



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

Tesina de Licenciatura

Cáncer de mama y Psicología

Identidad e imagen corporal después del
diagnóstico de
cáncer de mama.

Alumna: Julieta Vera Cabalin

Directora: Mgter Estela Labal.

Mendoza, Noviembre de 2017

Hoja de evaluación

Tribunal examinador

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora invitada: Mgter Estela Labal

Calificación:

Agradecimientos

*Nos hicieron agua transparente
No me ensucien más,
Yo ya me he manchado.
Y es que hay una gran diferencia
entre pensar y soñar
yo soy de lo segundo
En cada segundo vuelvo a empezar.
Macaco*

Son tantas las personas que me ayudaron, me empujaron, me acompañaron, soñaron conmigo, creyeron en mí en momentos donde ni yo creía que podía llegar... GRACIAS A TODOS USTEDES QUE ME AYUDARON A LOGRAR SER LO QUE TANTO SOÑE Y AMO...LICENCIADA EN PSICOLOGIA.

A mis papás, que desde el minuto cero depositaron toda la confianza del mundo en mí...por todos los sacrificios que hicieron para acompañarme en este camino. No hay agradecimiento que alcance...Sin ustedes nada de esto sería posible hoy. GRACIAS.

A mis hermanos...porque éramos unos niños todavía cuando me embarque en esto...porque eran chiquitos cuando me fui de la casa. GRACIAS Agus por ser mi compañera incondicional, porque todas las horas separadas, por todas las salidas y horas de veranos que postergamos para que esto fuera posible, gracias por todo tu apoyo incondicional...GRACIAS Nanito por bancarte tanta distancia, por todo el empuje y la fuerza que me diste siempre, porque nuestro "Sacrificio humano" al fin tiene su comienzo feliz.

A el AMOR DE MI VIDA! Porque empezamos juntos esto, desde la amistad de la facu hasta el matrimonio. Por ser el que siempre me impulso a buscar más, a no aflojar, por las horas de estudio juntos, por las charlas, por los abrazos, por tu amor infinito. GRACIAS Emi.

A mis abuelos que desde el amor me acompañaron y esperaron. GRACIAS Viejo Cabalin y María Mirta.

Para vos Yayita. Sé que te llenaría de orgullo verme hoy.

A mi familia que me acompañó desde el comienzo: Ángel, Silvana, Juli, Tomi, Cande, Pablo, Barby, Emi, Carly, Belén, Guada, Rena, Juanca, Nancy, Lau, Ine.

A mi amiga y hoy colega Lic. Bárbara Pizarro. Tu amistad es de gran valor, gracias por acompañarme y estar siempre presente con tu alegría tan contagiosa. GRACIAS.

A Rosario, fuiste mi contención en muchos momentos, tantas horas con vos. Llegue Rosario...Llegué.

A Nina, por acompañarme durmiendo arriba de mis apuntes, masticando resaltadores y lapiceras. GRACIAS

Para Vilma, hoy te entiendo un poco más y espero que donde estés seas feliz. GRACIAS.

Para mis amigos de toda la vida y los que fueron sumándose en el camino. GRACIAS

Para todas las voluntarias que hicieron gran parte de esta tesis. GRACIAS

Para Estela, por su tiempo, dedicación y acompañamiento en esta etapa. GRACIAS

Para mis compañeros de trabajo que tanto espacio me brindaron y tantas veces me cubrieron para estudiar, rendir o escribir. GRACIAS Virgi, Vicky, Marcos, Ailen, Emi, Eli, Flor, Clau, Dani.

Julieta.

Resumen

El presente trabajo tiene la intención de ampliar los conocimientos sostenidos hasta la actualidad, sobre los cambios de identidad y físicos que se producen en la mujer luego del diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama, abordado desde una perspectiva psicoanalítica.

Se plantea una crisis de identidad similar a la que atraviesan los adolescentes. Es así que para llevar a cabo esta investigación, se profundiza en algunas nociones psicoanalíticas y sobre aspectos de importancia, tanto de cáncer en general, como de cáncer de mama. Asimismo no se descartan otros enfoques teóricos que resulten útiles para la investigación y comprensión de quienes pasan por esta dolencia.

Se realiza un análisis sobre entrevistas realizadas a sujetos con cáncer de mama, teniendo como foco de la investigación los objetivos propuestos.

Palabras claves: cáncer, cáncer de mama, psicología, psico-oncología, cuerpo, identidad.

Abstract

The present work intends to expand the knowledge held to date, about the changes of identity and physicality that occur in women after the diagnosis and treatment of breast cancer, addressed from a psychoanalytical perspective.

It poses an identity crisis similar to that experienced by adolescents. It is so to carry out this research, deepens in some psychoanalytic notions and on aspects of importance, both cancer in general, and breast cancer. Likewise, other theoretical approaches that are useful for the investigation and understanding of those who go through this ailment are not ruled out.

An analysis is carried out on interviews conducted with subjects with breast cancer, with the proposed objectives as the focus of the research.

Keywords: cancer, breast cancer, psychology, psycho-oncology, body, identity

Índice

Título	1
Hoja de evaluación	3
Agradecimientos	4
Resumen	6
Abstract	7
Índice	8
Introducción	11

Primera parte: Marco teórico

Capítulo I: Cáncer

1. ¿Qué es el Cáncer?	16
2. Historia de la Oncología	17
3. Estadísticas	19
4. Tipo de cáncer	20
5. Factores determinantes de cáncer	22
6. Psico-oncología	23
7. Fases psicológicas por las cuales transita un paciente oncológico	24
8. Fases de adaptación del cáncer	27
9. Curso clínico del cáncer	28
10. Intervención psicológica	29
11. Cáncer de mama	30
12. Historia del arte: mamas	30
13. Mastología	31
14. Cáncer de mama en la historia	32
15. Desarrollo normal de la mama	37
16. Anamnesis, historia clínica y factores de riesgo	42

17. Exploración clínica de la mama	47
18. Clasificación de cáncer de mama	50
19. Diagnóstico de cáncer de mama	52
20. Dolor mamario	54
21. Nódulo mamario	54
22. Abordaje psicológico desde los principales problemas que surgen en las personas con cáncer	55
23. Diagnóstico por imágenes: cáncer de mama	56
24. Etapas de enfermedad según diagnóstico por imágenes	58
25. Cirugía de ganglios axilares	58
26. Reacciones psicológicas frente al diagnóstico	60
27. Tipos de tratamientos	62
28. Remisión	70
29. Síndrome de Damocles	70
30. Recidiva	71
31. Terapia del dolor	72

Capítulo II: Constitución subjetiva

1. Constitución subjetiva y corporal	75
2. Vivencia de satisfacción y vivencia de dolor	77
3. Pulsión y destinos de pulsión	80
4. Caminos de la libido	83
5. Cuerpo desde el psicoanálisis	85

Capítulo III: Identidad

1. Identidad	94
--------------	----

Capítulo IV: Imagen corporal

1. Imagen corporal	107
2. Imagen del cuerpo: pulsión de vida y pulsión de muerte	109
3. Tres aspectos dinámicos de la imagen del cuerpo	110
4. Oncoimagen	115

Segunda parte: Marco metodológico

1- Aspectos metodológicos	_____	119
2- Articulación teórico- práctica	_____	126

Tercera parte:

1- Conclusiones	_____	148
2- Referencias bibliográficas	_____	155
3- Anexo	_____	161

Introducción

El cáncer de mama, desde la perspectiva de la presente investigación, es el cáncer más común o escuchado en la sociedad moderna. La gran mayoría de las personas conocieron a una o más mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

Argentina, luego de Uruguay, es el país de América con la tasa de mortalidad más alta por cáncer de mama, según el Instituto Nacional del Cáncer de Argentina.

El interés de la presente investigación surge ante la particularidad que se plantea desde el momento del diagnóstico donde la mujer conoce su estado de salud. Se trata de una patología cada vez más diagnosticada y difícil de llevar.

Tratar el cáncer de mama no es sólo atacar una enfermedad localizada en un órgano, es trabajar sobre todas las esferas en que el diagnóstico produce transformaciones y efectos secundarios. Es importante acompañar al paciente, a la familia, allegados a ella, equipo médico que va a combatir la enfermedad y toda persona que esté involucrada con el diagnóstico.

No sólo es intentar mantener la salud y la vida, sino todo un proceso que acompaña al paciente, produciendo como efectos secundarios cambios, variables y modificaciones en la personalidad de la mujer quien lo padece.

Los cambios físicos son evidentes, el diagnóstico rotula y produce variaciones a las cuales la paciente debe acomodarse y asimilar. El cuerpo y con él, las relaciones cambian, luego del diagnóstico de cáncer de mama.

Surge el interés de indagar, desde un enfoque psicoanalítico, en aquellos conceptos relacionados al cáncer, la identidad y al cuerpo para articularlos, partiendo de tres cuestiones básicas a indagar: cáncer de mama, imagen corporal e identidad, en relación al estado emocional del paciente diagnosticado.

¿Qué se entiende por cáncer y por cáncer de mama? ¿Es similar la crisis de identidad que vivencia un adolescente con la que puede transitar una mujer diagnosticada de cáncer de mama?; ¿Cuáles son los cambios físicos producidos después de cirugías o tratamientos?, ¿Cómo modificó el cáncer de mama sus vidas?

A modo de profundizar en los aspectos inconscientes que subyacen a esta problemática, se considera relevante sustentar el marco teórico en los conceptos desarrollados por Freud y Lacan y autores contemporáneos.

El primer capítulo plantea un recorrido sobre cáncer en general; conceptos que se creen primordiales para comprender la temática, realizando un recorrido histórico sobre la enfermedad, para finalizar dicho capítulo con una descripción lo más posiblemente detallada sobre el cáncer de mama, su diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación y alta.

En un segundo capítulo del marco teórico, se desarrollan conceptos referidos a la constitución subjetiva y a la constitución corporal. Se toma de Freud y Lacan, sus escritos referentes a la vivencia de satisfacción y de dolor, a la pulsión y sus elementos, también se indaga en sus conceptos de autoerotismo y narcisismo. Para concluir este capítulo se realiza una descripción sobre lo que es cuerpo para el psicoanálisis.

El tercer capítulo está desarrollado sobre la temática de Identidad, para poder realizar una similitud con la crisis de identidad que vivencia el adolescente y cómo se estructura luego de esta.

Para finalizar el marco teórico, se realizó un rastreo sobre la diferencia de imagen y esquema corporal. Como así también sobre los tres aspectos dinámicos de la imagen de cuerpo, para poder pensarlos en relación a los cambios físicos que se producen luego de las cirugías y tratamientos sobre la/s mama/s.

Luego de un trabajo de campo realizando entrevistas con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, se articula con el contenido teórico trabajado.

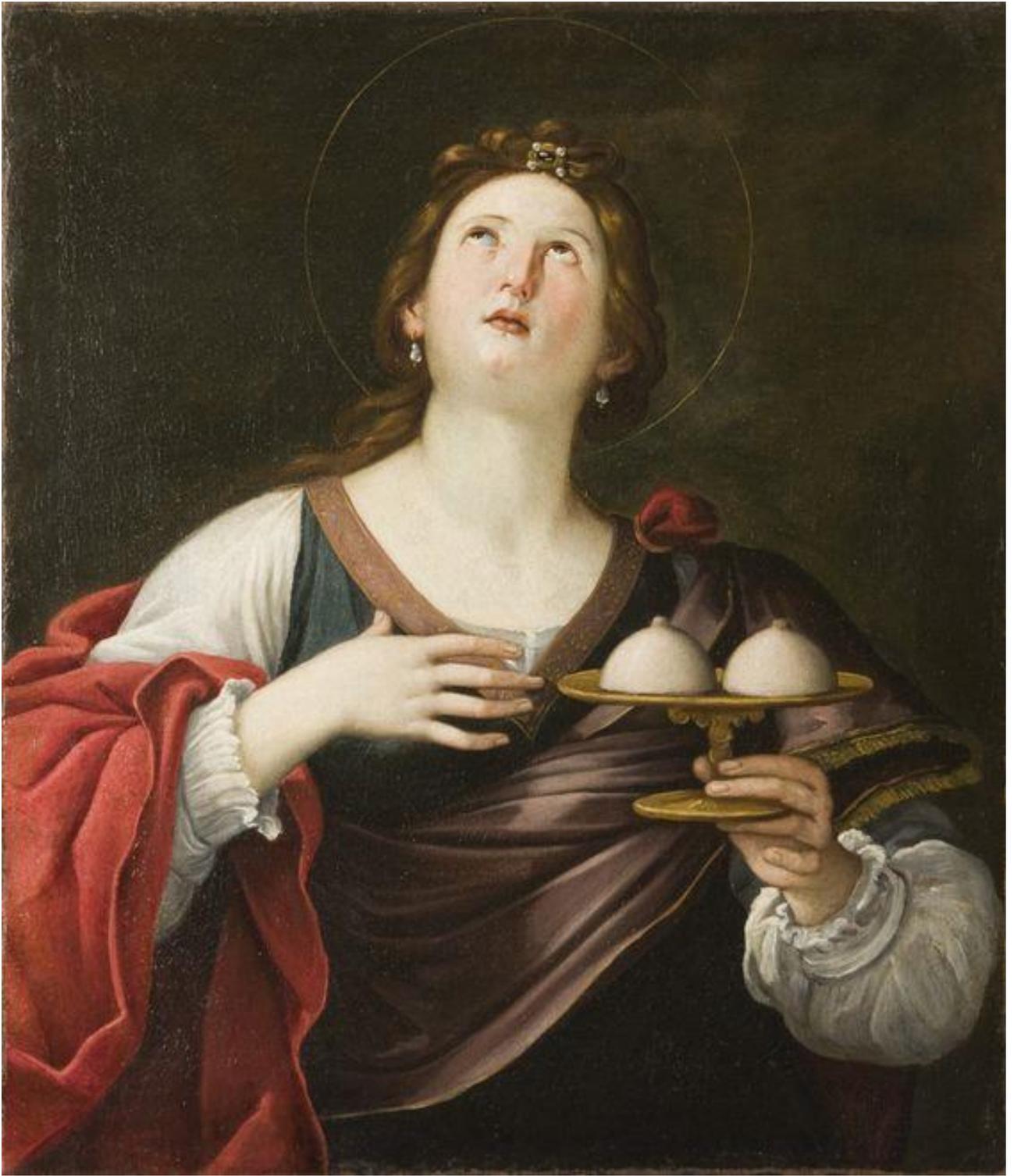
Por última instancia se podrá leer las conclusiones finales pertinentes a lo estudiado sobre toda la investigación.

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

Capítulo I

CÁNCER



Cáncer.

El término “cáncer” generalmente genera en los sujetos, miedo, ansiedad, desconocimiento, ideas de dolor y sufrimiento, entre otras cosas.

El cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres occidentales, especialmente en países desarrollados. Es un problema de primer orden en la salud mundial, es la segunda causa de muerte en los países desarrollados. La ciencia médica avanzó en los últimos tiempos, bastante en cuanto a tratamientos, pero todavía es mucha la gente que muere por esta enfermedad

¿Qué es el cáncer?

A. Fernández – Cid y Cols. (2000) mencionará en el manual de Mastología, que se trata de una enfermedad que se caracteriza por la multiplicación y diseminación de células anormales, que cambian, pierden sus funciones y comienzan a reproducirse sin control.

Las células normales del cuerpo envejecen o se dañan y son reemplazadas por células nuevas; este proceso se desordena y descontrola cuando estamos en presencia de células cancerígenas. A medida que las células anormales crecen, las células viejas o dañadas no mueren y las nuevas se generan sin ser necesarias. Estas células nuevas, las cuales no respetan el

ciclo de vida de períodos anteriores, son las que en determinado momento y por acumulación de cantidad y tamaño generan tumores.

