

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TESINA DE LICENCIATURA

“EL CÁNCER DE MAMA Y SUS REPERCUSIONES EN EL ÁMBITO LABORAL”

ALUMNA: YÉSICA SIMÓN

DIRECTORA: LICENCIADA ELODIA GRANADOS

JUNIO 2010

Hoja De Evaluación

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor Invitado: Lic. Elodia Granados

Nota:

Agradecimientos

A mi familia, por haber estado a mi lado en mis primeros pasos de formación. Gracias a mis padres por su esfuerzo y amor; y a mis hermanas Celina, Pamela y Florencia por el apoyo y cariño.

A mi novio Marcelo, por haberme acompañado incondicionalmente, por su escucha constante, por su apoyo y amor.

A mi Directora de Tesis, Elodia Granados, por su colaboración y tiempo dedicado

A Sergio, por haberme ayudado en todo momento, por su paciencia y por brindarme su conocimiento. Gracias amigo por el tiempo dedicado.

Al grupo “Volver a Empezar”, por su colaboración, por sus experiencias de vida, por los momentos compartidos que vivimos juntas, por su lucha.

A mis compañeras de la Facultad; Elizabeth, Caro, Jesi, Rosario, Sylvi, Carolina, y Laureana por haberme permitido compartir junto a ellas conocimientos, risas, nervios y alegrías.

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo investigar el impacto psicológico que trae aparejado el diagnóstico de cáncer de mama, para luego, estudiar las influencias de la enfermedad en la vida laboral de los pacientes. A través del estudio llevado a cabo se pretende profundizar en la temática de la reinserción laboral de los pacientes con cáncer de mama. Se realizó un estudio descriptivo con un diseño narrativo, en una mujer diagnosticada de cáncer de mama. En la investigación, los instrumentos seleccionados para la recolección de datos fueron: entrevista semidirigida y Redes Semánticas Naturales (Valdez Medina, 2004) a fin de conocer el significado psicológico de las palabras cáncer, diagnóstico enfermedad y trabajo. Resultados: A partir de la profundización y estudio del caso, las conclusiones sugieren la importancia de la actividad laboral en el período de rehabilitación del paciente, ya que en el trabajo se potencian aspectos saludables que contribuyen favorablemente en la calidad de vida de los pacientes.

Abstract

The present work aims to investigate the psychological impact that comes with the diagnosis of breast cancer, then, to study the influences of the disease in the working life of patients. Through the study carried out is to deepen the theme of the reemployment of patients with breast cancer. A descriptive study was conducted with a narrative design, in a woman diagnosed with breast cancer. In the study, the instruments for data collection were: semistructured interview and Natural Semantic Networks (Valdez Medina, 2004) in order to know the psychological meaning of the words cancer, disease diagnosis and work. Results: From the deepening and case study, the findings suggest the importance of work activity in the period of rehabilitation of the patient, because at work reinforcing healthy aspects that contribute positively on the quality of life of patients.

ÍNDICE

Título	Pág.2
Hoja de evaluación	Pág.3
Agradecimientos.....	Pág.4
Resumen.....	Pág.5
Abstract.....	Pág.5
Índice.....	Pág.6
Introducción.....	Pág.11

PARTE 1: MARCO TEÓRICO

Capítulo I: EL CÁNCER DE MAMA: APARTADO MÉDICO E INCUMBENCIAS DE LA PSICOLOGÍA FRENTE A LA ENFERMEDAD

I -El cáncer de mama. Apartado médico.....	Pág.17
I. 1. - ¿Qué es el cáncer?.....	Pág.17
1.1.1 Definiciones	Pág.17
1.1.2.-¿De dónde proviene la palabra cáncer?	Pág.18
I.2.- Contextualización del Cáncer.....	Pág.18
I.3.- ¿Cómo se origina el cáncer?.....	Pág.19
1.3.1 -Ciclo celular: División y muerte de las células.....	Pág.19
1.3.2.-¿Cómo se comportan las células para que se origine el cáncer? ...	Pág.20
I.4.- ¿Cuáles son los factores de riesgo?.....	Pág.21
I.4.1.- ¿Qué es un factor de Riesgo?.....	Pág.21
I.4.2.-¿Cómo influyen los factores de riesgo?.....	Pág.21

I.5.- Etiología del carcinoma mamario.....	Pág.23
I.5.1.-Consideraciones genéticas.....	Pág.23
I.5.2.-Consideraciones ambientales.....	Pág.25
I.6.-Formas de presentación clínica del carcinoma humano.....	Pág.25
I.6.1-Carcinoma clínico.....	Pág.26
I.6.2 Carcinoma subclínico.....	Pág.26
I.7.-Diagnóstico.....	Pág.26
I.7.1.-Diagnóstico clínico.....	Pág.27
I.8.-Etapas del cáncer de mama.....	Pág.27
I.9.- Tratamiento.....	Pág.29
I.10.- Una de las secuelas física del cáncer de mama.....	Pág.31
I.10.1.-Sistema linfático.....	Pág.32
I.10.2.- ¿Qué es el linfedema?	Pág.35
I.10.3.- Etiología del linfedema	Pág.35
I.10.4.- Presentación clínica.....	Pág.36
I.10.5.-Complicaciones del linfedema.	Pág.37
I.10.6.- Tratamiento del linfedema.....	Pág.40
I.11-El cáncer de mama. Incumbencias de la psicología en la enfermedad.....	Pág.43
I.11.1.¿Qué papel cumple la Psicología frente al cáncer?.....	Pág.43
I.11.1.1. ¿Qué es la Psicooncología?.....	Pág.43
I.11.1.2- ¿Cuáles son los objetivos de la Psicooncología?.....	Pág.44

Capítulo II: IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA

II- Impacto psicológico del cáncer de mama.....	Pág.51
II.1.-Impacto frente a la enfermedad.....	Pág.51
II.2.-Impacto Psicológico del Cáncer de Mama	Pág.51
II.2.1 Respuestas emocionales frecuentes frente al diagnóstico de cáncer.....	Pág.52
II.2.2- El impacto de la enfermedad y sus efectos.....	Pág.53

II.2.2.1-Etapas por la que atraviesan los pacientes frente al diagnóstico de cáncer.....	Pág.53
II.2.2.2-Reacciones emocionales en el período de la cirugía y tratamiento.....	Pág.56
II.3.- Impacto de la enfermedad: significados y creencias	Pág.58
II.3.1.- ¿El cáncer es sinónimo de muerte?	Pág.58
II.3.2- ¿Cómo desterramos estas creencias?	Pág.60
II.4.- Impacto de la enfermedad y relación médico-paciente.....	Pág.61
II.5.-Impacto de la enfermedad en las relaciones familiares.....	Pág.62

Capítulo III: REPERCUSIONES LABORALES DEL CÁNCER DE MAMA.

III- Repercusiones laborales del cáncer de mama.....	Pág.66
III.1.-Repercusión laboral en enfermedades neoplásicas.....	Pág.66
III.2.-Definición de trabajo.....	Pág.68
III.2.1.-Implicaciones psicosociales positivas del trabajo.....	Pág.70
III.2.2.-Componentes del trabajo.....	Pág.71
III.2.3- Inserción laboral de la mujer a lo largo de la historia.....	Pág.71
III.3-Consecuencias laborales del cáncer de mama	Pág.74
III.3.1- Etapa de cirugía y tratamiento.....	Pág.74
III.3.2- Etapa pos-tratamiento.....	Pág.76
III.3.2.1- Secuelas físicas del cáncer de mama.....	Pág.77
III.3.2.1.1-La problemática del Linfedema.....	Pág.77
III.4.-¿Cómo afecta el linfedema en los trabajos hogareños?.....	Pág.78

Capítulo IV: REINSERCIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

IV.- Reinserción Laboral.	Pág.81
IV.1-Diferencia entre inserción y reinserción laboral.....	Pág.81
IV.2- Reinserción laboral en las mujeres con cáncer de mama.....	Pág.82

IV.2.1-Consideraciones legales.....	Pág.84
IV.2.2- Consideraciones psicológicas.....	Pág.85
VI.2.3- Consideraciones socio- culturales	Pág.88
IV.2.4- Consideraciones económicas	Pág.89
IV.3- Obstáculos en la reinserción laboral.....	Pág.90
IV.3.1. En mujeres con trabajos estables	Pág.90
IV.3.2- Mujeres con trabajos transitorios e inestables.	Pág.92
IV.4- Una propuesta para lograr la reinserción laboral de mujeres con cáncer de mama.	Pág.94

PARTE II: ASPECTOS METODOLÓGICO

Capítulo V: Metodología del Trabajo.

V.1.- Objetivos	Pág.99
V.1.1.- Preguntas de Investigación.....	Pág.99
V.2.-Método.....	Pág.100
V.2.1.- Tipo de estudio.....	Pág.100
V.2.2.-Metodología	Pág.100
V.2.3.-Diseño.....	Pág.101
V.2.4.-Sujetos o participantes.....	Pág.101
V.2.5.-Instrumentos.....	Pág.101
V.2.5.1- Descripción de los instrumentos utilizados.....	Pág.102
V.2.5.1.1-Entrevista Semidirigida	Pág.102
V.2.5.1.1.1-Procedimiento	Pág.103

V.2.5.1.1.2-Preguntas de la entrevista.....	Pág.103
V.2.5.2- Redes semánticas naturales.....	Pág.104
V.3- Resultados: Redes Semántica Naturales.....	Pág.105
V.4 -Análisis y Discusión de resultados.....	Pág.110
V.4.1-Análisis de los núcleos en las redes semánticas cáncer, diagnóstico, enfermedad y trabajo.....	Pág.120
V.5-Proyecto de reinserción laboral en pacientes con cáncer de mama.....	Pág.122
CONCLUSIONES.....	Pág.124
BIBLIOGRAFÍA.....	Pág.129
ANEXOS.....	Pág.136

INTRODUCCIÓN

Introducción

El presente trabajo de investigación pretende acercarse a la problemática de las personas que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, con la finalidad de reconocer y detectar cuáles son las reacciones psicológicas frecuentes frente al diagnóstico de la enfermedad, para luego integrar y comprender el impacto y las repercusiones de la misma en la vida laboral de los pacientes.

El carcinoma mamario es la neoplasia más frecuente en las mujeres de todo el mundo, representa aproximadamente el treinta y uno por ciento de los carcinomas que se desarrollan en ellas. A diferencia de otras enfermedades, la cirugía es uno de los primeros pasos a seguir y sus tratamientos pueden, en ciertos casos, provocar la aparición de efectos secundarios que afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes. Una de las principales secuelas, es el linfedema, dicha afección se genera cuando se interrumpen y destruyen las vías normales de drenaje linfático de la extremidad correspondiente, a causa de los tratamientos.

El cáncer de mama y sus consecuencias impactan significativamente en la vida de una persona, trayendo aparejada repercusiones personales, familiares, sociales y laborales.

En las enfermedades neoplásicas en general, el **trabajo** es un aspecto que ha recibido poca atención y los estudios al respecto, son muy recientes. Se tiene la creencia de que la falta de investigaciones sobre esta problemática, es por la tendencia a ver a la enfermedad como la finalidad de la vida productiva.

El cáncer de mama afecta la actividad laboral, desde el conocimiento mismo del diagnóstico de la enfermedad. La gran mayoría de las personas diagnosticadas de

cáncer de mama, no asisten a su ámbito laboral durante el período de cirugía y tratamiento.

Una vez finalizado el mismo, cuando los pacientes intentan regresar a su vida cotidiana, se encuentran con ciertas dificultades, al momento de reinsertarse laboralmente. El linfedema, es una de las principales secuelas que afectan la vida laboral, ya que el mismo, reduce y limita la capacidad de aquellas personas que realizan una labor predominantemente física en la cual está involucrado el miembro superior afectado. Dicha problemática reduce de manera significativa las opciones laborales de quienes lo padecen.

El trabajo no es solamente una actividad a través de la cual se obtiene una remuneración, sino que el mismo trae aparejado implicaciones psicosociales positivas que contribuyen a la salud de quienes ejercen dicha actividad.

Cuando la enfermedad impide o dificulta el normal funcionamiento de la actividad laboral, es necesario analizar el impacto y las reacciones psicológicas de las pacientes frente a dicha situación que deben afrontar.

Desde el sistema sanitario, es necesario que se preste mayor interés a las repercusiones laborales de la enfermedad, y a las dificultades con las que se enfrentan los pacientes en el proceso de reinserción laboral, para contribuir positivamente en los abordajes llevados a cabo con las personas con cáncer de mama.

Por lo tanto los **objetivos** de la investigación son:

- Investigar el impacto que el diagnóstico de la enfermedad tiene a nivel psicológico, emocional y social en el paciente con cáncer mama.
- Estudiar la influencia del diagnóstico de la enfermedad en el ámbito laboral de los pacientes.
- Profundizar en la temática de reinserción laboral de los pacientes con cáncer de mama.
- Conocer el significado psicológico de las palabras: cáncer, enfermedad, diagnóstico y trabajo en el paciente con cáncer de mama.

La tesina se divide en dos partes:

La primera: **Marco teórico**, se subdivide en cuatro capítulos. En el primer capítulo se intenta conocer la enfermedad desde la perspectiva médica para luego delimitar las funciones pertinentes a la psicología frente a dicha patología. En el segundo capítulo se investiga el impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes, como así también las significaciones y creencias acerca de la enfermedad, con la finalidad de poder comprender las diferentes y complejas reacciones de los pacientes frente al conocimiento de la misma. En el tercer capítulo se profundiza acerca de las consecuencias a nivel laboral que trae aparejado el cáncer de mama, desde el conocimiento mismo de la enfermedad hasta la finalización de los tratamientos. Posteriormente, en el último capítulo se investiga acerca de la reinserción laboral de las mujeres con cáncer de mama, poniendo especial interés en aquellas que han sido afectadas por linfedema.

Luego de haber realizado el marco teórico de la tesis, se comienza con el **Marco Metodológico**. La investigación se llevó a cabo desde un diseño cualitativo. Se trabajó con un sujeto, el cual había recibido el diagnóstico de cáncer de mama.

Los instrumentos seleccionados para realizar el estudio fueron: entrevistas semidirigidas y redes semánticas naturales. Los mismos tuvieron como fin, acercarse a la problemática que trae aparejada el hecho de recibir el diagnóstico de cáncer de mama y las repercusiones y significaciones que la enfermedad tiene en vida laboral de los pacientes.

PARTE I
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

EL CÁNCER DE MAMA:
APARTADO MÉDICO E
INCUMBENCIAS DE LA
PSICOLOGÍA FRENTE A LA
ENFERMEDAD

I-EL CÁNCER DE MAMA. APARTADO MÉDICO

I.1 -;Qué es el cáncer?

I.1.1- Definiciones.

“... Cáncer es un conjunto de trastornos que comparten la característica común de un crecimiento celular incontrolado. Esto produce una masa de células denominada neoplasia (del griego nueva formación) o tumor. La formación de tumores se llama tumorigénesis. Los tumores malignos invaden los tejidos circundantes y suelen metastatizar (extenderse) a zonas del organismo más alejadas. La capacidad para invadir y metastatizar diferencia a los tumores malignos de los benignos...” (Lynn, J y col, 2000).

“... Cáncer es una enfermedad genética que resulta de la acumulación de lesiones moleculares, heredadas o adquiridas, en genes que participan en el control del crecimiento , muerte celular y en el mantenimiento de la integridad del genoma.

Existen tres tipos de genes implicados en el desarrollo del cáncer:

- 1- Oncogenes que se hallan anormalmente activados.
- 2- Genes supresores que son aquellos que se hallan inactivados funcionalmente.
- 3- Genes implicados en el control del genoma y en la reparación del material genético (Farreras P, 2000).

“...Cáncer, quizás sea una de las palabras más utilizada y que más asusta cuando se habla de salud y de su reverso, la enfermedad. Cáncer es el término y se emplea para un grupo de enfermedades que tienen un denominador común: la transformación de la célula normal en otra que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo humano.

Durante toda la vida aparecen células “diferentes” en todos los tejidos humanos. El organismo por sentir las o interpretarlas como ajenas o diferentes como un NO-YO las destruye y las elimina sin dificultad. Es un hecho biológico simple y normal que ocurre miles de veces al día. Esas células, no tienen porvenir genético y no alcanzan a reproducirse.

Por algunas razones que conocemos y muchas que aún ignoramos, esa persona, en algún momento, en vez de destruir esas células “diferentes”, las acepta como propias de su organismo, que le pertenecen. Pasan a ser así integrantes privilegiados de su YO por consiguiente, llamo cáncer a un proceso reconocido como propio integrado al organismo, que le pertenece desde el punto de vista biológico y psicológico...” (Schavelzon, J, 2004)

I.1.2-¿De dónde proviene la palabra cáncer?

La palabra cáncer deriva del latín, y como la derivada del griego *karkinos*, significa 'cangrejo'. Se dice que las formas corrientes de cáncer avanzado adoptan una forma abigarrada, con ramificaciones, que se adhiere a todo lo que agarra, con la obstinación y forma similar a la de un cangrejo marino, y de ahí deriva su nombre. Se considera a veces sinónimo de los términos 'neoplasia' y 'tumor'; sin embargo, el cáncer siempre es una neoplasia o tumor maligno.

I.2 Contextualización del Cáncer

Según datos de la *Organización Mundial de la Salud* el cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (o aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en el año 2007.

-Cáncer de mama.

Gago (2008) refiere que el carcinoma mamario es la neoplasia más frecuente en las mujeres de todo el mundo, representa aproximadamente el treinta y uno por ciento de los carcinomas que se desarrollan en ellas. Se estima que una de cada ocho mujeres que lleguen a la edad de los ochenta y cinco años tendrá cáncer de mama.

El cáncer de mama está asociado con el estilo de vida occidental y con países que poseen un gran desarrollo económico o están en vías de desarrollo económico. Predomina en Australia, América del Norte y Europa Occidental, en donde el seis por ciento de la población de las mujeres desarrollará un carcinoma mamario antes de los setenta y cinco años. En América Latina las tasas de mortalidad por cáncer mama están en aumento.

En Argentina, 5.219 mujeres murieron por causa del cáncer de mamas en el 2001 y la tasa de mortalidad es de 20, 5 % cada 100.000 mujeres.

La edad de presentación predomina entre los 40 y 69 años, la edad promedio es de 56 años, y 50% se presenta entre los 40 y 59 años.

En cuanto al sexo se observa un cáncer de mama masculino cada 100 cánceres de mama femenino.

I.3-¿Cómo se origina el cáncer? (*Curtis. H, 2001*)

I.3.1 -Ciclo celular: División y muerte de las células

La mayoría de las células atraviesa una secuencia regular y repetitiva de crecimiento y división que construye el ciclo celular. Las células se reproducen mediante un proceso conocido como división celular en el cual su material genético se reparte en sus dos nuevas hijas. Las nuevas células hijas son casi idénticas entre sí, como lo son a su progenitora.

En el desarrollo y mantenimiento de los de la estructura de los organismos pluricelulares, no solo se necesita de la división celular, que aumenta el número de células somáticas (del cuerpo), sino también de un proceso de muerte celular programada, conocido como apoptosis. La división y muerte celular ocurren de un modo coordinado y, de esta manera, se mantiene la forma del organismo.

1.3.2;Cómo se comportan las células para que se origine el cáncer?

El cáncer se inicia cuando una célula escapa de los controles normales de la división y muerte celular y comienza a proliferar de modo descontrolado. Este crecimiento desmedido puede dar lugar a la formación de una masa de células denominadas tumor. Mientras las células tumorales quedan restringidas a una masa única, se dice que es un tumor benigno. Un tumor benigno puede proseguir su crecimiento sin invadir el tejido circundante; puede también detener su crecimiento o reducirse. En muchas ocasiones, es posible reducirlo quirúrgicamente y lograr así una cura completa. Una característica clave de las células cancerosas, es que, a diferencia de las células normales, tienen la capacidad de emigrar, invadir nuevos tejidos y establecer nuevas colonias. Este proceso se denomina metástasis. Un tumor que adquiere esta capacidad pasa a ser maligno.

La capacidad de proliferar en forma descontrolada, está relacionada con la acumulación de ciertos cambios de las células. El cáncer es el resultado de una serie de modificaciones, mutaciones accidentales en el material genético, que trae como consecuencia la alteración del comportamiento normal de la célula.

Existen genes que contribuyen a originar el cáncer, los cuales, en sus versiones normales, están relacionados con el control del crecimiento y supervivencia de la célula. Entre ellos se encuentran los protooncogenes, que estimulan la proliferación celular y los genes supresores de tumores, que la inhiben. La versión alterada del protooncogén se denomina oncogén (del griego onkos, tumor)

I.4.- ¿Cuáles son los factores de riesgo?

I.4.1.- ¿Qué es un factor de Riesgo?

En epidemiología un **factor de riesgo** es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

Son elementos que aumentan la posibilidad de contraer una enfermedad.

Dado que el cáncer no es una sola enfermedad, no tiene una única causa. Muchas causas o factores de riesgo pueden contribuir a la posibilidad de que una persona contraiga el cáncer. Los factores de riesgo son diferentes con cada tipo de cáncer. Algunos factores de riesgo pueden controlarse mientras otros no.

I.4.2 ¿Cómo influyen los factores de riesgo en el desarrollo del cáncer?

(Robbins, 2004)

La mayoría de los factores de riesgo influyen en mayor o menor medida en la fisiología del ciclo celular interfiriendo en la actividad enzimática normal de corrección, detención, o eliminación de las células que presentan anomalías en el material genético.

Alguno de ellos son :

Edad: El cáncer de mama raramente se encuentra antes de los veinticinco años de edad, salvo en ciertos casos familiares. La incidencia aumenta a lo largo de la vida de la mujer. La mayoría de los casos se producen en mujeres mayores de 50 años de edad.

Menarquía: las mujeres que tienen la menarquía con menos de once años de edad presentan un riesgo aumentado del 20% en comparación con las mujeres que llegan a la menarquía con más de catorce años de edad. La menopausia tardía también aumenta el riesgo.

Primer nacimiento vivo: Las mujeres con el primer embarazo a término con menos de veinte años de edad tiene la mitad del riesgo de las mujeres nulíparas o mujeres que tuvieron su primer hijo con más de treinta cinco años de edad.

Familiares de primer grado con cáncer de mama: el riesgo de cáncer de mama aumenta con el número de familiares de primer grado afectadas (madre, hermana o hija)

Raza: la incidencia global de cáncer de mama es menor en las mujeres de origen afroamericano, las mujeres de este grupo se presentan en una fase más avanzada y tienen mayor tasa de mortalidad en comparación a las mujeres blancas. Factores sociales como un menor acceso a asistencia sanitaria y el menor uso de la mamografía explican parte de la diferencia.

Otros factores de riesgo, en los cuales hay una falta de cuantificación y estudios definitivos son:

Exposición a estrógenos: el tratamiento hormonal sustitutivo posmenopáusico aumenta ligeramente el cáncer de mama, pero no aumenta el riesgo de muerte. Estrógeno y progesterona administrados aumentan el riesgo más que los estrógenos solos. Se ha descrito un aumento de carcinomas lobulillares invasores y otros carcinomas con receptores estrogénicos (RE) positivos en este grupo de pacientes.

Exposición a radiaciones: las mujeres expuestas a radioterapia o radiación después de la explosión de una bomba atómica tienen mayor incidencia al cáncer de mama. El riesgo aumenta cuanto menor es la edad y mayor dosis de radiación.

Carcinoma de la mama contralateral o del endometrio: el riesgo aumentado se asocia a un carcinoma de mama contralateral o del endometrio, debido probablemente a factores de riesgo hormonal compartido por esos tumores.

Dieta: Se ha sugerido que diversos elementos de la dieta, en concreto la dieta grasa aumentan el riesgo, aunque amplios estudios no han conseguido encontrar una firme relación. El consumo moderado o importante de alcohol conlleva un riesgo de cáncer de mama.

Obesidad: las mujeres obesas menores de cuarenta años de edad tienen menor riesgo por el ciclo anovulatorio y niveles de progesterona más bajos al final del ciclo. Las mujeres obesas posmenopáusicas tienen mayor riesgo, atribuido a síntesis de estrógenos de depósito de grasa.

Ejercicio: los estudios han sido incongruentes, aunque algunos han mostrado un riesgo disminuido de cáncer de mama en mujeres premenopáusicas que hacen ejercicio.

Lactancia materna: cuanto mayor sea la duración de la lactancia materna, mayor es la reducción del riesgo de cáncer de mama.

Toxinas medioambientales

Tabaco: el consumo de cigarrillo no se asocia al cáncer de mama

I.5- Etiología del Carcinoma mamario. (Lynn, 2000)

“...Las causas del cáncer son una combinación de factores ambientales y alteraciones genéticas que se producen en nuestros tejidos...”

I.5.1-Consideraciones genéticas.

Las alteraciones genéticas de los sistemas de regulación celular constituyen una de las bases principales de la carcinogénesis. La mayoría de los acontecimientos genéticos que producen cáncer ocurren en las células somáticas, a lo largo de la vida del individuo.

La frecuencia de estos sucesos puede alterarse por la exposición a mutágenos, estableciéndose así una relación con los carcinógenos ambientales (agentes causantes del cáncer). Sin embargo, dado que los acontecimientos genéticos se producen en las células somáticas, no se transmiten a generaciones futuras, es decir, que aunque sean acontecimientos genéticos no se heredan.

También puede suceder que las mutaciones que predisponen al cáncer se producen en las células germinales (células de la línea germinal contienen el material genético (genoma) que será transmitido a la próxima generación). El resultado de esto es la transmisión de genes que causan cáncer en una generación siguiente, dando lugar a familias que presentan una elevada frecuencia de determinados cánceres. Dichas familias con cáncer, aunque poco frecuentes, demuestran que la herencia de un gen dañado puede producir cáncer. El gran incremento del riesgo de cáncer en estos individuos se debe a que cada una de las células ya ha dado el primer paso de una vía de múltiples eventos que lleva al desarrollo de la enfermedad.

¿Qué tipo de genes se alteran en el cáncer de mama hereditario?

Alrededor del 25% de los cánceres familiares (3% de todos los cánceres de mama) pueden atribuirse a dos genes autosómicos dominantes de alta penetrancia: BRCA1 y BRCA 2. La probabilidad de tener cáncer de mama debido a la **mutación** de estos genes aumenta si existen múltiples familiares de primer grado afectadas.

Los genes BRCA1 y BRCA2 actúan como supresores tumorales, ya que una es una pérdida de la función lo que comporta riesgo de malignidad.

I.5.2-Consideraciones ambientales

¿Cuál es la influencia del ambiente en la carcinogénesis?

Desde el punto de vista celular, el cáncer parece intrínsecamente genético. Las células tumorales surgen cuando se producen ciertos cambios o mutaciones en los genes responsables de la regulación del crecimiento celular. Sin embargo, la frecuencia y la consecuencia de estas mutaciones pueden alterarse por un gran número de factores ambientales. De este modo la interacción de los genes con el medio ambiente suele ser lo que determina la carcinogénesis. Ambos factores determinan un papel esencial en estos procesos.

Hay dos líneas de razonamiento que apoyan la idea que la exposición a agentes ambientales puede alterar significativamente el riesgo del individuo de desarrollar cáncer. La primera es que se han identificado una serie de agentes ambientales con propiedades carcinogénicas. Por ejemplo se ha demostrado en estudios epidemiológicos y en experimentos de laboratorio que el humo del tabaco produce cáncer de pulmón. La segunda línea argumental se basa en comparaciones epidemiológicas entre poblaciones con estilos de vida diferente. Muchas clases de cáncer tienen frecuencias bastantes diferentes en las distintas poblaciones. El cáncer de mama por ejemplo, es más frecuente en las europeas del norte y en las americanas, pero relativamente raro en los países en vía de desarrollo.

I.6.-Formas de presentación clínica del carcinoma humano. (Gago, 2008)

Actualmente hay dos formas de presentación del carcinoma mamario: el clínico y el subclínico. El clínico es aquel descubierto por la paciente durante el autoexamen mamario o por el médico durante la realización de un examen clínico. El subclínico es hallado durante la realización de un examen imagenológico (examen clínico mamario normal).

I.6.1.-Carcinoma clínico.

Generalmente es asintomático y muy raramente produce dolor. El motivo más común de consulta es el tumor y el de menor frecuencia, la retracción de piel o pezón, derrame sanguinolento por el pezón, signos inflamatorios, edema o sensación de agrandamiento de la mama, nódulos satélites y adenopatías (tumor que invade al ganglio) axilares o supraclaviculares.

