



PREGNANCY & CANCER
POSMAT

PosMat

DESK REVIEW

Diagnóstico de cáncer en el embarazo: los efectos sobre el bienestar psicológico de la mujer y su relación madre-hijo.

Resumen

Análisis de fuentes que contribuyen a la habilidad del paciente de afrontar un diagnóstico y planes de tratamiento contra el cáncer; estrategias y tratamientos para mantener el rol parental y funcionar como “una buena madre”; estrategias y tratamientos para promover el apego materno-filial.

Developing maternal health professionals' capacity to facilitate a positive health experience for women with cancer.

Project Number : 2019-1-IT01-KA202-007796





PREGNANCY & CANCER

POSMAT

PosMat

DESK REVIEW

Diagnóstico de cáncer en el embarazo: los efectos sobre el bienestar psicológico de la mujer y su relación madre-hijo

**Posmat Research Team – Katrien van Tornout- E. Huis in't VeldLara Stroobants-V. Blanco-I. Rotolo- R. Prospero Porta
MT Miletta - M. Van Gerwen -A. van Dijk-Lokkart-Frédéric Amant**

CONTENTS

Introducción	p.6
Método	p.7
Tratamiento del cáncer en el embarazo	p.8
Área 1: Bienestar emocional de las mujeres embarazadas diagnosticadas con cáncer durante el embarazo	
1.1 Niveles y tipos de angustia y preocupación.....	p.8
1.2 Un análisis de los procesos cognitivos y emocionales.....	p.9
1.3 El apego prenatal y la creación del vínculo entre padres e hijos.....	p.10
1.3.1 Posparto y lactancia.....	p.12
Área 2: Estrategias cognitivas de afrontamiento de las mujeres y las parejas	
2.1 La calidad de la relación con la pareja.....	p.13
2.2 Análisis de los recursos que contribuyen a la capacidad del paciente para afrontar el diagnóstico y los planes de tratamiento.....	p.14
Área 3: Estrategias de asesoramiento para los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito del cáncer en el embarazo.	
3.1 Habilidades de comunicación del equipo multidisciplinar.....	p.17
3.2 Estrategias de capacitación.....	p.18
3.3 Estrategias y tratamientos para mantener el rol parental y funcionar como una “buena madre”	p.18
3.4 Estrategias y tratamientos para promover el vínculo materno-infantil	p.20
Bibliography	p.22

INTRODUCCIÓN

El cáncer durante el embarazo se considera una enfermedad rara, ya que se produce en 1/1000 - 1/2000 embarazos y la incidencia parece aumentar a medida que las mujeres tienden a retrasar el embarazo, cada vez a una edad más avanzada.

El cáncer de mama, los cánceres hematológicos, el melanoma y el cáncer de cuello uterino son las neoplasias malignas más frecuentemente diagnosticadas durante el embarazo (DE HAAN et al; 2018). La incidencia de estos cánceres no es mayor en la población embarazada en comparación con la población no embarazada.

Los conocimientos sobre el tratamiento han progresado en los últimos años con la mejora de los resultados maternos y neonatales.

El número de mujeres que deciden continuar con su embarazo y someterse a un tratamiento contra el cáncer va en aumento. El tratamiento y los cuidados de las pacientes embarazadas con cáncer deben ajustarse al tratamiento estándar del cáncer y los estudios han demostrado que la interrupción del embarazo no mejora la supervivencia materna.

Por tanto, los embarazos complicados por un diagnóstico de cáncer deben tratarse como embarazos de alto riesgo y requieren un enfoque multidisciplinar por parte de profesionales bien formados en centros de referencia especializados.

Sin embargo, el cáncer en el embarazo plantea complejos retos clínicos, psicológicos y éticos no sólo para el equipo médico, sino para los profesionales de la salud que trabajan en este campo.

Este informe es el resultado de una revisión de la evidencia científica actual realizada a partir de los datos existentes en tres áreas diferentes: el bienestar emocional de las mujeres, las estrategias de afrontamiento y las habilidades de comunicación/enfoque integrado. Los datos existentes se han resumido y cotejado para aumentar la eficacia general de la investigación y hacerla más accesible a todos los profesionales sanitarios.

Como muestra el informe, hay pocos datos

sobre la experiencia de las pacientes embarazadas con cáncer en la atención relacionada con el cáncer y la maternidad que reciben o sobre si ésta satisface sus necesidades.

Aunque varios autores consideran el cáncer como un "acontecimiento vital crítico", la existencia de estudios que abordan las implicaciones psicosociales del cáncer en las futuras madres es limitada.

Hasta la fecha, no existe constancia de estudios que aborden el posible impacto negativo de un diagnóstico de cáncer durante el embarazo en la relación madre-bebé y en el desarrollo del infante.

Al mismo tiempo, los colaboradores de este proyecto creen en la normalización del embarazo también para estas mujeres. La normalización significa la posibilidad de ofrecer una experiencia positiva sobre la maternidad a pesar de los desafíos y los factores de riesgo. Los socios creen que hay algunas prácticas reconocidas internacionalmente que deben aplicarse a todas las mujeres para satisfacer sus expectativas de un embarazo positivo. Cada diada madre/ bebé necesita su propio equilibrio, sin prejuicios y con la ayuda de una guía de "buenas prácticas" reconocida internacionalmente (Prosperi et al, 2020).

MÉTODO

La revisión de la literatura un método de investigación que implica el uso de datos existentes. Los datos existentes se resumen y recogen para aumentar la eficacia general de la investigación.

Los investigadores asociados realizaron una búsqueda en PubMed y EBSCO de artículos en inglés, publicados entre 2005 y 2020, utilizando los términos de búsqueda en inglés "cáncer y embarazo, impacto psicológico, bienestar emocional, estrategias de adaptación, apego y maternidad".

Se realizó una revisión de la literatura para identificar, evaluar y resumir los resultados de todos los estudios relevantes de cáncer durante el embarazo. Esta revisión se pondrá a disponibilidad de los profesionales de la salud responsables en toma de decisiones clínicas y de investigación.

Los socios acordaron centrar la investigación documental en tres áreas principales:

Los colaboradores del proyecto PosMat, con sus diferentes competencias y trayectorias profesionales, organizaron una serie de reuniones y encuentros virtuales para debatir los temas mencionados anteriormente previamente a la finalización del informe.

.

.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN EL EMBARAZO

Área 1: Bienestar emocional de las mujeres embarazadas diagnosticadas con cáncer durante el embarazo.

El diagnóstico de cáncer durante el embarazo es un reto inesperado y difícil que afecta a un número cada vez mayor de mujeres, especialmente porque el retraso de la maternidad ha ido en aumento. Aunque hay un número importante de estudios sobre el manejo médico del cáncer durante el embarazo, estudios sobre las implicaciones psicológicas y bienestar emocional de la mujer embarazada diagnosticada de cáncer son limitados.

1.1 Niveles y tipos de angustia y preocupación

En particular, los autores subestiman un gran número de preocupaciones en las mujeres embarazadas con cáncer, como la preocupación por el pronóstico, los cambios en la imagen corporal, la sexualidad, la fertilidad y el sistema familiar en general; en ocasiones, las mujeres embarazadas experimentan transiciones desde el shock y la ansiedad, la tristeza y la desesperación, la ira, la culpa o la vergüenza hasta una sensación de alivio (tras un periodo de incertidumbre en el diagnóstico), un sentimiento de desafío y aceptación (Alder y Bitzer, 2008). Un famoso estudio investigó los determinantes de la angustia a largo plazo en estas condiciones y llegó a la conclusión de que las mujeres que participaron en esa investigación tenían un mayor riesgo de experimentar angustia a largo plazo si no recibieron asistencia para la fertilidad, si se les aconsejó interrumpir el embarazo, si sufrieron una cesárea o un parto prematuro, si no produjeron suficiente leche para amamantar, si sufrieron una recidiva y/o si fueron operadas tras del embarazo. Un estudio subraya que la angustia durante el embarazo es un factor de riesgo de resultados adversos como el nacimiento prematuro, el bajo peso al nacer, los daños en el neurodesarrollo y los problemas de apego

entre la madre y el bebé (Henry et al., 2012).

Otro estudio investigó los niveles de angustia de las parejas de mujeres embarazadas diagnosticadas de cáncer y la relación entre sus estrategias de afrontamiento y la angustia psicológica (Vandenbroucke et al., 2017). Los participantes que utilizaron principalmente estrategias de regulación de las emociones internalizadas tenían niveles significativamente más altos de angustia y preocupación que los que utilizaron estrategias de afrontamiento positivas o buscaron a alguien a quien culpar. Sorprendentemente, los participantes que buscaban principalmente a alguien a quien culpar por su situación problemática tenían los niveles más bajos de angustia y preocupación.

