre de la entrevista incluyó una reflexión sobre el concepto de resiliencia, mencionando diversos autores y sus respectivas definiciones. A lo largo de la entrevista, cada una de las participantes fue formulando estrategias, proyectos y/o cambios que reflejan actos de resiliencia, transformación y autocuidado. De esta forma, se retoman aquellos actos de resiliencia en pos de validar su experiencia y los aprendizajes adquiridos. Concluyendo que, si bien el cáncer fue un evento disruptivo, física y emocionalmente agotador, apareció como una oportunidad para el cambio, en la forma de gestionar sus emociones, sus vínculos personales, en su estilo de afrontamiento, entre otros hábitos saludables adquiridos y en diversas habilidades en las que se encuentran actualmente trabajando.

A continuación, se mencionan 6 ejemplos inspiradores de resiliencia de las participantes:

Entrevistada “E”: Fundadora de una organización para el acompañamiento integral a pacientes y familias en el proceso oncológico. Incluye, tratamiento oncológico, actividad física, nutrición, entre otras. A partir de su experiencia como paciente, observó que el abordaje era “básico y frío”, esto fue lo que la impulsó a tomar iniciativa e integrar aspectos que le hubiese gustado que fueran atendidos en su tratamiento.

Entrevistada “G”: participó y continúa asistiendo a eventos y conferencias, contando su historia con el cáncer de mama para sensibilizar y apoyar a otras mujeres.

Entrevistada “D”: renunció a un trabajo en el que no se sentía plena y sufría maltrato, para dedicarse a lo que le apasiona. Creando así, un emprendimiento de pastelería con el nombre de su hija, la cual falleció a los 9 días de haber nacido, honrando de esta manera su memoria.

Entrevistada “P”, compartió su historia en un capítulo de un libro escrito por una mastóloga.

Entrevistada “K”, tras separarse de su esposo, quien ejercía violencia intrafamiliar y de género, logró redefinir su proyecto de vida y emigró para reconectar con su esencia. Reconociendo su valor, tomando decisiones que conectan con su yo más auténtico.

Entrevistada “V”, que creó un proyecto de abordaje biopsicosocial-espiritual. Entre sus servicios incluye: Centro De Día, Policonsultorio y Talleres (terapias grupales para pacientes oncológicos, AA, terapias grupales para familiares y pacientes con consumo problemático, conversatorios, orientación psicológica y jurídica para violencia intrafamiliar). El lema de la institución: “Donde cuerpo, mente y alma se fusionan”.

Entre otras historias inspiradoras y resilientes que compartieron las entrevistadas. Estas historias reflejan la complejidad, el dolor y la esperanza que conviven en el proceso oncológico, destacan la importancia de un abordaje integral que contemple no solo la enfermedad, sino también la reconstrucción del ser desde su humanidad multidimensional.

EJES	CANTIDAD DE RESPUESTAS	PRINCIPALES HALLAZGOS
<i>Presencia de eventos y emociones estresantes previos al diagnóstico</i>	12	Estrés prolongado, duelos y conflictos familiares. Dificultad para identificar emociones. Predominio de tristeza, enojo, miedo y ansiedad.
<i>Gestión de las emociones y eventos estresantes posteriores al diagnóstico</i>	12	Diagnóstico vivido como evento disruptivo. Comunicación médica poco empática. Negación, control y desconexión emocional. Inicio de transformación y búsqueda de sentido, espiritualidad, diversas terapias complementarias.
<i>Estilo de afrontamiento y presencia de rasgos de la personalidad tipo C</i>	12	Presencia de rasgos de la personalidad tipo C: afrontamiento centrado en el problema, inhibición emocional, autoexigencia, dificultad para poner límites y sentimiento de culpa. Emergencia de resiliencia y autoconocimiento.

DISCUSIÓN

La presente sección pretende poner en diálogo lo investigado, considerando los supuestos básicos de la investigación, el estado del arte, el marco teórico y los resultados obtenidos de las doce entrevistas semiestructuradas a mujeres que atraviesan el proceso oncológico, a partir del MBPS y la PNIE (Engel, 1977; Linares et al., 2008).

Los relatos de las participantes revelan cómo la presencia de eventos y emociones estresantes previos al diagnóstico configuran un complejo entramado psíquico-biológico. Las participantes describen haber atravesado tales experiencias con una marcada tendencia a la inhibición emocional y una sobreadaptación a las demandas del entorno, siendo este un terreno fértil para la desregulación emocional (Chida et al., 2008). En estos casos, la represión afectiva sirvió como un afrontamiento disfuncional silencioso, donde el cuerpo terminó asumiendo la carga emocional no tramitada. Este hallazgo sugiere cierta compatibilidad con lo propuesto por Eysenck (1990), Morris y Greer (1980), quienes sostienen una relación de causalidad entre el patrón de personalidad tipo C y la enfermedad, donde la personalidad actúa como un rasgo premórbido asociado a un mayor riesgo de desarrollar una neoplasia maligna (Vinaccia, 2003).

Las emociones predominantes que las entrevistadas lograron identificar, con notable dificultad, fueron el enojo, la tristeza y el miedo, acompañados de prolongados estados de ansiedad y estrés. Más allá de su impacto inmediato en la conducta y el bienestar, estas emociones también pueden influir en la salud a nivel biológico. Estudios en epigenética han demostrado que las experiencias emocionales pueden modular la expresión génica sin alterar su estructura, mediante mecanismos

como la metilación del ADN y la modificación de histonas. Estos procesos pueden dejar una huella duradera en el organismo, afectando la vulnerabilidad a diversas enfermedades, incluyendo el cáncer y los trastornos cardiovasculares (Irwin et al., 1987).