El cáncer es una enfermedad genética, es causada por cambios en los genes que controlan el crecimiento, división y funcionamiento de nuestras células. Cada cáncer es único, ya que es una combinación única de los cambios genéticos, inclusive dentro del tumor pueden existir células con cambios genéticos diferentes.

El cáncer de mama es el que se origina en la glándula mamaria. Desde allí tiende a afectar los ganglios axilares y puede dar lugar a metástasis en piel, pleura, ganglios, huesos, hígado o pulmones.

Otras definiciones.

“El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control.” Brannon y Feist (2001, p.323).

“El cáncer, también llamado enfermedad neoplásica, no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con fundamentos biológicos comunes: crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y dando metástasis.” Matías y Llorca (2002, p 56).

Historia de la Oncología.

Chiozza Luis (2010) en su libro “Cáncer. ¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora?”, relata que la historia del cáncer comienza en el año 1600 a.C, gracias

a datos obtenidos en papiros de Egipcios. El nombre “cáncer” proviene de los griegos; fue Hipócrates quien utilizó la palabra karkinos, en latín cáncer, para designar la enfermedad que producía tumores en diferentes lugares del cuerpo.

Hasta ese momento se hablaba de enfermedades como castigos de los dioses. Hipócrates hacía referencia a efectos de fenómenos naturales.

La historia de la medicina y las distintas creencias fue llevando al cáncer por diferentes caminos, primeramente era un castigo de los dioses. En la edad media, se creía que el cáncer era hereditario, se hablaba de familias cancerosas, casas cancerosas y hasta comunidades donde el cáncer era común en todas las personas.

En 1600 un médico relacionó el diagnóstico de cáncer con las condiciones ambientales en las que se vivía y trabajaba.

Luego, el cáncer se comenzó a pensar como formación de nódulos. Se llegó a la conclusión que el cáncer podía extirparse retirando el tumor y los ganglios que estaban alrededor para que no pudiera seguir creciendo. La idea no tuvo éxito debido a que se trabajaba sin anestesia y hacer estas intervenciones era muy doloroso.

La oncología como la conocemos en la actualidad nace en el siglo XIX, gracias a la contribución del microscopio (donde se descubrió que una célula cancerígena nace de otra célula), los rayos X y el descubrimiento de un nuevo metal, el radio, el cual permitía “frenar” algunos cánceres.

Tiempo después se comienza a utilizar la quimioterapia, con la cual se aplican ciertas drogas para intentar disminuir hasta el punto de desaparecer la enfermedad.

Estadísticas

El cáncer de mama es el más diagnosticado en la mujer. Según datos surgidos de la revista médica de la provincia de Mendoza, en la Argentina se detectan alrededor de 18.000 casos nuevos por año (tasa de incidencia: 71 x 100.000) y mueren cerca de 5.400 (tasa de mortalidad: 16 x 100.000).

En tanto en nuestra provincia se registran anualmente cerca de 700 (tasa de incidencia: 73.4) y fallecen unas 230 (tasa de mortalidad: 21). Se considera que 1 de cada 8 mujeres tiene la posibilidad de desarrollar esta enfermedad a lo largo de su vida, de allí la importancia de la detección y tratamiento temprano.

Sin embargo, desde los años 70 la mortalidad comenzó a disminuir como resultado de estudios de detección temprana y el mejor y mayor uso de terapias, sobre todo en mujeres jóvenes.

Según lo afirmado por la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora de la Organización Mundial de la Salud, la enfermedad continúa incrementándose y,

mientras que en el año 2000 murieron 6.2 millones de personas como consecuencia de tumores malignos, la expectativa para 2020, de seguir la tendencia actual, es de 15 millones de muertes como producto de esa enfermedad.

En España se diagnostican 150.000 casos nuevos cada año y es la causa de un 25% de los fallecimientos del país. Los datos epidemiológicos revelan que, desde el año 1990 hasta el año 2020, el envejecimiento poblacional en los países desarrollados se acompañará de un incremento de los casos de cáncer, de forma que en el conjunto de hombres de 65 años o más, el número total de casos aumentará en un 49% y en mujeres en un 34,1%.

Si bien la detección precoz y los tratamientos disminuyeron los porcentajes de muertes en comparación a etapas anteriores, el cáncer sigue siendo una de las enfermedades más temidas por la sociedad.

Tipos de cáncer

Según el Instituto Nacional de cáncer de España, existen más de 100 tipos de cáncer. Normalmente es nombrado según el órgano o tejido donde fue detectado. Están diferenciados por categorías dependiendo de la especificidad de las células:

+ Carcinoma: tipos más comunes de cáncer, formados en las células epiteliales (quienes recubren superficies internas y externas del cuerpo). Los carcinomas tienen nombres específicos según la célula en la que se desarrolla:
-Adenocarcinoma: Produce fluidos o mucosidad, son normalmente tejidos glandulares. Ejemplos: cáncer de mama, colon y próstata.

-*Carcinoma de células basales*: cáncer que comienza en la base de la epidermis, capa exterior de la piel.

-*Carcinoma de células escamosas*: Son células epiteliales que están debajo de la superficie exterior de la piel

-*Carcinoma de células de transición*: Se encuentra en el revestimiento de la vejiga, uréteres y partes de los riñones.

+ **Sarcoma**: cánceres que se forman en el hueso (osteosarcoma es el más común) y en los tejidos blandos, músculos, tejido adiposo, vasos sanguíneos y linfáticos, tejidos fibrosos como tendones y ligamentos.

+ **Leucemia**: son células inmaduras en la sangre, producidas en la médula ósea y alojadas en el torrente sanguíneo. Producen inflamación en los ganglios linfáticos, invasión en el bazo y sobreproducción de glóbulos blancos inmaduros no pudiendo luchar contra las infecciones. Al mismo tiempo, al ser invadida la médula ósea, no puede generar los suficientes glóbulos rojos para oxigenar los tejidos del cuerpo y ni controlar las hemorragias.

Existen diferentes tipos de leucemias: aguda o crónica y linfoblástica o mieloide.

+ **Linfoma**: cáncer que comienza en los linfocitos, los cuales son glóbulos blancos que combaten las enfermedades y que forman parte del sistema inmunitario.

+ **Mieloma múltiple**: cáncer que comienza en las células plasmáticas, las células de mieloma se acumulan en la médula ósea y generan tumores en los huesos de todo el cuerpo.

Melanoma: cáncer que empieza en las células que se convierten en melanocitos, son células especiales en producir melanina que es lo que da el pigmento a la piel, generando cáncer de piel. Pero pueden formarse en otros tejidos como en los ojos.

+ **Tumores de cerebro y médula espinal**: los tumores son nombrados según en qué parte del sistema nervioso central se formaron.

Tumores en células germinativas: Empiezan en las células que forman los espermatozoides o los óvulos. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y ser benignos o malignos.

Tumores neuroendócrinos: formados en las células que segregan hormonas en la sangre. Estos tumores producen hormonas en cantidades mayores a lo necesario.

Tumores carcinoides: tipo de tumor neuroendócrino. Son de crecimiento lento, los encontramos con más frecuencia en el recto y en el intestino delgado. Este tipo de tumor puede trasladarse a cualquier parte del cuerpo. Puede secretar sustancias como serotonina o prostaglandinas.

Factores determinantes del cáncer

Bárez Villoria, M. (2002) dirá que existen dos tipos de factores de etiología del cáncer. Diferenciándolos en factores exógenos y factores endógenos.

Factores exógenos

El cáncer puede originarse por factores que proceden desde “afuera” del sujeto. Podemos decir que son causas ambientales. Algunas de ellas pueden ser:

- *Radiación ultravioleta*: los rayos ultravioleta del sol pueden producir cáncer de piel.
- *Tabaco*: es causante de más muertes de cáncer de pulmón que cualquier otro tipo de cáncer.
- *Alimentación*: por la cantidad de conservantes y sustancias químicas que estos conservan.
- *Alcohol*: debido a la cantidad de nutrientes que suprime y por el trato que recibe el hígado. Es mucho más peligroso cuando se combina con tabaco y drogas.
- *Contaminación ambiental*: por antenas, ruidos, contaminación visual, etc.
- *Ocupación*: dependiendo de la profesión y los riesgos asociados.

Factores endógenos

Este tipo de factores son diferentes y particulares en cada caso de diagnóstico de cáncer. Algunos de estos factores pueden ser genéticos y/o hereditarios. Pueden ser desencadenantes emociones fuertes, pérdidas importantes, estados de duelo, angustia o depresión. Está en relación a la historia de vida y vivencia de cada ser particular.

Psico- oncología

La Sociedad española de oncología define:

El término Oncología deriva del griego onkos (masa o tumor) y el sufijo -logos-ou (estudio de). La oncología se ocupa del diagnóstico del cáncer, tratamiento del cáncer (cirugía y terapias no quirúrgicas, como la quimioterapia, radioterapia y otras modalidades), seguimiento de los pacientes de cáncer tras

el tratamiento correcto, cuidados paliativos de pacientes con enfermedades en estado terminal, aspectos éticos relacionados con la atención a los enfermos con cáncer, estudios genéticos, tanto en la población general, como, en algunos casos, en familiares de pacientes (pueden estar indicado en algunos tipos de tumores, en los que se conocen las bases hereditarias). Los oncólogos que atienden a pacientes se conocen como oncólogos clínicos.

Teniendo en cuenta lo antedicho se puede considerar que es de suma importancia el acompañamiento de un psicólogo especializado en oncología, tanto para el paciente diagnosticado como así también para su familia y el equipo de profesionales de la salud que lo asisten.

A medida que la enfermedad transcurre y se desarrolla surgen situaciones y vivencias nuevas, la intervención del psico-oncólogo es necesaria y sus tareas irán variando dependiendo de la fase de la enfermedad en la que el paciente se encuentre.

Fases psicológicas por las cuales para un paciente diagnosticado de cáncer.

Becky Malca Scharf (2005) menciona diferentes fases por las que el paciente va atravesando psicológicamente según la evolución de la enfermedad.

- 1- *Fase diagnóstica:* se caracteriza por ser un periodo de mucha incertidumbre, tanto el paciente como la familia se encuentran en un

estado de impacto psicológico intenso o choque. Se presentan diferentes emociones, como ira, negación, culpa, desesperación, etc.

La intervención del psicólogo en esta fase consiste en detectar las necesidades emocionales, psicológicas y sociales que presentan el paciente y su familia. Debe ofrecer apoyo emocional, facilitar la percepción del control sobre la enfermedad.

2- *Fase de tratamiento:* La calidad de vida del paciente se puede ver comprometida, por los efectos secundarios de los diversos tratamientos a los que esté sometido. Los resultados de los mismos varían, dependiendo de la clase de tratamiento, tipo de cáncer, evolución de la enfermedad y de las características individuales del sujeto. Algunos de los efectos que pueden desencadenar los distintos tratamientos oncológicos son: alteraciones en la imagen corporal, disfunciones sexuales, fobia a los aparatos o instrumentos que suministran los tratamientos, malestar físico, dolor, ansiedad, entre otros. Debido a estos y otros efectos, puede generarse una dificultad para adherirse al tratamiento, lo cual da como resultado, el abandono del mismo. La intervención del psicólogo consiste en potenciar estrategias de afrontamiento que permitan ayudar a la adaptación del paciente y su familia.

3- *Fase de intervalo libre de la enfermedad:* la amenaza de volver a presentar la enfermedad aumenta, debido a los controles médicos que suelen realizarse en esta etapa. Se incrementan los niveles de angustia, tanto del paciente como de los familiares, lo cual desencadena un mar de dudas y temores.

La intervención del psicólogo es facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, proporcionar las estrategias para promover e incentivar la realización de diversos planes y actividades.

4- *Fase de supervivencia:* Mediante el apoyo psicológico, se procura facilitar la adaptación del paciente a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generar. A su vez se trabaja en la reincorporación a la vida cotidiana, y si brinda ayuda para la reinserción laboral u otras actividades o intereses del paciente.

Después de esta fase nos encontramos con una que por sus particularidades la convierten en un periodo crítico.

5- *Fase de recidiva:* se caracteriza por un estado de choque aún más intenso que el que suele experimentarse en la fase de diagnóstico. Esto se debe al regreso de la enfermedad, por lo tanto son muy comunes los estados de ansiedad y depresión del paciente, de los familiares e incluso de los profesionales de la salud.

La intervención consiste en abordar y tratar los estados depresivos que puedan generarse. Es fundamental trabajar en la adaptación al nuevo estado patológico.

6- *Fase final de la vida:* En esta etapa se aborda al paciente mediante tratamiento paliativo, es decir, el objetivo de la terapia cambia de curar a cuidar. Con la llegada de este cambio, las reacciones emocionales, tanto en el enfermo como en los familiares, suelen ser muy intensas. La negación, rabia, depresión, aislamiento, agresividad y miedo a la muerte son algunas de las muchas emociones que suelen aflorar en esta fase.

En esta fase surge la tarea de acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración de duelo, con el objetivo de prevenir un duelo traumático.

La intervención del psicólogo en esta fase, consistirá en ofrecer una mejor calidad de vida. Para ello es necesario detectar y atender las dificultades psicológicas y sociales que se puedan presentar. También ayuda a controlar el dolor y los síntomas físicos, ofrecer apoyo emocional y potenciar estrategias de afrontamiento como la toma de decisiones y el control.

Algunas de estas funciones son trabajar a un nivel de prevención, educando a la población sobre el cáncer, tipos de cáncer, factores de riesgo, etc.

Fases de adaptación al cáncer

Holland JC (2000) describió que las respuestas normales a la crisis del cáncer consisten de tres fases:

- Respuesta inicial
- Disforia
- Adaptación

Enfrentarse al cáncer no es un evento aislado sino un proceso a lo largo del cual Pueden estudiar diferentes etapas o fases, de duración variable, con determinadas reacciones emocionales. (Rowland, 1989).

Fase inicial o aguda: *respuesta inicial* de choque, desconcierto, incredulidad, negación, desesperanza, dolor y muerte. Se afectan las actividades cotidianas, cambios en la actividad física, social y laboral. Esta fase surge automáticamente después del diagnóstico. Una vez que el paciente pasa la fase crítica, comienza un periodo acompañado de conflictos y dificultados que son aparejados por la enfermedad.