Una hipótesis es que estas mujeres y sus parejas negaron o evitaron sus emociones y pensamientos y, por lo tanto, informaron de bajos niveles de preocupación y angustia.

Otro tipo de preocupación en las mujeres con cáncer durante el embarazo es la posibilidad de dañar al feto y el sentimiento de culpa en relación con su identidad de "buenas madres", la lactancia materna (cuando no era posible) y la salud de sus hijos. Estas mujeres suelen temer por el desarrollo de sus hijos, sobre todo si se han sometido a un tratamiento durante el embarazo, y temen no ser capaces de manejar a un niño (Ives et al., 2012).

Las cuestiones más importantes y actuales relativas a los aspectos y condiciones psicológicas se centran principalmente en el pronóstico materno, seguido de los efectos de la terapia en el feto y el riesgo de continuar con el embarazo. Los estados emocionales como parte integral del estado psicológico de estos pacientes no son menos importante. Además de la ira, el dolor, la ansiedad, la tristeza y el miedo, los problemas psicológicos incluyen:

- preocupaciones sobre la supervivencia del feto y los resultados del embarazo;
- después de tratar los problemas asociados al embarazo, las preocupaciones sobre el cuerpo y la sexualidad, la pérdida de fertilidad, el fallo ovárico precoz y la

fertilidad futura;

- la incertidumbre y la inseguridad ante una recaída de la enfermedad, así como las consecuencias socioeconómicas que pueden conducir al estrés relacionado con la pérdida de la carrera o el despido del trabajo.

Un estudio reciente se centró en cuestiones importantes como (1) experimentar un choque de prioridades entre la vida del hijo y la vida de la madre, frente a que la madre se sienta en alianza con el hijo; (2) tener la percepción de ser rescatada física y emocionalmente por el embarazo y el hijo; y (3) experimentar una pérdida de ser madre (Zubor et al., 2018).

1.2 Un análisis de los procesos cognitivos y emocionales

El cáncer y el embarazo son una combinación extraña que, cuando se presenta, activa muchos procesos en las mujeres embarazadas y sus parejas. Algunos estudios se refieren a la importancia y las dificultades de la toma de decisiones en esta situación (Harrison, 2013).

Hay muchos factores que pueden influir en el proceso de toma de decisiones: algunos de ellos son internos a la mujer, como pensar que las decisiones finales implicarán al menos a dos personas, la madre y el feto; o, por ejemplo, tener o no tener otros hijos. La prioridad es recibir el mejor tratamiento para que puedan sobrevivir el mayor tiempo posible; en el caso de las mujeres embarazadas por primera vez, la prioridad suele ser proteger la vida del feto. Otros factores que pueden influir en el proceso de toma de decisiones son externos: el nivel de claridad de la comunicación por parte del paciente y el nivel de detalle en la comunicación del personal médico; los consejos del médico y sus posibles conflictos con el punto de vista de la mujer; las opiniones de la pareja y las preocupaciones de los familiares; los temores y las preocupaciones de la mujer y de la pareja (Alder & Bitzer, op. cit.; Ives et al., 2012.; Harrison, 2013; Ferrari et al., 2018; Faccio et al., 2020).

A menudo, el proceso de toma de decisiones está asociado a conflictos en la toma de decisiones que afectan al entorno de la mujer diagnosticada de cáncer durante el embarazo. De hecho, la mujer experimenta un conflicto entre la alegría de estar embarazada y la amenaza de enfermedad y muerte; también experimenta un conflicto entre la preocupación por la seguridad del feto y la preocupación por su propia salud. A menudo, el cónyuge desea que nazca su hijo, pero al mismo tiempo quiere que su pareja viva; necesita entender si se siente preparado para criar a un hijo sin su pareja.

Otros conflictos pueden darse entre los profesionales médicos cuando tienen que salvaguardar tanto el beneficio de la madre como del nonato. De hecho, en ocasiones existe un conflicto entre la autonomía materna y la obligación del médico en beneficio del nonato (Zanetti-Dällenbach et al., 2006). En otras ocasiones, existe un conflicto sobre el beneficio fetal entre la mujer y el personal sanitario, cuando por ejemplo la mujer desea proteger a su bebe mientras que el médico aconseja la interrupción del embarazo.

Algunos estudios señalan la dificultad de obtener información sobre otras opciones si la paciente no estaba de acuerdo con el consejo de un médico, y si trataba con médicos varones jóvenes que no podían empatizar con la situación de las mujeres que dan a luz (Kozu et al., 2020).

Un reciente estudio japonés (Kozu et al., 2020) añade que la toma de decisiones en las mujeres embarazadas con cáncer también puede verse afectada por la comunicación verbal y no verbal entre las mujeres y sus familiares, por la confrontación con el dilema y la incertidumbre, y también por la redefinición de las propias decisiones de las mujeres, que continúa después de haber tomado una decisión. En particular, con respecto a la comunicación con los miembros de la familia, la literatura afirma que cuando la comunicación entre las mujeres y sus familias es pobre, las mujeres embarazadas experimentan una sensación de soledad

y ansiedad, y una pérdida de poder para transmitir sus pensamientos a sus familias. De hecho, para muchas mujeres la vida del feto es importante, pero ésta queda oscura y subordinada en la comunicación con el entorno; las familias o los amigos de las mujeres suelen convencerlas de que den prioridad a sí mismas por encima del feto o de su fertilidad, pero a veces las mujeres no interpretan el consejo de cuidarse como un mensaje positivo.

De hecho, aunque muchas mujeres llegan a tomar decisiones definitivas sobre su estado, ya sea para continuar con el embarazo o para interrumpirlo, o para someterse a un tratamiento antes o después del parto, etc. A veces, las mujeres llegan a redefinir su decisión, de modo que algunas mujeres que han interrumpido su embarazo han tenido una sensación de arrepentimiento, porque no tenían el poder de pedir a los médicos y familiares más tiempo e información para tomar una decisión (Kozu et al., 2020). En otros casos, cuando una mujer decide quedarse embarazada, tiene que iniciar un necesario y arduo proceso de adaptación: como mujer embarazada, realiza una transición gradual a la maternidad, desde una fase inicial de incertidumbre, malestar físico y angustia emocional y ambivalencia a una fase final de imaginación activa y preparación para tener al niño; como paciente de cáncer, tiene que experimentar una adaptación a su cáncer, en la que influyen tres factores principales: factores relacionados con la enfermedad, factores individuales y factores socioculturales (Alder y Bitzer, 2008).

1.3 El apego prenatal y la creación del vínculo entre padres e hijos

El cáncer gestacional es una enfermedad de alto riesgo en el embarazo y, por tanto, expone a la embarazada y a su pareja a muchos factores de riesgo desde el punto de vista médico, psicológico y social.

Hemos hablado de cómo apoyar el bienestar psicológico de las mujeres, pero dado que el cáncer durante el embarazo puede causar

angustia en las mujeres, también hay que prestar atención al posible impacto negativo en el vínculo madre-hijo y en la salud del feto: estadísticamente, se ha comprobado que muchos niños nacidos de mujeres que han experimentado estrés o ansiedad severos durante el embarazo, suelen presentar diversos problemas: desde el TDAH hasta los trastornos de conducta, desde la agresividad hasta la ansiedad extrema (Glover, 2011).

La preocupación de la mujer por su maternidad y, al mismo tiempo, por su enfermedad, hace que sea conveniente ofrecer consultas divididas: se puede dedicar un tiempo a hablar del embarazo y otro a hablar de la enfermedad. Es importante prepararse y anticiparse al periodo posparto, ya que las mujeres probablemente se someterán a tratamientos adyuvantes y no tendrán mucho tiempo ni suficiente energía para pasar con su hijo recién nacido. Una de las cuestiones más importantes, que sin embargo recibe poca atención, es la construcción de la relación con el niño, empezando por el apego prenatal hasta el vínculo postnatal de la madre (y el padre) con el niño. Este aspecto suele pasar a un segundo plano debido a la legítima prioridad de la seguridad vital, pero no hay que olvidar que el estrés severo durante el embarazo puede afectar a la salud, pero también a la relación entre madre e hijo.

No se han encontrado estudios sobre el apego prenatal en el cáncer y el embarazo, pero sí hay algunos estudios sobre este tipo de relación en una condición más general de embarazo de alto riesgo, por lo que podemos y debemos extender estos hallazgos a nuestro tema.