Esto coincide con el modelo propuesto por Ader, Felten y Cohen (1991), quienes demostraron que los neurotransmisores, las hormonas del estrés y los linfocitos se comunican en una red integrada que responde a los estímulos emocionales. Las respuestas de esta investigación concuerdan con la idea de que las emociones reprimidas o no elaboradas, pueden irrumpir en la homeostasis corporal, generando un desequilibrio prolongado en el tiempo, lo cual favorece la inflamación del organismo y al debilitamiento del sistema inmunitario.

A su vez, estas vivencias corresponden con la perspectiva de diversos autores, quienes señalan que entre los 3 a 5 años previos al diagnóstico oncológico, se presentan múltiples eventos estresantes, tales como, conflictos familiares no resueltos, rupturas, cambios, enfermedades en el entorno cercano e inclusive, violencia intrafamiliar y/o violencia de género (Chida et al., 2008; Kim et al., 2020). Estos eventos pueden ser percibidos como estrés crónico, desencadenando alteraciones en diversas funciones biológicas y cognitivas, debilitando el sistema inmunológico y favoreciendo procesos inflamatorios que pueden aumentar la vulnerabilidad a enfermedades (Selye, 1950).

Las investigaciones han demostrado que el estrés crónico no sólo modifica la regulación del sistema inmune, sino que también puede generar un entorno biológico propicio para el desarrollo y progresión del cáncer (Glaser, 2005). Más allá de sus efectos fisiológicos, su impacto en la esfera emocional y conductual es significativo,

ya que puede influir en la capacidad de afrontamiento de una persona y afectar su recuperación ante enfermedades graves.

Siguiendo esta línea, el estudio de Hernández Sampayo et al. (2020) indica que el 90% de las participantes había atravesado algún trastorno emocional antes del diagnóstico de cáncer de mama.

Desde la PNIE se ha evidenciado que las emociones y los estados psicológicos no solo afectan el bienestar mental, sino que también inciden directamente en la respuesta inmunológica y endocrina, influyendo en la vulnerabilidad a diversas enfermedades, incluido el cáncer (Prolo et al., 2002). En el caso del cáncer de mama, se ha identificado que factores como el estrés crónico, la represión afectiva y la exposición a eventos traumáticos pueden incidir en su aparición y evolución, afectando tanto la respuesta inmunológica como la adherencia al tratamiento (López-Ramos, 2013).

Estos datos no permiten establecer una relación causal directa, sino que reflejan la importancia de considerar los eventos de vida estresantes y la gestión emocional como posibles factores que podrían influir en el desarrollo de la enfermedad. En definitiva, los eventos vitales significativos, traumáticos y emocionalmente complejos ocurridos antes del diagnóstico, constituyen un factor importante para comprender las respuestas emocionales y psicológicas posteriores. La acumulación de estos eventos puede predisponer a un mayor impacto del diagnóstico, aumentando el riesgo de trastornos asociados como el TEPT (Kangas et al., 2002).

En relación al impacto del diagnóstico de cáncer de mama, las participantes refirieron haberlo vivenciado como un evento disruptivo y/o traumático que generó perplejidad, aturdimiento, sensación de vértigo, miedo, incertidumbre y tristeza.

Representó una fractura en la narrativa de sus vidas, una cicatriz tanto literal como simbólica, marcando un antes y un después, modificando su identidad, sentido de control y relaciones interpersonales. Tanto el diagnóstico como el tratamiento suelen desencadenar profundas alteraciones emocionales, entre ellas ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y una disminución en la percepción de la propia valía (Barbón & Beato, 2002).

El diagnóstico de cáncer de mama es un evento altamente estresante que desencadena respuestas fisiológicas y psicológicas relacionadas con la amenaza e incertidumbre. Diversos estudios han mostrado que muchas pacientes desarrollan síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) tras recibir el diagnóstico, lo que sugiere una conexión entre el trauma y la evolución psicológica de la enfermedad (Kangas et al., 2002).

Las entrevistadas manifiestan dificultad en la expresión de las emociones y conductas evasivas, vinculadas a la productividad laboral o diversas tareas que las distraen de lo que sienten. La mayoría afirma que esto no lo hacen adrede o de forma consciente, sino que se trata de una “respuesta automática”, explican que no recuerdan momentos de enojo, tristeza o llanto, sino que fue el diagnóstico de cáncer de mama quien les “devolvió” la sensibilidad. Mencionan que, tras recibir el diagnóstico, las invadió un profundo sentimiento de soledad y desamparo, invitándolas a “revincularse” con Dios, infiriendo que se encontraban alejadas de su espiritualidad. Informan que personas cercanas, familiares, amistades, marcaron una distancia o frialdad respecto a su estado de salud, sentían que nadie las acompañaba o comprendía.

Asimismo, múltiples estudios han señalado que las estrategias de afrontamiento basadas en la negación y la represión emocional podrían estar vinculadas con una mayor incidencia de cáncer y un peor pronóstico de la enfermedad (Kneier & Temoshok, 1993). Desde un enfoque procesal, Temoshok (1987) sugirió que la progresión del cáncer podría verse influida por una combinación de un estilo de afrontamiento tipo C, la restricción emocional y el sentimiento de desamparo.

Vinculado a lo anterior, las participantes mencionan que el médico que les brindó su diagnóstico de cáncer de mama, lo hizo de una manera fría y poco empática, sin dar mayores detalles e información crucial sobre la enfermedad y disponibilidad de tratamientos dentro de la institución, lo que aumenta su sensación de soledad, confusión, ansiedad y estrés. Resaltando la importancia de un abordaje un interdisciplinario que trabaje desde el modelo biopsicosocial, para brindar un espacio seguro en el cual se pueda comunicar de manera empática, compasiva, psicoeducativa y que las pacientes oncológicas puedan sacarse las dudas que tengan acerca de la enfermedad, tratamientos, entre otras.