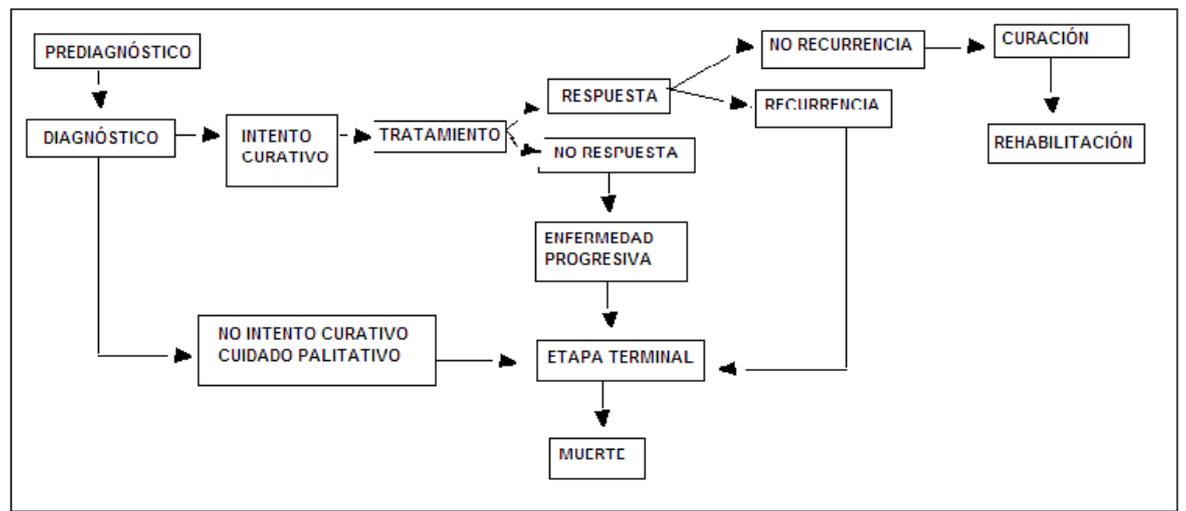
Fase intermedia: se caracteriza por una *respuesta de disforia*, malestar e irritabilidad, marcados rasgos de ansiedad como insomnio, anorexia, miedo a la muerte, dificultad para concentrarse, pensamientos dolorosos, entre otros.

Aparece la angustia y la culpa por no haber realizado determinadas actividades o proyectos durante su vida. Supone una ruptura con la vida anterior al momento del diagnóstico.

Fase de adaptación: el paciente *acepta y adapta* a la situación. Intenta reorganizar su vida, retoma actividades diarias y se muestra más optimista a tratamientos.

Curso clínico del cáncer

Holland (1973) explica las diferentes posibilidades sobre el curso clínico sobre el cáncer.



**Cuadro 1: Curso clínico del cáncer. Etapas: pre diagnóstico, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, terminal (Adaptado de Holland, 1973; citado por Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994)*

Intervención psicológica.

Al ser un diagnóstico complejo, es apropiado un abordaje biopsicosocial. Hay que tener en cuenta la multiplicidad de situaciones clínicas, en términos médico-psicológicos, a las que se deben adecuar las técnicas psicoterapéuticas, coincidiendo todas ellas en que:

“El hombre enfermo no quiere estar enfermo y sufre los síntomas de la enfermedad”. Gómez, Neira, García, de Cos, Mur de Viu (1999/2004, p.135).

Las técnicas y estrategias que se emplean con los pacientes oncológicas son variadas y diversas, dependiendo de la orientación clínica del Psico-oncólogo. Independientemente a ésta el objetivo de la intervención psico-oncológica es la misma; que el paciente mantenga una buena calidad de vida a lo largo de todo el proceso. (Monedo y Alonso, 2003).

Según el momento y el desarrollo de la enfermedad se pueden trabajar sobre:

- Apoyo en las distintas fases de la enfermedad
- Preparación para la cirugía (ansiedades, temores, fantasías, información, etc.)
- Adaptación a los cambios en la imagen corporal luego de la cirugía y los tratamientos.
- Reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas.
- Facilitar la comunicación, clara y fluida entre paciente- familia; familia-paciente; paciente/familia -grupo médico; grupo médico- paciente/familia.
- Manejo de la llamada “situación paradójica” que puede presentarse cuando se comienzan los tratamientos (el paciente que se encontraba bien, suele sentirse peor tras comenzar el tratamiento), o cuando estos finalizan (se sienten inseguros, ya que mientras que lo estaban recibiendo sentían que estaban controlando la enfermedad y cuando finalizan aparece la preocupación por una posible recidiva).

- Acompañar y trabajar sobre la incorporación a la “normalidad anterior” luego de la enfermedad y sus tratamientos.
- Ayudar al paciente a expresar y manejar sus miedos, revisar sus valores, el sentido de su vida y aprender a controlar el sufrimiento.
- Acompañar a poder pensar y hablar acerca de la vida y de la muerte.

La investigación de esta tesis, está limitada al estudio bibliográfico y de casuística real sobre Cáncer de mama. A continuación se describen rasgos generales sobre dicha enfermedad.

Cáncer de mama

*“El cáncer de mama se ha convertido en una preocupación mundial, una de cada diez mujeres desarrollará alguna variedad (especialmente las mayores de 50 años) y una de cada cinco será sometida a biopsia. Este tipo de cáncer ocupa **el primer lugar** en las estadísticas **de muerte por carcinoma en mujeres de nuestra provincia y país**”. Jorge Ventura (2009, p.10)*

Historia del Arte: Mamas

La imagen de las mamas desarrollan un importante papel en el terreno del arte, el cuerpo de la mujer fue y es, fuente de inspiración para diferentes artistas. Las mamas fueron destacadas y valoradas en las obras de arte como simbolismos de nutrición, femineidad, erotismo, sexualidad y diferenciación del torso masculino.

El privilegio por esta imagen fue tal que las pinturas del Renacimiento de autores como Miguel Ángel, Durero, Rafael, Tintoretto, son las que más lugar e importancia les dieron, sin ser censuradas. En España fueron de igual importancia gracias a Dalí, Goya y Picasso. Luego de las pinturas, la imagen de mamas, colmaron los periódicos, revistas, teatro, cine y televisión.

Tiempo después surgieron los striptease, las fotos artísticas, los cabarets y los restaurantes servidos con camareras en top-less. La publicidad, la moda y la exhibición se colmaron de las mamas, de esta manera pasaron a ser un objeto extraordinario. No importaba el tamaño, la mama era lo importante.

La mama pasó a ser de gran interés y estudio por ser un órgano anatómico que generaba curiosidades y discusiones, tanto en lo científico como en el arte, sobre lo femenino, lo erótico y lo sensual, con altas cargas psicológicas. Fue tal la importancia social que tomaron las mamas, que entró en juego la influencia psicológica en mujeres. La mama y lo que ella simboliza genera dificultades psicológicas cuando aparecen diagnósticos que las incluyen. A. Fernández y cols. (2000) culpan a la mastología por las dificultades psicológicas que esto provoca.

Mastología

Mastología deriva del griego Mastós (mama) logos (tratamiento). Es tratamiento de la mama, su función y su enfermedad, abarca todo el estadio del desarrollo mamario, los cambios fisiológicos (gestacionales, periodos de lactancia).

A. Fernández y cols. (2000) definen la mastología como:

“La ciencia, filosofía y arte del estudio, de los cuidados y del tratamiento de la mama en todos sus aspectos y circunstancias” (p .3)

Cáncer de mama en la historia

Si bien este tipo de cáncer es uno de los problemas actuales, dentro de las enfermedades más problemáticas y preocupantes, esta enfermedad está presente desde datos que constan de la pre historia, el hombre siempre estuvo en constante estudio para poder combatirlo.

Pre historia:

La imagen de la mujer y de las mamas en sí, siempre fueron de suma importancia. La época Prehistórica nos ofrece obras de arte como Venus, en marfil o piedra blanca, las cuales constan del paleolítico superior (4000 a 9500 a.C). Como así también pinturas rupestres de mamas desnudas.

En alguna de estas pinturas rupestres se pueden observar dibujos de lo que actualmente definimos como tumores, o pinturas especiales en determinadas aéreas de la mama, sobre todo alrededor de la aureola o pezones. Lo que los investigadores actuales hipotetizan que era la manera que encontraron de plasmar las dolencias de la época, sin ser todavía nombrada como Cáncer.

Edad Antigua:

Esta época, al ser caracterizada como una época cristiana, se valora y pone énfasis en la lactancia. Por este tema, es que se ponen en evidencia las patologías de las mamas.

Eran sociedades nómades, recorrían hasta dos mil kilómetros al año, cargaban en sus espaldas o pechos los niños por lo menos durante los dos o tres primeros años de vida, amamantándolos entre treinta y cuarenta veces por día.

Se encontró un papiro, que data del 3000 al 2500 A.C donde se describen ocho casos de tumores mamarios. Lo sorprendente es que la mayoría de estos casos eran hombres. Se supone que fueron escritos por el primer médico del que se tuvo noticias: Imhotep.

Luego se descubre otro papiro (2250 a. C) donde figuran las primeras técnicas de mastectomía. Tiempo después se descubren escritos sobre estudios que justificaban porque era mejor cauterizar los tumores mamarios que su extirpación a chuchillo.

En 1502, gracias a un papiro Egipcio, los investigadores conocen que se comienza a mencionar tratamientos de tumores mamarios por fuego y hierro.

Fue Hipócrates (460 a.C a 370 a.C) padre de la medicina, quien presta mayor atención a este tipo de tumores y lo nombra Karkinoma, se dedica a estudiarlo.

En el siglo I a.C, Celso, enciclopedista no médico, recoge los primeros datos interesantes y realiza una descripción clínica del cáncer. Más tarde, junto con Galeno, propugnaron la extirpación de tumores mamarios rodeando los tejidos sanos. Celso realiza la primera clasificación de cáncer de mama por estadios. Toma como inoperable al estadio tres o cáncer ulcerado. Galeno describe al cáncer como las partes de un cangrejo, de aquí su proceder del término.

Edad media:

Contaban con mayores instrumentos. Desde el siglo X al XIII, la escuela médica de Salerno (Italia) llega a crear un programa de estudios quirúrgicos

con base anatómica, pues hasta entonces la cirugía en la práctica era muy empírica.

Edad moderna:

En el siglo XVI, Ambroisse Paré, descubrió una importante relación entre el cáncer de mama y tumefacciones en los ganglios linfáticos axilares. Con la ilustración (S. XVIII) surgen los precursores de la cirugía mamaria y en 1744 Jean Louis Petit, director de la academia francesa de cirugía, fue el primero en establecer las bases científicas de la mastectomía radical.

Edad contemporánea:

Syme, en Londres, fue el primero en relacionar la afección de los ganglios linfáticos axilares con el peor pronóstico de cáncer de mama. En 1840, Sir Benjamin Collins Brodie, hizo la primera descripción de las lesiones mamarias benignas. Las clasificó teniendo en cuenta su forma y su etiopatogenia.

En el año 1873, Sir James Paget comunicó que un 10% de mortalidad operatoria se presentaban en los casos tratados por cáncer de mama y que la supervivencia en ningún caso llegaba a los diez años, estableciendo gracias a esto indicaciones y contraindicaciones para la cirugía de este tipo de cáncer.

William Stenhal (1852- 1922) marca un hito en la historia del tratamiento del cáncer de mama. En 1894 desarrolló la técnica para operar. Esta operación fue el tratamiento estándar de cáncer de mama por sesenta a setenta años en el mundo entero.

En 1895, Konrad Von Röntgen (1845- 1923), descubre los Rayos X, lo cual se convertirá en algo esencial para el tratamiento de cáncer de mama años posteriores. Tres años después, Paul Ehrlich (1854- 1915) comienza a trabajar y hablar sobre “quimioterapia”.

Ellis y Matio, introducen en 1930, la técnica de “aspiración- biopsia” para el estudio de la patología mamaria, actualmente de gran uso. Recién en 1938, Paris, logra “mantener y controlar” el cáncer de mama por medio de la radiación localizada.

En 1960 en Estambul, se diseña el primer servicio en el mundo dedicado al diagnóstico y tratamiento de enfermedades mamarias. Se introduce en Europa en el año 1971 la imagen ecográfica en el diagnóstico de la patología mamaria, cada día más utilizada y con excelentes rendimientos.

Desde este año se inician diferentes y variadas pruebas de estudio en todo el mundo para generar mejores resultados en el tratamiento del cáncer de mama. Proponían el control periódico de las mamas para evitar así diagnósticos de cáncer y generar tratamientos tomados a tiempo. Se realizan pruebas a través de mamografías, ecografías, quimioterapia, radiación, punciones, tomografías.

En la década del 90 se pone énfasis no sólo en el tratamiento si no en la prevención del cáncer de mama. Se generan Instituciones, grupos de estudio sobre casos, y organizaciones para generar conocimiento sobre las formas de cuidado, tratamiento precoz y preventivo.

Siguiendo el recorrido histórico se puede ir observando y comprendiendo la importancia que esta enfermedad acarrea desde miles de años atrás. Cómo se fue avanzando desde la medicina, investigando y estudiando sobre el cuerpo de la mujer, implementando diferentes tipos de intervenciones y terapias para lograr una mejor calidad de vida y poder hacer frente al cáncer.

En la actualidad, se continúan los avances sobre distintos tratamientos. Algunos países generan más investigaciones y estudios sobre la temática,

dando pasos importantes en la evolución del tratamiento, pero no se encuentra al día de la fecha una cura para tal diagnóstico.

A diferencia de siglos anteriores, el equipo oncológico está más preparado para trabajar con el paciente oncológico, su familia e inclusive con los mismos miembros del equipo interdisciplinario. El trabajo del psicooncólogo en esta área es de gran ayuda frente a cualquier tipo de cáncer.

Años anteriores el interés sólo estaba centrado en el organismo de la mujer, mas localizado sobre la o las mamas afectadas. Hoy el profesional especializado en oncología trabaja e interviene en conjunto y al mismo tiempo que los médicos especialistas, con las emociones del paciente. Esto ayuda a elaborar duelos, ansiedades, inseguridades, etc.; que condicionan e interfieren en el tratamiento puramente médico que se realizan.

En la edad media, no se conocía el trabajo del psico-oncólogo, pero las mujeres elaboraban desde y como donde podían sus emociones, inseguridades y fantasías con mujeres que fueron declaradas santas o cuidadoras de las mamas. Es así que al investigar sobre cáncer de mama en España surge la historia de que un Rey quiso abusar de una joven cristiana, como esta se negó, como castigo el Rey corto sus mamas y la torturó hasta matarla. El pueblo de donde la muchacha vivía, la declaró santa y guardiana de la protección de las mujeres. En la actualidad, algunas mujeres que son diagnosticadas de cáncer de mama, todavía rezan a esta Santa para su protección, hipotetizando así la importancia de trabajar con los aspectos y vivencias emocionales. Debido a que junto al diagnóstico afloran sentimientos de injusticia, de desamparo, angustia entre otros sentimientos que comienzan a invadir a la mujer desde el momento que siente una pequeña protuberancia en uno de los órganos que más identidad y dignidad le dieron, desde el comienzo de su adolescencia, cuando la mama se convirtió en objeto de femineidad y deseo.

Con el tiempo, a medida que el pronóstico y tratamiento avanzan, las prioridades comienzan a reorganizarse. La identidad comienza a construirse nuevamente luego del hecho devastador de la enfermedad en su vida. Comienzan a verse como si fuera solamente el cuerpo que ocupa, siendo que actualmente este cuerpo está dañado, lo cual genera que ella se sienta dañada como persona. No existe la manera que asegure que esté preparada para enfrentarlo de la mejor manera posible, una vez recibido el diagnóstico invaden miedos que ni siquiera se permiten pensar con claridad; en este primer momento no están preparadas para realizar preguntas y salvar dudas sobre lo nuevo que golpea sus puertas.

De esta manera es conveniente acompañar al paciente desde la información, conociendo lo que sabe sobre su diagnóstico, pronóstico, y tratamientos. Exponer las posibilidades y los efectos secundarios de los tratamientos que puedan llevarse a cabo.

El principio de la enfermedad puede ser vivenciada con mucha negación, pero con el paso del tiempo y el transcurso de la misma, la mayoría de las mujeres, acepta lo que ocurre con su cuerpo y comienza una etapa más constructiva donde se evalúa la posibilidad de un futuro, un futuro con una imagen de cuerpo nueva, diferente a la anterior que enfermó.

Desarrollo normal de la mama

“La mamogénesis es el desarrollo mamario que se produce desde los inicio de la formación de la mama hasta la madurez plena”. Brannon y Feist (2001, p.380).