Investigaciones recientes han estudiado el apego prenatal de los padres durante los embarazos con riesgo de parto prematuro (Pisoni et al., 2016). Las mujeres con embarazos de alto riesgo suelen experimentar miedo, vulnerabilidad y pasividad.

En concreto, mediante las escalas de apego prenatal materno y paterno, se estudió la calidad del apego, como la experiencia

afectiva hacia el feto, y la intensidad del apego, como la cantidad de tiempo que se piensa o se sueña con el feto y se le habla. El estudio muestra resultados similares en las mujeres y sus parejas, e ilustra que las parejas con embarazos de alto riesgo tenían una experiencia afectiva de los padres caracterizada por “la distancia, la irritación, la anticipación negativa y desagradable, y una vaga representación interiorizada”. Estos sentimientos pueden ser mecanismos de defensa temporales contra una posible pérdida del niño; pero la implicación es que la baja inversión en el apego prenatal puede tener un impacto negativo en el vínculo madre-hijo. Esto sugiere la importancia de evaluar el apego de ambos padres en un embarazo de alto riesgo, ya que es muy importante para la pareja y para el desarrollo del niño. Estos resultados también sugieren la importancia de una estrecha colaboración entre los servicios de obstetricia-ginecología y los servicios de psicología-psiquiatría para una atención sanitaria eficaz a estas parejas. Los resultados anteriores también coinciden con otro estudio en el que participaron mujeres con cáncer de mama durante el embarazo, mujeres con cáncer de mama antes del embarazo y mujeres embarazadas sin ningún diagnóstico, que fueron sometidas a una entrevista semiestructurada. El estudio muestra que las mujeres con un diagnóstico durante el embarazo tenían representaciones mentales mal definidas y no especificadas de sus hijos, pero al mismo tiempo informaron de un enorme deseo de salvaguardarse a sí mismas y sus hijos.

Por último, tanto las mujeres con un diagnóstico pasado o presente de cáncer de mama manifestaron una mezcla de sentimientos, como la alegría y la preocupación, y experimentaron más apoyo por parte de sus compañeros que de sus parejas que las mujeres sin ningún diagnóstico (Faccio et al., 2018).

Además, se realizó un estudio transversal coreano para identificar los factores que influyen en el apego materno-fetal en los embarazos de alto riesgo, y sus resultados

revelan que factores como la ansiedad, la multiparidad, las pruebas prenatales y el ajuste diádico influyen en el apego prenatal. El factor más influyente en el estudio fue la ansiedad: en particular, la ansiedad se correlacionó negativamente con el apego materno-fetal, mientras que el ajuste diádico dentro de la pareja se correlacionó positivamente con el apego materno-fetal. Esto significa que es importante mejorar las intervenciones sanitarias dirigidas a disminuir la ansiedad en las mujeres con embarazos de alto riesgo y a mejorar el apego prenatal a través de la armonía marital (Hee y Young, 2015).

Otro estudio muestra que las participantes que tuvieron un embarazo de bajo riesgo experimentaron mayores niveles de apego prenatal que otras mujeres con embarazos de alto riesgo, y esto es consistente con la mayoría de los hallazgos de investigaciones anteriores (Eswi & Khalil, 2012).

Por otra parte, cabe señalar que algunos estudios demuestran que incluso si el estrés percibido aumenta en embarazos de alto riesgo, este aumento no tiene un impacto necesariamente negativo en el apego prenatal. Sin embargo, la mayoría de la literatura informa de la prevalencia de una relación negativa entre el embarazo de alto riesgo de estrés y el apego prenatal. También se sabe que, a veces, las mujeres con cáncer durante el embarazo informan de que les resulta difícil dedicar suficiente tiempo a la construcción de una relación prenatal con el feto y, a menudo, temen no ser suficientemente buenas madres, debido al tiempo y la energía que deben dedicar al tratamiento después del parto (Faccio et al., 2020).

También hay que tener en cuenta que el embarazo es el momento de la construcción de la relación madre-hijo, sobre todo a partir del segundo trimestre, cuando la madre percibe por primera vez los movimientos del niño por nacer, pero “si esta tarea de desarrollo no se completa, tanto la madre como el niño pueden experimentar un mal ajuste emocional y pueden encontrar considerables dificultades para establecer la relación madre-hijo

después del nacimiento (Ferrari, Faccio, Peccatori, Pravettoni, 2018). Esto confirma la importancia del apoyo al apego materno-fetal comparable a las mujeres con altos niveles de depresión durante el embarazo.

La ecografía, la palpación, la ecografía 3D y las técnicas de imagen guiada pueden utilizarse para facilitar el vínculo materno-fetal y las representaciones maternas del feto.

Además, muchos estudios recientes en el campo de la psicología prenatal demuestran que el feto no es un ser pasivo, sino que participa activamente en la relación con la madre. Hay algunos programas de atención prenatal (por ejemplo, Prenatal University, Prenatal Bonding, ...) que muestran muchas habilidades del feto, como una capacidad temprana para reconocer las voces de los padres y reaccionar específicamente a sus simulaciones. Estos programas facilitan el apego prenatal durante el embarazo: por ejemplo, Prenatal Bonding es un curso en el que participan ambos padres y los hermanos en el desarrollo de una relación temprana con el feto. Los estudios muestran muchos resultados positivos, por ejemplo, menos dolor durante el parto debido a una mejor cooperación entre la madre y el niño, una mayor profundidad armonía madre-hijo, una transición más fácil a los patrones regulares de sueño en el período postnatal (Schroth, Eichhorn, 2013).

Hay que tener en cuenta que, en la condición específica del cáncer durante el embarazo, la capacidad de recuperación de la mujer puede influir en su apego prenatal y en su estado de ánimo. De hecho, un estudio piloto italiano reveló que la resiliencia de la mujer se correlaciona positivamente con el apego prenatal y negativamente con los estados de ánimo negativos de la madre; además, los recursos sociales pueden influir en la intensidad del apego entre la madre y el feto. Estos resultados sugieren la importancia de evaluar y mejorar la resiliencia de las mujeres y el apoyo familiar en caso de cáncer en el embarazo (Bonassi et al., 2018).

1.3.1 Posparto y lactancia

Se sabe que la fase de posparto se prepara durante el período de embarazo. Para las mujeres con cáncer durante el embarazo, el periodo de posparto suele ser un momento en el que tienen que someterse a ciertas cirugías, quimioterapia o radioterapia invasiva y otros tratamientos; por lo tanto, es una fase compleja que puede percibirse de forma especialmente negativa, si el embarazo se ha vivido también con estados de ánimo negativos. Las investigaciones revelan que las mujeres que experimentaron depresión, ira y ansiedad durante el embarazo informaron de una menor calidad de vida física y psicológica percibida durante el periodo posparto (3 meses después del parto); las mujeres que expresaron un mayor nivel de fatiga, confusión, hipervigilancia e hiperalerta durante el embarazo informaron de una menor calidad de vida psicológica percibida durante el periodo posparto. Por último, en cuanto a la relación madre-hijo, cabe destacar que cuando las mujeres habían experimentado síntomas postraumáticos de intrusismo durante el embarazo, a los tres meses del postparto tenían una mayor tendencia a percibir a sus hijos con un temperamento difícil, tenían más riesgo de una crianza disfuncional y experimentaban mayores niveles de estrés parental (Faccio et al., 2019).

Estos resultados sugieren la importancia de no descuidar el bienestar psicológico de la mujer durante el embarazo por su impacto en la futura relación madre-hijo.

En este sentido, otro tema relevante es la lactancia materna, una parte del posparto que no solo tiene relevancia individual sino también sociocultural (Rees & Young, 2016). A muchas mujeres les preocupa que el hecho de no amamantar pueda tener un impacto negativo en la relación con sus hijos; a veces estas mujeres informan de las dificultades para pasar de la lactancia materna a la alimentación con biberón cuando tienen que someterse a quimioterapia (Ives et al., 2012).

Parece que la posible reducción de la

producción de leche debida al tratamiento puede tener el efecto de aumentar la angustia en las mujeres que desean amamantar (Henry et al., 2012). Esto concuerda con los resultados de un estudio reciente que investigó las diferencias entre los patrones de lactancia en mujeres con antecedentes de cáncer y mujeres sanas y evaluó la relación entre el patrón de lactancia y la angustia de las mujeres. Los resultados revelaron que las mujeres con un historial previo o actual de cáncer eran menos propensas a amamantar que las mujeres del grupo de control. En particular, parece haber una correlación entre la angustia de la mujer (evaluada con la subescala Profile of Mood States) y el tipo de lactancia. La tendencia de las mujeres con cáncer a experimentar mayores niveles de angustia psicológica podría estar causada por la ausencia de directrices claras y específicas sobre la lactancia materna después o durante el cáncer (Bonassi et al., 2019).