Por su parte, la mayoría de las entrevistadas refieren no haber necesitado o no haber acudido a psicoterapia individual para trabajar sus traumas, duelos no elaborados y/o diversas problemáticas que han atravesado. Sostienen con determinación que pudieron con todo en la vida “solas”, denotando dificultad para solicitar ayuda, marcada autoexigencia y autosuficiencia. Sólo dos de las doce participantes acudieron a psicoterapia y la sostienen actualmente, otras refieren haber comenzado y abandonado en las primeras sesiones. Estos datos coinciden con el estudio de Gauto (2022), el cual reveló que la mitad de sus participantes con enfermedad avanzada no había recibido apoyo psicoterapéutico para procesar resentimientos previos, lo que sugiere una posible relación entre la falta de

afrontamiento emocional y la gravedad del cáncer. A su vez, esto refuerza la insuficiencia de un abordaje meramente biológico.

Por otro lado, Lazarus y Folkman (1986) establecen dos estilos de afrontamiento, uno centrado en el problema y el otro centrado en la emoción. La totalidad de las participantes se identifican con el estilo de afrontamiento centrado en el problema, buscando darle solución inmediata al inconveniente que surja. Evidenciando un patrón reiterado de inhibición emocional y autocrítica excesiva, “no hay tiempo para sentir, tengo que resolver”. Este hallazgo responde a la literatura asociada a la represión emocional y la vulnerabilidad psicosomática, demostrando así, cómo la dificultad para expresar emociones negativas como la ira o la tristeza, pueden impactar en la salud física (Kneier & Temoshok, 1993).

A partir de este tipo de afrontamiento, se indagó sobre sus características de la personalidad, donde las entrevistadas se describen a sí mismas como ansiosas, autoexigentes, autosuficientes, autocríticas (predomina un lenguaje interno negativo y/o autodestructivo), perfeccionistas, resolutivas, proactivas, optimistas, sociables, solidarias, empáticas, comprensivas, predispuestas, cumplidoras, responsables. Expresaron que, debido a estas características, se les dificulta poner límites y rechazar a demandas externas, mostrándose capaces de ignorar sus emociones, sentimientos, sensaciones y abandonar cualquier actividad con tal de responder a las exigencias de otros, especialmente familiares. Mostraron un gran sentido del deber, por ello, al poner un límite o rechazar una demanda, sienten una cuota exagerada de culpa y enojo consigo mismas. Manifiestan una búsqueda insaciable de control, poniéndose en riesgo en múltiples ocasiones, sobrecargando su mente y su cuerpo con tal de que “todo esté bajo control”, asumiendo responsabilidades que no les corresponden, “haciendo doble trabajo” con tal de no delegar. Advierten que racionalizan sus

emociones, al recibir el diagnóstico, realizaron una exhaustiva investigación intentando eliminar cualquier duda e incertidumbre posible, devolviéndoles una sensación de control ante lo que sucedía en su cuerpo. No obstante, este deseo de control entra en conflicto cuando se trata de poner límites y rechazar demandas de familiares, mostrando así una baja autoestima, anteponiendo los problemas, triunfos y deseos de los demás sobre los suyos.

Estas características de la personalidad coinciden con las de la personalidad tipo C, definidas como emocionalmente contenidas frente al estrés, haciendo referencia a un patrón constituido por la falta de manifestación de emociones negativas y, en consecuencia, la falta de expresión de conductas asociadas a éstas. Estos sujetos utilizan un estilo de afrontamiento aparentemente adaptativo a corto plazo en la interacción social, pero altamente desadaptativo a nivel personal y con elevados costos a largo plazo (Cardona et al., 2013). Esto se puede comprobar con las experiencias relatadas por las participantes, quienes evidencian un patrón recurrente de estrés prolongado, inhibición emocional, un estilo de afrontamiento centrado en el problema y el control, entre otras características coincidentes con las descripciones de la personalidad tipo C (Morris & Greer, 1980; Vinaccia, 2003) y con los planteos de la psicósomática y la psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) sobre la interacción entre mente, cuerpo y entorno (Cabrera et al., 2017; Picardi et al., 2007).

Al finalizar la entrevista se habilitó un espacio de reflexión, validando sus experiencias y aprendizajes, donde se evidenció un proceso de transformación profunda por parte de las entrevistadas. En este sentido, la enfermedad fue el punto de inflexión, refieren que se presentó como una oportunidad para revisar su historia, sus hábitos, sus relaciones interpersonales, su trabajo, entre otras decisiones tomadas hasta el momento. Movilizándolas a utilizar sus recursos resilientes e incorporar

nuevos modos de ser y de vivir. Teniendo en cuenta estas evidencias, fomentar estrategias de afrontamiento más adaptativas y facilitar la expresión emocional en pacientes oncológicos podría contribuir a mejorar su bienestar psicológico y físico.

En síntesis, los resultados retoman y dan un cierre a los supuestos básicos de la investigación, mostrando que las emociones, los pensamientos, las creencias, la inhibición y desregulación emocional, los eventos traumáticos y/o estresantes; el estilo de afrontamiento represivo y la presencia de características de la personalidad tipo C, podrían influir en la dinámica psiconeuroinmunoendocrina. Estos factores, según lo relatado por las participantes, habrían podido participar y/o modular determinados procesos inflamatorios, contribuyendo a una comprensión integral de su experiencia con la enfermedad oncológica.