Las mamas comienzan en nuestro cuerpo como una glándula mamaria, que desde la gestación hasta la pubertad, no experimenta ningún tipo de

cambio. Desde la pubertad, con el desarrollo y el aceleramiento del desarrollo hormonal, el crecimiento mamario comienza. El crecimiento mamario llega a su punto culmine cuando se produce la combinación de cuatro hormonas: estrógenos, progesterona, prolactina y hormona del crecimiento. La mama femenina adulta está ubicada en la cara anterior del tórax entre la segunda y sexta costilla y entre el borde esternal y la línea axilar media. (Spratt y Tobin, 1995/2002)

Mama fetal:

Los primeros signos de glándulas mamarias aparecen en el feto al final de la sexta semana de gestación. A diferencia de otros mamíferos, en el ser humano se desarrollan solo dos glándulas mamarias, una a cada lado.

Mama del recién nacido:

En un niño recién nacido el aspecto clínico de la mama es igual en la mujer que en el hombre. Debido al periodo de gestación, es probable que en ocasiones se produzca una secreción de tipo lactosa, por esto podemos decir que en la mama del recién nacido puede existir un pequeño grado de función secretora.

Luego de los quince días de nacido, las secreciones desaparecen, y tanto en niñas como en niños, solo se puede observar un pequeño pezón rodeado de una areola.

Mama de la infancia:

Luego de los primeros quince días de nacidos, cuando la actividad hormonal depende puramente del bebé y ya no se encuentran secreciones hormonales del cuerpo de la madre, la mama del niño queda sin actividad hasta aproximadamente los ocho o nueve años.

Según los estadios de Tanner, esta etapa es denominada Estadio 0: se encuentra una insinuación del pezón, no hay masa glandular mamaria, ausencia de vello pubiana y axilar, pezón que no cambiara su forma hasta la pubertad.

Los primeros signos de desarrollo mamario se pueden observar alrededor de los ocho o nueve años. Lo primero en cambiar es el pezón, el cual comienza a agrandarse. Dando comienzo de esta manera al Estadio numero I de Tanner.

Mama de la pubertad:

Se produce un aumento del tejido celular subcutáneo, las areolas se agrandan y reciben una mayor pigmentación, se comienza a marcar el botón glandular. Este proceso de crecimiento se denomina *telarquia*. Estos cambios se corresponden al Estadio numero II de Tanner, lo cual parece estar acompañado de la aparición del vello tanto púbico como axilar. Luego de un tiempo de aparecido el botón mamario, ocurren los mayores cambios en la mama. Se genera un aumento de los elementos glandulares de la mama, la cual se hace evidente mostrando un notorio crecimiento. Dando paso así al comienzo del Estadio numero III, donde el tejido glandular está siempre presente.

Cuando la mama se observa de mayor tamaño, estamos en condiciones de afirmar el comienzo del Estadio numero IV de Tanner, se observa una prominencia de la areola y del pezón, aparecen las glándulas mamarias de Montgomery. Es en este estadio donde puede aparecer algo de vello alrededor de la areola. El tiempo que transcurre entre un estadio y otro es totalmente relativo entre una mujer y otra.

Este último estadio suele coincidir con la primera menstruación de la niña, los ciclos menstruales colaboran para el mayor desarrollo de la mama,

donde se irá perfilando para obtener el tamaño de su mayor desarrollo. Las mamas son protegidas por grasa, la cual genera protección para la mama. Esto colabora también en el tamaño general de la mama.

Mama de la madurez sexual:

Lo que caracteriza a la mama de la madurez sexual es el tamaño del pezón y la capacidad de erección del mismo. La estética de la mama es más globosa y esférica. Estos son indicadores del Estadio V.

La mama ira presentando cambios según en el momento el periodo menstrual en que se encuentre la mujer. En la fase post ovulatoria se ponen más tensas, aumenta la sensibilidad y toman mayor tamaño.

Cambios en las mama según la etapa de la vida por la cual la mujer este atravesando

Cambios durante el embarazo:

Durante el embarazo se produce una gran revolución hormonal. El cuerpo de la mujer, en un primer momento, se prepara para poder llevar a cabo el desarrollo del feto. A medida que el niño crece en el vientre, el cuerpo de esta atraviesa una serie de cambios. Los órganos se organizan para el buen funcionamiento, para abastecer y responder por dos vidas. Dentro de estos cambios, las mamas se encuentran afectadas, ya que serán las encargadas de la nutrición del niño durante los primeros años de vida.

Los primeros cambios durante un embarazo comienzan en las mamas, las cuales suelen volverse más turgentes y esféricas debido al aumento de

tejido adiposo. Los niveles de estrógeno y progesterona estimulan el desarrollo glandular.

Se observa un aumento en el tamaño en general, del pezón y de la areola. Aumenta la circulación, lo cual permite observar con mayor facilidad las venas superficiales. Se produce un incremento de alveolos lobulillares, los cuales son como pequeños sacos productores de leche. A pocas horas del parto, queda anulado el efector inhibidor de la prolactina, bajan los niveles de estrógenos y progesterona.

Cambios durante la lactancia:

Francisco E. Gago y Cols dicen que:

Durante la lactancia materna, la mujer vive uno de los periodos más intensos de su vida. Experimenta una vertiginosa sucesión de emociones, como excitación, alegría y un profundo sentimiento de satisfacción, paradójicamente junto con preocupaciones, desanimo y en algunas ocasiones, incluso depresión. (p. 86)

Durante la lactancia se mantienen los cambios ocurridos durante el embarazo. A pocas horas del nacimiento y con la succión del lactante, la mama comienza a segregar, en un primer momento un líquido amarillento y rico en colesterol llamado calostro, para luego dar lugar a la leche materna.

La lactancia en la actualidad, está influenciada por los cambios que se fueron dando en nuestra sociedad. En épocas antiguas no eran las madres quienes amamantaban a sus hijos, si no nodrizas, mujeres que se encargaban de esta tarea. En la actualidad es muy común escuchar que la lactancia debe realizarse por sustitutos de la leche materna por no contar con leche o porque su pezón no estaba formado por no ser estimulado durante el embarazo.

Independientemente de estas eventualidades físicas por las cuales las madres no pueden amamantar, volviendo nuevamente a la importancia que tiene la mama en la sociedad, mayormente por lo estético y por estar cargada de una connotación sexual y erótica, es que se dieron disturbios en lugares públicos por censurar a madres durante esta tarea tan natural. Lo anterior mencionado, sumado a los sustitutos de leche materna por leche maternizada que puede conseguirse en cualquier farmacia y/o supermercado, la lactancia natural ha disminuido notablemente en comparación a años anteriores.

Cambios durante la menopausia:

Podríamos describir estos cambios como la involución de los cambios producidos durante el embarazo o la lactancia. En este periodo las mamas pierden firmeza y elasticidad, inclusive pueden perder el tamaño. Este cambio no es repentino sino que es progresivo a medida que se transitan las diferentes etapas de la menopausia.

Anamnesis, historia clínica y factores de riesgo

Es muy importante tener en cuenta la historia y el contexto en el que el sujeto está inmerso al momento del diagnóstico. Conocer su historia familiar, la predisposición genética y las fantasías que existen en relación al Cáncer.

Se debe destacar que no siempre la consulta al médico es sinónimo de diagnóstico de cáncer. Los controles periódicos son una muy buena herramienta de prevención y detección precoz de cualquier tipo de enfermedad.

A continuación se desarrollará la importancia de la anamnesis, la historia clínica y los factores de riesgo frente a la prevención y/o diagnóstico de cáncer de mama.

A Fernández – Cid y cols. (2000) proponen que la anamnesis, historia clínica y el conocimiento de factores de riesgo son de vital importancia para el temprano diagnóstico y la lucha contra el cáncer de mama. Para estos autores, si tuviéramos conocimientos gracias a una extensa y sincera charla de médico paciente, se podría conocer si existen antecedentes en su familia, si está expuesta a riesgos o simplemente gracias a controles periódicos, se descartarían otros controles que pueden resultar engorrosos, dolorosos y en momentos hasta de alto costo económico.

En 1961 se comenzaron los estudios sobre la relación de cáncer y psicología. Esta investigación arrojó como resultado la incidencia del cáncer de mama en forma invasora en pacientes con cierta inestabilidad emocional, con contextos sociales y familiares disfuncionales, con problemas familiares y mayormente problemas maritales. Es por esto que es de gran importancia el momento de la anamnesis, tanto médica como psicológica al momento del diagnóstico y diagramación de tratamientos a seguir.

Elida Evans (1926) menciona que el paciente con cáncer ha perdido una parte importante de sus relaciones emocionales previamente al desarrollo de dicha enfermedad. Con la cual reafirmamos la idea del acompañamiento psicológico desde el momento del diagnóstico.

Anamnesis:

Es de fundamental importancia, que el médico, logre una completa historia clínica. Debe contener todos los datos importantes de la persona, el problema que suele presentarse es que sean muy extensas y pierdan el foco de lo importante.

Para un caso de patológica mamaria se recomienda recolectar los siguientes datos:

- Afiliación
- Antecedentes
- Historia familiar
- Historia personal: Aspectos generales, Aspectos ginecológicos, Aspectos obstétricos, Aspectos mamarios.
- Motivo de consulta: Aspectos generales. Síntomas

Historia Clínica:

Es preciso que el médico recoja la mayor información posible, teniendo en cuenta datos primordiales como la Filiación, Apellido/s y Nombre/s, fecha de nacimiento, edad, sexo, estado civil, dirección, teléfono, persona y/o número de contacto por emergencia.

Los antecedentes del paciente son muy importantes para el momento del diagnóstico. Conociendo la historia familiar podemos conocer si alguien de la familia tuvo o tiene cáncer. Es importante para el diagnóstico conocer si alguna mujer de la familia (madre, abuela, hermana, tía, etc.) fue diagnosticada de cáncer. En caso de presentarse algún caso, averiguar si fueron uní o bilaterales y si es posible saber si fueron diagnosticadas antes o después de la menopausia.

Luego hacer hincapié en cada uno de los aspectos sobre los cuales se trabajó en el momento de la anamnesis. Conocer si hubo enfermedades generales, exposición a rayos X, si padece de diabetes, colesterol, afecciones de tiroides, enfermedades hepáticas, renales o cardíacas. En cuanto a lo ginecológico- obstétrico es importante la edad de la primer monarca, tratamientos hormonales, embarazos, edad de los mismos, tipo de parto, si dio de mamar, menopausia, algún tipo de intervención quirúrgica.

Para continuar, en relación a los aspectos mamarios conocer si realiza los controles periódicos, si anteriormente recibió algún tipo de tratamiento o intervención.

En relación al motivo de consulta se debe realizar una extensa serie de preguntas sobre los síntomas, no sacar conclusiones apresuradas, responder y explicar en una terminología en cual la paciente pueda comprenderlo.

Factores de riesgo

Tanto médicos como investigadores consideran a los factores de riesgos como predisponentes o causantes de colaborar con la aparición de la enfermedad. No existe un grupo para poder definir o clasificar los distintos tipos de cáncer según los factores. Estos son indicios que pueden guiarnos al momento de la anamnesis y la historia clínica pero no son 100% causantes de los diagnósticos. Tener en cuenta los factores de riesgos puede ser de gran ayuda en los tratamientos preventivos. Soy muy diversos y particulares en cada paciente, pero hay algunos que pueden ser de ayuda para el momento del diagnóstico. En el cáncer de mama por ejemplo, se deben tener en cuenta factores como la edad, la presencia de cáncer de mama en alguna persona de la familia y los cuidados preventivos que pueden ayudarnos con un temprano diagnóstico.

- Edad: tener determinada edad no es sinónimo de contraer algún tipo de cáncer, pero si es de influencia debido a los cambios del cuerpo. El cáncer de mama es diagnosticado entre un 60% y 80% de los casos, en mujeres de entre 50 a 60 años, luego de los 75 años el porcentaje puede ser aún mayor.
- Edad del comienzo y la finalización del ciclo menstrual: es importante conocer las fechas, tanto las primeras menstruaciones tempranas como al tardía aparición de la menopausia son factores a tener en cuenta al momento del diagnóstico.

- Primer parto: Mientras más joven sea la mujer en el primer parto, mas reduce las posibilidades de diagnóstico de cáncer de mama. (Kuller, 1995). Para Tomasson (1996) tener un hijo antes de los 25 años de edad era un factor protector.
- Intervalo entre menarquía y primer embarazo: la disminución de tiempo transcurrido entre estos evidencia menos riesgo de diagnóstico. Se supone que los periodos menstruales cortos pueden aumentar el riesgo
- Mujeres sin hijos: hay investigaciones que comparten la idea que es mayor el riesgo de diagnóstico de cáncer de mama en mujeres que no tuvieron nunca un hijo. Debido que el amamantar a un bebe puede ser un factor de protección. Otros investigadores descartan esta teoría diciendo que las mujeres que vivenciaron solo un parto estarían en igualdad de condiciones de las que nunca estuvieron embarazadas.
- Menopausia: el 75% del cáncer de mama aparecen en la etapa de la menopausia y postmenopausia de la mujer. El mayor riesgo se encuentra en mujeres con menopausia tardía.
- Antecedentes familiares y personales: Es importante conocer si en la familia de la paciente existen casos de cáncer de mama, conocer si es uní o bilateral y si se produjo antes, durante o después de la menopausia. Existen teorías que afirman que la aparición del cáncer de la mama tiene una connotación psicológica con alguna vivencia de alto contenido emocional que terminó en que la paciente realizara un cáncer de mama en esa parte del cuerpo.
- Dieta: son varios los alimentos que son conocidos por tener campañas en su contra, gracias a explicaciones de por qué son generadores de cáncer. Lo mismo sobre la grasa de las dietas, pero los resultados obtenidos no son concluyentes (Marchant, 1992). Otros autores argumentan sobre la importancia de algunos alimentos como factores de riesgo para el origen del cáncer en general.

- Peso y talla: Investigaciones demuestran que el sobrepeso corporal aumenta el riesgo de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas, pero parece ser una disminución en mujeres pre menopáusicas (Kelsey, 1933)
- Factores ambientales: tabaquismo y abuso de alcohol, hay investigadores que afirman que el abuso de ambos puede ser un factores de riesgo de cáncer pero no específicamente de cáncer de mama. Exposición a químicos o radiación.
- Predisposición hormonal: Relacionado a trastornos endocrinos. Se creen que es por lo estrógenos y la progesterona que son las hormonas femeninas más importantes. La ingesta de hormonas por tratamientos también puede ser un factor de riesgo.
- Genes: son dos genes (BRCA1 y BRCA2) que cuando se produce algún tipo de mutación en ellos son propensos a desarrollar un cáncer de mama.

Exploración clínica de la mama.

Son intensas las campañas de prevención de cáncer de mama que en la actualidad encontramos en la calle, revistas y televisión. Con el paso del tiempo existe una mayor conciencia sobre la prevención y detección temprana. Gracias a esto se realizan más consultas.

La exploración de la mama se debe realizar en dos momentos: por la mujer periódicamente y por el médico por lo menos una vez por año.

Es muy importante tener en cuenta los siguientes factores al momento de la exploración de la mama, ya sea cuando es realizada por la misma mujer a cuando es por el médico:

- *Iluminación:* el primer tipo de evaluación es visual, es necesaria una buena iluminación para poder distinguir anomalías en la forma y en el tamaño, como así también en el color.
- *Mentalización del paciente:* Es importante que el paciente siempre este informado sobre la manera de accionar en el exploración, cómo y de qué manera debe realizarse, cuando la exploración es realizada por el médico se debe explicar el para qué de tal exploración y cuáles pueden ser las posibilidades del resultado. Explicar luego cuales son los pasos y/o estudios que se realizaran.
- *Posiciones de la paciente:* cuando la exploración es realizada por un médico este debe explicarle las posiciones en las que debe colocarse, tanto para la inspección como para la palpación.