Área 2: Estrategias cognitivas de afrontamiento de las mujeres y las parejas.

enfrentarse al cáncer durante el embarazo
En esta sección analizaremos los estudios relativos a:

- La calidad de la relación con las parejas;
- Análisis de los recursos que contribuyen a la capacidad del paciente para afrontar el diagnóstico y los planes de tratamiento

2.1 La calidad de la relación con la pareja

La literatura muestra que tener una pareja y la calidad de esta relación contribuye de forma importante a afrontar un diagnóstico de cáncer. Bultmann et al. (2014) descubrieron que las personas que necesitan apoyo psicosocial después del cáncer a menudo no tienen una pareja que puede actuar como una figura de apoyo durante el período difícil después del diagnóstico. En particular, en afecciones como el cáncer de mama gestacional, es importante el papel protector, el apoyo y los cuidados de la pareja y el espíritu de lucha común de la misma. Parece muy saludable que la mujer embarazada con cáncer perciba a su pareja como el padre del niño, dentro de una relación triádica (Faccio et al.); puede ser un factor de protección teniendo en cuenta que la literatura informa que las madres con cáncer tienen más intrusismo en los ámbitos de la vida íntima (Arès et al., 2014). Con respecto al apoyo social percibido, algunas mujeres informan de una disminución, otras informan de que no hay cambios significativos en el apoyo social de la pareja a lo largo del tiempo, otras informan de una satisfacción de pareja mayoritariamente alta.

Uno de los estudios consultados afirma que la necesidad actual de apoyo psicosocial era más prevalente en los supervivientes que tenían menos probabilidades de tener empleo, menos frecuencia de estar en pareja, más frecuencia de estar divorciados o separados, más frecuentemente diagnosticados con la enfermedad en estadio IV, más probabilidades

de tener una enfermedad comórbida y más probabilidades de calificar a su hijo como angustiado (Tipo I) que los supervivientes de cáncer sin necesidades de apoyo expresadas y la muestra total (Bultmann et al., 2014). Las familias que fueron capaces de actuar abiertamente, de expresar sus sentimientos directamente y de resolver los problemas de forma eficaz tuvieron niveles más bajos de depresión y, al mismo tiempo, la comunicación directa de información dentro de la familia se asoció con niveles más bajos de ansiedad. Aparte de las diferencias en la ansiedad debidas al tipo de cáncer, las características de la enfermedad de los pacientes parecen ser factores de riesgo en la depresión y la ansiedad de los pacientes, pero no de los familiares. Estos resultados sugieren que los investigadores y los médicos deben centrarse en la familia, ya que el cáncer afecta a toda la familia, no sólo al paciente (Edwards y Clarke, 2004).

Los niveles individuales de angustia estaban determinados más por el género que por el papel de la persona con cáncer en relación con su pareja. La asociación entre la angustia del paciente y de la pareja dentro de las parejas fue sólo moderada, pero es suficiente para justificar una mayor consideración de la noción de que estas parejas reaccionan como un sistema emocional y no como individuos. Cabe destacar que esta asociación no está moderada por el género.

Debido a la falta general de grupos de comparación, no se puede responder de forma decisiva a la pregunta de cuánto estrés puede atribuirse al cáncer. Hay que prestar cierta atención a los factores distintos del cáncer como influencias directas de la angustia en estas parejas y a los mediadores y moderadores de la experiencia del cáncer.

En particular, la atención debe centrarse en los procesos de relación que influyen en la intimidad en 2 categorías:

1) mejora de la relación, 2) deterioro de la relación.

Los procesos que mejoran la relación incluyen:

- la auto divulgación mutua,

- la capacidad de respuesta del compañero: sentirse comprendido, atendido,
- Compromiso con la relación: apertura para hablar del cáncer en términos relacionales, cambios con la pareja (aspectos que han cambiado o deben cambiar), esfuerzos para mantener los componentes de la relación que son importantes para ambos.

El comportamiento deteriorado en las relaciones incluye la reducción de la calidad marital y el malestar psicológico, que puede identificarse en tres categorías: 1) evitación, 2) crítica y 3) retraimiento bajo presión (Manne & Badr, 2008).

2.2 Análisis de los recursos que contribuyen a la capacidad del paciente para afrontar el diagnóstico y los planes de tratamiento

Las madres con cáncer tienen muchos miedos. Los estudios revelan que la edad materna, la edad de los hijos, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y el nivel de estrés de los padres son determinantes potenciales del estrés percibido, la intrusividad de la enfermedad y el miedo a la reaparición del cáncer (Arrigo, 2002). Esto requiere la atención del personal sanitario debido a la influencia de la salud de la madre en la salud del sistema familiar. Teniendo en cuenta el conocido efecto del bienestar de los padres en el bienestar de los hijos, es importante destacar que, en esta condición, quizás más que en otras, las estrategias de afrontamiento y el funcionamiento de los padres tienen un impacto en el bienestar psicológico del niño (Faccio et al.). Las estrategias de afrontamiento están guiadas por muchos factores. Por ejemplo, las madres que ya han tenido hijos tienen una perspectiva diferente del tratamiento que las mujeres que están embarazadas por primera vez. La principal preocupación de ambos es cuidar para el niño/ellos mismos (Ives et al., 2012).

Esto significa que las madres con cáncer necesitan un apoyo psicosocial adaptado para superar los retos específicos a los que se enfrentan durante y después del tratamiento

(Kuswanto et al., 2018); además, los factores biológicos, personales y especialmente sociales y sobre todo los factores biológicos, personales y sociales contribuyen a la resiliencia de los pacientes con cáncer y, en consecuencia, a unos resultados psicológicos y de tratamiento favorables.

Un interesante estudio demostró que las mujeres y las parejas que utilizaban principalmente estrategias de afrontamiento internalizantes presentaban los niveles más altos de angustia, en comparación con las que utilizaban estrategias de afrontamiento positivas o de culpabilización. - Las mujeres eran más propensas a continuar con el embarazo que sus parejas. Esto concuerda en parte con la bibliografía, ya que las mujeres y las parejas del grupo de afrontamiento positivo utilizan principalmente estrategias calificadas como "más adaptativas" y, por lo tanto, se espera que tengan niveles más bajos de angustia. Las mujeres pueden utilizar formas fisiológicas, sociales o conductuales de regulación emocional y otras: por ejemplo, los procesos cognitivos inconscientes están entrelazados con la regulación cognitiva de la regulación de las emociones. Sin embargo, refiriéndose a la pareja, la investigación muestra que un mayor estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico se correlacionó con más preocupaciones sobre la enfermedad y el tratamiento para las mujeres con cáncer de mama, pero no para sus parejas. Este estudio afirma que las mujeres diagnosticadas en la actualidad pueden, por tanto, estar mejor informadas sobre la seguridad y los riesgos para su bebé, lo que puede disminuir su nivel de angustia (Vandenbroucke et al., 2017).

Hay algunos resultados interesantes sobre la correlación entre los cinco grandes factores de personalidad y las estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, parece que el neuroticismo estaba asociado con el afecto negativo, que se explicaba por las estrategias de afrontamiento de evitación. La extroversión y el neuroticismo se asociaron con el afecto positivo, y estas asociaciones se explican por las estrategias de

aproximación. La concienciación estaba más fuertemente relacionada con el afecto positivo directamente e indirectamente a través de las estrategias de acercamiento entre los supervivientes de más edad que entre los supervivientes más jóvenes (You et al. 2018).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, otro estudio investigó los niveles de evitación entre los pacientes y mostró resultados muy interesantes. Los pacientes del grupo de baja evitación tenían una ansiedad significativamente menor, en comparación con los pacientes del grupo de alto afrontamiento general; en cambio, los pacientes del grupo de alta evitación tenían puntuaciones significativamente menores en cambio, los pacientes del grupo de alto afrontamiento general tenían puntuaciones significativamente menores en amabilidad y vigor que los pacientes del grupo de alto afrontamiento general; también tenían puntuaciones significativamente menores en amabilidad que los pacientes del grupo de baja evitación. El afecto negativo, medido por el POMS verdadero (Perfil de Estados de Ánimo), fue significativamente mayor para los pacientes del grupo de alta evitación que para los pacientes del grupo de baja evitación (Hack & Degner, 2004). Estos resultados revelan que un alto nivel de evitación puede llevar a los pacientes con cáncer a resultados psicológicos negativos y lo importante que es apoyar estrategias de afrontamiento adaptativas. De hecho, las formas en que las personas afrontan un diagnóstico de cáncer predijeron una variación significativa, lo que sugiere que el uso de estrategias de afrontamiento específicas en el momento del diagnóstico puede tener una importancia a largo plazo para el significado de la vida (Jim et al., 2006).