CONCLUSIÓN

El presente TFI permitió conocer las experiencias emocionales y los eventos estresantes vivenciados en el proceso oncológico, desde una mirada integral basada en los modelos biopsicosocial y psiconeuroinmunoendocrino.

Los resultados obtenidos permiten comprender que el proceso oncológico de las participantes estuvo atravesado profundamente por factores emocionales, psicológicos, sociales y existenciales. Sus relatos estuvieron marcados por experiencias emocionales intensas, creencias internalizadas, diálogos internos negativos y persistentes, eventos vitales significativos, un estilo de afrontamiento centrado en el problema y la presencia de características de la personalidad tipo C, elementos que interactúan con la psiconeuroinmunoendocrinología y que podrían influir en la regulación epigenética. Este complejo entramado, destaca la urgencia e importancia de un abordaje integral en el proceso salud-enfermedad.

A partir de lo expuesto, las experiencias de las entrevistadas, según refieren, comprenden al cáncer de mama no sólo como una enfermedad orgánica, sino como una manifestación multidimensional que contempla e impacta en la totalidad del ser: cuerpo, mente, emociones, vínculos y espiritualidad. Las vivencias de las entrevistadas describen que el diagnóstico representó una fractura en la narrativa de sus vidas, invitándolas a reflexionar sobre la finitud de la vida y a su vez, esto habilita una revisión profunda de su historia, de las formas de vincularse y de los modos de habitar su propio cuerpo. Este proceso complejo, les permitió dar paso a múltiples transformaciones, generando una apertura de conciencia, culminando con una resignificación de la enfermedad y del sentido vital.

En esta reconstrucción y resignificación, refirieron haberse encontrado consigo mismas, reescribiendo su historia y tomando protagonismo de sus vidas. En la mayoría de los casos, este proceso implicó un cambio rotundo en sus vidas, tales como, mudarse a otro país, divorcios, emprendimientos y nuevos proyectos de vida, decisiones alineadas a sus deseos, aquellos que muchas veces fueron postergados. En este sentido, las mujeres entrevistadas demostraron ser resilientes, por haber transitado, atravesado y trascendido las adversidades de la vida, utilizando sus recursos y apropiándose de otros. Apareció a su vez, la espiritualidad como un recurso imprescindible para la totalidad de las participantes, algunas de ellas abocadas a la religión, mientras que otras, encontraron contención a través del autoconocimiento en diversas terapias alternativas, holísticas y complementarias.

Conforme a lo expresado, se observa la necesidad y la urgencia de un abordaje integral. Por ello, mediante la propuesta de intervención elaborada en este trabajo, se plantea contemplar la dimensión emocional, psicológica y espiritual para los procesos de prevención, diagnóstico, acompañamiento y tratamiento oncológico. Promoviendo espacios terapéuticos donde se fomente la expresión emocional, la validación subjetiva y el autocuidado como una actitud diaria, esto podría favorecer la adherencia terapéutica, recuperación y calidad de vida.

En definitiva, esta investigación aporta evidencia cualitativa hacia una comprensión profunda sobre la experiencia oncológica de doce mujeres entrevistadas de la ciudad de Neuquén Capital, retoma los supuestos básicos y los objetivos propuestos, otorgando información científica y valiosa sobre las experiencias emocionales y los eventos estresantes experimentados por las participantes en torno al proceso oncológico.

APORTES Y CONTRIBUCIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación realizada aporta un enfoque integral e innovador, se priorizó una metodología cualitativa con un enfoque biográfico-narrativo que permitió la comprensión profunda de las vivencias emocionales de las participantes, mediante un espacio de escucha activa, libre de juicios y empático, donde las mujeres, quizás por primera vez, pudieron poner en palabras lo sentido y no dicho.

Durante años, muchas de ellas aprendieron a callar y a censurar su dolor, mostrándose fuertes, resolutivas, optimistas para no incomodar, para no “molestar”, para seguir siendo queridas y aceptadas. Este trabajo les ofreció la oportunidad de romper con ese silenciamiento emocional que las acompañó gran parte de sus vidas y permitió que sus voces, puedan emerger con dignidad y verdad. Escuchar sus relatos fue un acto de reparación simbólica, una forma de validar sus emociones, experiencias y aprendizaje, comprendiéndolas más allá de su dimensión biológica, aquello que el modelo biomédico suele dejar por fuera.

Los resultados contribuyen al entendimiento de los eventos vitales significativos previos a la enfermedad, la inhibición emocional, el estrés prolongado, el estilo de afrontamiento centrado en el problema y la presencia de características de la personalidad tipo C, como factores de vulnerabilidad ante la enfermedad oncológica. Se contribuye al ámbito científico al destacar la importancia de un abordaje biopsicosocial y espiritual en el abordaje oncológico. En el plano clínico, brinda herramientas para optimizar las intervenciones clínicas y, por último; en el área social, sensibiliza y concientiza a la comunidad sobre el impacto de las emociones, invita a promover políticas de salud que incluyan la dimensión emocional, psicológica y espiritual en el abordaje oncológico.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Como toda investigación, más allá de sus aportes valiosos, presenta limitaciones a mencionar. En primer lugar, se encuentra el tamaño reducido de la muestra y el tipo de muestreo no probabilístico, lo cual restringe la posibilidad de generalizar los resultados de la población de mujeres con cáncer de mama.