I.6.2.- Carcinoma subclínico

No se presentan síntomas ni signo clínicos. Se diagnostica por métodos imagenológicos siendo el examen clínico mamario normal. Es decir, la paciente se realiza los estudios anuales correspondientes: mamografía y/o ecografía dependiendo de la edad y en las mismas aparecen imágenes sospechosas de posible malignidad.

I.7-Diagnóstico

El diagnóstico "implica la búsqueda, el reconocimiento y la correcta evaluación de una serie de síntomas y signos clínicos que presenta el paciente. Posteriormente se somete al sujeto a todos los exámenes complementarios necesarios para llegar a un diagnóstico firme que deberá estar basado en el examen histológico".

La anamnesis seguida del examen físico o exploración física de la mama es el primer paso a seguir para identificar si hay indicios de enfermedad. Ésta, por un lado

permitirá especificar el tipo de evolución, síntomas iniciales y tratamientos previos y por otro, detectar factores de riesgo personales.

I.7.1.-Diagnóstico clínico:

Ante la sospecha diagnóstica, se realiza en primer lugar la mamografía. La misma es un examen radiológico que investiga la presencia de imágenes nodulares sospechosas. La mamografía permite diagnosticar hasta el noventa por ciento de los carcinomas. Es por esto que se recomienda una mamografía anual “screening”

La certeza del diagnóstico de cáncer de mama requiere un examen anatomopatológico de una muestra del tejido mamario sospechoso (biopsia) para un estudio histológico (estudio del tejido). La biopsia es dentro de un largo procedimiento, el último escalón que confirma o no la sospecha de cáncer.

Luego del estudio anatomopatológico es posible definir en qué estructura interna de la mama se halla el carcinoma, el cual se puede clasificar en dos variedades:

Carcinoma ductal in situ: es la proliferación de células epiteliales malignas dentro de los conductos mamarios sin evidencia demostrable de invasión de la membrana basal.

Carcinoma lobulillar in situ: Son características de esta variedad histopatológica la bilateralidad, la multicentricidad (diferentes cuadrantes), la multifocalidad (mismo cuadrante), no poseen una clínica manifiesta ni una radiología evidente. Es un predictor biológico, porque el carcinoma invasor posterior al CLIS puede aparecer en cualquier cuadrante de la mama, o en la otra mama. A diferencia del carcinoma ductal in situ, que reside en el mismo cuadrante y generalmente evoluciona a un carcinoma ductal invasor.

I.8-Etapas del cáncer de mama (según el American Joint Committee on Cancer)

ETAPA O:

Carcinoma ductal in situ:

Focal: Se halla solamente en un cuadrante o sector de la mama y el tratamiento es la tumorectomía con margen de seguridad o márgenes libres, sin vaciamiento axilar. Márgenes libres significa que los bordes por los cuales ha pasado el borde de extirpación de la lesión, presenta tejido mamario sano y que generalmente no debe ser menor a un centímetro. Debe complementarse el tratamiento quirúrgico con radioterapia. Si el carcinoma presenta receptores hormonales de estrógeno y/o progesterona positivo, debe administrarse hormonoterapia adyuvante (tamoxifeno)

Difuso: denominamos difuso cuando el CDIS se presenta en más de un cuadrante o es multicéntrico. El tratamiento quirúrgico es la mastectomía con extirpación del primer nivel axilar o investigación del ganglio centinela. Cuando se practica la mastectomía en el CDIS, no debe efectuarse radioterapia, pero si hormonoterapia adyuvante de acuerdo con el estado de los receptores hormonales.

Carcinoma lobulillar in situ: el tratamiento es la tumorectomía con márgenes libres y hormonoterapia adyuvante durante cinco años de acuerdo con el estado de los receptores hormonales. En esta variedad histopatológica no debe realizarse radioterapia post- operatoria.

ETAPA 1: tumor menor a 2 cm de diámetro sin diseminarse más allá de la mama

ETAPA IIA: tumor de 2 a 5 cm de diámetro, sin diseminación a los ganglios linfáticos axilares, o tumor de menos de 2 cm con diseminación a dichos ganglios.

ETAPA IIB: tumor mayor a los 5 cm de diámetro sin diseminación a los ganglios linfáticos axilares o tumor de 2 a 5 cm con diseminación a dichos ganglios.

ETAPA IIIA: tumor menor de 5 cm con diseminación a ganglios axilares unidos entre sí a otras estructuras, o tumor mayor a 5 cm con diseminación a estos ganglios.

ETAPA IIIB: tumor con invasión a la piel de a mama o a la pared torácica o que se ha diseminado a ganglios linfáticos dentro de la pared torácica a lo lardo del esternón.

ETAPA V: tumor de cualquier tamaño diseminado más allá de la mama y la pared torácica como al hígado, huesos o pulmones.

La estadificación va dirigida a determinar el grado de evolución del carcinoma mamario y la elección del tratamiento, debiendo ser más agresivo mientras mayor sea el estadio evolutivo de la enfermedad.

I.9- Tratamiento (*Enciclopedia Médica Electrónica MedlinePlus*)

La selección del tratamiento inicial está basada en muchos factores. Para los cánceres en etapa I, II, o III las principales consideraciones son tratar adecuadamente el cáncer y evitar la recurrencia, ya sea en el lugar del tumor original (local) o en cualquier otra parte del cuerpo (metastásica). Para la etapa IV el objetivo es mejorar los síntomas y prolongar la supervivencia, sin embargo, en la mayoría de los casos el cáncer en etapa IV no se puede curar.

- La cirugía puede consistir sólo en la extracción del tumor de la mama (tumorectomía), o mastectomía parcial, total o radical, por lo general con la extracción de uno o más ganglios linfáticos de la axila. A menudo se utilizan procedimientos especiales para encontrar los ganglios linfáticos a los que más probablemente se ha diseminado el cáncer (ganglio centinela).

Se puede dirigir terapia por radiación al tumor, la mama, la pared torácica o a otro tejido que se conoce o se sospecha quedan con células cancerosas. Las células cancerosas tienden a multiplicarse más rápidamente que otras células en el cuerpo y dado que la radiación es más dañina para las células que se reproducen rápidamente, la radioterapia daña más a las células cancerosas que a las células normales. Específicamente, la radioterapia daña el ADN de las células cancerosas y al hacer esto, impide que dichas células crezcan y se dividan. Desafortunadamente, ciertas células

sanas también son destruidas en este proceso, lo cual puede llevar a que se presenten efectos secundarios.

- La *quimioterapia* se utiliza para ayudar a eliminar las células cancerosas que aún pueden quedar en la mama o que ya se hayan diseminado a otras partes del cuerpo.

La quimioterapia es el uso de medicamentos para matar bacterias, virus, hongos y células cancerosas. El término se refiere más frecuentemente a los medicamentos para combatir el cáncer y este artículo se enfoca en la quimioterapia para tratar esta enfermedad.

Los medicamentos quimioterapéuticos se pueden administrar por vía oral o por medio de inyección. Los medicamentos viajan a través del torrente sanguíneo a todo el cuerpo. El blanco de la quimioterapia son las células que se dividen rápidamente. Sin embargo, las células normales, incluyendo las que se encuentran en la sangre, el cabello y el revestimiento del tracto gastrointestinal, también se dividen muy rápidamente, lo cual significa que la quimioterapia también causa daño o mata estas células sanas. Cuando esto ocurre, se pueden presentar efectos secundarios como náuseas, anemia y pérdida del cabello. Algunas personas que reciben quimioterapia también presentan fatiga, dolor nervioso e infección.

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen de muchas cosas, incluyendo el tipo de cáncer y los medicamentos específicos que se utilicen. Los medicamentos quimioterapéuticos más nuevos que atacan mejor las células cancerosas pueden causar menos efectos secundarios.

- Las drogas biológicas como el trastuzumab (Herceptin), es un tipo de droga novedosa contra el cáncer , que se puede utilizar sola o con quimioterapia. Esta droga afecta el crecimiento y funcionamiento de las células cancerosas y del 20% al 25% de los cánceres de mama responden a ella. El trastuzumab no es quimioterapia pero se puede combinar con esta. De hecho, estudios recientes muestran que agregarle trastuzumab a la quimioterapia o hacer un tratamiento con trastuzumab después de la quimioterapia ayuda a prevenir la recurrencia del cáncer.

- Se utiliza la terapia hormonal con tamoxifeno para bloquear los efectos del estrógeno que de otra manera pueden ayudar a las células cancerosas a sobrevivir y crecer. La mayoría de las mujeres con cáncer de mama que presentan estrógeno o progesterona en su superficie, se benefician con el tratamiento con tamoxifeno.

La mayoría de las mujeres reciben una combinación de estos tratamientos. Para los tumores en etapa 0 el tratamiento estándar es la mastectomía o tumorectomía más radiación. Sin embargo cuando existe alguna controversia sobre la mejor manera de tratar el DCIS. Para los casos en etapa I y II el tratamiento estándar es la tumorectomía (más radiación) o mastectomía con la extirpación de, al menos el ganglio centinela.

Después de la cirugía, se puede recomendar quimioterapia con o sin trastuzumab, terapia hormonal o ambas. La presencia de cáncer de mama en los ganglios linfáticos axilares es muy importante para la estadificación, tratamiento y seguimiento apropiado.

Las pacientes en etapa III, por lo general, se tratan con cirugía seguida de quimioterapia con o sin terapia hormonal. También se puede considerar la radioterapia en circunstancias especiales.

El cáncer de mama en etapa IV, se puede tratar con cirugía radiación, quimioterapia, terapia hormonal o una combinación de estas; claro está dependiendo de la situación.

I.10- Una de las secuelas física del cáncer de mama

“... El linfedema es una secuela crónica de la linfadenectomía axilar en personas operadas de cáncer de mama, la cual se define como “la manifestación clínica que consiste en el edema de una extremidad como consecuencia de una interrupción o alteración en el sistema linfático...”

Para comprender y entender qué es el linfedema, es necesario hacer una breve descripción del funcionamiento del sistema linfático.

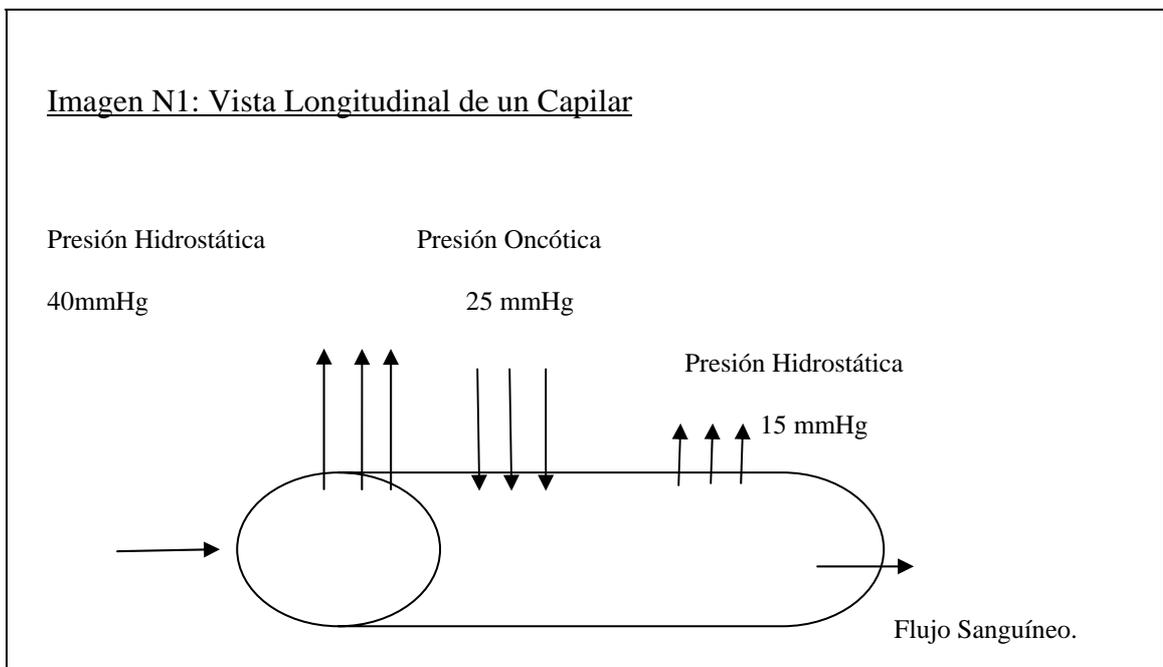
I.10.1.-Sistema linfático.

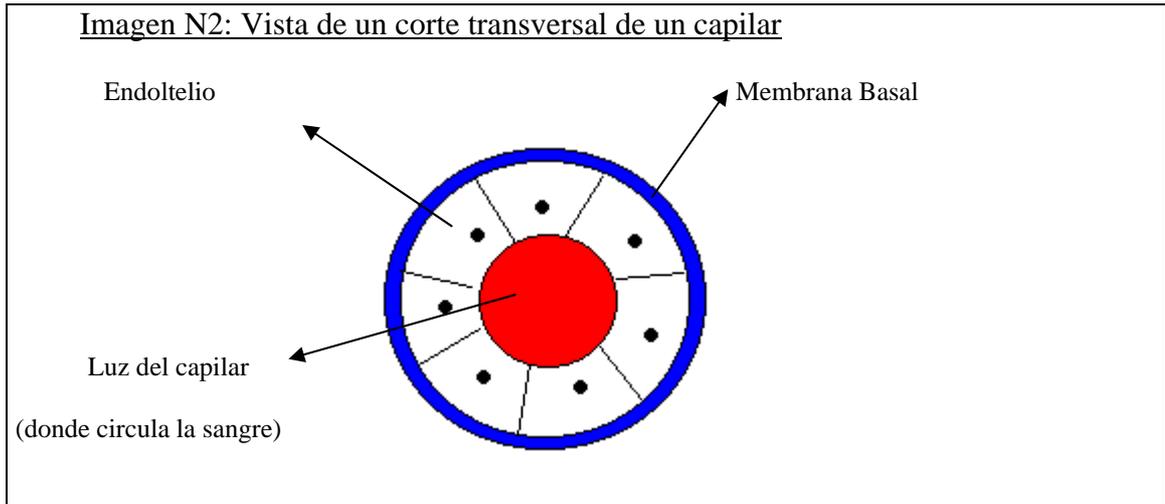
Este sistema, al igual que el sistema circulatorio (corazón y vasos sanguíneos), está formado por vasos interconectado que salen y entran al corazón.

A los vasos que salen del corazón se los denomina arterias y a los que ingresan al corazón, venas; entre las arterias y las venas existe otro tipo de vasos denominados capilares.

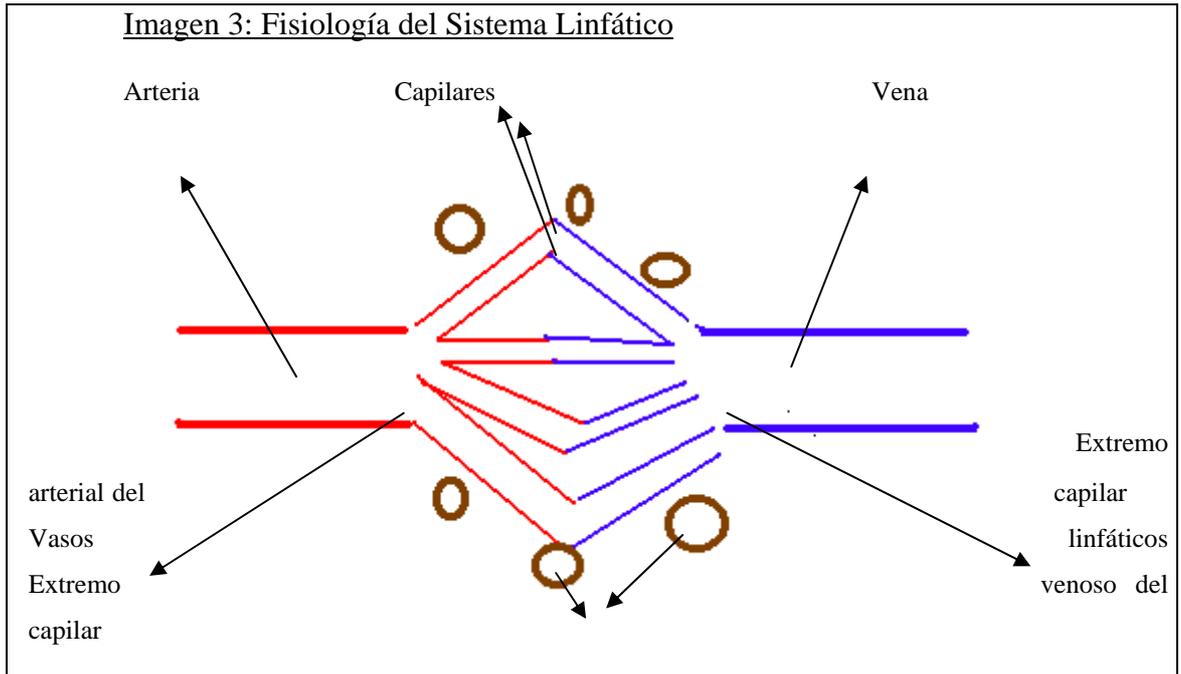
Los capilares son vasos cuya estructura está formada por endotelio que se asientan sobre una membrana basal (ver imagen 2) lo cual lo hace los únicos vasos permeables a los gases, agua, hormonas, nutrientes, etc.

Dentro de los capilares circula la sangre formada por el conjunto de células sanguíneas y agua, esta última se halla en mayor proporción. La sangre se halla bajo la influencia de dos tipos de presiones, una que es ejercida por el corazón (presión hidrostática) y tiende a sacar el agua desde el interior del capilar hacia el espacio que lo rodea, denominado intersticio, y otra presión que es ejercida por las proteínas de la sangre, que tiende a ingresar el líquido que salió del capilar. Esta última se denomina presión oncótica.





Es interesante la fisiología (ver imagen 3) de este sistema, ya que como dijimos anteriormente, los vasos que salen del corazón se llaman arterias las cuales se conectan con los capilares. A la unión entre las arterias y los capilares se la llama extremo arterial del capilar. A su vez, si seguimos el recorrido del circuito, los capilares se conectan con las venas las que retornan la sangre nuevamente al corazón; a la unión del capilar y la vena se llama extremo venoso del capilar. En el extremo arterial del capilar la presión sanguínea es de unos 40mmHg y la oncótica de 25mmHg. Es por ello que aquí la presión diferencial (diferencia entre la presión hidrostática y la oncótica) se inclina a favor de la presión hidrostática por lo que hay salida de líquido desde el capilar al intersticio.



En el extremo venoso del capilar, la presión hidrostática cae debido a que se va alejando del corazón, mientras que la presión oncótica se mantiene constante debido a que las proteínas no salen del interior del capilar, por esto en el extremo venoso del capilar la presión diferencial se inclina a favor de la presión oncótica; por lo tanto el líquido tiende a ingresar hacia el capilar. Debido a que la presión diferencial (diferencial entre la presión hidrostática y la presión oncótica) que tiende a sacar el líquido del capilar es mayor y la que tiende a introducirlo, no todo el líquido que sale fuera del capilar vuelve a ingresar a su interior. Para evitar esta situación es el sistema linfático quien se encarga de que este remanente de líquido vuelva al corazón. Esto se logra gracias a que el sistema linfático se distribuye en el espacio intersticial y a modo de “aspiradoras” extraen de este espacio el remanente de líquido que de no ser así quedaría en ese lugar acumulándose y generando el linfedema. Los ganglios linfáticos son estaciones dentro del sistema linfático donde se depura el líquido linfático o linfa. Anatómicamente el sistema linfático contiene en su interior, un sistema de válvulas que hacen que el movimiento sea unidireccional dirigiéndose nuevamente al corazón e impidiendo que se acumule en el intersticio

Patogenia:

El sistema linfático cumple dos funciones: una **inmunológica** de transporte de antígenos desde los tejidos a los órganos linfoides para producir las reacciones inmunes, y otra **homeostática extravascular**, al reabsorber y devolver a la circulación sanguínea los cuerpos proteicos y proteínas plasmáticas que continuamente están abandonando los capilares sanguíneos hacia el intersticio. (Servicio de Medicina física y Rehabilitación, 2008)

Habiendo descripto brevemente la fisiología normal del sistema circulatorio estamos en condiciones de adentrarnos en una de las patologías del sistema linfático, el linfedema.

1.10.2- ¿Qué es el linfedema?

Se designa linfedema al aumento de volumen de una determinada parte del organismo causada por una acumulación en el tejido intersticial procedente de los vasos linfáticos. Habitualmente se debe a dificultades en el retorno de la circulación linfática.

“...El linfedema se define como un aumento anormal de líquido rico en proteínas en el espacio intersticial debido a una alteración de la capacidad de transporte del sistema linfático, que se manifiesta por un incremento del tamaño o hinchazón de una extremidad o región del cuerpo ...” (Servicio de Medicina física y Rehabilitación, 2008)

Una vez establecido el linfedema, no existe un tratamiento curativo, por lo que los objetivos se centran en disminuir el volumen, reducir los síntomas y evitar la progresión y las complicaciones.

I.10.3- Etiología del linfedema (Perez, JA. 2001)

➤ Primario (la alteración se halla primeramente en el vaso linfático)

Hereditario

No hereditario

➤ Secundario (la alteración del vaso linfático es secundario a otro proceso)

Traumático

Inflamatorio

Pos terapéutico

Neoplásico

Flebolinfedema

Infeccioso-parasitario

I.10.4- Presentación clínica.

La clínica del edema linfático es de comienzo lento y progresivo en la cual existen circunstancias que aumentan el linfedema y otra que lo disminuyen. **La etiología más frecuente del linfedema es el tratamiento del cáncer de mama:** puede aparecer en cualquier momento después de la intervención quirúrgica, tanto en el postoperatorio inmediato como en el tardío, incluso años después. El riesgo de desarrollar un linfedema está directamente relacionado con el **tratamiento quirúrgico**, pero aumenta cuando se asocia **radioterapia** a la cirugía. Es fácil comprender que en estas circunstancias, el traumatismo quirúrgico y la propia radioterapia interrumpen y destruyen las vías normales de drenaje linfático de la extremidad correspondiente.

La **biopsia del ganglio centinela** reduciría considerablemente la morbilidad en comparación con el vaciamiento axilar, dado que abre la posibilidad a la preservación

de cadenas ganglionares no infiltradas por el tumor, reduciendo considerablemente el riesgo de desarrollar un linfedema.

A la sensación propia del linfedema, con sensación de tirantés e hinchazón de dedos, antebrazo y brazo, hay que añadir las posibles compresiones del plexo braquial (conjunto de nervios que nievan los músculos del corazón) las consecutivas a retracciones de la cicatriz axilar o la presencia de metástasis

1.10.5-Complicaciones del linfedema:

Las complicaciones más habituales suelen ser las infecciosas dermatológicas, pero el propio tratamiento del cáncer de mama puede desencadenar otras, como lesiones de partes blandas en el hombro, con limitación del balance articular o incluso plexopatía y aparición de dolor de tipo neuropático.

Dermatológicas:

- Micosis. **La piel humana es asiento de diversas infecciones causadas por hongos.** Hay hongos que se encuentran en el medio ambiente y desde allí infectan la piel. Otros son habitantes normales de la piel y mucosas humanas (saprófitos). Tiene un crecimiento acotado virtud a las defensas del organismo (inmunidad) guardando un equilibrio en el tiempo.

En ciertas condiciones se produce la ruptura del equilibrio entre el microorganismo versus las defensas cutáneas precipitándose la infección: **los microorganismos vencen los mecanismos de defensa diseminándose en extensión y número.**

Dermatitis aguda relacionada con el linfedema: reacción inmune anormal ante bacterias no patógenas.

La dermatitis de contacto es una alteración inflamatoria frecuente de la piel causada por la exposición a varios antígenos e irritantes

Linfangitis y erisipela: se presentan como un episodio agudo de enrojecimiento cutáneo difuso que se extiende y progresa rápidamente con sensación de tensión y fiebre.

Linfangitis: La linfangitis aguda sigue a la lesión o infección cutánea como un **cordón** eritemato-edematoso, doloroso a la palpación profunda desde la lesión, siguiendo el trayecto linfático hacia la correspondiente área de los ganglios linfáticos territoriales, que se apreciarán aumentados de tamaño y dolorosos.

Erisipela: La erisipela es una infección bacteriana aguda de la dermis y la hipodermis causada principalmente por estreptococos. Se define como un tipo clínico de celulitis (término algo impreciso), principalmente de la dermis y en menor grado de la hipodermis. Cuanto más dérmica es la localización de la erisipela, más definidos son los límites del eritema y el edema. En algunos pacientes la localización es más profunda en la hipodermis, lo que hace que tenga límites más indefinidos, con una coloración rosada. La entidad se caracteriza por la presentación súbita, con fiebre (ausente en 15%) unas horas antes de la aparición de los signos cutáneos, que generalmente es más alta en pacientes con celulitis y fascitis.

Fibrosis/esclerosis: es el estadio III del linfedema en su etapa más avanzada y es irreversible con terapia conservadora.

Linfangiosarcoma: es un angiosarcoma desarrollado sobre zonas de linfedema crónico, casi siempre postmastectomía (Síndrome de Stewart-Treves). Presenta una incidencia del 0,45%, entre los pacientes que sobreviven más de cinco años desde la intervención. Se caracteriza por una aparición de lesiones rojizas o violáceas con transformación nodular y endurecimiento, con tendencia a la hemorragia espontánea

que crecen y se multiplican con rapidez, produciendo metástasis pulmonares. La biopsia de las lesiones lleva al diagnóstico. Las posibilidades terapéuticas son muy agresivas y no han mejorado la supervivencia a pesar de la agresividad que conllevan (radioterapia, quimioterapia, amputación de la extremidad), proporcionando resultados pobres con una supervivencia inferior al 5% desde el momento del diagnóstico

Patología del hombro:

Plexopatía: Es una disminución en el movimiento o la sensibilidad en el brazo y el hombro debido a un problema nervioso. La causa más frecuente es la radioterapia. Los síntomas de la plexopatía son:

- Dolor de hombro
- Entumecimiento del hombro, brazo y mano
- Sensaciones anormales, dolor, ardor, hormigueo cuya localización varía con la parte lesionada del plexo
- Debilidad (disminución de la fuerza muscular independientemente del ejercicio) del brazo, de la mano o de la muñeca
 - incapacidad de extender o levantar la muñeca (muñeca caída).
 - debilidad de la mano

Capsulitis adhesiva y lesión de partes blandas: en pacientes tratados del cáncer de mama pueden existir lesiones de partes blandas en el hombro que guardan relación directa e indirecta con el linfedema. Pueden existir molestias inespecíficas en partes blandas que no siempre se pueden prevenir. La cirugía y la radioterapia suponen un aumento del riesgo de patología en hombro en pacientes que han recibido estas dos terapias. Según Sneeuw, en el tratamiento del cáncer de mama, la combinación de cirugía y radioterapia implica que aproximadamente el 48% presentarán limitación de la movilidad articular del brazo, fundamentalmente en el hombro, con una incidencia

del 34% con limitación mínima, un 13% con limitación moderada y 1% con limitación severa³. Esta limitación tiene que ver con la infiltración de proteínas que se produce en las cápsulas articulares, siendo la del hombro una de las más afectadas; la existencia de una disección axilar asociada aumenta las posibilidades de que aparezcan estas limitaciones.

Dolor neuropático:

Junto con la patología del hombro aparece en el 20% de las pacientes intervenidas mediante la técnica del ganglio centinela, frente a un 72% en quienes se practica un vaciamiento axilar. Estudiado de forma aislada, se puede encontrar entre el 23% y el 55% de las pacientes, y es tributario a lesiones neuromusculares como secuela a la cirugía de vaciamiento, postirradiación, plexopatías, etc.

I.10.6- Tratamiento del Linfedema

En primer término debe ser conservador, solo si este fracasa se debe instaurar tratamiento quirúrgico

Una información detallada y soporte psicológico adecuado constituye un elemento importante en el tratamiento de estos enfermos, que con frecuencia han recorrido los diversos consultorios profesionales.