Otro estudio muestra que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la reestructuración cognitiva positiva, los deseos y la realización de cambios. Los análisis cualitativos basados en preguntas abiertas sobre la forma en que las mujeres afrontaban mejor los diferentes aspectos estresantes de su diagnóstico mostraron que las mujeres

afirmaban encontrar útiles diferentes estrategias en función del factor estresante. El apoyo social fue útil para afrontar la ira o la depresión, mientras que la reestructuración cognitiva positiva fue más útil para las preocupaciones sobre el futuro. Curiosamente, la mayoría de las estrategias de afrontamiento mencionadas en las escalas de afrontamiento comúnmente administradas fueron utilizadas con frecuencia por estas mujeres; sin embargo, se encontró que varias estrategias de afrontamiento que generalmente no se miden son válidas, incluyendo la realización de actividad física, el uso de medicamentos y el descanso (Manuel et al., 2007).

Una interesante investigación reveló que las puntuaciones de calidad de vida de los pacientes con cáncer implicados estaban dentro de la media, a pesar de que el 87,6% de los pacientes se encontraban en una fase avanzada del cáncer. La resiliencia se correlacionó significativamente con todos los componentes de la calidad de vida, mientras que el afrontamiento activo solo lo hizo de forma indirecta, a través de la resiliencia: esto confirma que la resiliencia es un factor protector de la calidad de vida de estos pacientes (Popa-Velea et al., 2017).

Al investigar las relaciones entre las representaciones de la enfermedad y las conductas de afrontamiento (en particular, entre las percepciones de control, el afrontamiento centrado en el problema y la reevaluación cognitiva), algunos resultados revelan tamaños de efecto entre pequeños y moderados, mientras que los modelos de efectos aleatorios revelan tamaños de efecto entre moderados y grandes entre las representaciones de la enfermedad y las consecuencias de la misma (en particular, entre la identidad, las consecuencias, las representaciones emocionales y el malestar psicológico). La revisión narrativa de los estudios con datos insuficientes proporcionó resultados similares (Richardson et al., 2017).

Área 3: Estrategias de asesoramiento para los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito del cáncer en el embarazo.

Formación

Una visión general de la actuación y las estrategias de los sistemas sanitarios en la atención centrada en la persona en Europa muestra que todos nuestros sistemas sanitarios nacionales hacen hincapié en la urgencia de aplicar un enfoque centrado en la persona (Policy briefing by Giuseppe Paparella; 2016).

Cada vez hay más datos sobre la comunicación, el intercambio de información, la toma de decisiones y la atención centrada en el paciente en la oncología en general. Sin embargo, con las mujeres embarazadas, los profesionales de la salud también deben abordar los cuidados y las opciones del embarazo. El asesoramiento a las mujeres embarazadas con cáncer es un tema poco investigado. Hay una serie de estudios de casos sobre el cáncer en el embarazo para demostrar los enfoques y experiencias individuales, pero no están necesariamente basados en la evidencia, que son limitados en número.

Cabe destacar que, tal y como se refleja en la literatura científica, los profesionales de la salud necesitan formación profesional en habilidades de comunicación para asesorar adecuadamente a las mujeres embarazadas con cáncer.

Las personas con cáncer, sus familias y cuidadores tienen una alta prevalencia de estrés psicológico, que puede minimizarse con una comunicación eficaz y el apoyo de los profesionales sanitarios que les atienden. La investigación sugiere que las habilidades de comunicación no mejoran de forma fiable con la experiencia (Moore et al; 2013).

La formación en habilidades de comunicación es eficaz para cambiar el comportamiento de los profesionales de la salud en la atención del

cáncer con respecto a la comunicación y la interacción con los pacientes (Moore et al; 2013).

Es necesario seguir investigando sobre la eficacia a largo plazo de la formación en habilidades de comunicación, por ejemplo, examinando la formación "obligatoria en lugar de la voluntaria" (Deborah K. Mayer) o la aplicación de métodos de enseñanza más experienciales (diseñados para aumentar los niveles de autoconciencia de las enfermeras) (Winterburn, Wilkinson; 2010).

3.1 Habilidades de comunicación del equipo multidisciplinar

El cáncer durante el embarazo afecta a dos vidas, la de la madre y la del feto. La ambigüedad de una posible enfermedad que amenaza la vida en combinación con el comienzo de una nueva vida presenta un desafío en el enfoque médico y psicológico.

Recibir la mala noticia de un diagnóstico de cáncer durante el embarazo suele ser un acontecimiento traumático inesperado, no sólo para la paciente, sino también para su pareja y su familia. Provoca emociones contradictorias de felicidad por estar embarazada y miedo a la muerte y desesperación.

Dar malas noticias debe ser realizado por uno o unos pocos expertos en comunicación con alta competencia biomédica y psicológica. Es de suma importancia que los pacientes reciban información honesta y precisa de los profesionales de la salud.

Pautas para dar malas noticias (A. Girgis;1998)

- Evaluar la mentalidad y la comprensión del paciente
- Garantizar la privacidad
- Tomarse tiempo para evaluar la situación
- Ser honesto
- Proporcionar información precisa
- Mostrar empatía
- Organizar la presencia de los familiares
- Proporcionar opciones de tratamiento basadas en la evidencia

- Informar sobre los servicios de apoyo
- Indicar claramente que el paciente ha tomado la decisión final sobre su atención
- Explique brevemente el proceso por el que se llegó al diagnóstico
- Proporcionar varios métodos para transmitir la información, por ejemplo, material escrito, vídeo, etc.

Este problema suele verse agravado por una comunicación inadecuada por parte del personal médico, lo que dificulta la comprensión y la toma de decisiones por parte de las mujeres y sus parejas. De hecho, el personal médico suele comunicar mucha información sobre diagnósticos, tratamientos, cirugías, etc., debido a la comprensión real del paciente y a su necesidad de tiempo para darse cuenta de la complejidad de su estado; a veces, el lenguaje utilizado para comunicarse es poco claro y está lleno de términos médicos, que son muy difíciles de entender (Alder & Bitzer, op. cit.).

Un enfoque realista y honesto es esencial para mantener la confianza y el apoyo del paciente y, en la medida de lo posible, se debe hacer hincapié en los aspectos de la esperanza adecuados a la situación del paciente. Como la mayoría de los pacientes sólo recuerdan partes limitadas de la información que se les da, ésta debe darse por partes a lo largo de varias citas. Se debe evaluar la comprensión del paciente de su situación y la conciencia de su pronóstico.

Dado que la complejidad de un diagnóstico de cáncer requiere un enfoque multidisciplinar, es importante que los pacientes experimenten el diálogo entre diferentes disciplinas (oncología-obstetricia). Por lo tanto, las sesiones informativas intermitentes entre los especialistas, con o sin la presencia del paciente, son de suma importancia.

Es útil para el paciente si se siente atendido como una unidad madre-hijo en su conjunto.

Sin embargo, los intereses de los obstetras y los oncólogos a menudo entran en conflicto respecto a la salud de la madre y del niño por

nacer (Ives et al., 2012). La creación de una vía de atención clínica para este grupo específico de pacientes puede ser útil para apoyar el enfoque multidisciplinar (Maggen et al., 2020).

Para resolver estos problemas, muchos estudios han identificado algunos enfoques funcionales, que pueden hacer que el proceso de toma de decisiones sea menos difícil, porque la decisión alcanzada tiene una enorme importancia para la salud psicológica de la mujer (Alder & Bitzer, 2008; Ives et al., 2012.; Henry et al., 2012; Ferrari et al., 2018; Faccio et al., 2020).

3.2 Estrategias de capacitación

Empoderamiento significa “el proceso de hacerse más fuerte y más seguro, especialmente en el control de la propia vida y la reivindicación de los propios derechos”. Los profesionales de la salud deben acoger y apoyar las necesidades emocionales de la mujer con empatía, participación y escucha activa, para animarla, tranquilizarla, respetar sus decisiones, facilitar la identificación de sus necesidades y promover la capacitación en lugar de la dependencia (Prosperi et al., 2020).