Autoexploración:

Si bien es una técnica muy importante, no siempre es la más efectiva y por esto es necesaria la visita al médico. Son muchas las mujeres diagnosticadas que asistieron a la consulta por la detección de alguna anomalía en su mama, pero también es alto el porcentaje de mujeres que por miedo no asistieron o demoraron la consulta y que llegaron a la consulta cuando el cáncer estaba muy avanzado.

La autoexploración es recomendable por lo menos realizarla una vez al mes, de este modo la mujer tiene mayor conocimiento sobre su cuerpo. Ante cualquier mínimo cambio, esta puede percatarse más rápidamente que otra que no conozca en profundidad su cuerpo.

Se busca cualquier tipo de cambio que se note a la vista o al tacto. No se trata de diagnosticarse si no de identificar cambios o diferencias. La mayoría de las enfermedades de las glándulas mamarias son benignas pero si una mujer desarrolla cáncer mamario, es importante detectarlo en etapas tempranas.

Pasos del auto exploración

- Autoexamen visual. Colocamos las manos sobre la cadera y alzamos los hombros. Buscamos secreciones, malformaciones, hundimientos, descamación de la piel. Lo primero que debemos realizar es el control visual parándonos delante del espejo, comparar ambas mamas en forma, tamaño (es normal que una mama sea más grande que la otra) y color.
- Colocamos las manos sobre la cadera y alzamos los hombros. Buscamos secreciones, malformaciones, hundimientos, descamación de la piel.
- Revisión manual. Ponemos la mano izquierda por atrás de la cabeza, palpando con la punta de los dedos de la otra mano la mama izquierda. Recorremos de arriba a abajo y de abajo a arriba, desde el borde de la axila hasta el final de la mama en el pecho. Luego, siguiendo las agujas del reloj, palpamos de afuera hacia adentro y realizamos pequeños círculos rodeando el pezón hasta dar la vuelta completa de las agujas del reloj, apretamos aplicando un poco de fuerza el pezón para verificar que no hay secreciones extrañas. Realizamos el mismo procedimiento con la mama derecha.
- Inspección manual acostada: ponemos una almohada en el hombro derecho para explorar con la mano izquierda la mama derecha, siguiendo el mismo procedimiento anterior cuando estábamos de pie. Repetimos en la mama Izquierda

- La revisión de las mamas debe incluir las axilas. Si se palpa un bulto no se nota cualquier tipo de cambio, debe recurrir al médico para informarlo.

Exploración clínica por el médico:

El médico se ubicará por delante de la paciente con la iluminación en dirección a la paciente. Para el momento de la palpación primero se colocara a un lado de la paciente y luego del otro. Para la exploración axilar, la paciente colocara la mano correspondiente a la axila a explorar en el antebrazo del médico.

Es recomendable que el médico realice explicaciones sobre las palpaciones que va realizando a medida que se vayan llevando a cabo y explique hasta que la paciente comprenda la postura correcta.

Clasificación de cáncer de mama.

La mayoría del cáncer de mama es Benignos, por formaciones fibroquísticas (que no aumentan el riesgo de desarrollar un tumor y no requieren tratamiento específico), la fibrosis es un desarrollo anormal del tejido conjuntivo de la mama. En cambio un quiste es una bolsa llena de líquido que se elimina mediante la pulsión y de esta manera se elimina el dolor.

La clasificación de los tumores malignos se realiza en función al lugar en donde aparece el crecimiento anormal.

La Organización Mundial de la Salud realiza una clasificación anatomopatologica que se resume de la siguiente manera:

Carcinomas no invasivos:

- a- Carcinoma lobulillar in situ (CLIS): Es localizado. Se origina en los lóbulos de las glándulas mamarias. Proliferación de los conductos terminales o acinos, de las células pequeñas monótonas, con escasas mitosis, es decir, se origina en los lóbulos de una de las glándulas. Puede hacerse notorio por la aparición de un bulto palpable. La frecuencia de este tipo de carcinoma es variable, el riesgo es indistinto para cualquiera de las mamas. Se requiere de análisis constantes para controlar la posibilidad del desarrollo del cáncer.
- b- Carcinoma ductal in situ (CDIS): Comienza en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es una proliferación de las células epiteliales de los conductos mamarios sin penetración de la membrana basal a la microscópica de luz (Skinner y Silverstein, 2001). Los patrones de crecimiento son variables, se lograron identificar cinco patrones principales los cuales son: comedocarcinoma, solido, claviforme, papilar o micro papilar. Puede hacerse notorio por la aparición de un nódulo duro e irregular, puede haber retracción del pezón. La permutación linfática puede provocar edema en la piel, produciendo también un agrandamiento de los poros.
- c- Enfermedad de Paget: Es un tipo de carcinoma in situ que compromete el área del pezón. Esta enfermedad se asocia a un carcinoma intraductal subyacente y rara vez a un carcinoma invasor. Es de desarrollo lento.

Carcinomas invasores:

- a- Carcinoma ductal infiltrante: Es el tipo de carcinoma más frecuente, tiene un componente importante de tejido fibroso lo que le da la consistencia dura. Pueden existir focos de carcinoma ductal in situ.

- b- Carcinoma lobulillar infiltrante: Las células surgen de los conductos terminales o de los acinos (estructuras comunes en las glándulas de secreción, en las mamas los acinos glandulares son donde se encuentran las células productoras de la leche). Se asemejan al carcinoma lobulillar in situ. Células de pequeño tamaño, normalmente rodean los conductos normales, con pocas mitosis y baja densidad celular (Fizgibbons y cols.,. 2000).
- c- Carcinoma medular: Se presenta normalmente en tamaño más bien grande, bien delimitado y blando. Son de mejor pronóstico que el tipo ductal común.
- d- Carcinoma mucinoso: Variedad poco frecuente, lo distingue de los demás la presencia de núcleos de bajo grado y la mucina extracelular.
- e- Carcinoma tubular: Las células epiteliales tumorales se disponen en una sola capa, formando estructuras tubulares. Son de buen pronóstico con poco potencial de metástasis.

Diagnóstico de cáncer de mama

Para el D. José Schavelzon (1955) es importante tener en cuenta la actitud del paciente en tres momentos claves: cuando descubre el síntoma y concurre o no a la consulta, cuando debe decidir el tratamiento para enfrentar el cáncer y por último el periodo posterior al tratamiento.

En un primer momento hay algo que llamo la atención del paciente, un cambio de color, de tamaño, la presencia de algún bulto, secreciones por el pezón, etc. El paciente percibe alguna modificación en su organismo que lo

llevara a acudir rápidamente al médico o el miedo puede paralizarlo y retrasara la consulta al especialista.

Por este motivo es tan importante en un primer momento de consulta conocer el motivo por el cual el paciente acudió a la visita del médico. En un alto porcentaje las mujeres, mayormente que los hombres, si no acudieron a la consulta movidas por el miedo, la ansiedad o cualquier pensamiento o sentimiento que las alarmo, pedirán cita con el especialista cuando aparezca el dolor en la mama.

Kaufmann (1989) considera el diagnóstico como un proceso acompañado de crisis en cada una de sus fases. Las plantea de la siguiente manera:

ETAPA 1: PREVALECIENTE AL DIAGNOSTICO: Dependiente de la edad, sexo, aspectos psicológicos, información de la enfermedad, nivel sociocultural, asociadas al miedo a la enfermedad.

ETAPA 2: CONFIRMACION DE DIAGNOSTICO: Es el momento máximo de tensión ya que se confirma el diagnostico, confirmando sospechas o tomándolos completamente por sorpresa. En esta etapa también normalmente se anuncian las posibilidades de tratamiento lo cual genera mayor tensión y ansiedad. También es conocida como de “shock” (Pérez Manga, Arranz, García, Meana, Carrión y Torán, 1991), en cuanto que recibir un diagnóstico de cáncer se asocia a muerte y a la pérdida de cualquier proyecto de futuro.

ETAPA 3: RECONOCIMIENTO: El momento del reconocimiento de la enfermedad varía en cada paciente, no todas procesan de la misma manera y en el mismo tiempo el diagnóstico. Es mayor el índice de mujeres que transitan esta etapa luego del comienzo de los tratamientos. El efecto traumático del diagnóstico se produce en el plano psicológico, dando lugar a momentos llenos de incertidumbre y tensión, a la vez que se dan reacciones de desajuste y

reajuste. La intensidad de estas reacciones varía en función de las características personales, de la enfermedad y de los tratamientos que se aplican para su control (García-Camba, 1999).

Dolor mamario

El dolor es el motivo de consulta más común, conformado del 45 al 85% de las consultas por patologías mamarias (Hughes y cols., 1989). El dolor puede ser uní o bilateral, normalmente es moderado, con picos de mayor dolor en periodos previos a la fecha de menstruación. La irradiación del dolor puede hacer que mencionen molestias en la axila o el brazo. En el examen físico que realiza el médico, más los estudios por imágenes, es donde suelen aparecer la presencia de nódulos mamarios.

Se debe considerar la punción mamaria si existe alguna lesión quística. Luego de descartar la presencia de cáncer, el paso siguiente es tranquilizar al paciente y explicar el significado del dolor y de los estudios próximos a realizar para no ser invasivos para con ella. En algunos casos se receta medicación para que el dolor disminuya y/o desaparezca.

Nódulo mamario

En un 75% de los casos representa a una lesión benigna, es otro de los motivos frecuentes de consulta. Se tendrán en cuenta la edad y otros factores de riesgo de la paciente para descartar la presencia de cáncer de mama. Se estudiara la presencia del nódulo, el tiempo que transcurrió desde que la paciente lo descubrió hasta que recurrió al a consulta, la evolución del crecimiento del mismo, la velocidad con que crece, si hay o no presencia de dolor, si es un nódulo o varios.

La revisión física del médico, más el diagnóstico por imágenes, ayudara a conocer las características de dicho nódulo, orientara el momento del

diagnóstico, sobre si es benigno (masa elástica, libre y regular) o maligno (si es maligno es una masa dura, irregular, mal delimitada, fija a la piel).

Si se sospecha la presencia de cáncer, el nódulo debe ser sometido a una biopsia.

Abordaje psicológico desde los principales problemas que surgen en las personas con cáncer.

La problemática general que se plantea en cuanto al cáncer, es el momento de transmitir información, ya sea en cuanto al diagnóstico, pronóstico o tratamiento. Por este motivo, la comunidad médica trata de comunicar siempre la información teniendo en cuenta lo siguiente:

- La información ha de tener en cuenta la fase en las que se encuentra el paciente, anticipándolo a las fases que posteriormente se presentaran.
- La información ha de ser coherente con la información que se transmita posteriormente al mismo paciente y con la proporcionada a los familiares más allegados
- Averiguar lo que el paciente sabe respecto de su enfermedad para poder adaptarnos a sus conocimientos, estilo de comunicación y lenguaje y para corregir posibles errores con respecto a su dolencia
- Averiguar lo que el paciente desea saber. Este es un punto fundamental. En ocasiones los pacientes niegan la situación en la que se encuentran y prefieren olvidar o evitar darse cuenta de su deterioro y otras evidencias de enfermedad.

- Es conveniente respetar la decisión del paciente y darle sólo la información que solicite, revelándole su derecho a cambiar de opinión o a saber más si lo desea. Se sugiere preguntar directamente al paciente la información que desea que se le transmita

Diagnóstico por imágenes: cáncer de mama

El diagnóstico del cáncer de mama, normalmente es confirmado por alguno de los estudios por imágenes, la paciente puede palpar un bulto al igual que el médico, pero el estudio por imágenes será quien termine de definir el diagnóstico.

Son distintas las opciones con las que en la actualidad cuentan los médicos para este tipo de diagnóstico. Las mismas son:

- 1- *Mamografía*: La mamografía es una de las mejores técnicas para detectar el cáncer de mama de una manera temprana. Este tipo de estudios es recomendable realizarlos una vez que la mujer ya dio de mamar después del primer embarazo. Se realizan con más frecuencia en mujeres de entre 35 a 40 años en adelante.

Los técnicos especializados en la realización de dicha técnica, solicitan a sus pacientes que concurren el día del estudio con la mamografía o ecografía mamaria del último control para poder realizar comparaciones. Si se diagnostica el cáncer de mama por medio de la imagen de la mamografía, el paso siguiente es realizar una biopsia sobre el tumor.

- 2- *Ecografía*: las ecografías se realizan en mujeres menores de 40 años con más frecuencias que las mamografías, a través de estas el médico puede conocer la consistencia del tumor, si está formado por líquidos o por masa sólida.

3- *TAC: Tomografía Axial Computada.* Este tipo de estudio se realiza cuando el diagnóstico de cáncer de mama ya es confirmado y la paciente se encuentra con algún tipo de tratamiento. A través de este estudio de alta complejidad, se observa si se ha producido metástasis o no. Se trata de rayos X que toman imágenes desde diferentes ángulos. La TAC puede ser realizada con contrastes, oral y/o endovenosos, el cual se encargara de teñir las células cancerígenas para localizarlas más rápidamente.

Una vez que el diagnóstico es afirmado se procede a la realización de una biopsia para conocer las características del tumor y de esta manera poder diagramar un tratamiento contra el cáncer de mama.

Son diferentes los tipos de biopsia que pueden realizarse dependiendo de la técnica empleada:

1- *PAAF: Biopsia Aspirativa con aguja fina;* el médico palpando la masa, introduce una aguja fina hasta la localización del tumor extrayendo liquido el cual puede ser:

- Claro: posibilidades de quiste benigno
- Turbio y con sangre
- Masa solida: se extraen fragmentos del tejido

El análisis de este tipo de muestra determinara si el tumor es benigno o canceroso. Existen ocasiones donde el resultado no salva las dudas del médico por lo cual el procedimiento se repite.

2- *Biopsia quirúrgica:* se interviene a través de una cirugía para extirpar parte (biopsia por incisión, debido al tamaño del tumor) o la totalidad ya sea todo el tumor o área sospechosa circundante al tumor por más que tenga apariencia normal (biopsia excisional de la masa del tumor) para ser analizado posteriormente.

- 3- *Biopsia por localización mamográfica*: se realiza cuando el tumor no puede palparse pero sí puede observarse en la mamografía.

Etapas de la enfermedad según el diagnóstico por imágenes

Se utiliza el sistema de clasificación TNM:

-La letra T seguida con un número, el cual va de 0 a 4, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o al tórax por debajo de la mama

-La letra N seguida con un número, el cual va de 0 a 3, indica si el cáncer está propagado en los ganglios linfáticos.

-La letra M seguida con un número, el cual va de 0 a 1, indica si el cáncer se extendió a otros órganos.

Cirugía de ganglios axilares

Los ganglios son parte del sistema linfático, forman dos grupos:

- 1- *Vasos linfáticos*: Conductos encargados de transportar desechos celulares.
- 2- *Ganglios linfáticos*: Funcionan como un filtro en donde las células de defensa purifican su contenido para después regresarlo al torrente sanguíneo.

Los ganglios linfáticos están en estrecha relación con el cáncer de mama; las células cancerosas se trasladan por los vasos linfáticos y se alojan

en los ganglios axilares. Cuando se alojan en los ganglios axilares estamos en presencia de un estado avanzado de cáncer; la cual se denomina “metástasis ganglionares”.