Luego, para la recolección de datos se utilizó como instrumento la entrevista semiestructurada con un enfoque biográfico-narrativo, si bien ésta permite explorar en profundidad las vivencias de las entrevistadas, se encuentra atravesada por la subjetividad tanto de las participantes como de la investigadora, lo que puede influir en la interpretación de los resultados. No obstante, tal limitación permitió establecer un espacio auténtico donde la palabra y las emociones expresadas se entrelazan y establecen como fuentes legítimas de conocimiento.

Por otro lado, el tiempo limitado de la investigación, impidió el seguimiento longitudinal de los procesos y la posibilidad de observar cambios a lo largo del tratamiento oncológico. Aun así, los relatos han brindado información valiosa sobre los significados atribuidos a la enfermedad y los recursos emocionales movilizados a partir de la misma.

Cabe destacar que no se pudo establecer una relación de causalidad directa entre la presencia de características de la personalidad tipo C y el carcinoma mamario, sino una correlación relatada desde la perspectiva de las participantes. Por lo tanto, el estudio no concluye que la personalidad tipo C “cause” el cáncer, sino que los rasgos asociados a ella son percibidos por las participantes junto a diversos hábitos poco saludables, como factores que pudieron haber influido en el desarrollo de la enfermedad oncológica.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

A partir de los resultados obtenidos, se considera necesario continuar profundizando en la comprensión del cáncer de mama desde una perspectiva psiconeuroinmunoendocrina y biopsicosocial-espiritual, integrando nuevas variables que aborden el impacto de las emociones, las creencias y la espiritualidad en los procesos de salud-enfermedad. Esto a su vez, podría complementarse con investigaciones interdisciplinarias que articulen psicología, medicina, ciencias sociales y espiritualidad, con el propósito de generar intervenciones más eficientes, personalizadas y contextualizadas.

Por otro lado, sería interesante replicar la presente investigación con una muestra más amplia que incluya mujeres de diferentes rangos de edad, nacionalidades y localidades, añadiendo diversos instrumentos para la recolección de datos, tales como El Cuestionario de Patrón de Conducta Tipo C (PCTC), Escala Courtauld de Control Emocional (CECS), presentes en el estudio realizado por Amaya, A., & Parra, E. (2010); entre otros, afines a lo investigado. Esto permitiría explorar y comprender si los hallazgos son consistentes en diferentes contextos socioculturales y demográficos.

En línea con los aportes de Aloe, E. L., & Simkin, H. (2024) sobre la relación positiva y significativa entre la espiritualidad y el bienestar psicológico en etapas finales de la vida en el contexto de la enfermedad oncológica, futuras investigaciones podrían continuar investigando esta relación, con el objetivo último de identificar factores protectores y de vulnerabilidad para lograr adaptar los tratamientos y ofrecer mejores intervenciones, no sólo para la prevención y tratamiento sino también, para el acompañamiento hacia el final de la vida.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

El cáncer de mama no sólo implica una dimensión biológica, sino también un significativo impacto emocional, psicológico, social y existencial. Se trata de una enfermedad multifactorial, tratarla únicamente desde el modelo biomédico tradicional, resulta insuficiente y reduccionista. Los modelos biopsicosocial (MBPS) y psiconeuroinmunoendocrino (PNIE), reconocen la interacción entre las emociones, sistema nervioso, sistema inmune, hormonas, contexto sociohistórico, entre otras. En los cuales, se destaca un abordaje integral, interdisciplinario y contextual.

Se justifica la necesidad de un abordaje que incluya: psicoeducación, red de contención (acompañamiento familiar, amigos), alimentación antiinflamatoria, actividad física adaptada, terapia individual, terapia grupal, talleres recreativos, técnicas cuerpo-mente y trabajo con la familia.

Objetivo general:

- Promover el bienestar psicoemocional, inmunológico y espiritual de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama mediante una intervención integral basada en el modelo PNIE, enfoques terapéuticos cognitivos-conductuales y cuerpo-mente.

Objetivos específicos:

- Brindar herramientas para la gestión emocional, el afrontamiento y la regulación del estrés.
- Favorecer el fortalecimiento de la autoestima, el autocuidado y la resignificación de la enfermedad.
- Incluir a los familiares y/o entorno de contención de las pacientes oncológicas como parte activa del acompañamiento terapéutico.

- Promover hábitos saludables (alimentación antiinflamatoria, higiene del sueño y ejercicio físico adaptado).

Metodología de intervención:

- Destinatarias: Mujeres adultas con diagnóstico de cáncer de mama (en tratamiento o remisión).
- Modalidad: Mixta (presencial/virtual), combinando espacios individuales y grupales.
- Duración: 1 encuentro semanal de 90 minutos, durante 3 meses.

Componentes:

- **Psicoeducación y Conciencia de Enfermedad**: Se considera fundamental evaluar el nivel de conciencia de enfermedad de cada paciente. A partir de ello, se proporcionará información relevante sobre el diagnóstico, estudios, tratamientos disponibles y recursos de apoyo.
- La psicoeducación orientada tanto a las pacientes como a sus familias, permite reducir la ansiedad, mejorar el pronóstico, favorecer la toma de decisiones, establecer una sólida alianza terapéutica y mayor adherencia al tratamiento oncológico.
- Terapias y técnicas: Las intervenciones se sustentan de tres enfoques terapéuticos. Estos modelos permiten un abordaje flexible y centrado en las particularidades de cada paciente.

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Trabaja con los pensamientos disfuncionales, la modificación de conductas desadaptativas y promueve el desarrollo de recursos para el afrontamiento de la enfermedad.

Terapia Dialéctica Conductual (DBT): Integra estrategias conductuales y mindfulness para entrenar la regulación emocional y habilidades interpersonales.

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Promueve la aceptación de las emociones complejas, la conexión con valores personales y la acción comprometida.