El asesoramiento a las pacientes embarazadas con cáncer en lo que respecta a la capacitación debe estar centrado en la paciente, respetando las preocupaciones, valores, antecedentes culturales, creencias, ideas, deseos y prioridades vitales del paciente para facilitar la toma de decisiones compartida. Es importante que las mujeres estén bien informadas sobre su estado y, en el caso de mal pronóstico, es aconsejable discutir la opción de una interrupción del embarazo. Un diagnóstico de cáncer no sólo afecta a la mujer, sino a toda la familia. La pareja y la familia del paciente tienen un papel activo en el proceso de toma de decisiones y, por tanto, deben participar en estas conversaciones.

La toma de decisiones compartida podría ser beneficiosa para la satisfacción del paciente y los resultados clínicos. Comprende cuatro

características clave (Karunaratne, K et al., 2012):

1. al menos dos miembros implicados
2. ambos miembros toman medidas para compartir una decisión de tratamiento
3. ambos miembros comparten información sobre las opciones de tratamiento
4. juntos llegan a un consenso sobre la opción de tratamiento preferida

La exposición materna al estrés durante el embarazo puede provocar resultados adversos, como parto prematuro, bajo peso al nacer, trastornos del neurodesarrollo y discapacidad (Hobel et al., 2008). Crear un vínculo de confianza y proporcionar seguridad puede reducir los niveles de estrés de la paciente y su familia.

La organización de grupos de apoyo a las pacientes, foros en línea y organizaciones sin ánimo de lucro podría sensibilizar sobre la aparición del cáncer durante el embarazo y ayudar a las pacientes a encontrar apoyo en diferentes ámbitos: médico, emocional, financiero, etc.

Se recomienda aconsejar a las mujeres que participen en grupos de parto y grupos de autoayuda para madres lactantes, asegurando que se mantenga la privacidad y la confidencialidad en todo momento. Aunque se organizan de forma desigual en nuestro país, no cabe duda de la importancia estratégica de estos grupos para proporcionar momentos de normalidad.

Estar rodeada de otras madres ayuda a la mujer con una enfermedad maligna a sentirse más cerca de los problemas que son más comunes (Prosperi et al., 2020), lo que ayuda a normalizar la experiencia del embarazo.

3.3 Estrategias y tratamientos para mantener el rol parental y funcionar como una “buena madre”.

A pesar de las complicaciones médicas de un diagnóstico de cáncer durante el embarazo, es importante proporcionar a las

mujeres con cáncer en el embarazo la mejor experiencia positiva posible de embarazo y maternidad. Para ello, es necesario seguir los principios para una Atención Respetuosa de la Maternidad, teniendo en cuenta que estos embarazos son considerados de alto riesgo.

Las mujeres con cáncer durante el embarazo desean ser tratadas como cualquier otra mujer embarazada cuando se trata de la atención a la maternidad. Es importante que cada profesional de la salud evalúe cuáles son las aspiraciones de la mujer en su embarazo y parto.

Los profesionales de la salud deben ser conscientes de que muchas pacientes de cáncer embarazadas ya son madres. Un estudio canadiense de 2015 investigó cómo las madres jóvenes manejaron sus roles maternos durante su viaje de cáncer (Strickland, J. T. et al., 2015) Cuatro estrategias que las madres implementan para proteger a sus hijos de los daños psicológicos: personalizar la exposición, reducir la perturbación de la vida familiar, encontrar nuevas formas de estar cerca y aumentar la vigilancia.

“Salvaguardar a los niños” es el modelo explicativo generado que engloba estas cuatro estrategias. Los profesionales de la salud pueden utilizar este modelo para comprender la mejor manera de responder a las preocupaciones maternas de las madres jóvenes durante su viaje por el cáncer.

Diez pasos para la atención materna (Lothian JA., 2007)

1. Ofrece a todas las madres que dan a luz
 - Acceso ilimitado a los compañeros de nacimiento que elijan, incluidos los padres, las parejas y los hijos,
 - familiares y amigos;
 - acceso ilimitado al apoyo emocional y físico continuo de una mujer con experiencia, por ejemplo, una doula o un profesional de apoyo al parto; y
 - acceso a la atención profesional de las matronas.
2. Proporciona al público información precisa, descriptiva y estadística sobre

sus prácticas y procedimientos de atención al parto, incluyendo medidas de intervenciones y resultados.

3. Proporciona una atención culturalmente competente, es decir, que es sensible y responde a las creencias, valores y costumbres específicas del grupo étnico de la madre, y las costumbres de la cultura y la religión de la madre.
4. Da a la madre la libertad de caminar, moverse y adoptar las posiciones que desee durante el trabajo de parto y el parto (a menos que la restricción sea específicamente necesaria para corregir una complicación) y desaconseja el uso de la posición de litotomía.
5. Tiene políticas y procedimientos claramente definidos para: colaborar y consultar durante todo el periodo perinatal con otros servicios de maternidad, incluida la comunicación con el gestor de casos cuando sea necesario el traslado de un centro de parto a otro y la puesta en contacto de la madre y el bebé con los recursos comunitarios adecuados, incluido el seguimiento prenatal y postnatal y el apoyo a la lactancia.
6. No emplea de forma rutinaria prácticas y procedimientos que no estén respaldados por pruebas científicas, incluyendo, entre otros, los siguientes:
 - afeitado,
 - enemas,
 - goteos intravenosos,
 - suspensión del suministro de energía,
 - rotura prematura de membranas, y
 - monitorización electrónica del feto.

Otras intervenciones son limitadas, como las siguientes:

- tiene una tasa de inducción del 10% o menos;
- tiene una tasa de episiotomía del 20% o menos, con un objetivo del 5% o menos;
- tiene una tasa total de cesáreas del 10% o menos en los hospitales comunitarios y del 15% o menos en los hospitales de atención terciaria; y

- tiene una tasa de partos vaginales después de una cesárea del 60% o más, con un objetivo del 75% o más.

7. Educa al personal en métodos no farmacológicos de alivio del dolor y no promueve el uso de fármacos analgésicos o anestésicos que no sean específicamente necesarios para corregir una complicación.
8. Anima a todas las madres y familias, incluidas las de bebés enfermos o prematuros o con problemas congénitos, a tocar, coger, amamantar y cuidar a sus bebés en la medida compatible con su estado.
9. Desaconseja la circuncisión no religiosa del recién nacido.
10. Se esfuerza por cumplir los Diez Pasos de la Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño de la OMS/UNICEF para promover la lactancia materna con éxito.

3.4 Estrategias y tratamientos para promover el vínculo materno-infantil

Se sabe que el estrés durante el embarazo afecta al vínculo madre-hijo y tiene un gran impacto en el desarrollo del niño y en la identidad materna. Se pueden ofrecer técnicas antiestrés, como la relajación, para reducir los niveles de estrés y ansiedad.

El personal sanitario debe ser consciente de la posibilidad de que la atención al proceso de la enfermedad pueda anular el vínculo con el niño. Los efectos secundarios del tratamiento, como las náuseas, la fatiga, pero también el estrés y la ansiedad por la propia salud, pueden impedir el vínculo materno-filial. Si es posible, las citas para la administración de quimioterapia podrían combinarse con el seguimiento obstétrico. De este modo, centrarse en el bienestar del bebé mediante ecografías periódicas para evaluar el crecimiento y la palpación regular del abdomen puede tranquilizar a la madre. Además, en el período posparto, las visitas periódicas al pediatra o el seguimiento pueden

tranquilizar a la madre sobre el desarrollo y la salud del niño.

Un embarazo de alto riesgo, como tener un diagnóstico de cáncer durante la gestación, no impide la aplicación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN).

Aunque la lactancia materna a menudo no es posible debido al tratamiento citotóxico o a la cirugía mamaria, deben ofrecerse alternativas como la leche de donante (dependiendo de las instalaciones locales).

La práctica piel con piel, también conocida como cuidado canguro, debe fomentarse al máximo por sus probados beneficios para la madre y el bebé, ya que mejora el apego de los padres y reduce el riesgo de depresión posparto.

Se debe facilitar el acceso a las habitaciones en la medida de lo posible. Significa que la madre y el bebé están juntos las 24 horas del día. Cuando el bebé tiene que ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos neonatales, es importante que la madre pueda visitar a su bebé todas las veces que quiera sin restricciones. Acostarse también mejora el vínculo materno-bebé y reduce el riesgo de depresión posparto, además de facilitar el cuidado piel con piel. Además, cuando el tratamiento está en curso durante el período posparto, se debe habilitar el alojamiento en el departamento de oncología.

Los 10 pasos de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN, 1991).

1. Disponer de una política escrita sobre la alimentación de los bebés que se comunique regularmente al personal y a los padres.