La presencia o no de metástasis en los ganglios linfáticos, lo cual concluye en pequeños tumores que implican necesidad de quimioterapia o radioterapia. En todas las cirugías se extraen algunos ganglios axilares para corroborar por medio de biopsia si existía metástasis o no y conformar el tratamiento a seguir.

Cuando se extraen ganglios axilares, se produce una disminución y afección de la circulación linfática del brazo, la parte alta del pecho y la espalda. Los desechos celulares se pueden acumular y ocasionan una hinchazón denominada “linfedema”, la cual puede causar grandes daños como por ejemplo limitar el movimiento del brazo.

Las mujeres son más propensas a contraer enfermedades de la piel, ya que se alteran los mecanismos de defensa y predominan las infecciones.

Dependiendo la cantidad de ganglios que sean extraídos son los efectos secundarios que las mujeres vivenciarán. Cuando se extraen todos los ganglios; los efectos secundarios son: infección, hematoma, sangrados postoperatorios, acumulación de líquidos, limitación de la movilidad del brazo, adormecimiento en la axila, entre otros.

Existe un ganglio en la axila denominado “ganglio centinela” que es el primer ganglio que drena la mama. Este ganglio es el encargado de reflejar la existencia de metástasis en los demás ganglios de la axila y el brazo.

Es de importancia la información a la paciente por parte del médico en cuanto a la cantidad de ganglios que se retiraron para la rehabilitación posterior que esto requiere para evitar los efectos secundarios y la formación de los

linfedemas que en un alto porcentaje provoca la pérdida de la movilidad del brazo en el paciente.

Reacciones psicológicas frente al diagnóstico

No podemos hablar de un patrón de respuestas frente al diagnóstico de cáncer. Como cada paciente es una persona diferente, cada reacción es diferente. Si podemos mencionar generalidades que se pueden observar en el paciente en el momento que el médico comunica el diagnóstico. Las conductas que los médicos suelen observar en sus pacientes, Son estados de shock y negación, Dependiendo de la manera en que realizaron las consultas previas a este momento es también si el paciente intuía o no el momento.

Son diversas las reacciones emocionales, depende de la historia de vida, de sus ansiedades, de su contexto, etc.

A continuación se realizará una descripción del momento del diagnóstico de cáncer de un paciente a su familia, relatado por el familiar que lo acompañaba:

“Fuimos con mi mamá y mi tío a buscar los resultados de la biopsia que le habían realizado a mi abuelo, mi mamá recibió el sobre y se subió a la camioneta, no hablamos en el trayecto del viaje del laboratorio al consultorio. Cuando nos bajamos de la camioneta mi tío dijo que mi abuelo no quería saber el resultado, que solo se hiciera lo que el médico dijera. Llegamos al consultorio y el médico abrió el sobre. Nos miró a los tres y sin ninguna expresión en su cara nos dijo que era cáncer y debía operarlo a la brevedad. Mi mamá y mi tío se abrazaron y lloraron, yo recibí los papeles de la internación y los papeles para el pre quirúrgico. Cuando llegamos a la casa nos preguntó si tenían que operarlo y solo respondimos que sí. No se habló de enfermedad, no se habló de cáncer hasta el día de la operación, donde después de

despertar de la anestesia miro a mi abuela y le preguntó “¿era cáncer?”,” si” respondió ella. Ese fue el momento de su diagnóstico. “

Luego del análisis del anterior fragmento inferimos que es muy difícil hablar de reacciones emocionales general, cada caso particular es una historia y solo contamos con el relato y la historia del paciente para conocer como lo vivenció.

Los médicos relatan estados de confusión, shock y negación. El Cirujano plástico mendocino, Sergio De la Torre, describe el momento del diagnóstico como “si tiraran un piano por la cabeza de la paciente” tuviera intuición o no del posible diagnóstico, la mujer queda “pausada” y no escucha lo que se le sigue comunicando luego de la confirmación. Es un momento donde se tiene que contener y acercarse a la familia o seres queridos, describe el doctor.

La paciente entro al consultorio con alguna molestia o síntoma y sale del mismo con un diagnóstico que relaciona directamente con la muerte, entro vivía y sale con una sentencia de muerte. Es recién en la próxima consulta donde la paciente realiza preguntas, está dispuesta positiva o negativamente a las propuestas de tratamiento. Suele observarse en este momento la ira y la depresión.

A lo próximo que se enfrenta la paciente, es al cambio de su vida cotidiana, donde el miedo y las ansiedades se hacen presentes más fuertemente. La paciente debe enfrentarse a tratamientos, cambios de su cuerpo, cambios en la alimentación, y tanto el diagnóstico como el tratamiento, llevarán a cambios en la vida psicológica y social de la mujer.

El miedo puede observarse en relación a la muerte propia, a la dependencia de otro, los cambios corporales ya sea el pelo, la piel, la imagen de la mama después de los tratamientos o intervenciones quirúrgicas. Asumir estos cambios corporales *provocan modificaciones en la identidad personal* de

la paciente, se necesita tiempo para poder procesar todo lo nuevo que la acontece, y muchas veces el avance de la enfermedad no coincide con el tiempo que ella necesita antes de comenzar tratamientos o de ser intervenida.

La negación (se evita tomar contacto con las implicaciones de la enfermedad): hay cierta discusión en cuanto a si este mecanismo es, en sí mismo, beneficioso o perjudicial para el sujeto; se concluye que lo que va a otorgarle uno de los dos adjetivos va a tener que ver con la etapa de la enfermedad en que se utilice. En caso de que aparezca antes del diagnóstico, actúa como un obstáculo para acceder de forma rápida al tratamiento (conductas de retraso), cuando aparece luego del diagnóstico tiene una función protectora reduciendo los niveles de estrés (Lazarus, 1983; citado por Latorre Postigo y Beneit Medina, 1994).

El diagnóstico amenaza la vida de la mujer, no sólo desde lo meramente corporal que puede llevarla a la muerte, si no su vida emocional y social, se desequilibra lo establecido entre la paciente y el entorno. Todo parece volverse actividades guiadas y en relación a la enfermedad, los pacientes enfermos de cáncer suelen describir sentirse incapacitados, pueden sentirse bien pero el alrededor en afán de cuidarlos y protegerlos les resta actividades o tareas que fueron siempre realizadas por la persona, generando que el paciente sienta que perdió o pierde su autonomía. Sintiendo que se volvieron vulnerables y perdieron la capacidad de control.

Tipos de tratamientos

El tipo de tratamiento a llevar a cabo estará determinado por el tipo de tumor, tamaño y desarrollo, se tendrá en cuenta si se extendió a otras partes del cuerpo y si hay ganglios comprometidos.

Los tratamientos más utilizados son los de tipo tratamiento local: cirugía y radioterapia, este tipo de tratamiento actúa sobre el área específica donde se

encuentran las células cancerígenas, en cambio, los tratamientos sistémicos se utilizan para atacar las células cancerígenas que se encuentran en cualquier parte del cuerpo.

Cada tipo de tratamiento tendrá su connotación psicológica y efectos corporales secundarios dependiendo de organismo, psiquismo y vida social de la mujer la cual lo recibe.

Cirugía:

Este tipo de tratamiento extirpa el tumor y la zona que encuentra comprometida, es el tratamiento más seguro para combatir el cualquier tipo de cáncer. Cuando se trabaja con cáncer de mama, puede solamente extirparse el tumor y ganglios comprometidos o realizar una mastectomía, es decir, amputar la mama y los ganglios por completo.

Cuando la cirugía no conlleva en una mastectomía completa y solo se retira al tumor, se implementara muy prontamente radioterapia para eliminar posibles células cancerígenas que quedaran en el lugar o ganglios comprometidos.

Diversas investigaciones demuestran que las pacientes afectadas de cáncer de mama, prefieren que solo se extirpe el tumor y realizar radioterapia después. La amputación es violenta para las mujeres, si bien solo la cirugía produce cambios en su imagen corporal, la amputación las deja sin lo que las representa como mujeres, se encuentra afectada tanto su imagen corporal como así también su femineidad y sexualidad.

Los momentos previos a las cirugías pueden ser vivenciados por la paciente con grandes montos de angustia y ansiedad. Está presente el miedo a morir por complicaciones en la intervención, el miedo y la incertidumbre del despertarse y que la cirugía no resultara como el médico esperaba, la relación

inmediata de suponer que luego de la cirugía se continua con quimioterapia o radioterapia.

Durante los tratamientos pueden darse periodos de hospitalización; los cuales modifican radicalmente la vida cotidiana del paciente, generando resistencias, estados de angustia o depresión, la mujer en estas situaciones puede alejar o cortar sus relaciones tanto familiares como amistades al sentirse impotente en su autonomía, manifestando una carga para los que la cuidan. Existen diferentes hipótesis en donde se plantea la posibilidad de que los pacientes de cáncer envidien lo sano de las personas que los cuidan y/o acompañan, por esto generan peleas constantemente o simplemente los alejan, dejándolos fuera de sus vidas.

A continuación se detallara en qué consisten las terapias más utilizadas en el tratamiento del cáncer de mama y cuál es la posible reacción psicológica.

Radioterapia:

Este tipo de tratamientos se realiza por medio de fuertes rayos X que se dirigen a la mama con el objetivo de dar muerte a restos de células cancerígenas y evitar su crecimiento si existen luego de la cirugía. Evita y/o combate contra la metástasis de las células.

La radioterapia no siempre se aplica después de una cirugía, si no que puede ser de ayuda para disminuir el tamaño del tumor para luego poder realizar la extirpación.

Los efectos o respuestas psicológicas que se observan en este tipo de tratamientos son muy parecidos a las que podemos encontrar en los tratamientos de quimioterapia.

El cuerpo presenta efectos secundarios comunes al tratamiento como la caída del cabello, náuseas y vómitos, cansancio corporal, falta de energía, cambios en el color y textura de la piel, lo cual provoca en la mujer, como ya se viene mencionando anteriormente, que esta deba adecuarse y

acostumbrarse a una nueva imagen corporal, con la que no siempre está de acuerdo.

Se generan *cambios en la identidad* de la paciente, ya no es la misma que antes del momento del diagnóstico, no puede realizar las mismas actividades o las realiza con mayor dificultad. Su círculo de relaciones cambia porque no es solo ella quien negará o presentará ansiedad frente a la enfermedad, sino que también familiares y amigos pueden reaccionar de maneras diversas frente a la situación y no ser de igual compañía que antes de la enfermedad.

Tratamientos como radioterapia o quimioterapia generan cambios mayormente corporales en el paciente, a los cuales debe adaptarse, no siempre adoptándolos de una manera positiva.

Quimioterapia:

El objetivo de este tipo de tratamientos es el mismo que la radioterapia, eliminar células cancerígenas, evitar su crecimiento y trabajar para que no se produzca o eliminar la metástasis en el caso de que ya se haya dado. Inhibiendo la duplicación y el crecimiento. No sólo ataca a las células cancerígenas sino también a las células de rápida división, provocando así molestias corporales como vómitos, náuseas, baja en las defensas, estreñimiento, posibilidades de alergias y urticaria, entre otros aspectos.

Este tipo de terapia trabaja desde sustancias químicas que son ingresadas al organismo por medio del torrente sanguíneo y se dirigen a todo el organismo. La quimioterapia puede llegar a lugares donde la cirugía y la radioterapia no tienen alcance.

Dependiendo del tipo de tratamiento que se ha trazado para combatir el cáncer, la quimioterapia suele realizarse por periodos de forma oral, las

sustancias son implementadas en el organismo por medio de pastillas, las cuales realizan la misma tarea y tienen los mismos efectos secundarios.

La quimioterapia provoca en el paciente la pérdida de autonomía, el paciente luego de cada quimioterapia queda en un estado de dependencia de otro parecido al del niño pequeño, pierde su estabilidad y equilibrio no pudiendo caminar por sí solo, los vómitos y el cansancio son el estandarte de las sustancias químicas recibidas, necesita si o si de otro para poder mantenerse en pie, para poder trasladarse del hospital a su casa, entre otras actividades que deja de realizar por sí solo.

Todo esto provoca que la mujer se sienta una carga, una molestia para sus cuidadores, se sienta impotente para con ella, acompañado todo esto de sentimientos de culpa, angustia y depresión.

A lo largo de las aplicaciones la persona comienza a perder el cabello, luego de ser atacada su mama, símbolo de femineidad, lo cual la diferencia de los hombres y la simboliza como mujer. Nuevamente nos encontramos en esta adaptación que la paciente debe realizar sobre su *nueva imagen corporal*.

Noelia Centeno (2015) dirá que es importante que la mujer se centre en su pelo, esto quita la energía negativa que puede llegar a colocar sobre el tratamiento, está más preocupada por como se ve frente a los demás que no le otorga tanta importancia a otros efectos secundarios de la quimioterapia, y al estar ocupada o focalizada en otro punto su estado emocional no genera influencias negativas en el tratamiento.

Si el tumor presenta posibilidades de terapias hormonales, se realiza como complemento para la quimioterapia. La misma consiste en la aplicación de fármacos, bloqueando la estimulación de las hormonas que estimulan el crecimiento de células cancerígenas. Este tipo de terapias son mayormente utilizadas en mujeres de edad avanzada.

Inmunoterapia: la encontramos dividida en dos tipos.

Inmunoterapia activa: estimula la inmunidad antitumoral del paciente.

Inmunoterapia pasiva: es la administración de agentes biológicos con propiedades antitumorales.

Otra etapa muy importante y tomada como parte final del tratamiento es la rehabilitación y el seguimiento del paciente.

Se realizara un seguimiento continuo de su salud para poder otorgarle el “alta médica” y el paciente puede volver a la vida que realizaba antes del diagnóstico. Diferentes médicos coinciden en que el alta oncológica puede darse luego de los cinco años de finalizado el tratamiento, donde no existieron casos de reincidencia tumoral o recaídas. Si bien se busca que el paciente vuelva a su vida normal, hay que tener en cuenta las posibles consecuencias físicas, psicológicas, sociales y laborales.

El trabajo del psicooncologo en esta etapa es la reincorporación del paciente a las actividades que realizaba en su vida cotidiana, trabajando con la imagen corporal si existieron cambios, con la elaboración de duelos, las relaciones vinculares y personales, el desarrollo de la crisis de identidad por la que atravesó durante la enfermedad, entre otros temas que quedan como secuelas del diagnóstico, el tratamiento y la recuperación.

En los casos donde se produjo una mastectomía completa, se trabajará con la nueva imagen y la aceptación de prótesis en el caso que sea posible.

La reincidencia del cáncer de mama es mayor que otros tipos de cáncer, debido a esto es muy importante la prevención y promoción de la salud.

La etapa de finalización de los tratamientos genera diferentes reacciones en el paciente al igual que al comienzo de los mismos. Las ansiedades siguen presentes, el temor al retorno de la enfermedad está siempre presente.

El rótulo que la familia y la sociedad colocan en ellos a veces, provoca que el paciente continúe sintiéndose un “enfermo”, lo cual le dificulta el regreso a su vida cotidiana. Puede sentirse sobreprotegido o disminuido en sus capacidades por la enfermedad que atravesó. Es importante trabajar en este periodo tanto con la familia como con el paciente para poder generar conciliaciones y acuerdos para el retorno a la vida cotidiana. Los pacientes se encuentran vulnerables al futuro, son conscientes de lo anterior vivenciado, temen las recaídas, la adaptación a rutinas que no eran parte de su vida antes del diagnóstico como medicamentos o visitas al médico, la incorporación social y laboral, el miedo a la muerte está mayormente más presente.