Es indispensable la colaboración del fisioterapeuta especialmente formados para el tratamiento del linfedema quienes coayudan en el programa terapéutico general mediante el masaje manual de drenaje linfático. Este puede tener una duración mínima de 4 a 6 semanas y solo puede realizarse en ausencia de complicaciones infecciosas o neoplásicas. Las medidas fisioterápicas mecánicas (mediante aparatos de pre-oterapia que pretenden disminuir el volumen de la extremidad) y la aplicación de medias y venas elásticas pueden contribuir a la eficacia del tratamiento.

Desde el punto de vista médico es importante el tratamiento precoz de la erisipela o linfangitis mediante la utilización de penicilina G sódica.

Por último, reviste importancia extrema las medidas higiénicas para evitar la fuente de entrada de la infección cutánea.

Recomendaciones a las pacientes mastectomizadas para evitar infecciones en el brazo correspondiente a la mama operada: (Díaz Hernández.O, 2008)

1. Evitar cortarse las cutículas.
2. Usar guantes cuando emplee cuchillos, tijeras, o para fregar o lavar.
3. Utilizar dedal para coser.
4. Limpiar la mínima lesión con agua y jabón, y cubrirla.
- 5. Emplear la mano contraria para abrir sobres y paquetes.**
6. Evitar inyectarse en vena, intramuscular o subcutáneo.
7. Lavar con jabón antiséptico desde la axila hasta la mano.
8. Utilizar ropas con las mangas anchas.
9. Consultar a su médico si hubiera quemaduras o lesiones.
10. Rasurar la axila con máquina eléctrica de ser posible.
11. Mantener elevado el brazo mientras esté sentada.
12. Emplear lanolina en la piel del brazo días alternos.
- 13. Evitar cargar artículos pesados.**
14. Evitar prendas como reloj, anillos y joyas.
15. Evitar dormir sobre el lado afectado.
16. Colocar almohada debajo del codo para dormir.

17. Evitar acercarse a plantas con espinas.
18. Evitar introducir el brazo dentro del horno.
19. Evitar tomar la presión arterial de ese lado.
20. Evitar tomar sol en exceso en pecho, brazo y espalda.

I.11-EL CÁNCER DE MAMA. INCUMBENCIAS DE LA PSICOLOGÍA EN LA ENFERMEDAD

I.11.1.¿Qué papel cumple la Psicología frente al cáncer?

I.11.1.1. ¿Qué es la Psicooncología?

“...La enfermedad cancerosa siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas...” (Rivero Buron. R, 2008)

La Psicooncología es un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad (Cruzado, J. 2003).

Según Holland (citado por Cruzado, J. 2003) la Psicooncología es "una subespecialidad de la oncología que atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que las atiende (enfoque psicosocial); y del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicológico)".

Los objetivos de la Psicooncología van desde la intervención aplicada al paciente, las familias y el personal sanitario, a la prevención e investigación de la influencia de factores psicológicos relevantes en el proceso oncológico, e incluyen la optimización de la mejora del sistema de atención sanitaria. El psicooncólogo es tanto un profesional aplicado como un investigador de base en un campo especializado, en continua evolución y desarrollo.

La Psicooncología cubre cuatro grandes áreas: la **asistencia clínica** al paciente y sus familiares para mejorar la adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico, tratamiento médico, revisiones, cuidados paliativos y duelo. La **docencia**: la formación en habilidades de comunicación, manejo de situaciones de crisis y estresantes en la interacción con el enfermo. La **prevención**: programas adecuados de educación para la salud, aprendizaje de hábitos saludables preventivos del cáncer, conductas de detección precoz, apoyo e intervención en consejo genético. La **investigación** en aspectos comportamentales y sociales que están presentes en la patología del cáncer, sus tratamientos o el sistema de atención.

I.11.1.2- ¿Cuáles son los objetivos de la Psicooncología?

En la investigación llevada a cabo por el autor Raúl Rivero Burón, en su artículo Psicología y Cáncer se definen los **objetivos de la psicooncología**:

El psicólogo formado en oncología, integrado en un equipo multidisciplinar oncológico, debe asumir dentro de este colectivo las tareas de soporte psicológico, desde el diagnóstico, hasta la curación o muerte del paciente. Sin olvidar, su lugar esencial en el diseño de la Educación para la salud pública y en las campañas de prevención y diagnóstico precoz.

- **La prevención primaria**: a través de la detección e intervención sobre los factores psicosociales que pueden estar influyendo en el origen del cáncer.

La prevención primaria se lleva a cabo antes de que surja la enfermedad y tiene como objetivo impedir su aparición

La mayor parte de las causas del cáncer (en torno al 80%) son ambientales, lo que nos indica que los cánceres pueden ser evitables y que en la medida en que los factores ambientales responsables sean identificados, es posible disminuir drásticamente su incidencia o erradicarlos.

El profesional de la psicología debe transferir conocimiento directamente a los usuarios, de modo que se conviertan en autoprestatarios de servicios. Es decir, no sólo debe tratar de resolver los problemas del ciudadano, sino que debe facilitarle los recursos teóricos y técnicos adecuados para:

1- Convertirlo en un agente activo de su propia salud.

2- Conseguir que promocioe la salud en la comunidad en la que vive.

3-Capacitarlo no sólo para la resolución de problemas, sino, lo que es más importante, para prevenir su aparición.

En definitiva, lo que se pretende, es conferir a las personas un papel protagonista, activo, en la sociedad.

- **La prevención secundaria:** mediante la detección e intervención en los factores psicológicos más importantes que permiten facilitar la detección precoz del cáncer. Es evidente que cuanto más pronto se detecta un cáncer mayores posibilidades existen de superar la enfermedad.

Probablemente, entre los factores psicológicos más importantes que pudieran facilitar la detección precoz, se encontrarían la capacidad para conseguir una transmisión eficaz de información a las poblaciones de alto riesgo y modificar las actitudes para que se adquirieran hábitos periódicos y sistemáticos de detección. Tenemos constancia de que la información llega y es asimilada de forma diferencial por los diversos estratos sociales de la población y parece que, por tanto, un primer objetivo a conseguir debería ser averiguar de qué factores concretos depende que la información no llegue o no sea aprovechada por igual a todos los estratos sociales e introducir las necesarias correcciones para que esto no suceda.

La labor del psicólogo podría resultar especialmente valiosa elaborando programas de entrenamiento que mejorasen la comunicación entre el personal sanitario y los pacientes con el fin de conseguir una óptima calidad didáctica y la máxima

difusión posible de la información, así como en el diseño de las estrategias más eficaces para que los ciudadanos consigan adquirir hábitos autónomos de cumplimiento sistemático.

La intervención terapéutica, la rehabilitación y/o los cuidados paliativos: intervención en la respuesta emocional de los pacientes, los familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente (médicos, psicólogos, enfermeras, auxiliares...) en todas las diferentes fases de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, recidiva, enfermedad avanzada y terminal, fase de duelo o remisión. El objetivo último es mantener o recuperar la calidad de vida (en los niveles de sintomatología física, autonomía y hábitos cotidianos, nivel familiar y social y nivel psicológico-emocional) que está siendo afectada por la enfermedad o su tratamiento.

De acuerdo con Bayés (citado por Rivero Burón, 2008), entre los objetivos importantes de una acción psicológica a nivel de prevención terciaria, realizada normalmente en el seno de equipos ambulatorios de oncología, se encuentran los siguientes:

1) Cumplimiento de las prescripciones. Es decir, conseguir que el paciente siga, lo más fielmente posible, los tratamientos y dietas prescritos por el facultativo y obtener de éste último que, dentro de los márgenes que considere admisible, adapte los mismos a las particulares características de cada paciente. La adherencia al tratamiento suele ser especialmente difícil de llevar a cabo y evaluar en los enfermos ambulatorios.

2) Formación de los enfermos en técnicas de afrontamiento psicológico de la enfermedad (*coping*). Se trata de evitar en lo posible que el enfermo caiga en estados de ansiedad y depresión, los cuales, además de ser intrínsecamente indeseables, pueden contribuir a agravar la enfermedad.

3) Entrenamiento del personal sanitario en la mejora de sus interacciones con los enfermos y en técnicas de afrontamiento para combatir su propia ansiedad y depresión, las cuales pueden repercutir, a su vez, negativamente, sobre los enfermos.

4) Colaboración en la resolución de problemas tales como la comunicación del diagnóstico de cáncer al enfermo o la preparación para la muerte en los pacientes terminales. O bien, en la preparación para la vida para aquellas personas que deban reintegrarse a una vida normal tras haber sufrido durante su enfermedad mutilaciones o déficits importantes y, en general para todas las que han superado la experiencia de un cáncer sean capaces de vivir plenamente el futuro.

5) Solución o colaboración en la solución de problemas potencialmente modificables por medios psicológicos:

a. Náuseas y vómitos anticipatorios debidos al tratamiento biomédico administrado.

b. Dolor.

c. Ansiedad y depresión, si no han podido evitarse.

Rehabilitación

“...El cáncer y las terapéuticas oncológicas son mutilantes o producen minusvalías físicas que dificultan la reintegración del paciente a la vida familiar, laboral y social, sin olvidar el importante impacto psicológico que la enfermedad y sus consecuencias ocasiona en el paciente y en quienes lo rodean...”(Bonade.M, 2002)

"La rehabilitación es el conjunto de medidas que tiene por objeto devolver al paciente sus posibilidades anteriores y desarrollar de manera óptima su capacidad física y mental". (Estevez, 1978).

Rehabilitación significa “restablecer en su primer estado algo que se perdió”. Esto quiere decir poder darle al sujeto o devolverle su capacidad productiva, considerándolo desde el punto de vista laboral.

“...En la Oncología la rehabilitación es el eslabón más débil en la cadena de actividades de lucha contra el cáncer...”

Los pacientes pueden recibir tratamientos excelentes pero luego se ven librados a sus propios medios, debilitados o parcialmente inválidos. Desde el punto de vista psicológico y social se deja pasar el momento más propicio para preparar al paciente para su rehabilitación. Cuando después de transcurrido cierto tiempo el enfermo, la familia y el médico comprenden la necesidad de dicha rehabilitación, la tarea resulta mucho más complicada y hasta imposible. Por eso, en centros del tratamiento del cáncer, debe planificarse la rehabilitación total apenas se diagnostica la enfermedad.

Los objetivos fundamentales de la rehabilitación son básicamente, disminuir la invalidez y recuperar al paciente para la sociedad y la familia. En rasgos generales se habla de:

Rehabilitación física.

Ante situaciones como las amputaciones y desarticulaciones de las extremidades, deformidades producidas por tumores faciales, atrofas producidas por radioterapia se hace necesario tener en cuenta:

- a) Servicio médico para evaluar la necesidad de la rehabilitación antes, durante y después del tratamiento definitivo.
- b) Servicio de terapia física, por ejemplo técnicas reparadoras, prótesis, etc.
- c) Servicio de terapia ocupacional para la reintegración al medio y por tanto al trabajo.
- d) Servicio de enfermería para rehabilitación.

Rehabilitación psicosocial

La creciente aplicación de técnicas psicológicas al campo de la Oncología en los últimos años ha surgido de intentos por mejorar la calidad de vida del paciente con

cáncer, cuya supervivencia es ahora mayor, y por promocionar su adaptación emocional a una enfermedad que afecta a todas las esferas de su funcionamiento.

"La rehabilitación psicosocial del enfermo con cáncer consiste en proporcionar de una manera sistemática la educación y técnicas psicológicas necesarias para modificar algunos comportamientos del paciente ante la enfermedad".

- **La investigación:** como en el resto de campos, los estudios científicos en psicooncología son fundamental para propiciar su desarrollo y crecimiento.

Es de suma importancia que como profesionales de la salud tengamos conocimiento acerca de cuáles con los factores de riesgo que predisponen a una persona a tener cáncer de mama.

CAPÍTULO II

IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA

II- IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA

II.1-Impacto frente a la enfermedad

El término impacto, de acuerdo con el *Diccionario de uso español* proviene de la voz “ *impactus* ”, del latín tardío y significa, “impresión o efecto muy intensos dejados en alguien o en algo por cualquier acción o suceso”. (Moliner, M. 2008)

Todas las personas ante una situación de amenaza sufren un fuerte impacto emocional, que se manifiesta en numerosas y variadas respuestas que le permiten a la persona poder aceptar y adaptarse a la situación. (Congreso la lucha contra el cáncer 1999 citado por Pérez Expósito)

Los diferentes tipos de enfermedades, orgánicas y psíquicas, varían según gravedad, complejidad y consecuencias a nivel físico, emocional, social. Algunas de ellas se encuentran influenciadas por significaciones culturales, mitos y creencias inequívocas.

Los rasgos de personalidad del paciente, el contexto familiar y cultural en el que se encuentra inmerso, la historia previa del mismo y la experiencia que ha tenido en relación a la enfermedad, por ejemplo, muerte de un familiar con igual patología, son puntos significativos que influyen a la hora de recibir la noticia acerca de lo que sucede.

El impacto que el diagnóstico de la enfermedad genere en el paciente va a estar determinado por todas estas variables, por lo que, la conjugación de las mismas van a predisponer la actitud y la conducta del paciente frente a su enfermedad.

II.2-Impacto Psicológico del Cáncer de Mama

II.2.1 Respuestas emocionales frecuentes frente al diagnóstico de cáncer.

Según un estudio realizado por la Federación Española de Cáncer de Mama (2006) dos de cada tres mujeres no se encuentran previamente preocupadas por la enfermedad antes del diagnóstico. Cualitativamente se estableció que sólo las mujeres en situación de riesgo (antecedentes familiares) tienen acrecentada la sensibilidad al respecto. Si bien la preocupación de la propia mujer, la palpación, la observación de su cuerpo influyen en la primera sospecha, la aparición y el diagnóstico de la enfermedad constituyen una gran sorpresa.

El Centro de Apoyo de la Asociación Americana de Psicología refiere que recibir el diagnóstico de cáncer es uno de los momentos más angustiantes que pueden vivir las mujeres.

La persona que ha recibido el diagnóstico de cáncer podría definirse como alguien a quien se le ha interrumpido la vida violentamente. Esta enfermedad trae aparejada un enorme costo emocional, económico, familiar, laboral y social. Quien llevaba una vida aparentemente normal pasa a ser un enfermo con todo lo que ello implica.

El solo diagnóstico hace pensar que no habrá mejoría alguna, pues el cáncer se asocia con la muerte, el dolor y el sufrimiento. Tener conocimiento de la existencia de la enfermedad enfrenta al paciente con la posibilidad de su propia muerte y marca un límite a la creencia de control sobre la vida. Aparece la preocupación por los tratamientos, sus secuelas y el miedo a la mutilación de su cuerpo.

En algunos casos las personas piensan que su enfermedad es un castigo inmerecido, en otros, genera sentimientos de culpa ya que consideran que la misma es la consecuencia por haber realizado o haber cometido determinados errores a lo largo de la vida.

Aparece el miedo a la forma en cómo morir, al sufrimiento propio y al de la familia al ver enfermo a uno de sus miembros.

La familia atravesará por una crisis en la que será necesaria una reestructuración de roles para poder adaptarse funcionalmente a las diferentes situaciones a las cuales se deben enfrentar.

En algunas personas, el apoyo espiritual, ocupa un papel fundamental, ya que necesitan creer y sustentarse en un ser superior, que le permita tener esperanza y fortaleza frente al cáncer.

Según Buceta (2004), al escuchar a los pacientes, nos encontramos con su espiritualidad, al ver cómo se debaten con las penas de la vida y cuáles son sus esperanzas de alcanzar una vida mejor.

Aparecen aquí entrelazadas, la esperanza humana, que se refiere a las posibilidades que brinda la medicina, otras terapias y la espiritualidad que está ligada a otro tipo de creencias. Por lo general los médicos y psicólogos están incluidos dentro de la esperanza humana. Casi siempre su esperanza contiene un matiz religioso y esa fuerza proporciona la motivación para enfrentar las decisiones, los tratamientos y preservar la lucha

II.2.2- El impacto de la enfermedad y sus efectos

II.2.2.1-Etapas por la que atraviesan los pacientes frente al diagnóstico de cáncer

Hay diferentes autores que han descrito las fases por la que atraviesan los pacientes frente al diagnóstico de cáncer de mama.

- Kaufmann (1989), define tres fases:

a. Fase previa al conocimiento del diagnóstico. Este período puede fluctuar dependiendo de variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel cultural, etc.) y psicológicas, principalmente el miedo a la enfermedad. El conocimiento previo que el sujeto tenga sobre los síntomas de la enfermedad y sus experiencias previas con ella - por ejemplo, familiares diagnosticados con algún tipo de cáncer- influirá en su comportamiento ante la misma, llevándole a negar los hechos, a decirse que no es nada o impulsándose a acudir al médico para someterse a un examen.

b. Comunicación del diagnóstico e identificación con el papel de enfermo, que puede aceptar o rechazar. En la mayoría de los casos generará ansiedad, conflicto y desestructuración de la personalidad. En estos momentos el paciente puede pensar que va a morir o puede responder con incertidumbre en cuanto a la evolución del proceso. Se pasa de una negación de la variable tiempo (tenemos toda la vida por delante) a reconocer un final (la vida tiene un límite) para llegar después, a una valoración del tiempo (vivir intensamente el tiempo que queda). Este período genera sentimientos de desesperanza y desesperación, disforia y ansiedad, depresión, enfado, dificultad para concentrarse, para mantener las funciones y actividades diarias.

c. Después de conocer el diagnóstico se produce una negación o adaptación a la enfermedad. Debe producirse un cambio que permita al paciente aceptar el hecho, disminuyendo la ansiedad inicial, para lo cual puede necesitar ayuda psicológica y de su entorno. Este proceso variará en función de las características psicológicas del sujeto, de aspectos propios de la enfermedad y tratamientos que se le apliquen.

Existe otro tipo de clasificaciones, las que se complementan y ayudan a comprender las diferentes etapas por las que atraviesa el paciente:

- Brannon L (2001) refiere que en un primer momento hay una negación de la enfermedad, un bloqueo "... no puede ser cierto...", no a mí, debe haber una equivocación. La infraestructura psíquica es incapaz de absorber la verdad. En este momento la persona experimenta una pérdida (de salud y/o autonomía) y frente a esto, empieza un largo camino, una frenética búsqueda en el cual se intentan encontrar nuevas opiniones con la finalidad de que le digan que no es cierto, tratarán de ocultar, hacer desaparecer e ignorar la enfermedad. Pero el diagnóstico se confirma una y otra vez, el mismo es irrevocable.

La negación es un proceso defensivo que tiene como finalidad no ver aquellos aspectos que lo aterrorizan y que responde a la fantasía de que aquello que no se ve, no existe, no implica peligro.

Ésta, va dando lugar a la rabia, a la irritación por el hecho de estar enfermo, y si bien acepta que lo está, le parece injusto que le esté ocurriendo a él. Después de un período de tiempo, podrá ir aceptando su enfermedad sin enojo. La mayoría de las personas posteriormente suelen presentar síntomas depresivos. En este momento puede aparecer la idea la de muerte, suicidio o planeación y tentativa suicida, por lo que se requerirá de tratamiento psicológico y psiquiátrico. Finalmente, en el mejor de los casos, el paciente llega a la etapa de aceptación o reconciliación con la realidad.

- Según la Federación Española de Cáncer de Mama, la literatura psicooncológica ha descrito las siguientes reacciones más comunes frente al diagnóstico:

- a- **Respuesta inicial:** Shock y bloqueo emocional, seguido por dos actitudes: incredulidad y rechazo, desesperación

- b- **Disforia consecuenta:** Ansiedad, depresión

- c- **Superación o no:** Procesos iniciales de confrontación con la enfermedad

Las reacciones emocionales que se mencionan como típicas de estas primeras fases ante la intensa y repentina amenaza que provoca el diagnóstico pueden agruparse en dos diferentes conjuntos:

Ira: caracterizada por rabia, irritación, sentimientos de injusticia, agresividad, etc.

Abatimiento: caracterizado por una profunda tristeza, decaimiento, apatía, aislamiento social, decepción.

El pivote central, hasta cierto punto común, natural e inespecífico, es la situación de angustia.

La posición agresiva frente a la enfermedad, es más común en las mujeres jóvenes, mientras que la posición depresiva se asocia con mujeres de mayor edad. Estas pautas de reacción influyen posteriormente en el desarrollo de la enfermedad e

incluso en la supervivencia. La posición activa, incluso a agresiva, resulta según la psicooncología más favorable.

II.2.2.2-Reacciones emocionales en el período de la cirugía y tratamiento.

En el cáncer, a diferencia de otras enfermedades, la cirugía, es uno de los primeros pasos. "... Una vez realizada la intervención quirúrgica, finaliza una etapa crítica para entrar en otra diferente, que se vive como un momento de luz. Al paciente se le ha extirpado el tumor, el mal ha salido de su cuerpo y se siente salvada. Es un momento de esperanzas renovadoras, que se vive con alegría porque se siente que la enfermedad "se ha acabado". Sin embargo, esta vivencia y actitud frente a la nueva situación conviven con una sombra: el tratamiento posterior a la intervención.

"... Produce mucho temor e incertidumbre a las mujeres, tener que enfrentar las diferentes opciones de tratamiento y participar en forma activa o pasiva en la toma de decisiones y la posibilidad de recibir opiniones diversas y en algunos casos, contradictorias de sus médicos..." (Camacho D, 2006)

La vivencia de los tratamientos rebasa con creces las expectativas del paciente, esta etapa se caracteriza por ser la más dura de todas las fases por su extensión en el tiempo, la acentuación incontestable de que se está enferma y sus efectos secundarios..." (Federación Española de Cáncer de Mama, 2006)

El cáncer de mama impacta en la integridad física, modificando la imagen corporal de la mujer. Frente a la mastectomía, la extracción de una o ambas mamas, no sólo implica la pérdida de un órgano, sino que la misma, está relacionada con la femineidad, ligada a la maternidad a través de la lactancia y nos remite a nuestro ser sexuado. La mama está socialmente valorada, forma parte de la estética y de la belleza femenina. El cáncer repercute significativamente en la pareja, ya que la mujer siente amenazada su autoestima y aparecen sentimientos de vergüenza frente al nuevo cuerpo, al cual tiene que conocer y aceptar. El deseo sexual y la frecuencia de las actividades sexuales se encuentra disminuido, y esto, acompañado de la falta de

comunicación en la pareja, son elementos fundamentales a tener en cuenta para poder comprender la crisis por la que atraviesa el paciente.

“... En ciertos casos aparece resistencia a la aproximación y rechazo de su compañero como respuesta a los resultados adversos de la cirugía y tratamiento, por lo que la reacción y aceptación del compañero es esencial para la siguiente vida afectiva y adecuación sexual de la pareja...” (González. M, 2008)

La quimioterapia, es un período muy crítico, pues implica (en algunos casos) un malestar físico (descompostura, vómitos) y junto a ello, la caída del cabello. Este suceso impacta significativamente en la paciente, ya que el cabello es algo externo, visible, y es junto a la mama, signo de femineidad y belleza. Dicha pérdida, evidencia socialmente que tiene cáncer, por lo que en algunos casos, es uno de los motivos principales que motivan a que el paciente se aleje de su vida social. Para algunas mujeres es un suceso cargado de mucho sufrimiento e impresión, por el modo brusco en cómo se pierde. Es una consecuencia más de esta enfermedad, por la que el paciente tiene que atravesar.

A medida que la enfermedad avanza, aumenta la ansiedad, la desesperación y la incertidumbre por no saber qué pasará en su futuro. En algunos casos, debido a la inestabilidad en que se encuentra el paciente, impide la planificación y concreción de proyectos a largo plazo.

El cáncer los enfrenta con la pérdida de independencia personal, pues el paciente, en este período, necesitará de la ayuda de los demás para realizar tareas que antes realizaba solo. Esta situación provocará sentimientos de inutilidad e impotencia, acompañado de mucho sufrimiento. La dependencia se extenderá por un largo período ya que tras la cirugía vendrán los tratamientos prescritos, en donde el cuidado de familiares y/o amigos es indispensable.

El paciente no se piensa así mismo como una persona más allá de la enfermedad, sino que aparece el cáncer como protagonista en la vida de la persona, influyendo significativamente en su personalidad “... En este sentido, la identidad entendida como un horizonte desde el que evaluamos y fundamentamos nuestras propias acciones (Taylor 1996) se verá amenazada, porque lo conocido durante la vida, pre-diagnóstico, ya no es suficiente para dar respuestas. Esta percepción que

sienten las personas a partir del cáncer ha sido llamada por Mathieson y Stam (citado por Luxano, N. 2008) “sensación de encastre interrumpida” (*disrupted feelings of fit*), es decir, sentir que ya no pueden amoldarse o acomodarse en el lugar que tenían en el mundo previo. Bajo estas condiciones, se articulan en la vida de estas personas viejos y nuevos elementos, entre los que surgen las redefiniciones identitarias, las negociaciones con el radio social, sobre qué aspectos serán apropiados y cuáles rechazados, entre otras re-estructuraciones cotidianas...” (Luxardo, N. 2008)

Por otro lado la vida social que anteriormente llevaba la paciente, se ve alterada, el tiempo que la paciente utilizaba en otras actividades, en este momento se encuentra limitado a acciones que tienen que ver con su recuperación.

Aparecen en este momento, en algunos casos dificultades a nivel económico, debido al costo de los tratamientos, estudios y otros gastos que están directamente relacionados con la enfermedad, lo cual implica una reestructuración a nivel personal y familiar. En otros casos aparece el temor y la ansiedad por no poder continuar los tratamientos a causa de las dificultades económicas en la que se encuentran.

II.3- Impacto de la enfermedad: significados y creencias

II.3.1- ¿El cáncer es sinónimo de muerte?

“... Cada cultura tiene su forma peculiar de abordar la muerte, desde los indios de Alaska, que preparan el día de la muerte con una gran fiesta, hasta la occidental, que la niega en casi todos los ámbitos, pasando por muchos ritos y costumbres, según la tradición de que se trate...” (Toynbee)

En nuestra cultura la muerte se evita, se oculta. “... como sociedad no estamos preparados para enfrentar el término de la vida; nos da miedo siquiera imaginarla, mucho más hablarla con quien la está experimentando en carne propia. La muerte es ineludible, todo lo que nace algún día morirá. Como especie no hemos sido capaces de

aceptar este hecho, no es aceptada ni asumida como un proceso natural, sino como una crisis, y por lo tanto se ha convertido en una problemática personal, social y familiar...” (Toynbee)

El cáncer de mama, es actualmente una de las principales causas de muerte a nivel mundial, y en algunos países ocupa el primer lugar.

A lo largo de la historia, se ha concebido dicha enfermedad como un mal sin cura, una enfermedad con carencias de abordajes y métodos médicos para tratarla, por lo que el miedo y el temor a la muerte, han generado un estigma social, una enfermedad rodeada de mitos, tabúes y silencios.

Temores generalizados, que engloban a toda la sociedad, al sector sanitario, familias y pacientes. Miedo a comunicarlo a quien lo padece, a simplemente nombrarlo...

Durante muchos años, los medios de comunicación a través de publicidades, en especial, las propagandas de cigarrillo, con el fin de que la gente dejara de fumar, transmitían la frase “... el cáncer mata...”. Por otro lado, las personas que han padecido la muerte de familiares y/o personas allegadas, por falta de información acerca de la prevención de dicha enfermedad, perpetúan dichas creencias. Todos estos motivos, generan que el cáncer sea sinónimo y esté asociado inevitablemente a la pérdida de la vida, por lo cual el diagnóstico provoca un gran impacto, ya que nos enfrenta con nuestra propia muerte.

“...La intensidad con la que se vive la amenaza de muerte va a estar relacionada con el estilo que tiene de cada persona de enfrentar la enfermedad y la vida. Para alguna de ellas, la amenaza puede ser absolutamente dominante o puede resultar un reto por el cual luchar. El modo en como la paciente elaboran el diagnóstico tiene que ver con la existencia o no de otras preocupaciones que dan motivación y ansias de superación: “ miraba a mis hijos y decía, no puedo dejarlos solos...” (Federación Española de Cáncer de mama, 2006)

II.3.2- ¿Cómo desterramos estas creencias?