Establecer sistemas de seguimiento continuo y de gestión de datos.

2. Garantizar que el personal tiene los conocimientos, las competencias y las habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna.

3. Discutir la importancia y el manejo de la lactancia materna con las mujeres embarazadas y sus familias.
4. Facilitar el contacto inmediato e ininterrumpido piel con piel y apoyar a las madres para que inicien la lactancia materna lo antes posible después del nacimiento.
5. Apoyar a las madres en el inicio y mantenimiento de la lactancia materna y gestionar las dificultades más comunes.
6. No proporcione a los bebés amamantados ningún otro alimento o líquido que no sea la leche materna, a menos que esté indicado médicamente.
7. Permitir que las madres y sus bebés permanezcan juntos y se alojen en la habitación las 24 horas del día.
8. Ayudar a las madres a reconocer y responder a las señales de alimentación de sus bebés.
9. Aconsejar a las madres sobre el uso y los riesgos de los biberones, tetinas y chupetes.
10. Coordinar el alta para que los padres y sus hijos tengan a tiempo el apoyo y la atención continuos.

Dilema

El asesoramiento a las mujeres embarazadas diagnosticadas de cáncer plantea retos y dilemas éticos, sobre todo cuando los intereses de las mujeres chocan con las necesidades de los neonatos y las concepciones de los profesionales sanitarios que los atienden, es decir, los derechos humanos de las mujeres frente al estatus legal del niño no nacido.

Decidir qué vida prevalece sobre cuál, y hacer a las mujeres partícipes activas en las decisiones que afectan a su salud, parece estar influenciado por construcciones culturales y religiosas, siendo un reflejo de cómo cada país/región respeta los derechos humanos en general, y la autonomía y autodeterminación del paciente en particular.

Perspectivas de futuro: “directrices” para los profesionales de la salud que trabajan en el ámbito del cáncer en el embarazo

BIBLIOGRAFIA

1. ALDER, J., & BITZER, J. (2008). PSYCHOONCOLOGIC CARE IN YOUNG WOMEN FACING CANCER AND PREGNANCY. IN CANCER AND PREGNANCY (PP. 225-236). SPRINGER, BERLIN, HEIDELBERG.
2. AFAF GIRGIS PHD & ROB W. SANSON-FISHER PHD (1998) BREAKING BAD NEWS 1: CURRENT BEST ADVICE FOR CLINICIANS, BEHAVIORAL MEDICINE, 24:2, 53-59, DOI: 10.1080/08964289809596381
3. ALDER, J., & BITZER, J. (2008). PSYCHOONCOLOGIC CARE IN YOUNG WOMEN FACING CANCER AND PREGNANCY. IN CANCER AND PREGNANCY (PP. 225-236). SPRINGER, BERLIN, HEIDELBERG
4. AMANT, F., HAN, S. N., GZIRI, M. M., VANDENBROUCKE, T., VERHEECKE, M., & VAN CALSTEREN, K. (2015). MANAGEMENT OF CANCER IN PREGNANCY. BEST PRACTICE & RESEARCH CLINICAL OBSTETRICS & GYNAECOLOGY, 29(5), 741- 753
5. BONASSI, L., CATTANEO, E., ZILIOLO, A.R., NASTASI, G. , GIUNTINI, N., IONIO, C. ... & GRECO, A. (2019). ALLATTARE AL SENO IN SEGUITO A DIAGNOSI DI CANCRO: UNO STUDIO PILOTA SULLE DIMENSIONI PSICOLOGICHE ASSOCIATE. POSTER PRESENTED AT THE 39TH SRIP ANNUAL CONFERENCE, CITY UNIVERSITY OF LONDON, SEPTEMBER 5TH AND 6TH 2019.
6. BONASSI, L., PECCATORI, F., IONIO, C., NASTASI, G., MASCHERONI, E., LIUZZO, A., ... & PRAVETTONI, G. (2018).

BECOMING

MOTHERS AFTER CANCER: RESILIENCE AS A PROTECTIVE FACTOR FOR PRENATAL ATTACHMENT AND FOR NEGATIVE MOODS DURING PREGNANCY. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*, 36 (15), E22156.

7. BOTHA, M.H., RAJARAM, S. AND KARUNARATNE, K. (2018), CANCER IN PREGNANCY. *INT J GYNECOL OBSTET*, 143: 137- 142. DOI:10.1002/IJGO.12621

8. BUCKINGHAM, L., JANSSEN, M., RAY, E. M., TUCKER, K., DAVIDSON, B. A., ARENTH, J., ... & JONES, C. A. (2020). TOP TEN TIPS PALLIATIVE CARE CLINICIANS SHOULD KNOW ABOUT CARING FOR SERIOUS ILLNESS IN PREGNANCY. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*.

9. BÜLBÜL, M., DILBAZ, B., KOYUNCU, S. B., & YAĞMUR, Y. (2018). IS INCREASED STRESS AFFECTING PRENATAL ATTACHMENT IN HIGH RISK PREGNANCIES?. *JOURNAL OF MEDICAL PRACTICE AND REVIEW*, 2 (08), 217-223.

10. DE HAAN, J., VERHEECKE, M., VAN CALSTEREN, K., VAN CALSTER, B., SHMAKOV, R. G., GZIRI, M. M., ... & ZOLA, P. (2018). ONCOLOGICAL MANAGEMENT AND OBSTETRIC AND NEONATAL OUTCOMES FOR WOMEN DIAGNOSED WITH CANCER DURING PREGNANCY: A 20-YEAR INTERNATIONAL COHORT STUDY OF 1170 PATIENTS. *THE LANCET ONCOLOGY*, 19(3), 337- 346.

11. ESWI, A., & KHALIL, A. (2012). PRENATAL ATTACHMENT AND FETAL HEALTH LOCUS OF CONTROL AMONG LOW RISK AND HIGH RISK PREGNANT WOMEN. *WORLD APPLIED SCIENCES JOURNAL*, 18(4), 462-471.

12. FACCIO, F., IONIO, C., MASCHERONI, E., PECCATORI, F., ONGARO, G., CATTANEO, E., ... & BERETTA, G. D. (2019). RISK FACTORS IN PREGNANT WOMEN WITH AN ONCOLOGICAL DIAGNOSIS AND THEIR IMPACT IN THE POST-PARTUM PERIOD. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*, 36 (15), E23166.

13. FACCIO, F., MASCHERONI, E., IONIO, C., PRAVETTONI, G., ALESSANDRO PECCATORI, F., PISONI, C., CASSANI, C., ZAMBELLI, S., ZILIOLI, A., NASTASI, G., GIUNTINI, N., & BONASSI, L. (2020). MOTHERHOOD DURING OR AFTER BREAST CANCER DIAGNOSIS: A QUALITATIVE STUDY. *EUROPEAN JOURNAL OF CANCER CARE*, E13214.

14. FACCIO, F., PECCATORI, F., IONIO, C., MASCHERONI, E., BONASSI, L., LIUZZO, A., ... & PRAVETTONI, G. (2018, OCTOBER). A QUALITATIVE ANALYSIS OF THE EXPERIENCE OF BECOMING MOTHERS DURING OR AFTER A BREAST CANCER DIAGNOSIS. IN *PSYCHO-ONCOLOGY* , 27, P. 136.

15. FERRARI, F., FACCIO, F., PECCATORI, F., & PRAVETTONI, G. (2018). PSYCHOLOGICAL ISSUES AND CONSTRUCTION OF THE MOTHER-CHILD RELATIONSHIP IN WOMEN WITH CANCER DURING PREGNANCY: A PERSPECTIVE ON CURRENT AND FUTURE DIRECTIONS. *BMC PSYCHOLOGY*, 6(1), 1-7.

16. GLOVER, V. (2011). ANNUAL RESEARCH REVIEW: PRENATAL STRESS AND THE ORIGINS OF PSYCHOPATHOLOGY: AN EVOLUTIONARY PERSPECTIVE. *JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*, 52(4), 356-367.

17. HAMMARBERG K. , SULLIVAN , E. | N. JAVID G. DUNCOMBE, L. HALLIDAY,, F. BOYLE, C. SAUNDERS,, A. IVES, J.E. DICKINSON, J. FISHER (2018). HEALTH CARE EXPERIENCES AMONG WOMEN DIAGNOSED WITH GESTATIONAL BREAST CANCER. *EUR J CANCER CARE*. 2018;27:E12682. WILEYONLINELIBRARY.COM/JOURNAL/ECC HTTPS://DOI.ORG/10.1111/ECC.12682

18. HARRISON, P. (2013). PSYCHOSOCIAL IMPACT OF A CANCER DIAGNOSIS DURING PREGNANCY. *NURSING FOR WOMEN'S HEALTH*, 17(5), 437-442.