Luego de finalizados los tratamientos, hay que desarrollar la realidad de los pacientes que no se encuentran en la fase final del tratamiento pero sí en la fase final de la enfermedad, donde lo único que queda por hacer son los cuidados paliativos.

El cáncer no respondió a intervenciones o tratamientos que se llevaron a cabo. En esta etapa se genera un cambio de concepto de curar por cuidar, la tarea es acompañar al paciente a una muerte digna.

Según la Organización Mundial de la Salud (1990) los cuidados paliativos implican:

“La asistencia activa y total, de los pacientes y sus familias, por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde al tratamiento curativo”.

No todos los pacientes en este periodo de la enfermedad lo vivencia de la misma manera, depende de la significación que le otorgaron a la

enfermedad, qué valor le dan a la vida, el afrontamiento que tuvo con la enfermedad.

Antes de que la muerte se convierta en algo real y no una mera fantasía, el paciente debe lidiar con los dolores que la fase terminal le ofrece, puede que el dolor haya aparecido en fases anteriores. El dolor produce deterioro en su bienestar y desarrollo de vida cotidiana. En el área física el dolor provoca desvalimientos, disminución en la capacidad funcional, náuseas, pérdida del apetito, estreñimientos, retención de líquidos, pérdida de la energía, trastornos de sueño, etc. En relación a los aspectos psicológicos puede observarse la dificultad de disfrute y goce, aumento de ansiedades y temores, disminución de la atención y la concentración, irritabilidad y pérdida del control. El dolor provoca retraimiento social y aislamiento para con las relaciones vinculares afectivas y genera relaciones de dependencia. La somatización es lo que más se puede observar en periodos terminales frente al dolor.

El psico-oncólogo debe trabajar con las fantasías, ansiedades y miedos que el paciente exponga. Aparece la frustración por ciclos vitales que no llegó a cumplir o por la anticipación al pensar su familia después de su muerte, las hipótesis de la muerte.

La familia también atraviesa cambios estructurales, cargas emocionales, pérdida de control y cambios en su vida cotidiana, con ellos se trabajan los periodos de duelo para que no se conviertan en patológicos, el estrés, y aspectos particulares que la enfermedad despierta en cada uno de los integrantes.

Cuando se encuentran en la fase terminal, dependiendo del curso de la enfermedad y el dolor, pueden darse cuadros de delirium. El dolor no controlado puede alterar el estado de ánimo y la personalidad del paciente. Los sentimientos comunes pueden ser la disforia, la desesperanza, el pesimismo, culpa, ira. Existen muchos casos de ideas suicidas en este punto de la

enfermedad. Lo fundamental en la terapia oncológica es una buena relación terapéutica, clara y eficaz en la comunicación, de esta manera se podrán diagramar técnicas, modos o simples intentos para manejar el dolor y las emociones que con él afloran.

Remisión

Se denomina remisión o periodo libre de enfermedad al periodo que transcurre luego de concluidos los tratamientos y la no aparición de evidencia de enfermedad. La finalización de los tratamientos supone el comienzo de la rehabilitación física del paciente, es otro momento cargado de ansiedad tanto por quien lo experimenta como por sus familiares ya que se supone la recuperación inmediata, aparece la frustración al no encontrarse con el mismo cuerpo o las mismas actividades que se realizaban antes del diagnóstico. El proceso de rehabilitación física es lento, muchas veces más lento de lo que a los pacientes les gustaría volver a sentirse “como antes”.

La remisión o el periodo libre de enfermedad es un momento donde lo recomendable es tener apoyo psicológico, el paciente tuvo que adaptarse a la enfermedad y en la actualidad tiene que adaptarse a los cuidados y trabajos que su cuerpo demanda. Si bien no se observan síntomas aparentes de la enfermedad, los pacientes pueden no tener elaborados duelos de la enfermedad o los tratamientos. Su atención ya no está dirigida sobre algo que amenaza la vida es en este momento, cuando ya no tienen que dedicar sus esfuerzos y energías a los tratamientos, dando se así el tiempo a deprimirse y ocuparse de lo emocional.

Se produce muy frecuentemente la demanda de atención psicológica ya que se toma conciencia del sufrimiento psíquico que acompaña al dolor físico.

Es también el momento en el que surgen las grandes preguntas sobre su autonomía-dependencia, su vida afectiva, los proyectos, etc.

El “Síndrome de Damocles”

Se caracteriza por el miedo que presentan los pacientes oncológicos una vez que la enfermedad esta posiblemente terminada. Es habitual encontrarlo en todos los pacientes oncológicos, es uno de los objetivos terapéuticos y ocupa una parte importante del tratamiento.

Las mujeres con cáncer de mama con Síndrome de Damocles oscilan entre el aislamiento y entre ser muy demandantes para con su entorno. Los montos de angustia y ansiedad son muy altos.

Existen casos en que ha sido motivo de volver a consulta después de ser dado de alta, al presentar una crisis de ansiedad ante la revisión médica habitual.

Los controles médicos provocan grandes montos de ansiedad, están más alertas a cualquier cambio o variación física que puedan notar.

Provoca malestar y grados de estrés en el paciente, pensar que la enfermedad puede regresar. Pudiendo provocar un malestar psicológico habitual en este tipo de pacientes.

Recidiva

El termino medico recidiva se manifiesta cuando la enfermedad vuelve a presentarse luego de un periodo de ausencia.

Si este periodo aparece, genera en la paciente frustración y miedos. Los tratamientos que se llevaron a cabo anteriormente no fueron suficientes para terminar con la enfermedad, la mujer sabe que los tratamientos son más limitados y los imagina más fuertes, invasivos y dolorosos.

Podemos observar rabia, tristeza, ansiedad, angustia, miedo, incertidumbre, rasgos depresivos; siendo la indefensión -ante la falta de control de la enfermedad- y como consecuencia la depresión, las emociones más predominantes y de mayor intensidad.

Cuando se ha decidido la estrategia a seguir, la mayoría de los pacientes son capaces de afrontar de forma adecuada la situación, poco a poco va disminuyendo la intensidad de las emociones y pueden poner en marcha sus recursos adaptativos. Es importante en estos momentos saber escuchar las quejas del paciente, entender su sufrimiento

Terapia del dolor

Se utiliza para quitar el dolor que queda después de haber aliviado la enfermedad o controlado el tumor cancerígeno. El dolor agudo desaparecerá luego de la cirugía pero el dolor crónico es algo con lo que el paciente tendrá que convivir.

Es un derecho del paciente no tener que soportar dolor cuando esto se puede evitar. Es trabajo del médico tanto clínico como oncólogo, aportar la información necesaria para que le paciente conozca la posibilidad del tratamiento. Existen diversas terapias actualmente utilizadas para tratar el dolor:

- Medicamentos: utilizados de manera oral, sublingual, parches para la piel, inyecciones. Tratamientos especializados con medicamentos que requieren mayor vigilancia: este tipo de tratamientos están en mayor relación con la clínica del dolor, se pueden aplicar bloqueos que modifican la forma de sentir el dolor desde donde se origina.

Tratamientos para afrontar el dolor y el proceso de enfermedad: consiste en la educación del paciente para comprender lo que puede presentarse, para que el mismo pueda planificar un proyecto de vida futura y no dependa del dolor para su accionar diario. En este tipo de tratamientos es donde se encuentra el trabajo de los psico-oncólogos.

-Fisioterapia: trabajos manuales de los kinesiólogos o con aparatología. Un ejemplo de la fisioterapia es el drenaje linfático; el cual puede ser llevado a cabo por una maquina o por el profesional que facilita la vida diaria, evita dolores y previene consecuencias mayores.

-Tratamientos complementarios: muy demandados en la actualidad como acupuntura, aromaterapia, homeopatía, etc. Son útiles para reducir el dolor, y deben ser supervisados y/o aprobados por el equipo médico.

Los efectos secundarios que pueden aportar este tipo de terapias son sueño, falta de apetito, cansancio, estreñimiento, en algunos casos de medicamentos vómitos, náuseas y sudoración. Todos deben ser comunicados al equipo médico.

CAPITULO II
CONSTITUCION
SUBJETIVA



Constitución subjetiva y corporal

En este capítulo se desarrollará la constitución subjetiva del sujeto para entender como emerge de la cultura, con el objetivo de acercarnos al concepto de cuerpo desde el psicoanálisis. Se realizará un recorrido histórico sobre la teoría psicoanalítica de Freud y Lacan.

Desde la constitución subjetiva se estructura el psiquismo de los sujetos, está en extrema relación con los otros quienes son fundamentales para los primeros cuidados.

Freud se planteaba qué pasaba más allá del cuerpo observable y las enfermedades que este sufría. Se dedicó, entre otras cosas, al estudio de la Neurosis histérica para estudiar el “síntoma”, para conocer que pasaba en los fenómenos corporales observables, que sucede más allá de la enfermedad.

Se tomará el apartado de Freud “Proyecto de psicología para Neurólogos” (1895/2005) para acercarnos al concepto de Cuerpo.

En este apartado Freud, propone una estructura psíquica expresada a través de términos biológicos, basados en un modelo neurológico. Desarrolla el Principio de inercia neuronal, el cual opera con neuronas motrices y sensitivas. Por el medio de este principio, explica que este sistema de neuronas cumple dos funciones: recibir estímulos del exterior y la descarga de excitaciones endógenas, las cuales tienen la capacidad de transmitir y transformar cantidades de energía. Para Freud este sistema de neuronas tiene la cualidad de huir del dolor, entendiéndolo así como el elevamiento de la tensión.

Realizando una propuesta cuantitativa, Freud realiza una diferencia que procede al concepto de pulsión que posteriormente desarrollará. Denomina Q a la cantidad en general de la excitación neuronal, teniendo el mismo orden de magnitud que las cantidades del mundo externo, compuesta por estímulos frente a los cuales se puede huir. Y denomina Q_h a la cantidad cuyo orden de magnitud es el intercelular o *cantidad psíquica*, correspondiendo a una excitación de la que no se puede huir.

Propone dos sistemas de neuronas por las cuales opera el aparato psíquico:

- *Neuronas permeables*: No están dotadas de resistencia, hacen frente a los estímulos del mundo exterior. Dedicadas a la percepción y son identificables con la sustancia gris de la medula.
- *Neuronas Impermeables*: Ofrecen resistencia. Retienen la energía y portan la memoria. Trabajan con el propósito de dominar los estímulos internos y aquellas del exterior transmitidas por las neuronas permeables. Son alteradas de forma duradera cuando reciben la excitación y así se vuelven susceptibles de conducción. Deben ser identificadas con la sustancia gris del cerebro.

Respecto al último grupo de Neuronas, Freud expresa que para que queden impresas en la memoria y para que siga generando efectos, va depender de la magnitud de la impresión, y de la frecuencia con que esta se repite.

Freud va a decir que el principio de inercia es trasgredido por otra condición. El sistema neuronal recibirá estímulos endógenos más complejos, más relacionado a lo somático, las cuales demandan ser descargadas dando lugar a las necesidades biológicas como la alimentación, el sueño, el hambre, etc. El organismo no puede, como con los estímulos externos, solo descargarlas para sacarlas; este tipo de estímulos solamente cesan cuando se

realizan determinadas condiciones en el mundo exterior. Esto es independiente de las cantidades endógenas energéticas, se necesita un esfuerzo independiente a las cantidades endógenas, lo cual designa como “apremio de la vida”, lo que posteriormente se trabajara bajo el nombre de stress. Con este tipo de tensiones, el sistema neuronal tiene que aprender a tolerar cierto cumulo de energía, para poder cumplir con las demandas de esta acción específica; por ejemplo: comer.

La idea de Freud es mantener la tensión a cero, para que prevalezca lo que posteriormente se desarrolla como “principio de placer”. Todo lo que trabaja es para explicar cómo las vivencias del sujeto son inscriptas en el psiquismo de la persona, a través del sistema neuronal que organiza el aparato psíquico.

Vivencia de satisfacción y vivencia de dolor

Macarena Bru (2013) En su tesis sobre Fibromialgia expone:

La Vivencia de satisfacción y la Vivencia de dolor son fundentes en el psiquismo ya que inauguran para el sujeto el pasaje de la naturaleza a la cultura, del funcionamiento biológico del organismo a su articulación como cuerpo con el mundo del lenguaje. (p. 29)

Freud explica la Vivencia de satisfacción como el momento en que la represión de las neuronas impermeables provoca como resultado una descarga, pudiendo producir alteraciones internas, vivenciadas como emociones, gritos o inervación muscular. Si bien esta descarga comete su objetivo, nunca es total ni absoluta. La demanda de factores endógenos seguirá su curso y tiempo después la persona se encontrara en el mismo lugar

del punto de inicio que se tomó para explicar. Se modifica la cantidad de energía interior, por medio de una acción que demanda energía en el mundo exterior, realizando una acción específica; por ejemplo la alimentación.

Al comienzo de la vida, el niño necesita de otra persona que realice la acción específica, ya que es incapaz de llevarla a cabo. Utilizará la cantidad energética para producir un acontecimiento que llame la atención de este otro quien lo está asistiendo. Su descarga será, por ejemplo el llanto, por el cual la madre comprenderá que el niño tiene hambre y realizará la acción específica de la alimentación. De esta manera el niño cumple la función secundaria de la descarga energética: hacerse entender para aliviar la tensión que el hambre le provocaba, generando alivio. Esto se registra como una vivencia de satisfacción.

Sin embargo, Freud desarrolla una ley de asociación por simultaneidad, que ocurre durante el recuerdo reproductivo del momento en que esta otra persona realizaba la acción específica en el mundo exterior, la cual liberó al niño de la tensión inicial. Esta ley constituye la base de la conexión entre las neuronas impermeables, debido a esto es que en los próximos momentos de tensión, el niño podrá contener mayor cantidad neuronal debido a que el recuerdo le produce cierto alivio a la tensión.

Con esto se explica que la vivencia de satisfacción, relaciona dos imágenes mnémicas; la del objeto deseado y el momento del movimiento. Ante la urgencia el recuerdo se reactiva, este recuerdo produce algo parecido a una alucinación, pero si esta tensión no se alivia, la imagen recordada no es suficiente y la persona cae en la defraudación. Inscribiéndose en el psiquismo como un vivencia de dolor.

La vivencia de dolor es entendida como aquello que no fue satisfecho, produce un incremento de tensión que arroja como resultado una huella mnémica del objeto hostil. Cada vez que esta huella es investida, producirá nuevamente displacer. Freud expresa que se genera un estado similar al dolor, que si bien no es dolor es muy displacentero y genera una descarga correspondiente a la vivencia de satisfacción. El displacer aumenta los niveles de tensión generando displacer, este momento es precisamente la vivencia de dolor.

Como existen neuronas motrices que descargan los montos energéticos en el exterior, existen las neuronas secretoras que al ser excitadas causan en el interior del cuerpo estímulos sobre las neuronas impermeables, lo cual no se descarga al exterior si no que la tensión se distribuye por vías indirectas endógenas.

Concluye esta teoría resumiendo que la vivencia satisfacción es el estado del deseo, mientras que la vivencia de dolor es la defensa primaria en el caso del dolor.

En relación a la temática expuesta sobre el cáncer de mama, nos preguntamos cuales son las vivencias predominantes en el cuerpo de la mujer, lo cual, al momento del crecimiento del cáncer en su cuerpo, influenciaron o no las diferentes etapas que esta fue atravesando.

Nos preguntamos si existe una relación entre el crecimiento interno de la enfermedad con emociones que generaban efectos en el cuerpo de la misma.