Dentro de todos los tipos de cáncer, el de mama, es una enfermedad que puede ser tratada con éxito si es detectada a tiempo. El avance de la ciencia ha contribuido positivamente en el abordaje de esta enfermedad. “... Aunque su incidencia ha ido aumentando, la mortalidad se ha estabilizado gracias a los programas de detección precoz, a los avances en los tratamientos médicos y quirúrgicos, y a un mayor grado de conocimiento de los factores de riesgo asociados que incrementan la supervivencia...” (Federación Española de Cáncer de mama, 2006)

“...Antes no se discutía sobre pronósticos de supervivencia, hoy en día sí. Antes el seguimiento a la paciente era limitado, hoy hay seguimiento a largo plazo, hay mayor conciencia de factores de riesgo y de supervivencia...” (Camacho D. M)

Es fundamental que desde el sistema sanitario, se prioricen y se fomenten medidas preventivas, en donde se comiencen a desterrar los mitos acerca de que el cáncer es sinónimo de muerte. Desmitificar dichas creencias, permitiría que la población femenina pierda el miedo a recurrir al médico frente algún síntoma y puedan realizarse los exámenes correspondientes sin prejuicios ni temores.

Es necesario por otro lado, romper con la imagen de que los exámenes, tales como la mamografía, son extremadamente dolorosos, para que los pacientes puedan realizarse los estudios sin miedo al sufrimiento, esto posibilitaría que se fortalezca la certeza de que los estudios permiten la detección y consecuentemente la reducción de riesgo de muerte.

Por otro lado, es fundamental detectar y plasmar medios a través de los cuales, las mujeres pierdan ciertos pudores y vergüenzas, en el momento de examinarse y ser examinada.

Como habíamos mencionado anteriormente, la enfermedad también está atravesada por lo cultural. En la sociedad en la que vivimos, predomina lo que llamamos “el machismo”, relacionado, entre otras cosas, con la subordinación de la mujer a las decisiones del hombre. En algunos casos, esto influye significativamente en el cáncer de mama, ya que la mamografía y/o ecografía mamaria, está vinculada con un órgano que tiene connotación sexual, y frente a ello, algunos hombres no permiten con su pareja concurra al médico.

Todos estos mitos perpetuados en la sociedad, refuerzan la creencia de que el cáncer de mama es sinónimo de muerte, imposibilitan la detección temprana, llenan de miedo y de temor.

II.4.- Impacto de la enfermedad y relación médico-paciente

Es de suma importancia en este período, la relación que el paciente establezca con el médico. La palabra del profesional está sobrevalorada socialmente, ya que se considera que éste, es el que tiene el saber absoluto acerca de nuestro cuerpo. El modo en cómo es transmitido y comunicado el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, predispone y en algunos casos determina, la actitud del paciente frente a su enfermedad.

Algunos profesionales tienen un modo poco adecuado para transmitir el diagnóstico, en algunos casos, se debe a la falta de sensibilidad, y al miedo que siente el mismo profesional frente a la enfermedad y en otros, por temor a involucrarse afectivamente con el paciente, por lo que se presentan con una actitud fría e indiferente frente a los mismos.

En otros casos aparece una controversia en el profesional, en lo que respecta a dar información o no al paciente acerca del diagnóstico de cáncer "...generalmente toman la actitud más fácil, pero inhumana, de ocultar el diagnóstico con los pretextos de "tengo el deber de evitarle sufrimiento al paciente". Se considera que es un derecho humano básico, el respeto a la libertad individual, a dominar cada uno su propio cuerpo, a tener y emitir opiniones en las decisiones que afecten a su cuerpo, a su propia vida..." (Fernandez, J. 2004)

Galeno, 1 800 años atrás, expresó: "*Cura mejor quien tiene la confianza de las gentes*". (Pineiro. F, 2004) Se ha comprobado dicho pensamiento, con el grado de aceptación y de satisfacción que se observa en las pacientes una vez que se ha conversado con ellas y le ha explicado las posibilidades que el tratamiento quirúrgico les puede ofrecer, desde el más simple y sencillo tratamiento hasta la más compleja diversidad de opciones.

La paciente en este momento necesita encontrarse contenida y sostenida por los profesionales a su cargo, ya que ellas ponen en estos toda su confianza.

Es necesario que desde el sistema sanitario se brinde la información necesaria acerca de lo que es la enfermedad en sí, que se posibilite un espacio para el esclarecimiento de dudas y que se concientice al paciente acerca de la necesidad de la realización de los tratamientos: conocer acerca de lo que le sucede a la paciente en su cuerpo permite tener un rol más activo en las decisiones a seguir en pos de su recuperación.

Por otro lado, permite que el paciente disminuya sus ansiedades frente a lo incierto y desconocido. Es importante poder informar a las pacientes acerca de las consecuencias físicas de los tratamientos para que no sientan temor y angustia frente a lo que les sucede inesperadamente en su cuerpo.

“... La relación médico-paciente es fundamental para que el individuo maneje su situación, coopere y logre su mejoría o establezca la conducta apropiada en su seno familiar y de sus allegados si la terapéutica fallara...” (González Menéndez R, 1997)

II.5- Impacto de la enfermedad en las relaciones familiares

La familia “... Es quien debe acompañar al paciente sin perder su propio mundo, quien debe aprender a ver a ese ser querido, en situaciones difíciles y angustiosas, así como disfrutar de su recuperación, elaborando también esa nueva imagen corporal, ese lugar diferente que hoy debe ocupar...” (Birgin.D, 2004)

Como habíamos mencionado anteriormente el diagnóstico de cáncer de mama impacta significativamente en la vida del paciente como así también en la vida de su familia.

Para comprender por qué el diagnóstico de cáncer de mama también repercute en la familia es necesario conocer y comprender dicho concepto.

Pichón Rivière define la Familia "...como una estructura social básica que se configura por el interjuego de roles diferenciados, el que constituye el modelo natural de integración grupal, es un grupo que convive en una cultura..." (Birgin, D 2004)

Según Bikel.R "...la familia es un sistema organizado cuyos miembros, unidos por relaciones de alianza y consanguinidad, sustentan un modo peculiar y compartido de leer y ordenar la realidad para lo cual utilizan información de adentro y fuera del sistema y la experiencia actual-histórica de cada uno de sus miembros..."

La familia es la célula básica de la sociedad, introduce a las nuevas generaciones en la cultura, satisface las necesidades básicas de sus miembros, es el pilar afectivo del individuo, "...es quien ejerce la continuidad de la vida, mediante la procreación, cuidando la salud tanto física como mental de los individuos que la componen..." (Birgin, D 2004)

La noticia de la enfermedad irrumpe en la estabilidad de la familia, rompiendo el funcionamiento normal de la misma. Sus miembros deberán reestructurar y flexibilizar los roles que ocupaban para poder adaptarse a la crisis por lo cual atraviesan.

Según cuál sea la actitud que tomen los miembros de la familia frente la enfermedad, el grado de flexibilidad, la capacidad para resolver los conflictos que se presenta y la emocionalidad de la misma, será el modo en cómo la familia afrontará la enfermedad.

La familia experimenta frente a la enfermedad de un ser querido mucha angustia y dolor. Compartirán, a veces en modo silencioso, la incertidumbre acerca de lo que sucederá en el futuro, el miedo y el temor a la muerte. En algunos casos sus miembros se sentirán impotentes por no poder hacer más nada frente a la realidad que se les presenta.

La familia ocupa un rol fundamental ya que será quien acompañará y cuidará a la paciente durante el período que la misma requiera de la ayuda de los demás. Es de suma importancia que durante este período se establezca una buena comunicación entre sus miembros para que se puedan compartir opiniones y sentimientos acerca de lo que sucede, respetando la individualidad de cada uno, para que se puedan tomar decisiones en conjunto, pero siempre priorizando los deseos del paciente.

En algunos casos aparece el temor de la familia de informar el diagnóstico, con el fin de proteger al paciente de las malas noticias y olvidan que es el paciente quien tiene el derecho de conocer lo que le sucede en su cuerpo y la libertad de tomar decisiones sobre su propia vida. En otros casos, debido a serias complicaciones físicas, en donde la paciente no se encuentra en condiciones de tomar ninguna determinación, será la familia quien se haga cargo por el paciente de decidir los pasos a seguir.

Debido a que la enfermedad produce estrés en los miembros del núcleo familiar "... es necesario que cada uno de ellos sea autónomo y que continúe satisfaciendo sus propias necesidades y manteniendo sus propios estilos de vida, dentro de lo posible..." (Matthews- Simonton, S. 1992), ya que la enfermedad, si pasa a ser el centro de la vida de cada uno de sus miembros, genera cansancio y agotamiento, trayendo aparejado serios problemas a nivel individual y familiar.

La comprensión de la familia en los diferentes momentos por los que atraviesa el paciente, la posibilidad de crear un ámbito en donde la familia respete el dolor, la rabia, la resignación, son necesarios para que la paciente encuentre en su núcleo íntimo, contención y en algunos casos aceptación de ayuda externa a la familiar, en lo que respecta al acompañamiento terapéutico, ya que el paciente siente que los demás no pueden entender la situación por la cual está atravesando.

CAPÍTULO III

REPERCUSIONES LABORALES DEL CÁNCER DE MAMA

III- REPERCUSIONES LABORALES DEL CÁNCER DE MAMA

III.1 – Repercusión laboral en enfermedades neoplásicas.

Como ya fue mencionado el diagnóstico de cáncer irrumpe violentamente en la vida de una persona, trayendo aparejado un enorme costo social, familiar, emocional y laboral.

El impacto que tiene el diagnóstico de cáncer en la actividad laboral de los pacientes con enfermedades neoplásicas ha sido muy poco investigado y los estudios al respecto son muy recientes. Algunas investigaciones consideran que el sistema sanitario a puesto principal interés en la etapa del diagnóstico y tratamiento, dejando sin cobertura las necesidades psicológicas, sociales y laborales del paciente tras su recuperación

“...El trabajo es un aspecto que ha recibido poca atención en las enfermedades neoplásicas en general, quizás debido a la tendencia de ver el diagnóstico de un tumor maligno como el final de la vida productiva. La imagen del cáncer como una enfermedad terminal contribuyó a la falta de preocupación de los logros de orientación en el trabajo...” (Molina, R. 2008).

Algunos de los estudios más recientes son los realizados por Molina Raquel quien ha investigado la problemática de la actividad laboral en los pacientes con Linfoma no Hodgkin, y la reinserción laboral de los pacientes con cáncer colonrectal, ambos estudios han concluido en la necesidad de profundizar la temática a nivel teórico y sobre todo prácticos, para poner en marcha proyectos y programas específicos de rehabilitación y reinserción.

La mayoría de los estudios, si bien no profundizan la temática, enfatizan la importancia del regreso a la actividad laboral tras el cáncer de mama. Algunos de ellos son: ...“ Se recalca que el retomar la actividad (profesional o laboral) lo antes posible, es con seguridad uno de los medios más eficaces para la reintegración a la vida social normal, lo que redundará en beneficio de una buena calidad de vida... ” (Melet, A 2005)

... Estudios, no definitivos, concluyen que la permanencia en la actividad laboral, con ciertas limitaciones, de los pacientes diagnosticados de cáncer, aumentan sus expectativas de vida y mejoran su capacidad funcional para actividades de la vida diaria..." (Ares Camerino, 2008)

"...Por eso cree que es beneficioso que traten de normalizar su vida y vuelvan a trabajar: "se sienten mejor, **refuerza su autoestima** y les ayuda a relacionarse con su entorno, evita el aislamiento que a veces provoca el tumor..." (Valerio. M,2005)

"...Dado que, en opinión de los facultativos e incluso, de las propias pacientes, el trabajo suele ser una de las mejores opciones rehabilitadoras y que estas profesionales pueden suponer un valor añadido para la empresa , las que conservan su puesto dan un ejemplo de autosuperación y suelen estar más motivadas..." (Rodríguez. A, 2007)

Para poder pensar en las consecuencias que el cáncer de mama trae aparejado en la actividad laboral de los pacientes, es de suma importancia definir el concepto de trabajo y comprender su importancia en la vida de las personas. Por otra, parte es necesario investigar acerca de la inserción laboral de la mujer a lo largo de la historia ya que es fundamental analizar cómo se recepta desde el mundo laboral las enfermedades que afectan predominantemente al sexo femenino.

Luego se especificará claramente cuáles son las consecuencias laborales en las diferentes etapas de la enfermedad: cirugía, tratamiento y pos tratamiento, que dificultan el desempeño laboral de las pacientes.

III.2. Definición de trabajo

“... Cuando se compara la especie humana con cualquier otra especie, el primer rasgo que se destaca, es la capacidad que ha tenido para transformar su entorno natural, variar la forma de satisfacer sus necesidades (incluida las más elementales como alimentarse), e incluso alterar las pautas de relación entre los individuos de una especie. En un corto lapso de tiempo, la humanidad ha cambiado su relación general con el entorno y ha alcanzado incluso, un crecimiento demográfico colapsal. En la base de todas estas transformaciones está la propia actividad de los humanos, sustentada en las posibilidades mentales de su cerebro- análisis e imaginación-y un complejo proceso de cooperación e interacción sustentado por las diversas formas de organización social con que se ha dotado la comunidad. A esta intervención humana sobre el medio ambiente, la llamamos genéricamente trabajo...” (Recio. A, 1997)

Luque Ramos (2000) expone que el trabajo es una actividad de carácter productivo que realizan las personas aportando sus recursos propios (energía, habilidades y conocimientos), para la obtención de algún tipo compensación material y/o psicosocial.

Definimos trabajo como una situación humana que puede ser voluntaria, forzada u obligatoria en la que siempre se produce un bien que resulta estimado por la sociedad.

La situación trabajo tiene determinadas características que la hacen diferentes a otras situaciones humanas. En esta se gana un salario o remuneración, siempre se produce un bien o servicio y tiene características sociales ya que por lo general el trabajo no se realiza en forma solitaria sino entre varias personas.

El trabajo como actividad social tiene dos funciones:

- Producir los bienes que la sociedad necesita para subsistir
- Integrar al individuo a los sistemas de relaciones

“... El trabajo ocupa un lugar y un peso específico tan importante en nuestras vidas que de alguna manera se constituye en un eje vertebrador y estructurador de las mismas y de los roles sociales que desempeñamos” (Gestoso. C, 2000)

Invertimos gran parte del día trabajando, por lo que se considera a dicha actividad la más relevante cuantitativamente. El trabajo regula y ordena nuestra cotidianidad organizando nuestros horarios ya que a través del mismo sabemos a qué hora debemos levantarnos, a qué hora comemos, cuánto tiempo le dedicamos a nuestra familia, amigos, a nuestro tiempo libre.

De acuerdo a la actividad laboral que se realice, de la naturaleza de la misma, del medio en el que se desarrolla y de la conjunción de las características estructurales de la institución y las características de personalidad del trabajador, dicha actividad puede tener implicaciones psicosociales positivas como negativas ya que ,así como el trabajo en algunos casos enferma, en otros sana.

Se entiende como aspecto positivo del trabajo aquello que está relacionado y contribuye directamente al bienestar de los individuos.

La salud es definida según la Organización Mundial de la Salud, como un estado de completo bienestar en los aspectos físicos, mentales sociales y no sólo la ausencia de enfermedad. La salud se construye, la misma debe entenderse como un estado el cual siempre es posible mejorar

Desde el carácter negativo se tienen en cuenta todo aquello que pone en riesgo la integridad física, mental y social del trabajador, tales como el estrés laboral, burn-out, condiciones ambientales laborales perjudiciales para la salud del paciente, etcétera.

Se abordará el trabajo principalmente desde sus implicaciones positivas, considerando que este, a través de sus funciones principales, puede contribuir a la rehabilitación de las personas que han sido diagnosticadas de cáncer de mama.

III.2.1-Implicaciones psicosociales positivas del trabajo

- Por medio del trabajo las personas pueden realizarse, dar sentido a su vida y ser creativas
- Proporciona pertenencia social, en tanto se presenta como valorado por el individuo y su entorno
- El ámbito de trabajo es el lugar donde el sujeto pasa la mayor parte de su vida útil.
- Es una importante fuente de oportunidades para la interacción y los contactos sociales, ya que gran parte de los contactos e interacciones que las personas mantienen con otras a lo largo de su vida se dan en el contexto laboral. Las relaciones interpersonales le permiten al individuo un desarrollo afectivo, cooperación y aprendizaje mutuo en las tareas desempeñadas
- Permite desarrollar diferentes actividades a lo largo del día, la semana o el año. Mantiene a las personas realizando una actividad más o menos obligatoria dado que para mantener otras actividades vitales, los individuos deben trabajar.
- Transmite valores, creencias y expectativas sociales. Da al sujeto la posibilidad de pertenecer a una institución.
- Como habíamos mencionado anteriormente el trabajo es una actividad en la que se obtiene una remuneración o salario a cambio de la actividad laboral realizada, por lo que permite al individuo la adquisición de bienes necesarios para su subsistencia.
- Sostiene la identidad de los individuos:
- En el trabajo las personas desarrollan una actividad física y mental que revitaliza el organismo al mantenerlo activo y despierto.
- Permite el aumento de la autoestima ya que a través del trabajo las personas pueden sentirse útiles, creativas, responsables, etcétera.
- Proporciona status, prestigio y permite al individuo entablar relaciones sociales.

III.2.2-Componentes del trabajo

En el trabajo hay siempre tres componentes:

- **Personal:** cuando el trabajador obtiene satisfacción, cuando llega a la realización personal, cuando permite el desarrollo de las potencialidades y capacidades del individuo, incrementando los niveles de salud mental y la creatividad. Aquí se entiende al individuo como una totalidad a diferencia de lo que ocurre con el trabajo enajenante, en serie.
- **Productivo:** ya que el individuo cuando se desarrolla como persona produce más y mejor. El incremento en la satisfacción va asociado al incremento en la producción.
- **Social:** favorece la sana integración del individuo al grupo y a la sociedad a la cual pertenece. El trabajo es una verdadera escuela de formación social.

El trabajo es una situación social eficaz cuando produce en el sujeto un desarrollo personal, su satisfacción en un ámbito o contexto técnico y de interrelaciones humanas que originará una productividad en la tarea dando una inserción al grupo y a la sociedad.

III.2.3- Inserción laboral de la mujer a lo largo de la historia.

Desde la prehistoria, tanto las mujeres como los hombres, han asumido un papel cultural particular. En sociedades de caza y recolección, las mujeres casi siempre eran las que recogían los productos vegetales, mientras que los hombres suministraban la carne mediante la caza.

La conducta femenina fue pautada para cada momento y situación de la vida. Casi siempre la edad corresponde a un estado civil y a una función de acuerdo a ella. Tal es así que representó la imagen de la prometida, la casada, la viuda, es decir, siempre ligada a un hombre que se responsabilice por su conducta. El papel más importante atribuido a la mujer era el de esposa y madre.

Históricamente, en la mayoría de las sociedades, la mujer se ha dedicado a los quehaceres domésticos y a la crianza de los hijos. Dentro de las actividades hogareñas se ocupaba del cuidado de las huertas, animales de corral y actividades relacionadas con la provisión de alimentos y vestimentas.

En la Edad Media ninguna mujer podía dedicarse a las tareas artesanales y aún en 1866, la Academia Francesa de Medicina recriminó a la mujer costurera por el uso de la máquina de coser, ya que la hallaba sospechosa de ser una práctica femenina de placer solitario.

La mujer, debió vencer resistencias subjetivas y sociales. Mujeres de la talla de Sor Juana Inés de la Cruz nos muestran que la producción, en este caso artístico-literaria, pudo desplegarse en el marco del convento y no fuera de él. Otras debieron escribir con el nombre del padre, el hermano o el hijo, o utilizar seudónimo masculino para hacerlo. Es el caso, muy reciente de Colette, cuyas obras al principio las firmaba su marido.

El inicio del siglo XX produjo alteraciones demográficas por las guerras y los cambios económicos que requirieron una mayor mano de obra: se reclamó así la presencia femenina y por ende su capacitación. La incorporación de la mujer al mundo del trabajo se dio con una retribución inferior a la del varón, y aún hoy en día sigue siendo así en algunos países.

La inclusión de la mujer en el mundo del trabajo asalariado ha sido muy reciente. Las mismas no solían acceder a un puesto de trabajo remunerado. Para las mujeres más pobres, sobre todo entre las clases obreras, esta situación era a veces un objetivo, ya que la necesidad económica las ha obligado durante mucho tiempo a buscar un empleo fuera de casa, aunque las ocupaciones en que se empleaban tradicionalmente las mujeres de clase obrera, eran inferiores en prestigio y salario que aquellas que llevaban a cabo los hombres. Eventualmente, el liberar a las mujeres de la

necesidad de un trabajo remunerado se convirtió en una señal de riqueza y prestigio familiar, mientras que la presencia de mujeres trabajadoras en una casa, denotaba a una familia de clase inferior

En general la mujer, ha intervenido en actividades económicas como trabajadora familiar no remunerada y en trabajos informales.

A lo largo del siglo XX y, en particular en las últimas décadas, se ha incrementado sustancialmente la incorporación de la mujer en las diversas actividades económicas.

La mujer recorre la historia subordinada al hombre. El poder de éste se impuso también en el reparto de funciones, nacido de las diferencias biológicas pero perpetuadas por razones ideológico- políticas, llevó a la mujer a ser excluida en muchas áreas y en particular de la vida pública. La función maternal fue elevada a categorías casi divinas, ocultando la exclusión de todos los otros roles protagónico que ejercía el varón. La mujer aparece desde el inicio de la especie como responsable de la continuidad de la misma.

Con el sistema industrial ingresó a la producción, pues no era suficiente la remuneración obtenida por el hombre. Abandonó el hogar y fue mano de obra barata, tuvo que enfrentar duras condiciones de trabajo, no dejando de llevar a cabo sus actividades domésticas. Esto sacudió su cabeza ya que encontró posibilidades, alternativas, aprendió a tomar decisiones por sí misma y a fortalecer su individualidad. Su inclusión en el ámbito laboral permitió el desarrollo de su capacidad productiva, como así también su desarrollo personal. Esta incorporación ha sido una de las causas principales de su creciente independencia económica, social y jurídica, lo que ha provocado una transformación de la imagen que tenemos de la mujer en el mundo entero y ha aparejado inevitablemente, una transformación correlativa en la imagen del hombre.

III.3-Consecuencias laborales del cáncer de mama

III.3.1- Etapa de cirugía y tratamiento

“...La primera consecuencia de un diagnóstico de cáncer de mama para la mujer afectada es la interrupción de su actividad laboral durante el tiempo necesario para afrontar la intervención quirúrgica y/o los tratamientos posteriores. En este sentido, es un hecho manifiesto que la enfermedad tiene, como mínimo, un impacto inmediato aunque normalmente transitorio sobre la actividad laboral...” (Rodríguez, A. 2006)

El cáncer afecta la actividad laboral de las personas, desde el conocimiento mismo del diagnóstico de la enfermedad. La paciente a partir del mismo, requerirá de la mayor parte de tiempo para dedicarse a su cuerpo en pos de su recuperación.

Los estudios médicos, el recorrido por diferentes profesionales, junto al impacto emocional, van dejando al trabajo en segundo plano. Luego, en los casos, en que se requiere la realización de cirugía, y tras la misma, por un período determinado de tiempo, la persona no podrá asistir a su trabajo.

“...Las secuelas de la cirugía, y el dolor que éstas les causan, continúan incapacitando a las pacientes para poder seguir realizando adecuadamente las actividades sociales y de la vida diaria...”(Dominguez Gil, M. 2009). Las cirugías implican curaciones y cuidados especiales intensos haciéndose evidente, en este momento, la imposibilidad de trabajar.

Por otro lado, en algunos casos, luego de la cirugía, comienza la etapa de los tratamientos, los cuales por lo general, tienen repercusiones físicas importantes. Tras la realización de la quimioterapia, por ejemplo, en determinadas personas aparecen vómitos, descomposturas, etcétera, dificultando el posible desarrollo de alguna actividad.

“...El dolor y los efectos secundarios del tratamiento, como lo es el cansancio, dificulta que las pacientes continúen desarrollando con normalidad sus actividades físicas, laborales, y sociales...” (Dominguez Gil, M. 2009)

La decisión de interrumpir con la actividad laboral de la paciente durante el tratamiento, va a depender de varios factores pero principalmente de la decisión que el médico a su cargo tome al respecto, dependiendo del tipo de diagnóstico y pronóstico

de la enfermedad y de la etapa de la misma, del estado emocional de la paciente, de la edad y del tipo del trabajo que realiza la misma.

En todos los casos una mujer trabajadora a la cual se le ha diagnosticado cáncer de mama, tiene el derecho de estar de baja durante el período que dure la cirugía, su recuperación y tratamientos posteriores. Dicho período durará hasta que el médico lo considere necesario, según la evolución del paciente.

“...Aunque no son la mayoría, algunas pacientes eligen la opción de no interrumpir por completo su actividad laboral durante el tratamiento, aunque sí **disminuyen el ritmo** y acuden al hospital los días que reciben tratamiento de quimioterapia o radioterapia...” (Rodríguez, A. 2007)

En caso de que la paciente trabaje de manera independiente, la continuidad en el trabajo es más factible, debido a que es la persona quién maneja los horarios y los flexibiliza en función de sus necesidades, pudiendo regular el ritmo de su ejecución. Dependiendo de la actividad que se realiza, en cierto casos, aparece la alternativa de trabajar desde su hogar, lo que permite realizar descansos cuando las pacientes lo consideran adecuado. La dificultad que aparece en este caso, es la económica, ya que depende del trabajo que la persona realice serán los ingresos que obtendrá.

El trabajo en relación de dependencia, puede acarrear ciertas dificultades ya que no existe en todos los casos, predisposición por parte de las empresas, para permitir flexibilización horaria o disminución de las jornadas laborales, por lo cual, se torna más difícil poder combinar el horario de trabajo con el de los tratamientos. En dichos casos las actividades se deberán interrumpir durante este período.

“... Hay quienes prefieren hacer un paréntesis en su actividad profesional durante la quimioterapia o la radioterapia. Señalan que tomarse un respiro a nivel laboral permite concentrarse mejor en la propia recuperación y dedicar ese tiempo a cuidarse y descansar...” (Rodríguez, A.)

Las repercusiones que implica interrumpir o continuar la actividad laboral con ciertas alteraciones, son en las pacientes de gran impacto, ya que las mismas deberán modificar sus actividades y ritmos normales a causa de la enfermedad. Las pacientes

en ciertos casos se sentirán impotentes e inútiles por no poder continuar con su rutina de trabajo.

Recordemos que la mayoría de las personas pasan gran parte de su día trabajando, por lo que se establecen relaciones con otras personas y el hecho de tener que realizar un corte en la actividad laboral por cierto período, repercute en su vida social. La paciente en general tiende en este momento a aislarse, ya que la misma está atravesando por una enfermedad que la afecta física, psicológica y emocionalmente y el hecho de no asistir a su ámbito de trabajo, hace que el mismo se acentúe aún más.

Las pacientes tienen temor a que los demás sientan pena o lástima por ella, o que le pregunten por la pérdida de uno o de ambos pechos o, durante el tratamiento por la caída de cabello, lo cual hace que se encierre aún más en sí misma.

Algunas pacientes acostumbradas a estar fuera de su casa, comenzarán a pasar casi todo el tiempo en su hogar, lo cual implica tener que reacomodar sus horarios habituales y adaptarse a su nueva realidad.

En ciertos casos aparece la culpa, por no poder finalizar con trabajos previamente planificados o por no poder cumplir con pedidos de compañeros y jefes.

III.3.2- Etapa pos-tratamiento

“...La experiencia de la enfermedad no termina cuando se acaba el tratamiento y empiezan las revisiones médicas. Al volver a la vida cotidiana y cuando el paciente trata de recuperar una vida similar a la anterior al diagnóstico, empiezan a surgir las complicaciones. Las secuelas físicas (dolor, fatiga, **linfedema**, menopausia, esterilidad, alteraciones cardíacas, neurológicas náuseas, etc.) y psicológicas (miedo a la recaída, problemas de imagen corporal y de autoestima, depresión, ansiedad, dificultades para mantener relaciones sexuales, para incorporarse a la actividad laboral habitual, etcétera...)” (Yélamos.C, 2008)

III.3.2.1- Secuelas físicas del cáncer de mama

III.3.2.1.1-La problemática del Linfedema

La Federación Española de cáncer de mama en su estudio acerca del Linfedema (2006), prevención y calidad de vida, hace referencia a que el cáncer de mama es una patología cuyos tratamientos pueden provocar la aparición de efectos secundarios que afectan significativamente la calidad de vida de las pacientes. Una de las secuelas físicas más relevantes es el linfedema.