- Técnicas de reestructuración cognitiva.
- Entrenamiento en habilidades para la regulación emocional.
- Técnicas de afrontamiento del estrés.

Estas herramientas permiten trabajar con las emociones predominantes en el proceso oncológico (ansiedad, miedo, enojo, tristeza), facilitando una mayor adaptación a la enfermedad y una mejor calidad de vida.

Talleres - Actividades grupales:

- Duelo y adaptación a los cambios.
- Gestión de las emociones.
- Comunicación asertiva (modelo “pienso-siento-hago”).
- Habilidades para la toma de decisiones y resolución de problemas.
- Autoestima y autoconocimiento.
- Diálogos internos y autocompasión.
- Autocuidado y establecimiento de límites.
- Belleza e imagen personal (cuidados capilares adaptativos -uso de pañuelos, turbantes, gorros-, asesoría en el uso de pelucas, maquillaje terapéutico, accesorios y complementos personales, entre otros).
- Espiritualidad, conciencia corporal y reencuentro con el ser.

- Redefinición del proyecto de vida y resignificación del cáncer.
- Hábitos saludables: Alimentación antiinflamatoria, actividad física moderada, higiene del sueño.
- Prácticas corporales y de conciencia plena, como: Yoga, Tai Chi, Mindfulness, respiración, relajación, meditación e imaginación positivas guiadas.

Espacio para familiares:

Se propone la creación de un espacio específico para familiares o redes de apoyo cercanas, con el objetivo de:

- Brindar estrategias de afrontamiento.
- Favorecer la comprensión emocional del proceso.
- Proporcionar herramientas para contener y acompañar a la paciente de manera saludable.
- Destacar la importancia del acompañamiento familiar para fortalecer el entorno emocional de la paciente y promover una mejor adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ader, R., Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. *Ann Rev Psychol*, 44, 53-85.
- Ader, R., Felten, D. L., Cohen, N. (1991). *Psychoneuroimmunology* (2nd ed.). Academic Press.
- Aloe, E. L., & Simkin, H. (2024). Spirituality, religiosity, and psychological well-being in terminal patients. *Revista de Ciencias Empresariales y Sociales*, 11(7), 1-16.
<https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/empresarialesysociales/article/view/1630/1768>
- Álvarez Fernández, J., Palacios Ozores, P., López A, V. C., Mosquera, C., & López, R. (2021). Cáncer de mama. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(27), 1506-1517.
- Amaya, A., & Parra, E. (2010). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con el control emocional en pacientes oncológicos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 1(1), 70-87.
- Antoni, M. H., Lutgendorf, S. K., Cole, S. W., Dhabhar, F. S., Sephton, S. E., McDonald, P. G., Stefanek, M., & Sood, A. K. (2006). The influence of bio-behavioural factors on tumour biology: pathways and mechanisms. *Nature Reviews Cancer*, 6(3), 240–248. <https://doi.org/10.1038/nrc1820>.
- Blalock, J. D. (1984). The immune system as a sensory organ. *Journal of Immunology*, 132, 1070-1077.

- Bleiker, E. M. (1995). *Personality factors and breast cancer*. ICG Printing.
- Bocchio, M., McHugh, S., Bannerman, D., Sharp, T., & Capogna, M. (2016). Serotonin, amygdala and fear: Assembling the puzzle. *Frontiers in Neural Circuits*, 10, 24.
- Borbón, J. E., & Beato, A. I. (2002). Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 31(1), 47-53.
- Calvanese, N. & Cols. (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Revista de Nefrología Latinoamericana*, 89-94.
- Cardona Serna, E. J., Jaramillo, A. C., & Díaz Faciolince, V. E. (2013). Relación entre la personalidad tipo C y el cáncer: estado del arte.
- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? ¿Contribuyen los factores psicosociales relacionados con el estrés a la incidencia y la supervivencia del cáncer? Nature clinical practice. *Oncology*, 5(8), 466-475. <https://doi.org/10.1038/ncponc1134>
- Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2009). Can we improve our physical health by altering our social networks? *Perspectives on Psychological Science*, 4(4), 375–378. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01141.x>
- Cordova, M. J., Riba, M. B., & Spiegel, D. (2017). Post-traumatic stress disorder and cancer. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 330–338. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30014-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30014-7)
- Costa, M. (2003). La perspectiva psicosomática. *Revista de Psicología*, 8(2), 103-113.

- Deutsch, F. (1959). Studies in pathogenesis: Biological and psychological aspects. *Psychoanalytic. Quarterly*, 2(2), 225-247.
- Elfo-Calvo, D. (2023). Los modelos biomédico y biopsicosocial en medicina. *Revista Médica La Paz*, 29(2), 112-117. Recuperado en 16 de febrero de 2025, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000200112&lng=es&tlng=es.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Escudero Castelán, A. Y., Valencia Ortiz, A. I., Ruvalcaba Ledezma, J. C., Ortega Andrade, N. A., & Bautista Díaz, M. L. (2021). Efectividad de intervenciones basadas en mindfulness en mujeres con cáncer de mama. *MediSur*, 19(6), 924-936.
- Eysenck, H. J. (1994). Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 16, 167-215.
- Farré Martí, J. M. (2022). ¿Qué es la psicosomática? *Psicosomática y Psiquiatría*, 22. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum220502>.
- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18(3), 581–592. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdl498>
- Fernández, L. A., & Olijavetzky, L. S. (s.f.). La psicosomática – El cáncer – La psicooncología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_psicosomaticas/material/archivos/psico_oncologia.pdf