19. HATEM A. AZIM JR. A. FEDRO A. PECCATORI B, NICHOLAS PAVLIDIS (2010) LUNG CANCER IN THE PREGNANT WOMAN: TO TREAT OR NOT TO TREAT, THAT IS THE QUESTION. *LUNG CANCER* 67 (2010) 251-256;333-48

20. HEE, L. S., & YOUNG, L. E. (2015). FACTORS INFLUENCING MATERNAL-FETAL ATTACHMENT IN HIGH-RISK PREGNANCY. *ADV SCI TECHNOL LETT*, 104, 38-42.

21. HENRY, M., HUANG, L. N., SPROULE, B. J., & CARDONICK, E. H. (2012). THE PSYCHOLOGICAL IMPACT OF A CANCER DIAGNOSED DURING PREGNANCY: DETERMINANTS OF LONG-TERM DISTRESS. *PSYCHO-ONCOLOGY*, 21(4), 444-450.
22. HOBEL CJ, GOLDSTEIN A, BARRET ES. PSYCHOLOGICAL STRESS AND PREGNANCY OUTCOME. *CLIN OBSTET GYNECOL* 2008;51 (2)
23. IVES, A., MUSIELLO, T., & SAUNDERS, C. (2012). THE EXPERIENCE OF PREGNANCY AND EARLY MOTHERHOOD IN WOMEN DIAGNOSED WITH GESTATIONAL BREAST CANCER. *PSYCHO-ONCOLOGY*, 21(7), 754-761.
24. KARUNARATNE, K., PREMARATNE, S., HAPUACHCHIGE, C., & IHALAGAMA, H. (2016). COUNSELLING PREGNANT WOMEN WITH CANCER. *BEST PRACTICE & RESEARCH CLINICAL OBSTETRICS & GYNAECOLOGY*, 33, 117-123.
25. KOZU, M., MASUJIMA, M., & MAJIMA, T. (2020). EXPERIENCE OF JAPANESE PREGNANT WOMEN WITH CANCER IN DECISION- MAKING REGARDING CANCER TREATMENT AND OBSTETRIC CARE. *JAPAN JOURNAL OF NURSING SCIENCE*, 17 (2), 1-10, E12300.
26. LINKEVICIUTE, A (2016). CANCER DURING PREGNANCY: A FRAMEWORK FOR ETHICAL CARE / A. LINKEVICIUTE ; SUPERVISOR: M. RESCIGNO ; CO-SUPERVISORS: F.A. PECCATORI, K. DIERICKX, G. BONIOLO. - MILANO : UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO. DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE, 2017 MAR 02. ((28. CICLO, ANNO ACCADEMICO 2016
27. LOTHIAN JA. INTRODUCTION: THE COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES:. *J PERINAT EDUC*. 2007;16 SUPPL 1(SUPPL 1):1S-4S.
28. MAGGEN, C., WOLTERS, V. E., CARDONICK, E., FUMAGALLI, M., HALASKA, M. J., LOK, C. A., ... & AMANT, F. (2020). PREGNANCY AND CANCER: THE INCIP PROJECT. *CURRENT ONCOLOGY REPORTS*, 22(2), 17.
29. MOORE PM, RIVERA MERCADO S, GREZ ARTIGUES M, LAWRIE TA. COMMUNICATION SKILLS TRAINING FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS WORKING WITH PEOPLE WHO HAVE CANCER. 2013
30. PISONI, C., GAROFOLI, F., TZIALLA, C., ORCESI, S., SPINILLO, A., POLITI, P., ... & STRONATI, M. (2016). COMPLEXITY OF PARENTAL PRENATAL ATTACHMENT DURING PREGNANCY AT RISK FOR PRETERM DELIVERY. *THE JOURNAL OF MATERNAL-FETAL & NEONATAL MEDICINE*, 29(5), 771-776.
31. PISTILLI, B, GIULIA BELLETTINI, ELISA GIOVANNETTI, GIOVANNI CODACCI-PISANELLI, HATEM A. AZIM JR. , GIOVANNI BENEDETTI F, MARIA ANNA SARNO, FEDRO A. PECCATORI (2013) CHEMOTHERAPY, TARGETED AGENTS, ANTIEMETICS AND GROWTH-FACTORS IN HUMAN MILK: HOW SHOULD WE COUNSEL CANCER PATIENTS ABOUT BREASTFEEDING? *CANCER TREATMENT REVIEWS* 39 (2013) 207-211
32. R. PROSPERI PORTA ET AL (2020) TUMORI IN GRAVIDANZA: TRA MEDICALIZZAZIONE E DESIDERIO DI MATERNITÀ. *RECENTI PROG MED* 2020; III: 1-3
33. REES, S., & YOUNG, A. (2016). THE EXPERIENCES AND PERCEPTIONS OF WOMEN DIAGNOSED WITH BREAST CANCER DURING PREGNANCY. *ASIA-PACIFIC JOURNAL OF ONCOLOGY NURSING*, 3(3), 252-258.
34. RIMES, S., GANO, J., HAHN, K., RAMIREZ, M., & MILBOURNE, A. (2006, NOVEMBER). CARING FOR PREGNANT PATIENTS WITH BREAST CANCER. IN *ONCOLOGY NURSING FORUM* (VOL. 33, NO. 6, P. 1065). ONCOLOGY NURSING SOCIETY.
35. RIMES, S., GANO, J., HAHN, K., RAMIREZ, M., & MILBOURNE, A. (2006, NOVEMBER). CARING FOR PREGNANT PATIENTS WITH BREAST CANCER. IN *ONCOLOGY NURSING FORUM* (VOL. 33, NO. 6, P. 1065). ONCOLOGY NURSING SOCIETY.

36. SCHROTH, G., BY, M.D., EICHHORN, N. (2013). PRENATAL BONDING (BA): A UNIVERSAL HEALING. AN INTERVIEW WITH GERARD SCHROTH BY NANCY EICHHORN. CONFERENCE PAPER: APPPAH CONFERENCE 2012, AT SOMATIC PSYCHOTHERAPY TODAY, VOLUME 3.
37. STRICKLAND, J. T., WELLS, C. F., & PORR, C. (2015, SEPTEMBER). SAFEGUARDING THE CHILDREN: THE CANCER JOURNEY OF YOUNG MOTHERS. IN ONCOLOGY NURSING FORUM (VOL. 42, NO. 5).
38. VANDENBROUCKE, T., HAN, S. N., VAN CALSTEREN, K., WILDERJANS, T. F., VAN DEN BERGH, B. R., CLAES, L., & AMANT, F. (2017). PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND COGNITIVE COPING IN PREGNANT WOMEN DIAGNOSED WITH CANCER AND THEIR PARTNERS. *PSYCHO-ONCOLOGY*, 26(8), 1215-1221.
39. WHO AND UNICEF 1991; BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE
40. WITTENBERG, E., REB, A., & KANTER, E. (2018, AUGUST). COMMUNICATING WITH PATIENTS AND FAMILIES AROUND DIFFICULT TOPICS IN CANCER CARE USING THE COMFORT COMMUNICATION CURRICULUM. IN SEMINARS IN ONCOLOGY NURSING (VOL. 34, NO. 3, PP. 264-273). WB SAUNDERS.
41. ZANETTI-DÄLLENBACH, R., TSCHUDIN, S., LAPAIRE, O., HOLZGREVE, W., WIGHT, E., & BITZER, J. (2006). PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT OF PREGNANCY-RELATED BREAST CANCER. *THE BREAST*, 15, S53-S59.
42. ZUBOR, P., KUBATKA, P., KAPUSTOVA, I., MILOSEVA, L., DANKOVA, Z., GONDOVA, A., ... & KEHRER, C. (2018). CURRENT APPROACHES IN THE CLINICAL MANAGEMENT OF PREGNANCY-ASSOCIATED BREAST CANCER—PROS AND CONS. *EPMA JOURNAL*, 9(3), 257-270.



PREGNANCY & CANCER
POSMAT

PosMat

PROJECT PARTNERS



IL MELOGRANO®
Centro Informazione Maternità e Nascita
Sede di Roma



**el PARTO es
NUESTRO**



INCIP
ESOP
International Network on Cancer,
Infertility and Pregnancy



This project has been funded with the support from the European Commission and coordinated by Il Melograno, Centro Informazione Maternità e Nascita (Italy).

Project Number : 2019-1-IT01-KA202-007796