Se trata de la inflamación de la extremidad, de carácter crónico, que se estima afecta a una de cada cuatro mujeres con cáncer de mama. Entendemos como individuos que presentan una patología crónica a aquellos que a lo largo de toda su vida tienen que convivir con algún tipo de trastorno o disfunción que pueda conllevarles una dependencia externa, generarles estrés e incluso dificultades para afrontar las demandas de la vida diaria

El linfedema suele empezar insidiosamente después de la disección axilar en períodos variables de tiempo. La inflamación puede variar desde una condición de escasa importancia, de severidad leve y escasamente notorio en las fases tempranas, hasta hacerse extrema en etapas posteriores, provocando un acentuado aumento de volumen, pérdida funcional variable e incluso invalidez del miembro comprometido (Pérez, P. 2001)

Dicha secuela, tiene el agravante de ser invisible socialmente. Pese a su frecuencia, la realidad es que existe un desconocimiento importante del linfedema, tanto desde un punto de vista sanitario como social.

La práctica de no tratar el linfedema es una conducta poco acertada, aunque es bastante común. A menudo, se enfatiza a una mujer que porta esta secuela que “*debe estar agradecida de estar viva*” y que debe “*aprender a vivir con su linfedema*”. Esta situación debe corregirse y hay que educar a los médicos, tanto para detectar, como para reconocer los signos tempranos del linfedema, puesto que mientras antes se diagnostique y trate esta complicación, se requerirán menos medidas terapéuticas para impedir su progresión.

Las afectadas vienen demandando desde hace tiempo, una mayor implicación de las instituciones en lo relativo a esta enfermedad y sus consecuencias.

Es un problema con importantes secuelas físicas, psicológicas, sociales y materiales. Supone un importante obstáculo en el desarrollo de determinadas actividades cotidianas, sociales y laborales.

Aunque es inobjetable que el linfedema en la mayor parte de los casos es irrecuperable, una terapia precoz y perseverante puede lograr que la paciente vuelva a desarrollar la mayor parte de sus actividades de su vida normal y evitar las complicaciones que agravan su pronóstico y que pueden invalidar.

La problemática del linfedema se hace evidente cuando las personas intenta incorporarse nuevamente a su vida anterior, debido a que dicha afección, dificulta la funcionalidad del paciente en lo que respecta al desarrollo de determinadas acciones cotidianas, sociales y laborales. Por lo tanto tras el cáncer de mama, a causa de dicha afección, la persona se sique considerando enferma.

III.4-¿Cómo afecta el linfedema en los trabajos hogareños?

Históricamente la mujer siempre fue quien se hizo cargo de los quehaceres hogareños. La limpieza del hogar y la elaboración de los alimentos, entre otras, fueron y actualmente son funciones ligadas a la mujer.

Culturalmente la mujer es quien tiene el deber de llevar a cargo su casa y por lo general los demás miembros de la familia han naturalizan dicho rol. La **cultura** es el conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales una sociedad regula el comportamiento de las personas que la conforman. (Enciclopedia Electrónica Wikipedia)

Actualmente dichos modelos han comenzado a cuestionarse con la finalidad de que el hombre se involucre y sea partícipe de dichas tareas, ya que la mujer, como mencionamos anteriormente, ha comenzado a salir de su casa, con el objetivo de

contribuir económicamente en la familia, crecer profesionalmente e independizarse, pero dichos patrones culturales permanecen implícitos en nuestra sociedad.

La enfermedad impacta significativamente en la vida de una mujer e impone un límite en su cuerpo, por lo que se enfrentará a la dificultad para desempeñar dicho rol en determinadas actividades.

Las tareas tales como pasar el lampazo, levantar determinados pesos, estar expuesta al calor para realizar la comida, planchar, ordenar, no podrán ser realizadas, lo cual traerá consecuencias a nivel psicológico.

La mujer se siente inútil e incapaz para poder realizar su trabajo hogareño. Dichas tareas deberán ser delegadas a los otros miembros de la familia, lo que implicará una reestructuración de funciones, frente a lo cual el paciente tendrá que aprender a respetar los tiempos y la modalidad que los demás tienen para llevar a cabo las actividades hogareñas.

Es una situación difícil para la mujer, ya que encuentra limitada su capacidad para realizar labores que formaban parte de su vida. Aparecerán en determinados casos sentimientos de culpa por no poder cumplir con su función de mujer -ama de casa.

CAPÍTULO IV

REINSERCIÓN LABORAL DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

IV.1-Diferencia entre inserción y reinserción laboral

Se habla de **inserción laboral** para referirse a aquellas personas que ingresan al mundo del trabajo, las cuales tienen un rol y una función activa y productiva en la sociedad a la que pertenecen.

Diversos son los motivos

que causan la pérdida de dicha función (ya sea de manera temporal o definitiva), entre ellos podemos mencionar los despidos como consecuencia de las crisis económicas; dificultades legales entre el empleado y el empleador, como por ejemplo incumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de trabajo celebradas por las partes; problemas de salud físicos y/o mentales y sus secuelas que impiden el normal funcionamiento de la actividad laboral, entre otras.

En general utilizamos el término **reinserción laboral** para describir el regreso, tras las circunstancias antes mencionadas, al mundo del trabajo. La persona puede reinsertarse en su acostumbrado trabajo, desempeñando la misma función, en el mismo rubro o en un ámbito diferente u otro rubro, cambiando su actividad o la empresa.

El regreso a la vida laboral permite a la persona reencontrarse con los beneficios psicológicos y económicos que trae aparejado el ser parte activa del mundo del trabajo

IV.2- Reinserción laboral en las mujeres con cáncer de mama

Como habíamos mencionado en el capítulo anterior, frente al diagnóstico de cáncer de mama, una de las primeras consecuencias en la vida de la paciente es la interrupción de la actividad laboral. Por lo general, las mujeres transitan un período que abarca cirugía y tratamiento en el cual no asisten al ámbito de trabajo.

“... Gracias al avance de los tratamientos, cada vez son más las personas que sobreviven a una enfermedad tumoral y están en condiciones de trabajar...”(Federación Española de Cáncer de mama, 2006)

Tras finalizar dicho período, las pacientes buscarán retomar las actividades que realizaban antes del diagnóstico de la enfermedad, pero en algunos casos, se deberán enfrentar a una serie de obstáculos que dificultarán dicho retorno. Los mismos, se hacen evidentes, cuando las secuelas de la enfermedad marcan un límite físico para desempeñar las tareas que realizaban habitualmente.

Una de las principales consecuencias que derivan del cáncer de mama, es como habíamos nombrado anteriormente, el *linfedema* (sólo en aquellas mujeres que se les ha realizado vaciamiento ganglionar y radioterapia). Esta afección acarrea dificultades a nivel funcional en diferentes grados en aquellos movimientos que realizan con el/los miembros superiores afectados. El linfedema traerá consecuencias laborales en aquellas pacientes cuya labor implica un esfuerzo físico, variando el grado de utilización de dicho/s miembros.

Es de suma importancia, antes de comenzar a desarrollar la temática, recalcar que todo trabajo requiere por parte del empleado una serie de competencias y capacidades para que el mismo se pueda llevar a cabo.

Hablamos de *capacidad laboral* para referirnos al conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes o potencialidades de orden físico, mental y social de un individuo que le permiten desempeñarse en un trabajo habitual.

Prego define competencia “como aquellas cualidades personales que permiten predecir el desempeño excelente en un entorno cambiante que exige la multifuncionalidad. La capacidad de aprendizaje, el potencial en el sentido amplio, la flexibilidad y capacidad de adaptación son más importantes en este sentido que el conocimiento o la experiencia concreta en el manejo de un determinado lenguaje”.

El tipo de trabajo que el paciente realizaba y las actividades específicas dentro del mismo, van a ser uno de los puntos esenciales a tener en cuenta en el momento de la reinserción laboral. En la amplia gama de trabajos existentes, las capacidades y competencias para su realización difieren en gran medida.

Algunos trabajos son predominantemente mentales, otros implican el uso del cuerpo como herramienta esencial y existen aquellos que requieren la combinación de ambos. En el caso específico del linfedema, el tipo de trabajo que realiza el paciente será determinante respecto de la continuidad laboral en el mismo. Ya que, los trabajos que impliquen un esfuerzo físico o movimientos de el o los miembros superiores afectados, ponen en riesgo la salud del paciente e impiden su desempeño efectivo en la actividad laboral.

“... Las personas que se han reincorporado laboralmente de forma más facilitadora, son aquellas que desarrollan un trabajo que no requiere esfuerzo físico, como por ejemplo: funcionarias, maestras, administrativas...” (Federación Española de Cáncer de mama, 2006)

El lugar y las condiciones ambientales laborales en donde se encuentra inmerso el paciente es una variable a tener en cuenta, ya que es fundamental que en el ámbito de trabajo en el cual el paciente se reinsertará, existan las condiciones adecuadas para no poner en riesgo la salud del mismo y poder lograr un desempeño efectivo, productivo; en donde el paciente pueda sentir que los beneficios que el trabajar implican, se están cumpliendo.

Por otro lado, si el trabajo se encuentra en un marco de relación de dependencia (asalariado), y las capacidades del trabajador para realizar la tarea se han visto afectadas, se deberá tener en cuenta el marco legal que ampare dicha situación.

IV.2.1-Consideraciones legales.

Es importante pensar frente a la problemática del cáncer de mama y sus secuelas, como se aborda legalmente dicha temática.

En la Ley de Contrato de Trabajo de la República Argentina, Título X “De la suspensión de ciertos efectos del contrato de trabajo”, hace referencia en su capítulo I a los accidentes y enfermedades inculpables.

A los accidentes y enfermedades inculpables se los define como toda alteración de la salud que impide la prestación del servicio. Lo trascendente es que la afección que padezca el trabajador - enfermedad o accidente - lo imposibilite de trabajar y que su origen no tenga relación alguna con el trabajo.

La ley contempla en sus diferentes artículos, la situación del trabajador en lo que respecta a la remuneración y sus plazos, conservación de empleo, reincorporación al trabajo, y en su caso, el despido del trabajador y consecuente indemnización.

Es importante conocer las leyes para hacer valer los derechos y deberes del trabajador y las obligaciones del empleador para con el mismo.

Debemos tener en cuenta el carácter protector que tiene nuestra ley de contrato de trabajo con relación al trabajador que sufre una enfermedad inculpable, brindándole al mismo, frente a su imposibilidad de prestar sus servicios, de seguir percibiendo su remuneración, dependiendo de su antigüedad en el trabajo, durante el plazo de un año; o bien de darle al mismo la oportunidad de realizar otra tarea dentro de la empresa o comercio. La Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Mendoza ha dicho al respecto que debe demostrarse la posibilidad de la empresa de otorgar al trabajador tareas distintas que pueda desarrollar conforme su capacidad residual. Por lo tanto, comprobado que la empresa no tenga posibilidades de asignarle tareas acordes a su estado de salud y cumplimentada las exigencias del artículo 211 de la Ley de Contrato de Trabajo - conservación de la relación laboral y notificación por alguna de las partes a la otra expresando su voluntad de rescindirla - debe eximirse a las partes de responsabilidad indemnizatoria. Es decir que la ley busca siempre, proteger a la parte más débil de la relación laboral, en este caso, el trabajador, intentando en todos los casos, brindarle una protección integral al empleado; buscando protegerlo, ya

sea en la continuidad de su trabajo, darle la indemnización correspondiente o mediante la asignación de otras tareas; además de la protección estatal en materia de salud pública.

Artículo 212: **Reincorporación** - Vigente el plazo de conservación del empleo, si del accidente o enfermedad resultase una disminución definitiva en la capacidad laboral del trabajador y éste no estuviere en condiciones de realizar las tareas que anteriormente cumplía, el empleador deberá asignarle otras que pueda ejecutar sin disminución de su remuneración. Si el empleador no pudiera dar cumplimiento a esta obligación por causa que no le fuera imputable, deberá abonar al trabajador una indemnización igual a la prevista en el Artículo 247 de esta ley. Si estando en condiciones de hacerlo no le asignare tareas compatibles con la aptitud física o psíquica del trabajador, estará obligado a abonarle una indemnización igual a la establecida en el Artículo 245 de esta ley. Cuando de la enfermedad o accidente se derivara incapacidad absoluta para el trabajador, el empleador deberá abonarle una indemnización de monto igual a la expresada en el Artículo 245 de esta ley.

Este beneficio no es incompatible y se acumula con los que los estatutos especiales o convenios colectivos puedan disponer para tal supuesto.

Artículo 213: Despido del trabajador. - Si el empleador despidiese al trabajador durante el plazo de las interrupciones pagas por accidente o enfermedad inculpable, deberá abonar, además de las indemnizaciones por despido injustificado, los salarios correspondientes a todo el tiempo que faltare para el vencimiento de aquella o a la fecha del alta, según demostración que hiciere el trabajador.

IV.2.2- Consideraciones psicológicas.

Dada las condiciones y la situación laboral en la que se encuentran dichas personas, es importante analizar cuáles son las consecuencias a nivel psicológico, en aquellas persona a las cuales se les ha realizado una linfadenectomía a causa de su enfermedad, y por lo tanto su capacidad laboral se ha visto afectada.

En el momento de la reincorporación a la actividad laboral, es necesario hacer dos acepciones al respecto:

La primera, hace referencia a la pérdida del puesto de trabajo en el que se encontraba con anterioridad (por disminución de la capacidad), pero se continúa dentro de la empresa llevando a cabo otra actividad, la cual tiene capacidad para desempeñar.

La segunda acepción hace referencia a la pérdida del puesto y del lugar de trabajo debido a la dificultad para desempeñar la tarea que realizaba con anterioridad y a la imposibilidad de reubicación en otra función dentro de la empresa u organización. En estos casos la empresa, en consecuencia deberá indemnizar al empleado.

En la primera acepción hablamos del cambio de función dentro de una empresa, lo cual trae aparejado, enfrentarse a la pérdida del rol que desempeñaba dentro de la misma.

Un nuevo puesto de trabajo, en algunos casos, generará en el paciente incertidumbre y dudas por desconocimiento y falta de experiencia en el mismo. Deberá tolerar el período de adaptación, conocerse y reconocerse a él mismo tras la enfermedad, en un nuevo puesto de trabajo.

Por otro lado, dependiendo del tipo de empresa, en lo referente a pequeña, mediana o grande, en algunos casos puede suceder que, debido al cambio de función deje de estar en contacto con sus compañeros, por lo cual, en un primer momento, se sentirá aislado frente un nuevo grupo y, en ciertos casos, de acuerdo a la personalidad del paciente, se verá dificultada la integración al mismo.

El nuevo ámbito puede disminuir la motivación, ya que suele suceder que las tareas que tiene que realizar, no sean de su interés, lo cual puede traer aparejado sentimientos de frustración y falta de creatividad e iniciativa para el desarrollo de las mismas.

Es necesario en este caso, poder visualizar los aspectos positivos del cambio de función, ya que implica una nueva labor, que puede enriquecer la vida laboral del paciente, donde tiene la oportunidad de aprender y conocer cosas diferentes a las habituales, relacionarse con otros compañeros, desarrollar nuevas habilidades que

implica, por parte de la empresa un compromiso y una preocupación hacia el paciente buscando que el mismo pueda regresar a la vida laboral.

Cuando el paciente por la disminución de la capacidad física e imposibilidad de reubicación dentro de la empresa, ha perdido su puesto y lugar de trabajo, atravesará por un difícil lapso, ya que implica dejar de pertenecer a una institución de la cual era parte. Las personas, por lo general, tendemos a hacer propio nuestro lugar de trabajo, dejar de pertenecer traerá aparejado nostalgia, angustia y dolor.

El impacto emocional que genera para el paciente, el hecho de no poder realizar las actividades que se llevaban a cabo con anterioridad a la enfermedad, lo enfrenta con limitaciones que le impone el propio cuerpo. Es un largo proceso, en donde se atravesará por etapas de ira, dolor, resignación y aceptación.

El trabajo da identidad y permite el desempeño de un rol. Cuando llevamos a cabo una actividad laboral, somos activos y contribuimos a través de nuestro trabajo, al crecimiento y desarrollo de la sociedad, nos dignifica como persona. El no pertenecer al mismo, nos enfrenta con el miedo a la exclusión y al temor a no ser reconocido.

El hecho de perder su puesto y lugar de trabajo no solamente repercute en su vida laboral sino, que se extiende a los diferentes ámbitos de la vida del paciente: social y familiar.

Por otro lado, perderá contacto con sus compañeros de trabajo. Las relaciones que se establecen en este ámbito son muy significativas en la vida, ya que por lo general se pasa gran parte del día compartiendo con ellos no solamente el ámbito netamente laboral, sino también en los espacios de descanso o refrigerio donde se establecen relaciones informales, afectivas. Esta situación influye, ya que por lo general, se extrañan las relaciones, los vínculos y las actividades que se compartían junto a ellos.

Aparece en ciertos casos, como consecuencia de dicha situación, la dependencia económica, la cual, es muy difícil de aceptar en aquellos pacientes que fueron durante mucho tiempo independientes. La ayuda de los demás, al igual que el hecho de tener que pedir dinero para la satisfacción de sus necesidades, implica un

período difícil en donde el mismo deberá aceptar y asimilar las condiciones de esta nueva realidad.

En el ámbito laboral, las personas satisfacemos gran parte de nuestras necesidades, el hecho de no poder desenvolvernos en determinadas labores nos impide realizarnos y cumplir con los objetivos personales en dicha área.

El trabajo, por otro lado nos permite la planificación y proyección en la vida, genera sentimientos de seguridad, el que se ve afectado frente a la inestabilidad que implica la enfermedad.

Los hábitos y la rutina de una persona se rompen y en algunos casos presentan inadecuación en relación al manejo del tiempo, ya que el trabajo constituye un eje vertebral a través del cual organizamos nuestras vidas.

La principal dificultad derivada de la pérdida del puesto y el lugar de trabajo es que en algunos casos, se sienten incapaces para realizar otro tipo de tareas.

VI.2.3- Consideraciones socio- culturales

El cáncer, así como otras enfermedades, cuando se hacen presentes en la vida de las personas traen aparejadas consecuencias físicas, psicológicas, sociales. Cada persona de acuerdo al contexto socio cultural en el que se encuentra inmerso, receptará y afrontará la enfermedad de un modo único y particular. Entender al individuo como un ser integral, permitirá comprender la realidad de cada paciente, logrando identificar de esta manera cuáles serán sus posibilidades y limitaciones frente a la enfermedad y sus consecuencias.

El impacto que la enfermedad tenga en la vida laboral de la paciente, va a depender en gran medida de su nivel socio cultural y educativo

El nivel educativo de cada paciente es un factor esencial a tener en cuenta, ya que depende, en gran medida de éste, el tipo de trabajo al que la persona tenga posibilidades de acceder.

En los casos en donde el nivel de instrucción es muy básico, por lo general, dichas personas se desempeñan en labores predominantemente físicos, tales como operario de bodega, de fábrica, cosechadores, trabajo de depósito, empleadas domésticas, cocineras, entre otras.

Cuando a causa del linfedema dichas actividades no pueden ser realizadas, la persona se encuentra con ciertas dificultades en su reinserción laboral, ya que desconocen que poseen ciertas habilidades para poder llevar a cabo otro tipo de actividades en donde el cuerpo no sea la herramienta esencial.

La situación en la que se encuentran dichas pacientes en este período las enfrenta con el desconocimiento y la incertidumbre por no saber qué tareas son las que puede llevar a cabo.

Por otro lado, en determinados casos, por falta de instrucción educativa, estos pacientes no tienen la información necesaria acerca de los derechos que como trabajadores poseen, por ello, no los hacen valer. Algunos pacientes desconocen la existencia del cambio de función, por este motivo es que en determinadas circunstancias, el cambio no es planteado y exigido por el empleado al empleador, perdiendo de este modo, oportunidades laborales.

IV.2.4- Consideraciones económicas

La situación económica es otra variable muy importante a tener en cuenta. Cuando los pacientes son sostén de familia o cuando el sueldo de los mismos son un complemento necesario para satisfacer las necesidades básicas de la familia, la enfermedad implica una crisis y una reestructuración de roles. En algunos, los de sus miembro deberán comenzar con su actividad laboral para realizar aportes económicos a la familia antes de lo previsto o planificado.

Si bien en los casos donde se tenía un trabajo estable previo a la enfermedad, el paciente durante un determinado período continúa percibiendo su remuneración y, por otro lado en nuestro país existe la salud pública, hay gastos que deben enfrentar el paciente y su familia, como por ejemplo gastos de traslado. Esta situación implicará

tensiones en el sistema familiar ya que la enfermedad traerá aparejado costos que la familia en ciertos casos no puede afrontar.

IV.3- Obstáculos en la reinserción laboral

IV.3.1. En mujeres con trabajos estables

Como habíamos mencionado con anterioridad la inclusión de la mujer en el mundo laboral es muy reciente en la historia. Las enfermedades predominantes del sexo femenino, tal como es en el caso específico del cáncer de mama, se han hecho presentes en el mundo laboral, constituyendo una problemática que debe ser investigada con mayor profundidad. El análisis de las diferentes situaciones frente a la cual se enfrenta el paciente en su actividad laboral, posibilita el replanteo de las estructuras actuales.

La posición en la que se ubican las empresas y la ideología que cada una de ellas posee frente a dicha problemática, influye de manera significativa en la vida laboral de los pacientes.

Una empresa es una entidad que tiene como objetivo principal, la obtención de ganancias a través de la producción de bienes y/o servicios. La importancia de definir los fines de una empresa, es esencial, para poder analizar cuál es la postura de la misma cuando su producción se está viendo afectada por la enfermedad de uno de sus miembros.

Si bien, reconocemos que el trabajador está amparado por la ley, la plasticidad y el compromiso con que cada empresa aborda dicha problemática, difiere en gran medida, repercutiendo de manera significativa en la reinserción laboral de las pacientes con cáncer de mama.

Es necesaria la adaptabilidad de la empresa a dichas problemáticas haciendo valer los derechos del trabajador "... Se reitera la necesidad de que los responsables de las empresas y las administraciones tengan en cuenta la sensibilidad y flexibilidad

suficientes para valorar la situación de cada afectada que, en muchas ocasiones, ve limitadas algunas de sus capacidades...”(FECMA).

Una de las principales preocupaciones por parte de las empresas es la disminución del rendimiento de sus trabajadores y mayor ausentismo obstaculizando de esta manera el desarrollo de sus tareas y por ende, la producción de la empresa. El ausentismo trae aparejado para el empleador grandes costos económicos.

La empresa no siempre responde de la manera adecuada frente a dicha situación“...En unos casos se da una disminución de la categoría laboral...” (Estapé, T), lo cual no está amparado por la ley, al igual que la disminución de la remuneración percibida con anterioridad a la enfermedad.

En otros casos, se presenta como un obstáculo, el hecho de que los responsables de las empresas continúan identificando a dichas personas como enfermas y no como personas que tienen posibilidades de reincorporarse laboralmente en puestos en los que son capaces.

Regresar al trabajo tras una enfermedad implica una readaptación de ambas partes, por lo que la comunicación que se establezca es fundamental para poder establecer ciertos acuerdos.

En los casos en que la paciente no tenga las capacidades para desenvolverse en su trabajo anterior, sería de suma importancia que la empresa se comprometa con la problemática de la mujer afectada y considere seriamente la posibilidad de reubicarla dentro de la misma.

Si el trabajo que se realizaba anteriormente, implicaba grandes montos de estrés, por la cantidad de funciones que implicaba el mismo, es probable, que la persona tras su enfermedad tenga dificultades en su readaptación, ya que este, requiere de un ritmo que el trabajador no puede alcanzar por su estado de salud actual. La reincorporación gradual del empleado a su trabajo, trae aparejado ciertos beneficios para ambas partes, ya que fortalece la readaptación al trabajo del empleado e impide posibles ausentismos posteriores.

En un primer momento es necesario que por parte de la empresa se den ciertos permisos especiales para la realización de chequeos médicos y estudios los

cuales deberán ser informados por parte del empleado a la empresa. En algunos casos, dicha situación es difícil de comprender por parte de los responsables de las empresas

Por otro lado, existen ciertos prejuicios y desconocimiento de la enfermedad y de sus consecuencias, lo que puede influir en las decisiones que se tomen en relación a una persona que ha sido afectada por la misma. Es muy importante que las personas encargadas de reubicar al paciente o de llevar el seguimiento del mismo dentro de la empresa, estén bien informadas, actualizadas con respecto a la enfermedad; y puedan tomar decisiones éticas contemplando la legalidad que implica el tema. El dejarse llevar por prejuicios sociales con respecto a la enfermedad es poco profesional y se puede desperdiciar el potencial que un empleado posee.

“...Quizás no sea una cuestión de obligación sino de compromiso por parte del empresario que debería, desde un punto de vista ético, dar una oportunidad a quien ha sido menos afortunado...” (Amparo Bernet, 2008)

Una correcta adaptación del puesto de trabajo, en aquellos casos en que sea técnica y organizativamente posible, pueden hacer recuperables para el mercado laboral a una buena parte de esta población trabajadora. (Ares Camerino.A, 2008)

IV.3.2- Mujeres con trabajos transitorios e inestables.

Anteriormente se describió la situación de aquellas mujeres que en el momento de su enfermedad se encontraban realizando una actividad laboral fija y estable dentro de una empresa u organización, y se investigaron las consecuencias de su reinserción laboral dentro de dicho contexto.

Es de suma importancia, poder pensar en aquellas personas que al momento del inicio de su enfermedad sus actividades laborales eran inestables o transitorias o estables y en negro, y que pasado el período de cirugía y tratamiento, deciden regresar al mundo laboral.

Es necesario analizar, por lo tanto, las posibilidades actuales del mercado laboral, para aquellos pacientes que tras la enfermedad, comienzan con la búsqueda de un trabajo.

Como habíamos descripto anteriormente el cáncer de mama se presenta predominantemente en las mujeres entre los 40 y 69 años de edad. Tener en cuenta esta variable es de suma importancia, ya que por lo general las personas que se encuentran en dicha franja de edad, tienen ciertas dificultades en su búsqueda, ya que, la sociedad actual en la vivimos, no brinda mayores posibilidades de inserción a personas que se encuentran dentro de esta franja, aumentando de este modo las barreras laborales.

Muchas empresas prefieren apostar por los recién titulados y por las personas más jóvenes, dejando de lado las capacidades y la experiencia de personas mayores.

Por otro lado, cuando las secuelas de la enfermedad impiden el normal desenvolvimiento en determinados labores, los pacientes se encuentran en una situación de desventaja, ya que se reducen considerablemente las opciones laborales.

Otra variable a tener en cuenta es la posición de los empleadores frente a dicha problemática en el momento de seleccionar y contratar a una persona que ha sido víctima de dicha enfermedad. En ciertas ocasiones, como se mencionó con anterioridad, se considera que la persona no tendrá un rendimiento óptimo y no será productiva en su puesto de trabajo, por lo que dichas personas corren el riesgo de no ser seleccionadas por la empresa para realizar aquellos trabajos para los cuales son capaces, a causa de falta de información y prejuicios acerca de las consecuencias de la enfermedad.

La conjugación de todas estas variables dificultan en ciertos casos el retorno a la vida laboral; es necesario comenzar a replantearse los criterios bajo los cuales la sociedad actual se rige en lo que respecta a adaptar posibilidades laborales que les permitan volver a ser parte activa del mundo trabajo.

Las dificultades que se le presentan a dichas personas, lo enfrenta con frustraciones, angustias, y los hace sentir en algunos casos inútiles y desvalorizados en la comunidad a la cual pertenecen.

IV.4- Una propuesta para lograr la reinserción laboral de mujeres con cáncer de mama.

El programa de inserción laboral de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama impulsado por la Consejería de Empleo de la Junta de Andalucía y la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) está beneficiando a medio centenar de mujeres.

Ser mujer y haber pasado por un cáncer de mama dificulta la incorporación al mundo de trabajo, sobre todo teniendo en cuenta que desde que se detecta la enfermedad hasta que se finaliza la recuperación pueden pasar hasta dos años. Así lo explica Mercedes Río, médico y coordinadora de las actividades de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), quien indica que «lo que ocurre es que han estado mucho tiempo alejadas del mercado de trabajo». Por ese motivo, la AECC acaba de poner en marcha en El Ejido un programa de inserción laboral dirigido a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

Este proyecto, tiene como objetivo, además de promover la inserción socio-laboral de las mujeres con cáncer de mama, el potenciar a la vez su autoestima. Y es que, a menudo, las mujeres de este grupo presentan una autopercepción negativa de sí mismas, debido principalmente a que desconocen sus propias capacidades y potencialidades. Además, a menudo, se suma que la familia no las apoya cuando deciden buscar empleo, lo que unido a la dificultad para conciliar vida familiar y laboral, las hace desistir.