- Filazoglu, G., & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, health and medicine*, 13 (5), 559–573. doi: 10.1080/13548500701767353
- Freud, S. (1905). *Obras completas VII: Tres ensayos de teoría sexual; y otras obras (1901-1905)*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Gauto, J. (2022). Factores emocionales negativos asociados al inicio y desarrollo del carcinoma mamario. *Revista Científica de la Facultad de Filosofía*, 15(2). Recuperado de <https://revistascientificas.una.py/index.php/rcff/article/view/3073>
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5, 243-251.
- Goodman, L. A. (1961). Muestreo en bola de nieve. *Annals of mathematical Statistics*, 32.
- Gómez, F. (2020). Cáncer de mama. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(1), 1-3. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457769373001>.
- Grau, J., Infante, O., & Díaz, J. A. (2012). Modelo biopsicosocial y salud: Una revisión crítica. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 345–358.
- Greer, S., & Watson, M. (1985). Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. *Social Science and Medicine*, 20, 773-774.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.

- Hernández Sampayo, L., Sterling Díaz, K., & Potosí Arévalo, A. (2020). Situaciones emocionales previas al diagnóstico de cáncer de mama. *Paradigmas Socio-Humanísticos*, 2(1), 10–16. <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v1i2.472>
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale [Escala de calificación de reajuste social]. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Houghton, S., & Emerson, E. (2021). Psychological resilience and mental health. *Journal of Psychology & Health*, 36(5), 735–752. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1879912>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2020). Incidencia del cáncer en Argentina. *Argentina.gob.ar*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>.
- Irwin, M., Daniels, M., Smith, T., Bloom, E., & Weiner, H. (1987). Stress and the immune response: Implications for the development of cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(3), 227-234.
- Izard, C. E. (1989). The structure and functions of emotions: Implications for cognition, motivation, and personality.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. Springer Science & Business Media.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 499–524. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00118-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00118-0)

- Kashyap, D., Pal, D., Sharma, R., Kumar Garg, V., Goel, N., Koundal, D., & Zaguia, A. (2022). Global increase in breast cancer incidence: Risk factors and preventive measures. *Biomed Res Int*, 2022, 2-16.
- Kim, J. J., & Diamond, D. M. (2002). The stressed hippocampus, synaptic plasticity, and lost memories. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(6), 453–462.
<https://doi.org/10.1038/nrn849>
- Kim, T. D., Lee, S., & Yoon, S. (2020). Inflammation in post-traumatic stress disorder (PTSD): A review of potential correlates of PTSD from a neurological perspective [Inflamación en el trastorno de estrés postraumático (TEPT): una revisión de los posibles correlatos del TEPT (...)]. *Antioxidants*, 9(2), 107.
<https://doi.org/10.3390/antiox9020107>
- Kneier, A. W., & Temoshok, L. (1993). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
- Koch, L., Jansen, L., Brenner, H., & Arndt, V. (2014). *Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors—a systematic review of quantitative studies* [Miedo a la recurrencia y progresión de la enfermedad en sobrevivientes de cáncer a largo plazo (...)]. *Psycho-Oncology*, 23(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1002/pon.3022>
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J. M. Shleien (Ed.), *Research in Psychotherapy* (Vol. III, pp. 3-28). Washington: American Psychological Association.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leahy, R. (2012). Esquemas emocionales, regulación emocional y psicopatología. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 359-361.
- Lightman, S. L. (2008). The neuroendocrinology of stress: A never-ending story. *Journal of Neuroendocrinology*, 20(6), 880–884. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2008.01711.x>.
- Linares, V. R., Burón, R. R., Rodríguez, J. A. P., López, L. J. G., & Guadalupe, L. A. O. (2008). Psiconeuroinmunología: Conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. Artículos en PDF disponibles desde 1994 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www.elsevier.es/sumapsicol, 15(1), 115-142. Ruiz González, P. (2023). Ajuste psicosocial e inteligencia emocional percibida en supervivientes de cáncer de mama [Tesis doctoral, Universidad de Cádiz]. Rodin UCA. <http://hdl.handle.net/10498/30337>
- Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. *The American journal of psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.155>
- Linehan, M. (1993). *Skills training manual for borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M., & Koerner, K. (1993). A behavioral theory of borderline personality disorder.

En J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment* (pp. 103-121). Washington, DC: American Psychiatric Press.

López-Ramos, S. (2013). *La construcción de lo corporal y la salud emocional*. México: Los Reyes.

Marín Beristain C. et al. (1999). Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. Ed. Icaria.

Martín, M., Herrero, A., & Echavarría, I. (2015). El cáncer de mama. *Arbor*, 191(773), a234. <https://doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3004>.

Martínez, S. (2011). Enfermedades psicosomáticas y cáncer. A propósito de un caso. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1(1), 1-32. Recuperado de http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/enfermedades_psicosomaticas_y_cancer.pdf

Marty, P., De M'Uzan, M., & David, C. (1963). *L'investigation psychosomatic*. Paris: Presses Universitaires de France.

McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B., & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychology*, 18(5), 520–531. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.18.5.520>

Morris, T., & Greer, S. (1980). A "Type C" for cancer? Low trait anxiety in the pathogenesis of breast cancer. *Cancer Detection and Prevention*, 3, Abstract No. 102.

Mustaca, A. E. (2001). Emociones e inmunidad. *Revista Colombiana de Psicología*, 10, 9-20. Universidad Nacional de Colombia.

Nadal Delgado, M. (2022). *Impacto psicológico y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama* [Tesis doctoral, Universidad de Extremadura]. Dehesa.
<http://hdl.handle.net/10662/14540>

National Cancer Institute. (2023). Estrés postraumático relacionado con el cáncer (PDQ®).
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/supervivencia/nueva-normalidad/ptsd-pro-pdq>

O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A., Moller, S., & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British Journal of Cancer*, 104(3), 419-426.
doi: 10.1038/sj.bjc.6606073

Perelló Leal, E. (2022). El mindfulness y las emociones. Estudio de caso tras un cáncer de mama.

Pérez Abreu, M. R., Gómez Tejeda, J. J., Diéguez Guach, R., Tamayo Velázquez, O., & Iparraquirre Tamayo, A. E. (2020). Determinación del perfil psicológico de pacientes con cáncer de mama del Policlínico José Martí, Gibara. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(4). <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3583>

Pérez, M. A., & Álvarez, S. (2023). Impacto emocional del diagnóstico de cáncer de mama. *Senología y Patología Mamaria*, 36(1), 12–19.
<https://doi.org/10.1016/j.senol.2022.03.001>

Prolo, P., Chiappelli, F., Fiorucci, A., et al. (2002). Psychoneuroimmunology: new avenues of research for the twenty-first century. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 966, 400-408.

Protesoni, A. L., & Grillé, S. (2022). Esquemas desadaptativos tempranos en mujeres con cáncer de mama y su asociación con la calidad de vida relacionada con la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(3), 57-85.
<https://doi.org/10.26864/PCS.v12.n3.3>

Reascos Paredes, Y. L., Otero Muenala, A. D., Vásquez Figueroa, T. I., Vaca Orellana, C. F., & Hidrobo Guzmán, J. F. (2023). Factores de estrés y formas de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 9692-9706. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5167

Rivera-Cruzatt, F. D., Cubillas-Espinoza, P. P., & Malvaceda-Espinoza, E. L. (2022). Afrontamiento psicológico en pacientes mujeres con cáncer de mama de un hospital de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(4), 400-407. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.12322>

Ruiz González, P. (2023). Ajuste psicosocial e inteligencia emocional percibida en supervivientes de cáncer de mama (Doctoral dissertation).
URI: <http://hdl.handle.net/10498/30337>

Sapolsky, R. M. (1998). *Why zebras don't get ulcers: An updated guide to stress, stress-related diseases, and coping*. W. H. Freeman and Company.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.

- Selye, H. (1950). *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress: A Treatise Based on the Concepts of the General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation*. Montreal: Acta Inc.
- Solomon, G. F. (2001). Psychoneuroimmunology and cancer: An overview. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(11), 779–783. <https://doi.org/10.1093/jnci/93.11.779>
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion, and cancer: Towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6(3), 545-567.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo c en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (1), 161-168. Recuperado el 08 de abril de 2010 de la base de datos Scielo Colombia.
- Vinaccia, S., Arango C., Cano, E., Tobón, S., Moreno E & López, A. (2006). *Evaluación del patrón de conducta tipo c y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal*. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 575-583. Recuperado el 04 de agosto de 2009 de la base de datos EBSCO.

ANEXO 1

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de _____ de UFLO Universidad, desean conocer Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es conocer e indagar sobre Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán en el marco de la investigación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad _____ y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar.

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, acepto participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Firma Profesional Informante:

Aclaración:

Aclaración:

DNI:

DNI:

Fecha:

Protocolo N°:

ANEXO 2

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Presencia de eventos y emociones estresantes previos al diagnóstico

1. En los 5 años previos al diagnóstico, ¿Experimentaste estrés prolongado y/o eventos emocionalmente complejos?
2. ¿Cómo solías vivir esos momentos?, ¿Qué sentías a nivel físico y emocional?, ¿Qué hacías para sentirte mejor?
3. Durante esos años, ¿Crees que te costaba expresar y/o gestionar ciertas emociones?, ¿Cuáles?

Gestión de las emociones y eventos estresantes posteriores al diagnóstico

4. Cuando recibiste el diagnóstico, ¿Qué pensaste?, ¿Qué sentiste?, ¿Qué hiciste?, ¿Qué te dijiste a vos misma?
5. ¿Cambió la forma en la que experimentas tus emociones?, ¿Notaste alguna emoción, pensamiento o creencia predominante a partir del diagnóstico?
6. Actualmente, ¿Sentís alguna dificultad para lidiar con alguna emoción, pensamiento o creencia?, ¿Cómo podrías cambiar esto?

Estilo de afrontamiento y presencia de rasgos de la personalidad tipo C

7. Cuando aparece un problema, ¿Te ocupás de resolver el problema o primero te encargas de gestionar la emoción que éste te despierta?
8. ¿Te considerás una persona que inhibe la expresión emocional?, ¿Expresás tus emociones o preferís guardártelas?
9. ¿Considerás que priorizás las necesidades de los demás por sobre las tuyas?
10. ¿Se te dificulta establecer límites y/o rechazar demandas externas, incluso si te generan malestar?
11. ¿Evitás conflictos, incluso si algo te molesta o afecta?
12. ¿Te considerás una persona autoexigente, que debe mantener el control?
13. Te identificás con alguna de las siguientes frases: “Tengo que ser fuerte todo el tiempo”, “Debo estar siempre disponible para los demás”, “No puedo permitir que los demás vean mi sufrimiento”, “No debo molestar a los demás con mis problemas”, “Es mejor callar para evitar conflictos”, “Si me enoja, se van a enojar conmigo o ya no me van a querer”.
14. ¿Cómo describirías tu personalidad?, ¿Cómo influye tu personalidad en tus relaciones?
15. ¿Crees que estas características en la forma de vincularse y afrontar las adversidades podrían haber tenido algún impacto en su salud física y emocional?, ¿Cómo?