La mayoría de las usuarias del programa, enmarcado en la iniciativa de la AECC 'Mucho x vivir', tienen más de 40 años, escasa cualificación, recursos económicos y experiencia profesional, además de limitaciones físicas para desarrollar

algunos trabajos, por lo que necesitan de un apoyo especial para encontrar un trabajo que puede representar, más allá de una necesidad, un estímulo para superar el cáncer.

En la actualidad, se están beneficiando de este programa 48 mujeres mayores de 40 años, la mayoría de ellas con estudios básicos y experiencia laboral en el sector servicios (limpieza, hostelería, cuidado de mayores, de niños, etc). De todas ellas, 25 están trabajando, cuatro se han acogido a la Ley de Dependencia, dos participan en el Plan MEMTA (Plan de Medidas Extraordinarias para la Mejora de la Empleabilidad de las Personas Demandantes de Empleo) y doce están en búsqueda activa de empleo.

Las usuarias cuentan con la atención personalizada de una psicóloga contratada por la Junta Provincial de la AECC gracias a una subvención de la Consejería de Empleo, dentro de las ayudas para Proyectos de Interés General y Social. La psicóloga trabaja con ellas, mediante sesiones individuales y/o grupales, sus necesidades de adquisición de habilidades para la búsqueda de empleo, autoestima, motivación, etc.

En función del interés mostrado por las mujeres, se las deriva hacia cursos de Formación Profesional para el Empleo que complementaban su formación previa, ya que muchas de las ocupaciones en las que están trabajando requieren titulación.

Además, están experimentando un cambio muy positivo ya que se ven capaces de volver al mercado laboral conociendo sus capacidades y manifestando una mejora en su entorno social y familiar, puesto que el trabajo remunerado aporta independencia, realización personal y reconocimiento como miembro activo de la sociedad.

Este programa está contribuyendo a acabar con ciertos prejuicios existentes sobre las personas enfermas de cáncer, como que su rendimiento laboral es menor, que toman bajas laborales sucesivas, etc., gracias al buen desempeño del trabajo que están realizando las usuarias de este programa.

Además, desde la AECC las usuarias son derivadas a la red de orientación laboral de la Consejería de Empleo, Andalucía Orienta, donde se benefician de un itinerario personalizado de inserción, así como a las oficinas del Servicio Andaluz de

Empleo y a cursos de Formación Profesional para el Empleo, entre los que destacan los relacionados con el cuidado de personas dependientes.

La colaboración con Andalucía Orienta se traduce también en la derivación de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama hacia el programa de inserción laboral incluido en la iniciativa 'Mucho x vivir'.

Más información acerca del Programa

El programa de inserción laboral para mujeres mastectomizadas cuenta con varias fases. La primera consiste en la información y sensibilización, que es la que se ha realizado ya en El Ejido, y con la que se pretende llegar al colectivo de interés. Por el momento, durante la presentación del programa en el municipio ejidenses a finales de enero, se interesaron hasta ocho mujeres de la localidad, de las cuales tres han decidido que participarán en las actividades.

A continuación, las mujeres mastectomizadas realizarán una entrevista con los técnicos de Andalucía Orienta, donde teniendo en cuenta la experiencia profesional y recursos de la usuaria se determinará cuál es el itinerario que debe seguir para encontrar un empleo.

Taller

Durante el programa las mujeres participarán en un taller pre-laboral, de dinámica grupal, con el objetivo de establecer sus valores personales, así como la motivación laboral. Esta actividad, de ocho horas de duración, se distribuirá en dos sesiones de cuatro horas cada una de ellas.

También, desde el programa se valorará que algunas mujeres se incorporen a un curso de Formación Profesional Ocupacional. Según explican desde la Asociación Española Contra el Cáncer, «con la formación se busca no sólo una salida

laboral sino también adecuar el futuro empleo a las características de las usuarias, sirviendo éste al tiempo de acción rehabilitadora o preventiva del linfedema».

El proyecto ofrece también a las participantes sesiones grupales de orientación laboral, charlas para tratar las características del autoempleo, y asesoramiento. Pero además, desde la AECC se trabaja por sensibilizar al empresario, puesto que, a veces, existen reticencias por parte del tejido empresarial a la hora de contratar mujeres mastectomizadas. «En ocasiones, el empresario piensa que al ser mujer, de más de 45 años y mastectomizadas va a faltar más al trabajo, pero está comprobado que no es así». No en vano, según datos del SAE, seis de cada diez mujeres que han pasado por un cáncer de mama han vuelto a incorporarse al trabajo. Para Ríos está claro que «esto es posible porque en la actualidad la mujer que ha superado la enfermedad puede conseguir una buena calidad de vida».

MARCO METODOLÓGICO

V-METODOLOGÍA DEL TRABAJO

V.1-OBJETIVOS

- Investigar el impacto que el diagnóstico de la enfermedad tuvo a nivel psicológico, emocional y social en el paciente con cáncer mama.
- Estudiar la influencia del diagnóstico de la enfermedad en ámbito laboral de los pacientes.
- Profundizar en la temática de la reinserción laboral de los pacientes con cáncer de mama.
- Conocer el significado psicológico de las palabras: cáncer, enfermedad, diagnóstico y trabajo en el paciente con cáncer de mama.

V.1.1.-Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las reacciones psicológicas de los pacientes frente al diagnóstico de la enfermedad?
- ¿Cuáles son los significados que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama le otorgan al cáncer y su diagnóstico?
- ¿Cuáles son los significados que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama le otorgan a la enfermedad?

- ¿De qué manera contribuye el regreso al trabajo en la rehabilitación psicológica de los pacientes con cáncer de mama afectados por linfedema?

V.2-MÉTODO

V.2.1-Tipo de estudio

El estudio que se lleva a cabo es de tipo **descriptivo**. Dichos estudios, consisten en describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan; buscan especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que sea susceptible de analizar (Danke, 1989; citado por Hernández Sampieri y otros, 2008). Es decir, miden, evalúan, recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio de este tipo, se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o se recolecta información de cada una de ellas, para así describir lo que se investiga. Se busca a través de estos especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.

V.2.2-Metodología

La metodología de la investigación fue del tipo **cualitativa**, que es aquella en la cual se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una situación problema. La misma procura poder lograr una descripción holística, esto es, analizar profundamente, con sumo detalle, un tema o actividad en particular.

Las metas de la investigación cualitativa es describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por la experiencia de los participantes

V.2.3-Diseño

El tipo de diseño fue **narrativo**, en el cual el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Resultan de interés los individuos en sí mismos y su entorno.

Los diseños narrativos pueden referirse a toda la historia de un individuo o grupo; o a un pasaje o época de dicha historia de vida; o a uno o varios episodios. En estos diseños, más que un marco teórico, se utiliza una perspectiva que provee de estructura para entender al individuo o grupo y escribir la narrativa.

V.2.4-Sujetos o participantes

El participante de esta investigación fue una mujer de 60 años, que concurre periódicamente al grupo llamado “Volver a Empezar perteneciente a la Fundación “La Liga: Lucha contra el Cáncer”, la participante es madre de tres hijos y actualmente se encuentra realizando un microemprendimiento propuesto por la Fundación.

V.2.5-Instrumentos

Los instrumentos seleccionados para poder llevar a cabo la investigación fueron:

- Entrevista semidirigida

- Redes Semánticas Naturales, Valdez Medina, J. L., 2004.

Los instrumentos seleccionados posibilitaron en primera instancia obtener información y luego en el momento del análisis de los datos, los mismos se complementaron permitiendo aumentar la comprensión e interpretación del problema estudiado.

V.2.5.1- Descripción de los instrumentos utilizados

V.2.5.1.1-Entrevista Semidirigida

La entrevista es una de las principales técnicas que se utiliza en el ámbito de la psicología, por ello se la eligió como instrumento metodológico para la recolección de datos.

La entrevista es una técnica de investigación científica de la psicología y como tal tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales no solo se amplía y verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se lo aplica. (Bleger, 1975)

La entrevista semidirigida permite que por medio de preguntas abiertas el paciente pueda expresarse libremente a cerca de un tema y a la vez el entrevistador guía la entrevista señalando algunos vectores que permiten indagar aspectos que el entrevistado no ha referido espontáneamente, aclarar datos que el paciente no sabe cómo expresar y completar la información importante para el tema que se está investigando, asegurando así cumplir con los objetivos propuestos. (Siquier de Ocampo, 2003)

La entrevista semidirigida utilizada se apoya en una serie de preguntas que indagan aquellos aspectos que son de interés conocer para esta investigación, y a la vez le proporciona al entrevistado la fluidez necesaria para mantener el clima de

apertura y confianza en la relación tan necesaria para que el paciente pueda sentirse cómodo en esta situación. (Bonade, 2004)

V.2.5.1.1.1-Procedimiento para llevar a cabo las entrevistas

En un primer momento se pidió el consentimiento del paciente para ser parte de la investigación. Se realizaron dos entrevistas, en la primera se trabajó el concepto de cáncer, enfermedad, y diagnóstico.

En la segunda entrevista se profundizó acerca de la significación del trabajo, experiencias laborales, y sentimientos relacionados con la actividad laboral. Posteriormente se profundizó en las repercusiones del cáncer de mama en la actividad laboral del paciente.

V.2.5.1.1.2-Preguntas de la entrevista

Las preguntas que se llevaron a cabo en la entrevista tuvieron la finalidad de indagar aspectos que son útiles a los fines planteados en los objetivos de la investigación.

Las preguntas realizadas fueron:

¿Qué es para Usted el cáncer?

¿Por qué piensa que el cáncer está asociado con el temor y la muerte?

¿Qué sintió Usted frente al diagnóstico de la enfermedad?

¿Qué significa para Usted la palabra enfermedad?

¿Qué significa para Usted trabajar?

¿Qué sentía Usted cuando trabajaba?

¿Me podría contar alguna experiencia que Usted tuvo en su vida laboral?

¿Qué trabajos no pudo seguir realizando tras el cáncer?

¿Qué implicó para Usted dejar de trabajar en el lugar que trabajaba?

¿Qué siente Usted frente a la dificultad para poder llevar a cabo determinados labores?

¿Me podría relacionar las palabras cáncer y trabajo?

V.2.5.2- Redes semánticas naturales (Valdez Medina, 2004)

“La red semántica natural de un concepto es aquel conjunto de conceptos elegidos por la memoria a través de un proceso reconstructivo, que permite a los sujetos tener un plan de acciones, así como la evaluación subjetiva de los eventos, acciones u objetos

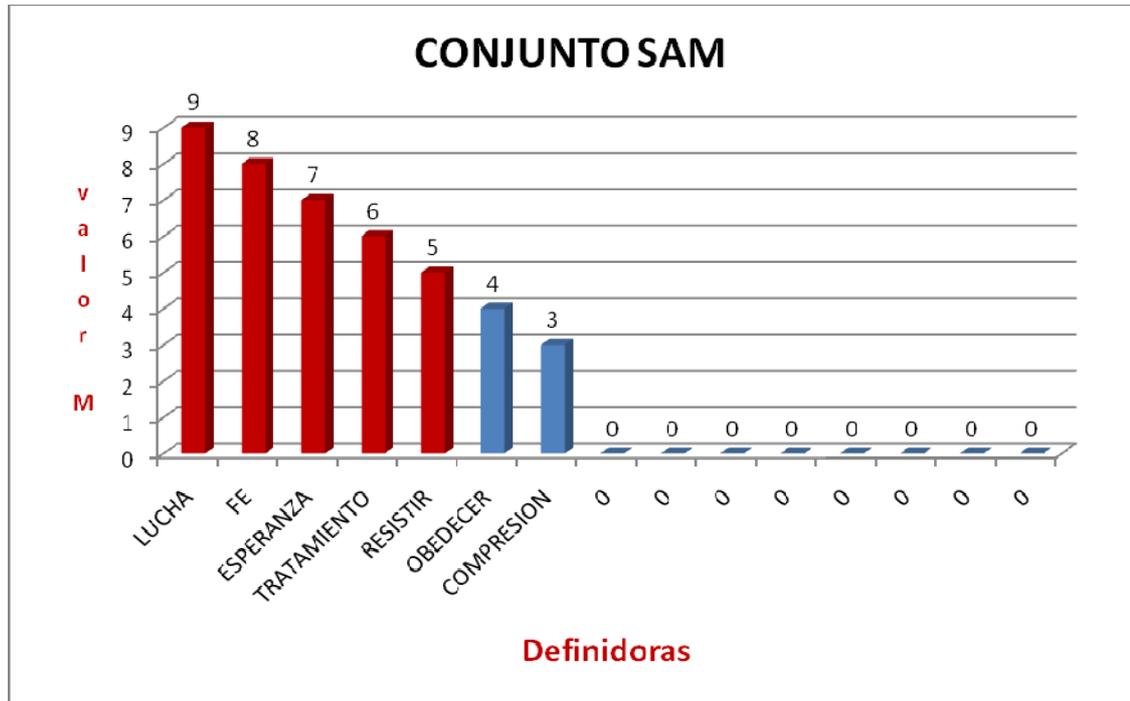
Esta técnica es una de las más eficaces para evaluar el significado psicológico de manera válida y confiable (Valdez Medina, 2004). Surgió de la necesidad de abordar el estudio del significado directamente en humanos (los modelos previos lo hacían por medio de computadores); intenta dar una explicación al problema acerca de las relaciones que se dan entre los nodos conceptuales que determinan la estructura básica de la red (Figuroa, 1980; citado por Valdez Medina, 2004).

El significado psicológico ha sido definido como “*la unidad fundamental de la organización cognoscitiva*”, está compuesto de elementos afectivos y de conocimiento, que crean un código subjetivo de reacción. Este concepto refleja la imagen del universo y la cultura subjetiva que tiene una persona, debido a que es una unidad natural de representación cognoscitiva y también sirve de estimulación para la producción de la conducta (Szalay y Bryson, 1973; citado por Valdez Medina, 2004).

Una red semántica es el conjunto de conceptos seleccionados por los procesos de reconstrucción de la memoria, considerando que esta selección, no es una simple asociación ya que está determinada por clases y propiedades de los elementos que la integran (Valdez Medina, 2004).

V.3- Resultados: Redes Semántica Naturales

Gráfico 1: Red semántica de la palabra Cáncer



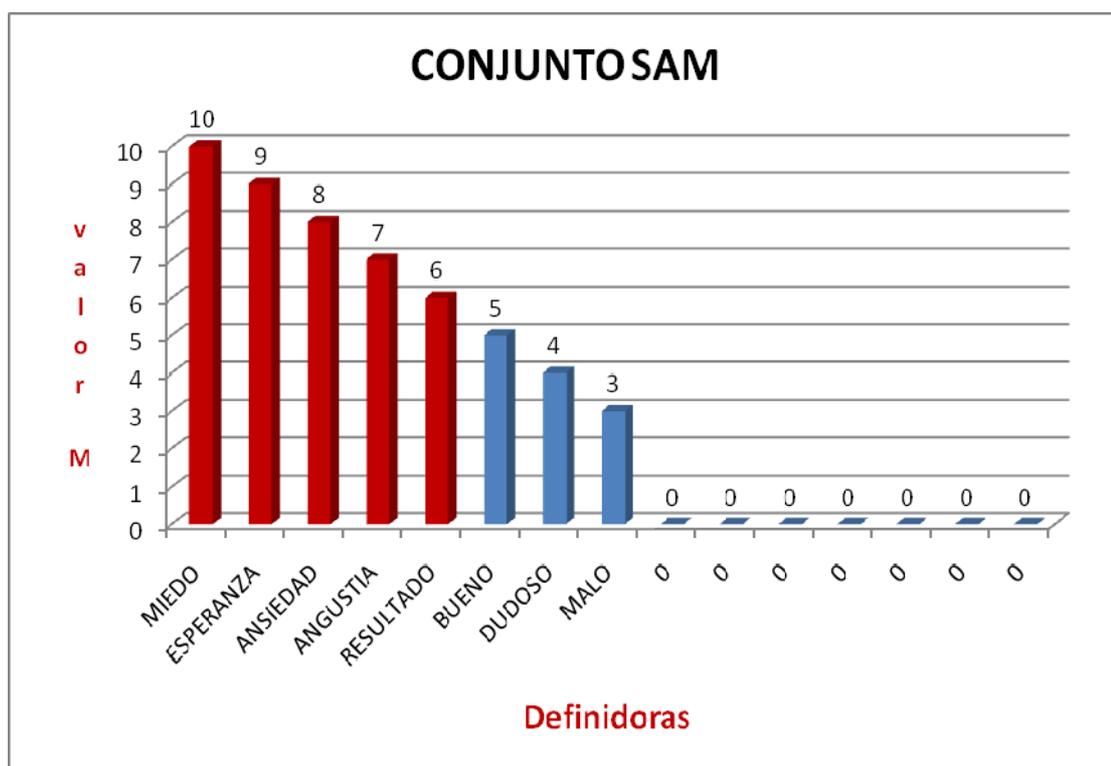
El **valor J** correspondiente a la palabra estímulo “cáncer” es 7. El Conjunto SAM quedó conformado por todas las palabras seleccionadas por el sujeto. El valor M de los conceptos fueron: lucha 9 , fe 8 , esperanza 7, tratamiento 6, resistir 5, obedecer 4 y comprensión 3.

Tabla 1: Valor FMG de la palabra Cáncer.

DEFINIDORAS-CONJUNTO SAM	VALOR M	VALOR FMG
LUCHA	9	100
FE	8	89
ESPERANZA	7	78
TRATAMIENTO	6	67
RESISTIR	5	56
OBEDECER	4	44
COMPRESION	3	33

Al obtener el Valor FMG, es decir la distancia semántica, para cada palabra del Conjunto SAM se categorizaron los resultados (Valdez y Hernández, 1986; citado en Valdez, 1998); los porcentajes considerados fueron: 100% para el núcleo de la red, 89 % para el atributo esencial, 78% y 67% para el atributo secundario, 56 % y 44 % para los atributos periféricos y, por último, 35 % para la zona de significados personales.

Gráfico 2: Red semántica de la Palabra Diagnóstico



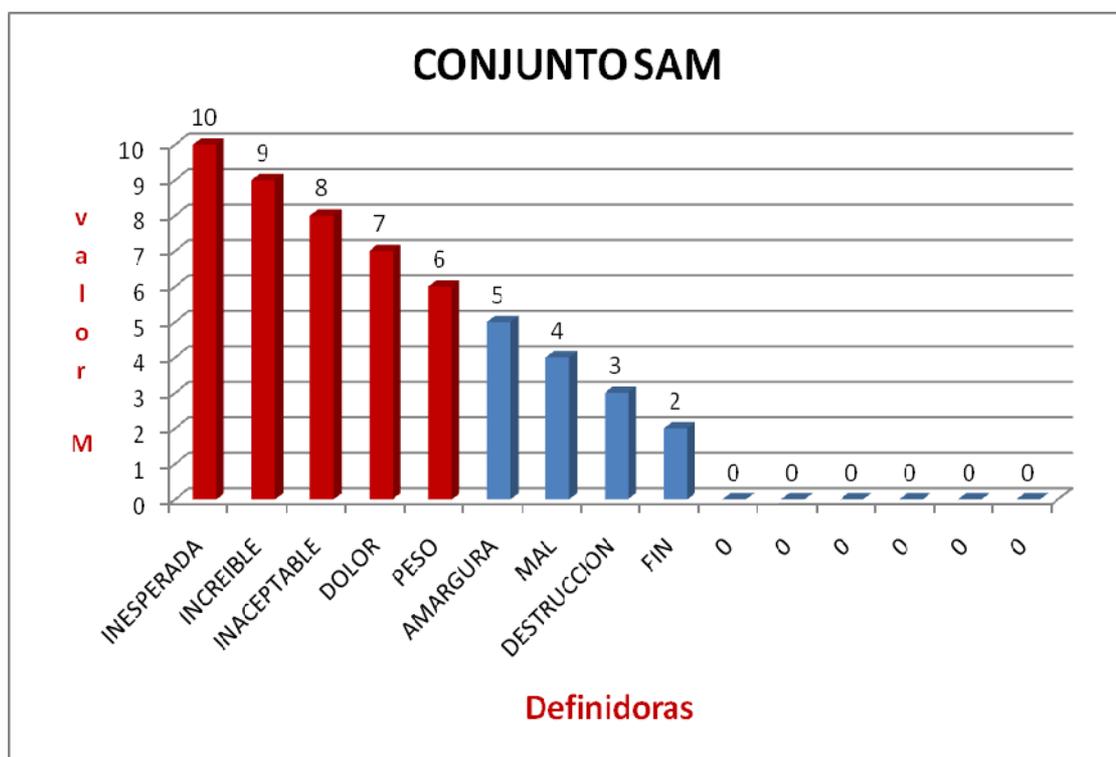
El **valor J** correspondiente a la palabra estímulo “diagnóstico” es 8. El Conjunto SAM quedó conformado por todas las palabras seleccionadas por el sujeto. El valor M de los conceptos fueron: miedo 10, esperanza 9, ansiedad 8, angustia 7, resultado 6, bueno 5, dudoso 4 y malo 3.

Tabla 2: Valor FMG de la palabra Diagnóstico.

DEFINIDORAS-CONJUNTO SAM	VALOR M	VALOR FMG
MIEDO	10	100
ESPERANZA	9	90
ANSIEDAD	8	80
ANGUSTIA	7	70
RESULTADO	6	60
BUENO	5	50
DUDOSO	4	40
MALO	3	30

Al obtener el Valor FMG, es decir la distancia semántica, para cada palabra del Conjunto SAM se categorizaron los resultados (Valdez y Hernández, 1986; citado en Valdez, 1998); los porcentajes considerados fueron: 100% para el núcleo de la red, 90 y 80 % para el atributo esencial, 70 y 60 % para el atributo secundario, 50 % y 40 % para los atributos periféricos y, por último, 30 % para la zona de significados personales.

Gráfico 3: Red semántica de la Palabra Enfermedad

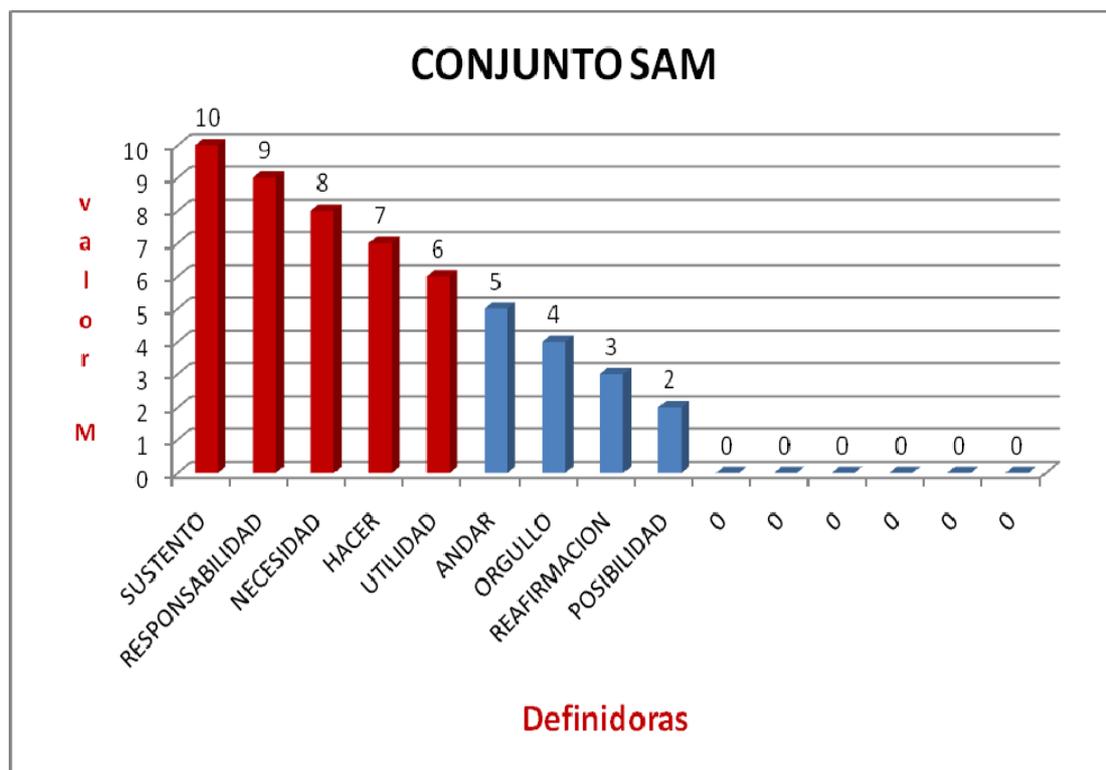


El **valor J** correspondiente a la palabra estímulo “enfermedad” es 9. El Conjunto SAM quedó conformado por todas las palabras seleccionadas por el sujeto. El valor M de los conceptos fueron: inaceptable 10, inesperada 9, increíble 8, dolor 7, peso 6, amargura 5, mal 4, destrucción 3 y fin 2.

Tabla 3: **Valor FMG de la palabra Enfermedad.**

DEFINIDORAS-CONJUNTO SAM	VALOR M	VALOR FMG
INACEPTABLE	10	100
INESPERADA	9	90
INCREIBLE	8	80
DOLOR	7	70
PESO	6	60
AMARGURA	5	50
MAL	4	40
DESTRUCCIÓN	3	30
FIN	2	20

En el núcleo de la red aparece la palabra inaceptable, las palabras inesperada e increíble aparecen como atributo esencial, las palabras dolor y peso aparecen como atributos secundarios, las palabras amargura y mal como atributos periféricos y por último las palabras destrucción y fin aparecen en la zona de significados personales.

Gráfico 4: Red semántica de la Palabra Trabajo

El **valor J** correspondiente a la palabra estímulo “trabajo” es 9. El Conjunto SAM quedó conformado por todas las palabras seleccionadas por el sujeto. El valor M de los conceptos fueron: sustento 10, responsabilidad 9, necesidad 8, hacer 7, utilidad 6, andar 5, orgullo 4, reafirmación 3 y posibilidad 2.

Tabla 4: Valor FMG de la palabra Trabajo.

DEFINIDORAS-CONJUNTO SAM	VALOR M	VALOR FMG
SUSTENTO	10	100
RESPONSABILIDAD	9	90
NECESIDAD	8	80
HACER	7	70
UTILIDAD	6	60
ANDAR	5	50
ORGULLO	4	40
REAFIRMACIÓN	3	30
POSIBILIDAD	2	20

Al obtener el Valor FMG, es decir la distancia semántica, para cada palabra del Conjunto SAM se categorizaron los resultados (Valdez y Hernández, 1986; citado en Valdez, 1998); los porcentajes considerados fueron: 100% para el núcleo de la red, 90 y 80 % para el atributo esencial, 70 y 60 % para el atributo secundario, 50 % y 40 % para los atributos periféricos y, por último, 30 % para la zona de significados personales.

V.4 -Análisis y Discusión de resultados

- Al visualizar las diferentes palabras de la red semántica conformada por la palabra **cáncer**, podemos observar que las palabras, lucha, fe, esperanza, hacen referencia a la actitud con la cual la paciente enfrenta el cáncer.

En el núcleo de la red aparece la palabra lucha, en la entrevista la paciente refiere “...*El cáncer me enseñó a luchar, no a ver que hagan por uno, sino que hay que luchar por uno mismo...*” “...*Insistir, buscar soluciones en vez de problemas...*”. En relación a esto, podemos pensar que es una paciente que decide pelear por su vida, por su salud, evidencia una posición activa y capacidad para tomar decisiones frente a su enfermedad.

Desde el marco teórico podemos pensar en la importancia de la fé en este momento de la vida del paciente, ya que frente al cáncer los pacientes necesitan creer y aferrarse a alguien superior, que le permita tener esperanza y fortaleza.

En la red semántica aparece como atributo secundario la palabra tratamiento, y en la periferia de los significados las palabras resistir y obedecer. Se podría pensar que estas palabras denotan **acciones**, que hacen y forman parte de la lucha del paciente, en la entrevista la paciente refiere “...*cuando a uno le dicen, ya está, hay que seguir, hay que obedecer, hay que seguir los pasos, hay que se seguir peleando...*”. El hecho de obedecer, (al sistema sanitario, a su familia) el hacer el tratamiento, y resistir a los efectos de los mismos forman parte para de la posición con la que el paciente enfrenta su enfermedad.

-Las palabras con mayor peso semántico frente al concepto **diagnóstico** fueron: miedo, esperanza, ansiedad, angustia, resultado.

Si observamos las diferentes palabras de la red, e hiciéramos un intento de agruparlas podríamos pensar que las primeras cuatro palabras describen **reacciones emocionales** frente a un posible diagnóstico, dentro de las cuales miedo, ansiedad y angustia tendrían una connotación negativa y esperanza una connotación positiva. Las cuatro palabras finales hacen referencia al cómo es el **resultado** en sí del diagnóstico, bueno, malo, dudoso

La red semántica es aquel conjunto de conceptos elegidos por la memoria, a través de un proceso reconstructivo, que va desarrollándose y adquiriendo nuevas relaciones y elementos a medida que aumenta el conocimiento general del sujeto por medio de este proceso activo.

Dentro de la red podemos observar que las palabras elegidas: miedo, esperanza, ansiedad y angustia suelen estar relacionadas con las respuestas emocionales frecuentes frente al diagnóstico de cáncer.

El miedo, es una de las reacciones esperadas en la fase previa al conocimiento de la enfermedad. En la entrevista la paciente refiere "...Si el nódulo era bueno o malo, no quería saber nada, no sé se me puso que no quería saberlo, debía ser por el temor que le tenía al diagnóstico...". El miedo aparece frente a un posible resultado malo. El cáncer es una enfermedad temida socialmente, se la asocia con el dolor, la muerte y el sufrimiento, por lo que aparece en el relato de la paciente otra reacción propia ante el diagnóstico de la enfermedad que es la negación. La negación es un proceso defensivo que tiene como finalidad no ver aquellos aspectos que aterrorizan y que responde a la fantasía de que aquello que no se ve, no existe, no implica peligro, por lo cual el paciente tratará de ocultar, de hacer desaparecer la realidad.

La palabra esperanza podría hacer referencia al sentimiento que aparece antes de que el diagnóstico sea definitivo, y refleja el deseo de no recibir el diagnóstico malo. El período de espera de los resultados, es generador de ansiedad ya que el

paciente se enfrenta a lo desconocido e incierto. Aparece la angustia por ver amenazada su integridad física, personal, familiar y social.

- Al observar la red frente al estímulo **enfermedad** aparecen las palabras inaceptable, inesperada, increíble, dolor, peso, amargura, mal, destrucción y fin. Al observar la red vemos que todas sus palabras tienen una connotación negativa.

Podríamos pensar que las palabras inaceptable, inesperada e increíble hacen referencia a las reacciones frecuentes frente al conocimiento de la existencia de la **enfermedad**. Las palabras dolor, peso, amargura, si bien refieren y están relacionadas con las diferentes reacciones frente al diagnóstico, ponen principalmente el acento en los **sentimientos del paciente**. Las últimas tres palabras: mal, destrucción y fin ponen mayor acento en la **enfermedad** y describen las posibles consecuencias

Si bien estas reacciones psicológicas también aparecen en otras enfermedades, en el cáncer, como nombramos anteriormente, al ser una enfermedad temida socialmente, ya que la misma está asociada a la muerte, aparece en el núcleo de la red la palabra inaceptable. El paciente no acepta perder el control sobre su vida, al igual que no acepta perder su estado de salud y vitalidad, pero principalmente lo que no acepta es morir. En la red semántica de cáncer todas las palabras tienen una connotación positiva, y en su núcleo **lucha** se evidencia un camino en el cual la paciente luchará contra el cáncer y sus efectos, luchará contra lo inaceptable de la enfermedad, contra la muerte, el dolor y el sufrimiento.

La palabra que aparece en el núcleo de significado psicológico es la palabra **inaceptable**. Desde el marco teórico podemos observar las diferentes etapas por las cuales atraviesa el paciente frente al diagnóstico de la enfermedad. En un primer momento las personas, al tomar conocimiento de su enfermedad, no lo pueden creer, el paciente, por lo general, en este período no puede aceptar la realidad de lo que le sucede, porque aún su estructura psíquica no puede asimilar lo que le está sucediendo, no aceptarlo implica evitar enfrentarse con el aquello a lo que se le teme. El paciente

frente a lo inaceptable comienza una búsqueda frenética para que le digan que no es cierto, que eso no le puede estar pasando, que es una equivocación.

La enfermedad suele ser inesperada en la vida de una persona. Estudios demuestran que no hay una preocupación por la enfermedad previa al diagnóstico, si bien puede haber una sensibilidad acrecentada cuando ha existido por parte del paciente una autoobservación y palpación, las cuales pueden influir en una primera sospecha. La enfermedad en la mayoría de los casos irrumpe violentamente en la vida de las personas.

El dolor, la amargura, el peso, aparecen frente al reconocimiento de que se está enfermo, tras la ira y el resentimiento. El paciente en este momento sentirá dolor, no sólo físico, a causa de la cirugía y los tratamientos, sino que también sentirá dolor frente a las pérdidas que trae aparejada la enfermedad, pérdidas corporales, asociadas con la femineidad, de roles, de funciones, de proyectos.

La enfermedad suele ser descriptas por los pacientes como un peso, algo que cuesta llevar en la vida, ¿Por qué a mí? o ¿Qué hice yo para merecer esto? un peso que les toco llevar. La enfermedad implica amargura, dicho sentimiento está relacionado con la pena, el disgusto que trae aparejado tener cáncer de mama.

Las últimas tres palabras mal, destrucción y fin podemos pensarla desde la entrevista, la paciente refiere “...falleció mi mama y mi papa de cáncer, por lo que son partes que te tocan muy cerca, familia muy cercana , por eso uno que lo vio tan de cerca y lo sufrió a la par de ellos, por eso es el miedo, a ver como sufrieron, a morir, a como murieron, entonces no es tan tanto el miedo a la enfermedad, sino a cómo uno va a terminar su vida, como va a terminar su vida, porque uno ve como sufren tanto, porque cuesta que mueran. Hasta que llegan al fin es una realidad...”. La paciente refleja claramente por su experiencia vivida, el temor a morir, al fin y al como morir, a la destrucción a causa de la enfermedad. Aparece el miedo al dolor, y al sufrimiento.

- Al visualizar las diferentes palabras de la red semántica conformada por la palabra **trabajo**, lo que se puede observar es que todas las palabras tienen una connotación positiva. Las primeras tres palabras, que abarcarían el núcleo de la red y

sus atributos esenciales: sustento, responsabilidad y necesidad podrían guardar relación con aquello que posibilita el hecho de trabajar, sustentarse, ser responsable de uno mismo, satisfacer necesidades. Las palabras que aparecen en el atributo secundario de la red, hacer y utilidad se las podrían pensar desde el plano de las acciones humanas y desde el plano de lo sentimental, de las emociones que el trabajar en sí generan en primer lugar. En los atributos periféricos vuelven aparecer estos dos planos andar y orgullo pero se evidencia la diferencia, al igual que el grado de importancia con las que aparecen en el atributo esencial. Por últimos las palabras que aparecen en la zona de significado personales se encuentra reafirmación y posibilidad, que se lo puede pensar desde cómo la paciente resignifica el trabajo tras su enfermedad.

En la red podemos observar que en su núcleo se encuentra la palabra sustento. En la entrevista la paciente refiere “...*para vivir hay que comer y para comer hay que trabajar...*”. El trabajo, al ser una actividad por medio de la cual se obtiene una remuneración, permite al individuo tener un sustento económico para poder satisfacer sus necesidades básicas. El trabajo le permite a la paciente tener un sustento para poder vivir.

Por otro lado la paciente refiere “... *No es lo mismo, por ejemplo en el matrimonio aportar económicamente, que ser una mantenida, para mí cada uno debe ganarse su propio sustento...*”. Se puede observar que la paciente es una persona independiente que busca sus propios recursos para poder autosustentarse.

En el atributo esencial se encuentra la palabra responsabilidad. En la entrevista la paciente frente a la pregunta ¿qué es el trabajo?, la misma responde, es una responsabilidad de vida. Podemos observar la significación particular que la paciente tiene en relación al trabajo, y el lugar que el mismo ocupa en su vida. La paciente al decir que el trabajo es una responsabilidad de vida, evidencia una opción ética, donde el trabajo se constituye en la esencia de un modo de hacer en el mundo.

La paciente en la entrevista habla de su enfermedad y de las consecuencias laborales que la misma trajo aparejada, describe su situación económica y familiar “...*Todos mis hijos están casados, con sus responsabilidades, estamos los dos solos, y mi marido también está enfermo, por lo que también tengo que hacerle frente a todas*

las responsabilidades. Que si por un lado he perdido capacidad tendré que buscar otras, porque si bien antes me defendía, tendré que buscarle solución de otra manera, tendremos que buscar solución de una manera u otra y buscar solución entre nosotros, no podemos estar dependiendo de los hijos, nosotros somos responsables de nosotros, que los dos nos ayudemos el uno para el otro, y salgamos a adelante...”

A través de lo relatado por la paciente puede observarse un reconocimiento de aquello que a causa de la enfermedad se ha perdido, la capacidad para llevar a cabo determinadas labores y trabajos, lo cual implica que la paciente ha logrado aceptar su enfermedad, significarla de otra manera y buscar y aprender otros modos y maneras para vivir y enfrentarse a la vida. Por otro lado, se evidencia, en los modos de accionar de la paciente, una actitud firme y decidida en pos de la superación de los obstáculos, en donde se el trabajo ocupa y opera siendo un eje central en su vida.

La tercera palabra que aparece en la red es necesidad. En la entrevista la paciente refiere “...*tejía y bordaba, en cambio acá sí, pero, si te cambia la vida, es un sacrificio que te ayuda a vivir, es un sacrificio necesario, te ayuda, te saca de la rutina permanente...*”

Es de destacar que el significante necesidad definido como sensación de carencia unida al deseo de satisfacerla, va mas allá de la necesidad biológica, se trata de una necesidad de orden psicológico, a propósito podemos articular esto con la teoría de la pirámide propuesta por Maslow.

En la pirámide podemos visualizar las diferentes necesidades que tenemos los seres humanos. Maslow definió en su pirámide las necesidades básicas del individuo de una manera jerárquica, colocando las necesidades más básicas o simples en la base de la pirámide y las más relevantes o fundamentales en la cima de la pirámide, a medida que las necesidades van siendo satisfechas o logradas surgen otras de un nivel superior o mejor. En la última fase se encuentra con la «autorrealización» que no es más que un nivel de plena felicidad o armonía.

La paciente habla del trabajo como una necesidad. En la entrevista refiere“...
“...*Cuando trabajaba, otra cosa que me gustaba, era cuando venía una persona y me decía por ejemplo: “...yo vengo porque sé que Usted le hizo esto o tal otro a esta persona, y ahora quiero que me lo haga a mí...* Podemos visualizar en la paciente la

necesidad de estima, en donde la misma a través de su trabajo obtenía un reconocimiento de los demás, un reconocimiento social, que guarda relación con que los demás reconocen una labor bien hecha.

“...En mi caso particular, que es que nos juntamos en mi casa para hacer el microemprendimiento me encanta recibirlas, antes de que vengan yo ya estoy pensando en donde podemos hacer tal cosa, en donde podemos dejar esto otro...”, en lo relatado podemos observar las necesidades de pertenencia, se puede observar la importancia de las relaciones sociales, de pertenecer a un grupo, que también está relacionado con la necesidad de afecto.

La cuarta palabra (atributo secundario) de la red es hacer. Se puede observar a lo largo de la entrevista una considerable cantidad de veces en donde la paciente hace referencia a la palabra “hacer”. En la entrevista cuenta algunos hechos de su vida, a través de los mismos podemos deducir, que la paciente ha dedicado gran parte de su vida al trabajo, al hacer cosas para su trabajo. El hacer también guarda relación con el esfuerzo, evidenciando ser una persona activa. Algunas de las frases utilizadas fueron: *“... Cuando yo era presidenta de la unión vecinal, yo hacía un montón de cosas...”* *“... Me acuerdo cuando salió elegida como reina la chica que se había postulado en mi barrio, yo le hice el vestido, la peine, la acompañaba a la municipalidad, cargábamos cosas en la trafic, a mi me encantaba hacer todo eso...”*

“...Trabajaba en peluquería y en la en la costura, por ejemplo haciendo los bolsos reversibles...”

“Los recuerdos más lindos que tengo de mi trabajo, es sobre todo haberle hecho los vestidos de quince a mis nietas, los vestidos de novia a mis hijas y nueras, haberlas peinado para las fiestas. Otra cosa que recuerdo es haber hecho la bandera gigante de Argentina, de eso tengo un diploma, un certificado, esas son mis mayores satisfacciones...” *“...trabajar es un cambio de rutina, es cambiar de estar entre las ollas y la comida, a hacer las manualidades que es lo que a mí me gusta, estar entre lo que me gusta, o salir a hacer cursos...”*

Se puede observar que es una persona que ha sido productiva y que precisa seguir siéndolo ya que sus labores han causado en ella gran satisfacción. Los trabajos que la paciente hizo con afecto a personas queridas han quedado guardados en su

memoria de una manera significativa, al igual que los labores que ella realizaba con mucho interés, motivación y con un gusto particular. Por otro lado para la paciente el trabajo implica un cambio de rutina, una posibilidad para hacer aquellas cosas que le gustan, la motivan, y en este sentido se puede pensar que el trabajo, el hacer, la revitaliza, le da vida.

En la entrevista frente a las pregunta *¿qué cosas ya no puede hacer como consecuencia de la enfermedad?* La paciente responde “...ya no puedo trabajar con la tijera y no puedo, cuando ya no puedo seguir trabajando de peluquera, cuando por ejemplo en mi casa ya no puedo hacer fuerza, no puedo pasar el lampazo, ni el trapo de piso, eso me lo han prohibido. Y yo estaba acostumbrada a hacerlo.

“... Uno piensa que no va a poder volver hacer nunca más nada...”

“...Es como que te dicen, vos ya no vas a poder hacer las cosas que hacías antes, o ya no vas a poder hacer las cosas como las hacías ante, y la realidad es que ya no se puede igual que antes...”

- *Para mí el cáncer es la enfermedad que nos aqueja y el trabajo es lo que nos gustaría poder hacer, lo que no nos hubiese gustado dejar de lado. Es como que el cáncer me corta la libertad para poder hacer.*

La paciente a través de sus respuestas a lo largo de la entrevista evidencia como el cáncer marco un límite físico coartando la posibilidad de hacer. Pero lo importante es poder observar como la paciente tiene la capacidad de poder ver aquello que si puede hacer. El hacer guarda relación con acciones, con las ganas de movilizarse, con la vitalidad y las ganas de vivir. Podemos ver sus ansias de superación.

De este modo observamos como las acciones que realiza la paciente están relacionadas con las ganas de aferrarse a la vida. Esto lo podríamos relacionar con el hecho de hacer los tratamientos, el hacer en pos de la rehabilitación. Implica el hacer para poder vivir.,

“...Uno, al final tiene que hacer aquello QUE puede, aquello para lo que uno tiene fuerzas. A veces creo que uno no se tiene que porfiar a si misma queriendo hacer lo que hacíamos antes.

“...Creo que es poder ver lo que yo sí puedo hacer y con lo que puedo hacer, hacer hasta lo que más puedo, trato de salir, de distraerme, de no pensar de que lo que me pasa es a causa de la enfermedad...”.

“...Entonces antes para hacer cosas me demora re poquito, ahora por ahí me demoro horas en poder hacerlo, lo tengo que hacer por etapas, pero lo bueno, es que lo hago...”

Lo anterior evidencia de este modo la **aceptación** de la enfermedad, esta es la última etapa por la que atraviesa el paciente. Una vez que se ha atravesado por un camino, difícil, se llega a una aceptación. El dolor, la pena, los sentimientos negativos y depresivos son asimilados. La persona puede pensar de manera constructiva. Planear que se va a hacer de ahora en adelante, proponer puntos de vista, y jerarquizar aquellas cosas que consideran más importantes. Y sobre todo se le encuentra un significado a la enfermedad. Esto hace que la vida tenga un sentido. La persona se pregunta, ¿Por qué a mí? Y al encontrar ciertas respuestas va armando una red de contención en donde puede comenzar a moverse. Es así que, el paciente, deberá aprender nuevas maneras de manejarse en la vida. Así como adaptarse a un cambio, en donde la crisis se transforma en oportunidad.

La quinta palabra que aparece en la red es utilidad. En la entrevista la paciente refiere:

- *“...Para mi trabajar, es sentirse útil, es ser útil, no que todo te lo tengan que dar”.* Se visualiza como el trabajo le permite a la paciente tener un sentimiento con respecto a si misma y a definirse a sí misma. El trabajo favorece el fortalecimiento de la autoestima y de su ser, trabajar es ser útil, ya que produce beneficios para uno mismo, a través de sus trabajos, como así también ser útil para los demás, ser útil para la vida.

- Tras la enfermedad se puede observar como por momentos este sentimiento fue variando:

“... Uno se siente que va quedando inútil, primero a mí me prohibieron hacer cosas por la artritis, por mi problema de columna, por ejemplo estar tanto tiempo sentada en la máquina de coser, después con el cáncer me prohibieron hacer otras cosas, entonces para mí, son como etapas que se van cayendo, partes de utilidad que se van cayendo.”

“... uno piensa que no va a poder volver hacer nunca más nada, y uno va a ser una inútil que la tienen que estar sirviendo...” Frente al sentimiento de inutilidad también aparece el temor a la dependencia:

“...Mis hijos me trajeron el lampacito con el balde, cosa de que yo no tenga que hacer tanta fuerza al estrujar el trapo. Entonces hay cosas que por ejemplo limpiar el piso, yo vivo con mi nieto entonces él me dice, deja abuela, yo lo voy a limpiar...”

“...Por ejemplo ahora yo en mi casa trato de comprar todas cosas de plástico, si no si se me caen los platos de vidrios, hago un desastre, al principio pensaba todo lo que toco se me cae, me sentía mal, decía “... Soy grande y se me caen las cosas...”

El trabajar permite a las personas conocerse y valorarse a las personas de una manera diferente. La paciente cuando habla del microemprendimiento cambia su visión con respecto a ella misma.

“...Para mí es una distracción que nos sirve a todas, yo me siento muy útil, creativa, me siento capaz de poder hacer otras cosas, que quizás no sabía que las podía hacer...”

La sexta palabra que aparece en la red es andar. Una vez más podemos observar una acción, que tiene que ver con que el trabajo implica ir de un lugar a otro, movilizarse, no quedarse quieto, implica elegir y optar por un modo de vida.

La séptima palabra es orgullo: La paciente en la entrevista refiere: “...Para mi trabajar es un orgullo...”, “...mientras más lindo me quedaba lo que yo hacía, los vestidos, por ejemplo, más orgullosa me sentía...”. La Real Academia Española define orgullo como la estima que un hombre tiene de sí mismo y que proviene de la ambición moral de vivir en la propia consistencia con los valores personales

racionales. La paciente durante su vida laboral pudo valorarse y estimarse de una manera positiva gracias a su trabajo.

- Las últimas dos palabras (zona de significados personales) de la red son: reafirmación y posibilidad. La palabra reafirmación podría tener relación con el hecho de volver a afirmarse en la vida, afirmarse a sí misma que puede seguir haciendo, produciendo, creando. La paciente en la entrevista refiere “...*un día me pare firme y me dije a mi misma tengo que seguir con lo que yo si puedo...*”, es reafirmar su capacidad ante la vida. La última palabra tiene que ver con la oportunidad, de conocerse a sí misma, de encontrar en ella nuevas habilidades para poder seguir trabajando. Nuevamente se evidencia en la paciente una fuerte actitud positiva ante la vida.

A través de la red semántica queda ejemplificado el valor central del trabajo, el cual implica un modo de estar y de hacer en el mundo, un modo de aferrarse a la vida.

V.4.1-Análisis de los núcleos en las redes semánticas cáncer, enfermedad, diagnóstico y trabajo

Tabla 5: Núcleos en las redes semánticas cáncer, diagnóstico, enfermedad y trabajo

Cáncer	Enfermedad	Diagnóstico	Trabajo
Lucha	Inaceptable	Miedo	Sustento

Para poder comprender los núcleos de las diferentes redes, es necesario dar un orden a los diferentes momentos por los que atraviesa el paciente. En un primer momento aparece la sospecha y posterior posible confirmación del diagnóstico, a través del mismo el paciente toma conocimiento de que está enfermo, enfermo de cáncer.

A través de los núcleos podemos observar claramente como la paciente vivencia los diferentes momentos: la sospecha, el conocimiento de la enfermedad, y la posición que se toma frente a la misma. La posible confirmación del diagnóstico genera en el paciente miedo, no olvidemos que es una enfermedad temida socialmente, está relacionada con la muerte y es vista como un mal sin cura. Consecuentemente, tomar conocimiento que se tiene la enfermedad es en un primer momento inaceptable, la paciente no puede aceptar que eso le esté pasando a ella, piensa ha sido una equivocación y comienza una búsqueda frenética para confirmar que lo que le han dicho no es cierto. Cuando el diagnóstico está confirmado, la paciente muestra por medio de la red, una actitud de lucha contra el cáncer, una lucha frente a lo inaceptable.

En el núcleo de la red de trabajo aparece la palabra sustento: alimento y mantenimiento de lo necesario para vivir, y también sustento es: sostén y apoyo; en definitiva el trabajo es el apoyo para vivir.

Así como el cáncer adopta una forma abigarrada, con ramificaciones, **adhiriéndose** a todo lo que agarra, de modo similar a un cangrejo, destruyendo aquellos órganos que toca, el trabajo es un sustento, un apoyo que permite vivir, **adherirse y luchar por la vida**

V.5- Proyecto de reinserción laboral en pacientes con cáncer de mama

En el grupo “Volver a Empezar” perteneciente a la Fundación La Liga lucha Contra el cáncer en el departamento de Tunuyán, Provincia de Mendoza, se realiza un acompañamiento psicológico a mujeres que han sido diagnosticadas de cáncer de mama.

Las participantes del grupo tienen más de cuarenta años de edad, poseen escasos recursos económicos, baja calificación educativa, y limitaciones físicas a causa del linfedema.

En el contacto tomado con las pacientes se detectaron diferentes problemáticas que las aquejaban, y una de las principales preocupaciones referida por ellas, era la limitación física para llevar a cabo determinados quehaceres domésticos y para poder realizar las actividades laborales en las cuales se desempeñaban con anterioridad a la enfermedad, ya que las mismas realizan trabajos predominantemente físicos, en donde se utilizaba el o los miembros superiores para su realización (operaria de fábrica, cosechadora, peluquera).

Por prescripción médica las pacientes no pueden realizar trabajos en donde exista esfuerzo físico, actividades en donde el brazo esté expuesto a altas temperaturas, por otro lado, está prohibido el uso de químicos y se debe tener una extrema precaución cuando las pacientes trabajan con agujas, ya que una lesión realizada con la misma puede dar lugar a infecciones complicando el cuadro que presentan.

Ante la problemática planteada, y al poder detectar el impacto psicológico y emocional que traía aparejado perder sus puestos de trabajo, se comenzó a poner mayor interés en dicha conflictiva y se buscaron con las pacientes diferentes posibilidades y alternativas.

Una de las principales dificultades con las que se enfrentaron las pacientes es que alguna de ellas sólo tenían conocimiento de las habilidades y competencias con las

que se desenvolvían en sus trabajos anteriores y tenían temor de no poder realizar otro tipo de actividades. Por otro lado, la propuesta implicaba que cada persona propusiera diferentes alternativas, y que su idea fuera fuente de motivación y de interés. Las personas que habían estado durante muchos años en relación de dependencia, que habían tenido una determinada rutina de trabajo, en donde se le indicaba los pasos a seguir tuvieron en un primer momento, mayores dificultades para proponer otras tipo de actividades.

En un primer momento se realizaron actividades relacionadas con la elaboración de comidas frías, postres en general. Esto permitió que las pacientes pudieran visualizar habilidades que ellas pensaban que no tenían y que se fueran motivando cada vez más con la propuesta.

Finalmente todas las pacientes llegaron a un acuerdo en común, y propusieron la realización de adornos en yeso. Desde la fundación se pensó en la alternativa de capacitarlas junto con una profesora de artes. Concurrieron durante dos meses a una escuela de en donde se les brindo capacitación, y la Fundación colaboró en la compra de los primeros materiales. Posteriormente comenzaron a pensar en la posibilidad de poner sus elaboraciones a la venta.

Tras la experiencia, las pacientes manifestaron que el microemprendimiento, no solamente las redituaba en lo económico, sino que también se sentían útiles y capaces para desempeñar otro tipo de tareas.

El trabajo ocupa una parte esencial en la vida de las personas. Brindar herramientas desde el sistema sanitario para que las pacientes puedan conocerse y reconocerse tras la enfermedad, descubran habilidades y se demuestren a ellas mismas que pueden seguir luchando tras la misma, es un aporte esencial para mejorar la calidad de vida las pacientes.

CONCLUSIONES

El estudio realizado tuvo la finalidad de acercarse a la problemática de las personas que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, con el objetivo de reconocer y detectar cuáles son las reacciones psicológicas frecuentes frente al diagnóstico de la enfermedad, para luego integrar y comprender el impacto y las **repercusiones de la misma en la vida laboral de los pacientes.**

Por empezar, es de suma importancia recalcar que la temática desarrollada, ha recibido escasa atención por el sistema sanitario en general, por lo que el rastreo bibliográfico para realizar el marco teórico del trabajo llevado a cabo, resultó dificultoso.

Debido a la escasa información e investigaciones existentes que desarrollan la problemática, las fuentes consultadas fueron extraídas predominantemente de Internet y de la comunicación establecida vía e-mail con profesionales de España, en donde la temática está comenzando a cobrar la importancia que realmente requiere.

Durante la investigación me surgieron las siguientes interrogantes: ¿Qué importancia tiene el trabajo en la vida de una persona? ¿El trabajo, de qué manera contribuye a la salud de quienes lo ejercen?, ¿Cuáles son los sentimientos de un paciente cuando el cáncer de mama irrumpe en su vida laboral? ¿De qué manera contribuye la actividad laboral en la etapa de rehabilitación de los pacientes con cáncer de mama?

Las conclusiones a las que se arriba tras haber tomado contacto con el paciente, por medio de la toma de entrevistas de tipo semidirigida y redes semánticas de las palabras cáncer, diagnóstico, enfermedad y trabajo son las siguientes:

En la red semántica del significado psicológico de la palabra **cáncer** se puede observar:

- El paciente presenta actitudes activas y positivas frente a su enfermedad, reflejando conductas que contribuyen positivamente a su salud.

- La lucha contra el cáncer se evidencia en el obediencia y en la adhesión del paciente a los tratamientos, demostrando este modo, una elección que le permite seguir aferrado a la vida.

- Frente al cáncer podemos observar la espiritualidad del paciente, la fé y la esperanza aparecen como sentimientos y deseos de superar la enfermedad.

En la red semántica del significado psicológico de la palabra **diagnóstico** se observan:

- Los elementos de la red reflejan reacciones emocionales frecuentes frente al diagnóstico de la enfermedad tales como el miedo, ansiedad y angustia. Estas respuestas emocionales son frecuentes ya que el cáncer es una enfermedad que está asociada con la muerte, el dolor y el sufrimiento.

- Frente a la enfermedad, se observan en el paciente conductas defensivas, tales como la negación. Esta defensa tiene como finalidad no permitir ver aquellos aspectos que el paciente teme, haciendo desaparecer su dolorosa realidad.

En la red semántica del significado psicológico de la palabra **enfermedad** podemos observar:

- Todas las palabras de la red tienen una connotación negativa.

- La enfermedad en la vida del paciente marca y limita su salud, enfrentándolo con lo inesperado, con pérdidas, y con aquello que le es inaceptable. Lo que el paciente no acepta es perder el control sobre su vida, perder su estado de salud y vitalidad, pero principalmente lo que no acepta es morir.

Por último en la red semántica del significado psicológico de la palabra **trabajo** podemos observar:

- Todas las palabras de la red tienen una connotación positiva.

- El trabajo le permite al paciente tener un sustento económico que le posibilita satisfacer sus necesidades básicas, siendo a la vez, un apoyo y un respaldo que le posibilita vivir.

- Por otro lado, la actividad laboral es para el paciente una responsabilidad de vida, lo cual evidencia una opción ética y un modo de hacer y proceder en el mundo en pos de satisfacer sus necesidades.

- A través de la red podemos observar que el paciente no solo tiene sensaciones de carencia ligado a lo biológico (necesidades básicas) sino, que existen en él otro tipo de necesidades, tales como la necesidad de estima, en donde busca un reconocimiento de los demás por sus labores realizadas. El trabajo es un medio por el cual logra satisfacer dichas necesidades.

El cáncer aparece en la vida del paciente limitando y, coartando su libertad y posibilidad para el hacer y andar, reduciendo su capacidad física. El hacer y andar en y para el trabajo le permite al paciente movilizarse, superarse, ser activo y vital. Estar en actividad le posibilita seguir conectado con la vida.

Trabajar, por otro lado le permite al paciente definirse como un ser útil y sentirse orgulloso de sí mismo, facilitando de esta manera, el fortalecimiento de su autoestima y de su ser.

El trabajo es una reafirmación, es volver a afirmarse en la vida, confirmarse a sí mismo que se puede seguir haciendo, produciendo y creando tras el cáncer de mama.

Si bien la investigación llevada a cabo, es no probabilística, por lo que sus resultados no pueden extenderse y generalizarse a todas las personas diagnósticas con cáncer de mama, **considero necesario recalcar ciertos aspectos y conceptos que son necesarios tener en cuenta a la hora de trabajar con pacientes con esta patología:**

- El cáncer de mama es una de las patologías que puede ser tratada con éxito si es detectada a tiempo. Actualmente, a diferencia de períodos anteriores, se ha comenzado a discutir el pronóstico de supervivencia. El sistema sanitario ha focalizado su interés en el período de cirugía y tratamiento de los pacientes, dejando sin cobertura a aquellos pacientes que han sobrevivido tras la enfermedad. Es necesario, que se comiencen a realizar investigaciones en donde se profundice y se ponga la mirada en la vida después del cáncer.

- Las repercusiones de la enfermedad en la actividad laboral de los pacientes ha recibido poca atención, por lo que es necesario que el sistema sanitario preste mayor atención a dicha problemática. Es fundamental que los profesionales podamos acompañar no sólo en el período de duelo por las limitaciones físicas que afectan la vida laboral, sino, en guiar al paciente, para que él mismo pueda reconocer y aprehender nuevas habilidades y competencias que le permitan reinsertarse en el mundo laboral.

- El trabajo, es un medio a través del cual el paciente puede reencontrarse con sus aspectos saludables contribuyendo favorablemente en el período de rehabilitación de los mismos. Es nuestra responsabilidad como profesionales lograr que los pacientes puedan desarrollar al máximo sus potencialidades.

- Por otro lado, es necesario concientizar a los profesionales a quienes les compete dicha patología acerca de la importancia de la atención y prevención del linfedema, ya que el mismo repercute significativamente en la vida laboral de los pacientes. Es necesario trabajar interdisciplinariamente para abordar la problemática del linfedema.

- La investigación tiene la finalidad de abrir nuevos interrogantes y propuestas para lograr una efectiva reinserción laboral, e incentivar a que se realicen nuevas investigaciones con la finalidad de concientizar a los responsables de empresas u otros organismos para comprometerse con dicha problemática. Es

necesario que desde el área de Departamento de Recursos Humanos de las empresas se tenga conocimiento sobre la problemática, para lograr una adecuada reubicación del personal afectado.

- Es nuestro deber como Psicólogos, agentes promotores de salud, crear herramientas y medios para contribuir positivamente con la problemática planteada para lograr que los pacientes tengan la posibilidad de visualizar sus habilidades y capacidades logrando una adecuada reinserción laboral, promoviendo de esta manera a una buena calidad de vida tras cáncer de mama.

BIBLIOGRAFÍA

Agencia para Sustancias Tóxicas y el Registro de Enfermedades. (2007). Cáncer. *Factores de Riesgo de Cáncer de mama*. Consultada el 19 de Marzo de 2010 en:
http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/riesgo_cancer.html

American Joint Committee on Cancer. *Etapas del Cáncer de mama*. Consultada el 16 de noviembre de 2009 en:
http://www.pacientesonline.org/medicina/enfermedades/cancer/mama/cancer_mama.php

Amparo Bernet (2008). *La Problemática de la reincorporación laboral de las mujeres afectadas por cáncer de mama*. Asociación de Mujeres Mastectomizadas y Afectadas de Cáncer de mama de la Comunidad Valenciana.

Consultada el 13 de febrero de 2010 en:

<http://www.hotfrog.es/Empresas/AMMCOVA/La-problematica-de-la-reincorporacion-laboral-de-las-mujeres-afectadas-por-el-cancer-de-mama-5102>

Ares Camerino, A.; Sainz Vera, B.; Marchena Aparicio J.C. y Soto Pino M.L. (2008). Las enfermedades neoplásicas como causa de la incapacidad permanente. [versión electrónica]. *Medicina y Seguridad de trabajo*, 210 (54), 57-62.

Aresca, L; Birgin, D; Blue, S; Buceta, E; Fingini, M; Gulias, S ; Iconikoff, R; Kors, B; Rosenfeld, C. (2004). *Psicooncología: Diferentes miradas*. Argentina. S.A.

Blanco, A. (2000). *Química Biológica*. Séptima Edición. Editorial El Ateneo.

Bleger, J. (1975). *Temas de psicología*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

Bonadé, R. (2002). "Actitud del paciente que padece cáncer ante su enfermedad. Una perspectiva desde la Logoterapia". Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Brannon L, Feist J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Editorial Paraninfo. Thomson Learning.

Camacho, D. (2006). *Cáncer de mama después del diagnóstico*. Centro Mujer y Salud. Universidad de Puerto Rico. Recinto de Ciencias Médicas. Consultado el 23 de marzo de 2010 en: <http://whcpr.rcm.upr.edu/boletin2asp.htm>

Cruzado, J. (2003). La formación en psicooncología. [revista electrónica]. *Revista Psicooncología* 1, 9-19. Consultada el 10 de Marzo del 2010 en: <http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/>

Curtis, H. y Barnes, NS. (2001). *Biología*. Sexta Edición. Ed. Médica Panamericana

Díaz Hernández Orestes, L. (2008). Rehabilitación en atención primaria al paciente con linfedema posmastectomía. [versión electrónica]. *Revista Cubana de Medicina Integral General* 25 (4),117-126.

Dominguez Gil, MR. (2009). Evaluation of the quality of life after the end of breast cancer primary treatment. [version electrónica]. *Index Enferm* 4 (18), 246-248.

Enciclopedia Médica Electrónica. Medline Plus. *Tratamiento del Cáncer de mama*. Consultado el 16 de Octubre de 2009 en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000913.htm>

Enciclopedia Electrónica Wikipedia. *Cáncer*. Consultado el 03 de Marzo del 2010 en:

<http://es.wikipedia.org/wiki/cancer>

Enciclopedia Electrónica. Wikipedia. *Factores de Riesgo*. Consultado el 22 de Diciembre de 2009 en : http://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo

Estevez , Roberto A. y otros, (1978) *Oncología. Manual para el control del cáncer en América Latina*, Bs. As. Ed. Médica Panamericana S.A.

Farreras, P. y C, Rozman. (2000). *Medicina Interna*. Décimo quinta edición. Editorial Eisevier

Federación Española de Cáncer de Mama. (2006). *El cáncer de mama: La enfermedad, su vivencia y la calidad de vida de las pacientes*. Editan: Instituto Roche y Fecma. España

Federación Española de Cáncer de Mama. *Linfedema: Prevención y calidad de vida*.

Gago, F. (2008). *Ginecología en Atención Primaria*. Primera Edición. Buenos Aires. Argentina: Editorial Ascune Hnos.

Gonzales, M I. (2008). Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. [versión electrónica]. *Rev haban cienc méd*. 0(7).

Luque-Ramos, R.; Gómez, T.; Cruces, & Montes, S. (2000) El trabajo: fenómeno psicosocial. Guillén Gestoso, C. *Psicología del trabajo para relaciones laborales*. Barcelona: Editorial McGraw Hill.

Luxardo, N. (2008) *Entre la narrativa y la vivencia: Lecturas a partir del cáncer*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires

Lynn, J; Carey John C; Bamshad M; White R (2000). *Genética Médica*. España: Editorial Harcourt

Matthews-Simonton, S. (1999). *Familia contra enfermedad: efectos sanadores del ambiente familiar*. España: Editorial Raíces.

Melet, A. (2005). Después de la mastectomía, la calidad de vida. [versión electrónica]. *Revista Venezolana de Oncología*, 2, 115-119.

Middleton, J. (1991). *Yo (no) quiero tener cáncer*. México: Ed. Grijalbo.

Molina Villaverde, R. et al. (2008). Actividad laboral en una cohorte de pacientes con linfoma non Hodgkin. [versión electrónica]. *Medicina, Seguridad y Trabajo*, 210, 19-24.

Moliner, M. (2008). Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos. Consultado el 14 de Mayo en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol15_3_07/aci08307.htm

Nacional Cancer Institute. U.S Nacional Institutes of Health. Consultado el 15 de febrero de 2010 en:

<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/understandingcancer/espanol/cancer/Slide1>

Organización Mundial de la Salud. (2007). Datos y Cifras del Cáncer. Consultado el 10 de Enero de 2010 en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Pérez Expósito, N, (1999) *El entorno sociopsicológico de las pacientes con cáncer de mama*. Congreso La lucha contra el Cáncer. Madrid. España. Consultado el 26 de septiembre de 2009 en:

<http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/Ijornada/Mireysi/MIREISY.htm>

- Pérez P, J.A.; Salem Z, C. y Henning L, E. (2001). Linfedema de miembro superior secundario al tratamiento de cáncer de mama. [versión electrónica]. *Cuaderno de cirugía Valdivia*. 1, 107-115.
- Pineiro Fernandez, J. (2004) *¿Debe el paciente conocer que tiene un cáncer?: Nuestra experiencia en las pacientes con cáncer de mama*. [versión online]. *Revista Cubana de Cirugía* vol. 1(43), 0-0.
- Recio, A. (1997), *Trabajo, personas, mercados*. Manual de Economía Laboral, Barcelona, Editorial Icaria.
- Rivero Buron, R, Piqueras Rodriguez, J.A, Ramos Linares, V. [versión electrónica]. (2008). Psicología y cáncer [versión electrónica]. *Suma Psicol*. 1 (15), 171-198.
- Robbins. (2004). *Manual de Patología Estructural y Funcional*. Sexta Edición. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Rodriguez, A. (2007, 21 de Abril). El cáncer de mama casi nunca obliga a renunciar al trabajo. *El mundo.es*, 706.
<http://www.elmundo.es/suplementos/salud/2007/706/1177106413.html>
- Sampieri R. (2006) *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México: Editorial Mcgraw-hill .
- Schavelzon J . (2004) *Psicooncología. Principios teóricos y praxis para el siglo XXI*. Editorial: Letra Viva.

Sequier de Ocampo, ML. (2003). *Las Técnicas Proyectivas y el proceso Psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.

Servicio de Medicina física y Rehabilitación. (2008) *Rehabilitación del Lipedema. Actualización y Protocolo*. Hospital Comarcal de Valdeorra.

Toynbee, C. (2008). *La visión de la muerte en las diferentes culturas*. Consultada el 25 de Abril en: <http://www.libroslandia.com/la-vision-de-la-muerte-en-las-diversas-culturas-176.html>

Valdez Medina, J. L. (2004). *"Las redes semánticas naturales, uso y aplicaciones en psicología social"*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Valerio, M. (2005,26 de Noviembre). Reinserción Laboral. La dura vuelata al trabajo tras un cáncer. *El mundo*, 640.

Yelamos, C. (2008). Curados de cáncer de cáncer. *La superación y una nueva oportunidad. La necesidad de unidades especiales de apoyo*.

ANEXO

Primera Entrevista

¿Qué es para Usted el cáncer?

Antes era temor miedo de solo escuchar la palabra cáncer, mas cuando a uno le dicen que la padece ,peor, pero después al pasar el tiempo no es tanto, cuando a uno le dicen, ya está, hay que seguir, hay que obedecer, hay que seguir los pasos, hay que se seguir peleando

¿Por qué pensaba que el cáncer está asociado al temor?

Falleció mi mama y mi papa de cáncer, por lo que son partes que te tocan muy cerca, familia muy cercana , por eso uno que lo vio tan de cerca y lo sufrió a la par de ellos, por eso es el miedo, a ver como sufrieron, a morir, a como murieron, entonces no es tan tanto el miedo a la enfermedad, sino a cómo uno va a terminar su vida, como va a terminar su vida, porque uno ve como sufren tanto, porque cuesta que mueran. Hasta que llegan al fin es una realidad.

¿Cómo fue cuando le dieron el diagnóstico?

Yo fui sólo, va entré sola, mi marido estaba afuera esperándome en el auto. Así que no entro conmigo. Cuando el doctor me dijo, me dijo a mi solita, cuando yo subí al auto, me pregunto mi marido que me habían dicho, y yo le dije lo que me parecía. No lloré en ningún momento. Le dije que yo quería ir al doctor Ferreyro, para asegurarme, también me mandaron al Fleming y fui. Fui como a cuatro médicos, y todos me dijeron lo mismo, entonces dije, si me tienen que operar que me operen. No me dio por llorar, no quería saber más nada hasta el día de la operación. Si el nódulo era bueno o malo, no quería saber nada, no sé se me puso que no quería saberlo, debía ser por el temor que le tenía al diagnóstico. El Doctor López me dijo que me tenían

que hacer una biopsia para saber si era bueno o malo, pero como el doctor Ferreyro me dijo que me tenía que operar, yo dije: sí que me operen. Me hicieron biopsia congelada, y salió mal. Me hicieron quimio y radioterapia y me sacaron 12 ganglios y eran dos los afectados. Pero dijo que me tenían que hacer vaciamiento de ganglios pero no tocarme los ganglios claviculares que son los que tengo afectados ahora. Eso también me hizo sentir mal, la verdad que no tuve al principio la intención de no hacerme nada, de hecho no me hice quimio. Me hicieron otros estudios y me dijeron que había posibilidad de hacer otros tratamientos. Seguir luchando, y si me toca de nuevo, volveré.

¿Qué es para Usted luchar? Volver sin miedo, volverme a hacer los tratamientos porque si uno tiene miedo peor, quizás se lo engendra uno mismo por que el miedo atrae, me parece.

¿Qué otras cosas aparte del tratamiento implican luchar?

Insistir, buscar soluciones en vez de problemas. Si antes lo hice, lo haré de nuevo. Yo al cáncer le tengo respeto, pero no el miedo que le tenía antes, por que ya lo pase una vez, entonces digo: ya aprendí el camino, se me abrió el camino. La primer vez no sabía a dónde tomar, no sabía cuál era el camino a seguir por eso quizás fui a un lado fui a otros, todo eso para confirmar el diagnóstico.

¿Qué aprendió en el camino?

Nieves: Me enseñó a que a luchar, no a ver que hagan por uno, sino que hay que luchar por uno mismo. La familia, los que tenemos cerca, si no se dan de lo que hay que hacer, porque no todos siempre nos podemos dar cuenta de las cosas, proponer cosas para ver si hay salida.

¿Qué es para Usted trabajar?

Trabajar es un cambio de rutina, es cambiar de estar entre las ollas y la comida, a hacer las manualidades que es lo que a mí me gusta, estar entre lo que me gusta, o salir a hacer cursos, porque yo últimamente era yo mi propio patrón, años atrás si trabajaba

para afuera, pero cuando me vine al centro de Tunuyán ya me dedique, en las fincas no había mucho trabajo de peluquería por ejemplo, si tejía y bordaba, en cambio acá sí, pero, si te cambia la vida, es un sacrificio que te ayuda a vivir, es un sacrificio necesario, te ayuda, te saca de la rutina permanente

¿Qué significa para usted la palabra Incapacidad?

es una palabra que me hace pensar que uno ya no puede trabajar como trabajaba antes, falta capacidad en el cuerpo. Capacidad física.. Yo por ejemplo, la tijera no puedo manejarla mucho, y menos en telas y cosas duras, mi brazo ya perdió capacidad de tener fuerza, este brazo derecho, entonces es incapacidad, quede incapacitada en ciertas partes. Lo único que agradezco es que la lengua me quedo capacitada (risas). Yo estoy muy agradecido por los médicos que me han tocado en el C.O.I.R y por las psicólogas también. Ellas están en lo que es la parte sentimental, de guiarnos y ayudarnos a pensar, a veces nosotros no nos damos cuenta, a veces nos cuesta pensar algunas cosas y ellas nos ayudan a desarrollar ese pensamiento. Nosotros nos vamos de acá, y nosotros pensamos, aja, tenían razón. Nunca deje el grupo, sólo cuando tenía radioterapia. En medicina Nuclear también son muy buenos, ellas siempre ven en qué grado esta mi radioterapia, eso va por grado. Todo eso me ayuda a seguir adelante.

¿Y la palabra capacidad que significa para Usted?

Para mi estoy en una situación difícil todos mis hijos están casados, con sus responsabilidades, estamos los dos solos, y mi marido también está enfermo, por lo que también tengo que hacerle frente a todas las responsabilidades. Que si por un lado he perdido capacidad tendré que buscar otras, porque si bien antes me defendía, tendré que buscarle solución de otra manera , tendremos que buscar solución de una manera u otra y buscar solución entre nosotros, no podemos estar dependiendo de los hijos, nosotros somos responsables de nosotros, que los dos nos ayudemos el uno para el otro, y salgamos a adelante.

¿Qué es ayuda para Usted?

Ayudarse y aceptar la ayuda de los demás, aceptar la voluntad ajena, de la familia, los amigos. Yo tuve mucho apoyo de mi familia, de vecino, de familia más lejana. De parte mía, toda la familia, de parte de mi marido (risas). Ni se han enterado, siempre han sido parcos. De treinta y siete años de casados cinco veces solamente fue mi suegra a mi casa a visitar a su hijo, así que no me extraña, me han llamado por teléfono, tengo una concuñada que si, la esposa de un hermano de mi marido, pero no te vas a enojar y a ponerte a preguntar por qué no vinieron a verme. Ellos son así cada uno es como es. Hay dos primas de mi marido que viven en el barrio se han portado muy bien, pero los hermanos no han venido, pero ellos son así. Se llevan bien, nos juntamos, para las fiestas, para los velorios, si nos encontramos nos saludamos. Pero ayuda yo he recibido mucha, por ejemplo mis vecinas mientras yo me hacía la radioterapia el año pasado, no alcance a ir más de dos veces con la misma vecina, siempre me querían acompañar, durante esos dos meses. Mis hermanas también, cuando no iba una iba la otra, me llamaban por teléfono, me preguntaban Nieves con quién vas mañana. Yo podía ir sola, como vengo acá en bicicleta. En la radioterapia nada duele, te hacen sacar la camisa y solo sentís el ruido de las máquinas y que la máquina esta encima de uno y que da vuelta, y listo, no te toca ni la máquina, es como una radiografía.

Segunda Entrevista

Hola buen día ¿cómo le va? Hoy vamos a retomar el tema del trabajo y cómo el cáncer repercutió en su vida laboral

¿Me puede contar en que trabajaba antes de la enfermedad?

Yo trabajaba por mi cuenta, haciendo tejidos, bordados, era peluquera, y también hacia calzados, pero sobre todo trabajaba en peluquería y en la en la costura, por ejemplo haciendo los bolsos reversibles para los bebés recién nacidos, guardapolvos para los colegios, y demás.

- ¿Qué era para Usted trabajar?

Para mí era una salida laboral, una ocupación, que creo, todos debemos tener, trabajar es una responsabilidad de vida. Para vivir hay que comer y para comer hay que trabajar. No es lo mismo, por ejemplo en el matrimonio aportar económicamente, que ser una mantenida, para mí cada uno debe ganarse su propio sustento, por más que uno tenga un marido, que aporte todo lo necesario económicamente, por más que ya uno tenga su propia casa, para mí trabajar es un orgullo, es sentirse útil, es ser útil, no que todo te lo tengan que dar.

- ¿Qué sentía Usted cuando trabajabas?

Yo trabajar siempre lo hice con mucho cariño, siempre me gustó, mientras más lindo me quedaba lo que yo hacía, los vestidos, por ejemplo, más orgullosa me sentía. Cuando trabajaba, otra cosa que me gustaba, era cuando venía una persona y me decía por ejemplo: "...yo vengo porque sé que Usted le hizo esto o tal otro a esta persona, y ahora quiero que me lo haga a mí..." Siempre me gustó ser detallista en mis trabajos

- ¿Tiene alguna experiencia que me pueda contar de su trabajo?

Los recuerdos más lindos que tengo de mi trabajo, es sobre todo haberle hecho los vestidos de quince a mis nietas, los vestidos de novia a mis hijas y nueras, haberlas peinado para las fiestas. Otra cosa que recuerdo es haber hecho la bandera gigante de Argentina, de eso tengo un diploma, un certificado, esas son mis mayores satisfacciones.

- ¿Qué sintió cuando tras la enfermedad le dijeron que no podían hacer determinadas cosas?

Uno se siente que va quedando inútil, primero a mí me prohibieron hacer cosas por la artritis, por mi problema de columna, por ejemplo estar tanto tiempo sentada en la máquina de coser, después con el cáncer me prohibieron hacer otras cosas, entonces para mí, son como etapas que se van cayendo, partes de utilidad que se van cayendo. Eso al principio me hizo decaer bastante. Ahora pienso que tengo que seguir adelante con lo que pueda; un día me pare firme y me dije a mi misma tengo que seguir con lo que yo si puedo.

- ¿Qué cosas no podías hacer tras el cáncer?

Le pregunte al médico que si podía tejer me dijo que no, peluquería tampoco, nada que tuviera que hacer esfuerzo con el brazo, no podía trabajar con la tijera. Le pregunte al médico si podía pintar, me dijo que sí, pero el pulso se me iba, me temblaba, entonces tampoco podía pintar, entonces en ese momento me pregunte ¿a qué me dedico? Tuvo que pasar un tiempo para que yo pudiera volver hacer algunas cositas, pero la diferencia es que ya esas cositas no las pueda hacer como antes, pero ejemplo tuve que dejar de hacer las cosas que yo hacía para afuera, por ejemplo los vestidos, trabajar en peluquería, pero las cosas que si puedo hacer de a poquito, para mi casa me hacen sentir un poco útil, ya no completamente inútil.

- ¿Cómo se sentía frente a esta situación?

Si da un bajón muy grande, uno piensa que no va a poder volver hacer nunca más nada, y uno va a ser una inútil que la tienen que estar sirviendo, pero a medida que pasa el tiempo, uno lo va tomando de otra manera las cosas que le pasan

- ¿De qué manera?

Al principio te sentís muy mal, es como que te dicen, vos ya no vas a poder hacer las cosas que hacías antes, o ya no vas a poder hacer las cosas como las hacías ante, y la realidad es que ya no se puede igual que antes, yo me sentía muy decaída al principio, yo hacía muchas cosas antes, y eso a mí me gustaba, y me hacía sentir bien, entonces te decaes, es fuerte. Después me puse a pensar, que uno, al final tiene que hacer aquello puede, aquello para lo que uno tiene fuerzas. A veces creo que uno no se tiene que porfiar a si misma queriendo hacer lo que hacíamos antes, nos hacemos mal a nostras mismas. Creo que es poder ver lo que yo sí puedo hacer y con lo que puedo hacer, hacer hasta lo que más puedo, trato de salir, de distraerme, de no pensar de que lo que me pasa es a causa de la enfermedad. Es como que uno debería pensar, esto no lo hago, porque no tengo tiempo, o por que no tengo ganas de hacerlo, no de pensar que es por la enfermedad.

- ¿Cuándo se propone ver lo que no podes hacer desde esta perspectiva?

Y, por ejemplo cuando tengo que trabajar con la tijera y no puedo, cuando ya no puedo seguir trabajando de peluquera, cuando por ejemplo en mi casa ya no puedo

hacer fuerza, no puedo pasar el lampazo, ni el trapo de piso, eso me lo han prohibido. Y yo estaba acostumbrada a hacerlo. Por ejemplo el miércoles quería limpiar el baño, empecé, y al ratito tuve que dejarlo porque quería limpiar los azulejos y me dolía el brazo, entonces antes para hacer cosas me demora re poquito, ahora por ahí me demoro horas en poder hacerlo, lo tengo que hacer por etapas, pero lo bueno, es que lo hago.

Hay cosas que a uno se las tienen que hacer, uno ya no tiene la misma fuerza que antes, no se puede hacer fuerza.

- ¿A quién le pide ayuda?

Le pido ayuda a mi marido, mi nieto

- ¿Cómo se siente cuando tiene que depender de alguien para hacer determinadas cosas?

Se siente feo, muy feo.

- ¿Pide ayuda, o tu familia se da cuenta y es la que la ayuda?

Se dan cuenta, por ejemplo yo tengo dos lampazos, uno más grande y el otro más chico, entonces yo siempre voy y agarro el más grande, porque con ese limpio más rápido, y ahí nomás me lo sacan, y me dicen "... no seas porfiada...". Mis hijos me trajeron el lampacito con el balde, cosa de que yo no tenga que hacer tanta fuerza al estrujar el trapo. Entonces hay cosas que por ejemplo limpiar el piso, yo vivo con mi nieto entonces el me dice, deja abuela, yo lo voy a limpiar. En mi familia me ayudan mucho.

Por ejemplo ahora yo en mi casa trato de comprar todas cosas de plástico, si no si se me caen los platos de vidrios, hago un desastre, al principio pensaba todo lo que toco se me cae, me sentía mal, decía "... Soy grande y se me caen las cosas..." ¿Cómo puede ser? ahora busco otras alternativas, y ya me acostumbre.

- ¿Si me tendría que relacionar estas dos palabras cáncer-trabajo?
- Para mi cáncer es la enfermedad que nos aqueja y el trabajo es lo que nos gustaría poder hacer, lo que no nos hubiese gustado dejar de lado. Es como que el cáncer me corta la libertad para poder hacer.

- ¿Cómo influyó el hecho de no trabajar en su familia?
- Al principio fue difícil, lo que yo hacía era una entrada económica más en mi casa. Algo ahora después de un tiempo estoy recuperando con la jubilación, yo con esto tengo mi sueldito, gracias a Dios tengo a mi familia, amigos, vecinos, que siempre me han ayudado, mi hijo de San Luis, todo, en cuanto en lo económico y a lo emocional siempre tuve el apoyo de mucha gente, y por ejemplo mis compañeras de trabajo de hace un montón de años atrás me llamaban por teléfono, me venían a ver, siempre conserve una buena relación con ellas
- Yo siempre les digo a mis nietas que ellas tienen que seguir estudiando, si ellas tienen un estudio, y les llega a pasar lo mismo que me pasó a mí, es diferente, yo trabajaba con mis manos, mis brazos, si hubiese tenido estudios me podría haber defendido de otra manera.

¿Cómo se hubiese defendido?

Y por ejemplo pudiendo hacer más cosas mentales, administrativa, (risas), no sé qué otras cosas, no se me ocurren, que no hubiese tenido que ocupar tanto mis brazos.

- ¿Cómo se siente con el microemprendimiento que están llevando a cabo?
Para mí es una distracción que nos sirve a todas, yo me siento muy útil, creativa, me siento capaz de poder hacer otras cosas, que quizás no sabía que las podía hacer.
- En mi caso particular, que es que nos juntamos en mi casa para hacer el microemprendimiento me encanta recibirlas, antes de que vengan yo ya estoy pensando en donde podemos hacer tal cosa, en donde podemos dejar esto otro.

Todo esto me hace recordar a cuando yo era presidenta de la unión vecinal, yo hacía un montón de cosas, mi esposo era el tesorero, me acuerdo cuando salió elegida como reina la chica que se había postulado en mi barrio, yo le hice el vestido, la peine, la acompañaba a la municipalidad, cargábamos cosas en la tráfico, a mi me encantaba hacer todo eso, y yo ahora con lo del microemprendimiento pienso que estoy recuperando muchas de esas cosas que yo extrañaba ahora las revivo un poco.