Pulsión y destinos de pulsión

Freud desarrolla la teoría de la pulsión como un concepto fundamental que define la relación del sujeto con su cuerpo. Comienza hablando del concepto de pulsión en su obra “Pulsión y destino de pulsiones” (1915/2005).

En un comienzo de su obra, Freud, dice que la pulsión es un mito. La pulsión es una fuerza constante proveniente del interior del organismo, no se puede escapar de ella por medio de la huida como cualquier estímulo del exterior. Solo se cancela por medio de la satisfacción de la misma, la cual será siempre parcial. Genera una descarga energética hacia el interior.

Freud (1915/005) toma aportes de la fisiología y da la siguiente definición de pulsión:

Si consideramos la vida anímica desde el punto de vista biológico, la pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal. (p.2117)

La pulsión, entonces, podemos identificarla como una trabazón entre la psiquis y el cuerpo. Freud manifiesta la hipótesis que por la exigencia de trabajo de las pulsiones el cuerpo haya tenido que desarrollar un sistema nervioso. Regulando el organismo por un sistema de placer-displacer.

Freud dice que la pulsión tiene elementos, los cuales desarrolla de la siguiente manera:

Elemento: Es el factor motor que mueve al individuo. La fuerza constante que la pulsión representa.

Meta: La meta siempre es la satisfacción. La satisfacción de las pulsiones es tan distinta como cada persona del mundo. También se pueden mencionar en este punto las metas inhibidas, es decir que la pulsión está en camino de ser satisfecha pero hay algo que la inhibe o desvía, no pudiendo cumplir así su cometido, la satisfacción.

Objeto: Es variable desde la pulsión que se satisface. Puede servir para satisfacer varias pulsiones. Es de lo que se vale para llevar a cabo la meta. Se trata de un objeto perdido por estructura cuyo efecto de pérdida provoca el esfuerzo incesante por el cual luego se buscan objetos que lo van a ir sustituyendo y es esto lo que le dará la cualidad de pulsión parcial. Además, la cualidad de este objeto es contingente, es decir, que para la pulsión su objeto puede ser aleatorio, por ende no existiría una ligadura biológica entre pulsión y objeto.

Fuente: se entiende como un proceso somático, desde donde proviene la pulsión. Freud lo llamara más adelante “Zona Erógena”.

En este mismo escrito definirá dos tipos de pulsiones; Yoicas o de Autocenservación y las sexuales. Define a las primeras como de afirmación y conservación, las cuales apuntalaran a las pulsiones sexuales. Estas últimas por su parte, son numerosas y proveniente de diferentes fuentes orgánicas. Las pulsiones sexuales actúan por separado y solo tiempo después se reúnen en una síntesis más o menos lograda. La meta en un primer momento es principio de placer en el órgano y tiempo después será la reproducción.

Freud describe en esta obra, que las pulsiones tienen diferentes destinos para alcanzar su meta, los cuales están conectados con la etapa narcisista de la persona y sus variaciones tienen que ver con regresos a estadios anteriores.

Los destinos de la pulsión son:

- 1- *Trastorno hacia lo contrario*: cuenta con dos procesos; meta activa o pasiva y contenido que puede mudar en amor- odio.
- 2- *La vuelta hacia la propia persona*: donde realiza una oposición del amor entre niveles
 - Amor- Odio
 - Amar- Ser amado
 - Amar- Indiferencia.
- 3- *Represión*
- 4- *Sublimación*

Caminos de la libido: Autoerotismo y Narcisismo

Se desarrollará estos conceptos Freudianos, considerándose de gran importancia al hablar posteriormente sobre el cuerpo de la mujer, localizándonos en la mama, para poder entender el valor que éstas le otorgan y como vivencia el cáncer como atacante a esta parte del cuerpo que tanto valor tiene para las mujeres.

Autoerotismo

En “Tres ensayos de una teoría sexual” (1905/2008), Freud expone el autoerotismo como una fase primordial del desarrollo libidinal del sujeto. Trabaja el concepto de zona erógena. Es cualquier zona del cuerpo, piel o mucosa, en las cuales determinados estímulos brindan una sensación placentera. El carácter rítmico juega un importante papel.

Freud menciona zonas erógenas predestinadas, como lo muestra en el ejemplo del chupeteo rítmico del lactante. Manifiesta que la cualidad del estímulo influye más en la producción de placer que el carácter de la parte del cuerpo correspondiente.

En esta búsqueda, el niño puede encontrar los genitales como zonas erógenas de preferencia, mostrando así la capacidad de desplazamiento de la libido en el cuerpo.

Para desarrollar el autoerotismo, Freud trabaja el ejemplo del lactante en el momento del “chupeteo”, la cual consiste en el contacto de ambos labios con alguna zona de su cuerpo, la cual succiona de manera rítmica y constante, no teniendo como fin la nutrición. La pulsión no se satisface en un objeto externo si no en el propio cuerpo, otorgándole así la función auto erótica.

La pulsión nos acompaña desde el nacimiento, es por esto, que cuando el niño pequeño succiona el pecho de su madre para alimentarse, la zona de los labios y la lengua constituyen la primera fuente de placer, convirtiéndose así en la zona erógena primaria del lactante. Se asocia la satisfacción de la alimentación con la zona erógena, por lo cual el niño tenderá a repetir esta acción, separándose ya de solo la nutrición, sino que también busca la satisfacción de la succión.

Narcisismo

Freud (1914) ubica al narcisismo como una instancia intermedia entre el autoerotismo y el amor de objeto. Como aquella conducta por la cual un sujeto da al cuerpo propio un trato similar al que daría al cuerpo de un objeto sexual. Es decir, que le presta determinada atención, lo acaricia, lo mira a tal punto de poder lograr con su cuerpo una satisfacción plena.

Freud realiza una distinción entre Narcisismo primario y secundario. Explicando el primero como una investidura libidinal perteneciente al yo, que luego podrá ser transferido hacia los objetos del exterior. De la manera en que enviste libidinalmente, puede quitarles la energía psíquica y dirigirla nuevamente hacia sí mismo. Por lo tanto, una vez que el yo sea lo

suficientemente libidinizado, podrá libidinizar objetos exteriores. Es así donde el narcisismo secundario crecerá con sus raíces en el narcisismo primario.

Se diferencia una libido yoica (dirigida hacia sí mismo) de una libido de los objetos (dirigida hacia el mundo de los objetos). Si una de estas etapas prevalece, la otra se empobrece. La libido es un quantum de energía psíquica que a su vez tiene una cualidad particular: está dotada de una gran movilidad que le permite ir desde el reservorio de energía narcisista para investir las representaciones de objetos del mundo exterior e incluso regresar nuevamente al yo.

Freud expone que el narcisismo sería una formación posterior al autoerotismo, ya que al comienzo de la vida no existe el yo como formación unitaria. En la vida del lactante las pulsiones no parecen tener un orden, están dispersas. A medida que el niño se desarrolla, las pulsiones se organizan en función de las zonas erógenas. Luego al unificarse le darán investidura original al yo.

Realizamos el aporte sobre la constitución del psiquismo del sujeto ya que es fundamental para trabajar con él. Conocer el movimiento psíquico nos ayudará para comprender las vivencias de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

Cuerpo desde el psicoanálisis

El cuerpo es quien será el representante de la enfermedad que el sujeto transcurra, en el caso del cáncer, como en varias otras enfermedades, no será

asignado al azar el órgano que el sujeto “escoja” para realizar un cáncer. El cuerpo para el psicoanálisis tiene su importancia la cual intentaremos describir a través de un recorrido bibliográfico.

Se realizará una descripción de cuerpo para diferentes autores de esta perspectiva y se realizará una selección de escritos de Freud por los que podemos generar hipótesis sobre la mama como órgano para realizar cáncer.

Raúl Courel (1996) dice que:

Sigmund Freud había observado en su práctica la desaparición de sufrimientos neuróticos como consecuencia de la manifestación de una grave enfermedad orgánica. Un padecimiento queda sustituido por otro y vemos que de lo que se trataba era de poder conservar cierta medida de dolor...se trataría de las ventajas de la enfermedad. La verdadera novedad por Freud no fue descubrir vinculaciones entre las corrupciones del cuerpo y las morales sino, el compromiso del propio sujeto en el malestar: su propia complicidad con el dolor”(...) “el sujeto encuentra un lugar en el mundo a partir de una enfermedad [...] el neurótico preguntándose por su propio ser, enseña un sujeto que carece de suficiente consistencia y que busca obtenerla; sólo trata de ser alguien” y surge que sólo a través de perturbaciones del equilibrio biológico, de su propio organismo es que consigue encontrar sustento a su inconsistencia psíquica. (p. 43)

Perrota (2011) expone que el cuerpo para el psicoanálisis, es una construcción subjetiva, una cadena de representaciones. No se trataría del cuerpo como ente biológico u orgánico puramente, sino del cuerpo en tanto asociación de representaciones, es decir, cadena significativa. El cuerpo habla en el síntoma, habla del sujeto. Por lo tanto podría decirse que el síntoma habla en tanto que retorno de lo reprimido.

Lacan (1964) por su parte, establece una diferencia entre organismo y cuerpo como construcción significativa. Expone que no se nace con un cuerpo sino que éste se llega a constituir en un anudamiento de los registros imaginario, simbólico y real. El sujeto monta una imagen del cuerpo y de sus contenidos atribuyéndoles un determinado valor simbólico.

Expone así, que el cuerpo se origina bajo la mirada de un Otro simbólico que preexiste al sujeto y le presenta una organización del mundo y de la cultura a través del lenguaje. Este Otro es quien interpreta las manifestaciones del niño, es quien le irá otorgando la importancia y la funcionalidad al cuerpo del niño.

Lacan expondrá el cuerpo por medio de tres registros:

- *Cuerpo de lo simbólico*: es la lengua, la significación y función que le damos a cada órgano que conforma nuestro cuerpo como tal. Lo que rodea al niño recién nacido y lo conformará como tal son ideas, deseos, necesidades, exigencias, placeres, etc.
- *Cuerpo de lo imaginario*: lo que nos permite darle forma y consistencia al cuerpo, es el modelo. Es una imagen especular, una imagen especular de completad el cual cautiva al sujeto, es un cuerpo sin fallas.
- *Cuerpo de lo real*: Lacan va a decir que lo real es la representación material de lo mismo, está en relación con lo imposible de asimilar el cuerpo simbólicamente. Se ubicaría en este registro lo que la medicina toma para conceptualizarlo como organismo vivo compuesto de tejidos y órganos. Pierde su condición de real, como organismo y se constituye como sujeto por todo lo que los significantes que lo esperan al momento de nacer.

Por su parte, Miller (1995) explicará que para el psicoanálisis el cuerpo es obligatorio, lo presenta como uno de los posibles motivos de consulta. El psicoanalista debe poner su cuerpo para representar la parte no simbolizable. Podemos relacionar esta apreciación de Miller pensando el trabajo del psico-oncólogo, el cual puede ser objeto de envidia por un paciente que nota su cuerpo enfermo y desmejorado. El trabajo del análisis para este autor es entender como el paciente valoriza su cuerpo en la palabra. De este modo el psico-oncólogo tendría lugar a entendimiento de porque el órgano portador del cáncer fue el “elegido” para ser enfermado.

Miller (2007) expone que Lacan desarrolla el concepto de cuerpo como comparable a un montón de piezas sueltas. Por ello hablará de un cuerpo envoltura, cuerpo forma y el objeto cuerpo.

Más adelante se expondrá que el sujeto tiene un cuerpo, el cual pasa por la diferenciación de entre el ser y la existencia, para poder así diferenciar entre el ser (relación con los objetos que caen, que se sustraen, “soy mi cuerpo en detalles”) y el tener (es un modo de ser fundado, inspirado, en el cuerpo que supone tener). Tener un cuerpo se ubica desde la existencia, marcado por el vacío de un sujeto inhablante.

En los primeros momentos donde Lacan desarrolla cuerpo, realiza una distinción en cuerpo e imagen corporal. Define cuerpo como la forma del cuerpo, mientras que imagen corporal es un soporte de esta representación.

El sujeto, carece de la capacidad de representarse a sí mismo, necesita de Otro que haga posible tal representación. Para Lacan el cuerpo surgirá como identificación con el semejante en el estadio del espejo, se constituirá en relación con el Otro que le aportara significantes que lograrán de este organismo vivo un cuerpo al cual se le otorgaran diversas funciones a través del discurso, quien le otorgará un nombre, un género, ideales, etc.

Castallenos (2012), por su parte, definirá el cuerpo como:

El cuerpo no es un don de la naturaleza. A diferencia del organismo es un producto transformado por el discurso. El organismo animal deviene un cuerpo sintomático y pulsional en el ser hablante; el lenguaje afecta al organismo, lo desnaturaliza, lo modifica (p. 52)

En relación a las pacientes con cáncer de mama, desde el momento del diagnóstico, todos los sentimientos que afloran en ellas están en relación a dos puntos: la muerte y el dolor.

Como la palabra cáncer funciona en nuestra sociedad como sinónimo de estos dos parámetros el paciente oncológico, desde la fantasía, prepara su cuerpo para el dolor esperando una posible recuperación o dejándose vencer por la muerte.

El cáncer de mama se localiza en un órgano muypreciado tanto por la mujer misma como por la sociedad. La mama es símbolo de nutrición, amor, sexualidad, femineidad, etc. Se puede vivencia la enfermedad como un atentado al objeto de amor que las unió a sus hijos mientras amamantaron o a lo que las distingue como mujeres.

Socialmente las mamas están puestas en valor y es un objeto muypreciado del cuerpo de la mujer. Tener que adaptarse a nuevas maneras de vestir, a prótesis o someterse a cirugías estéticas para reparar las consecuencias de tratamientos y cirugías les produce estrés.

El deber verse como el modelo de cuerpo que ofrece la sociedad muchas veces no tiene alto alcance en pacientes que priorizan el bienestar antes que la imagen social. Si bien les genera incomodidades y se sienten observadas, varias son las pacientes que eligen no someterse al quirófano nuevamente.

Para el psicoanálisis, el lugar del cuerpo connota una significación particular: se afirma que el infante nace con un organismo, pero que ha de hacerse a un cuerpo a través de los referentes identificatorios de sus pares y al mismo tiempo a través de la inscripción del lenguaje en la carne, es decir, en ese momento inaugural en el que se introduce la falta vía el significante y se acepta la ley de la castración.

Es pues la marca indeleble de la castración la que introduce al sujeto en la lógica del deseo y la demanda, pues sólo se demanda cuando algo falta, sólo se desea cuando de algo se carece, siendo la dialéctica del deseo y la demanda la ganancia, el motor que moviliza al sujeto en la búsqueda de los objetos posibles para su satisfacción, que ha de ser en adelante una satisfacción parcial

Freud (1890) descubre que el inconsciente se expresa a través de síntomas ubicados en el cuerpo y que hay una forma de hacerlos hablar. El Otro es un lugar que puede ser ocupado por la madre o la persona encargada

del cuidado del niño. Su función es brindar los objetos de satisfacción, no sólo aquellos que satisfacen las necesidades básicas, sino y lo más importante, los que introducen al infante en la dialéctica del deseo.

Desde el inicio de su trabajo con Breuer y Charcot, Freud descubre que el cuerpo afectado por los síntomas de sus histéricas no era aquel que correspondía al organismo, era un cuerpo afectado por lo psíquico, esto lo lleva a formalizar el concepto de libidinización, en el que partes del cuerpo son investidas sexualmente, a lo que le dio el nombre de zonas erógenas, resaltando la importancia de la intervención del otro como soporte para la construcción del cuerpo. En “Introducción del Narcisismo”, Freud (1914) sienta las bases de la construcción del yo y su diferenciación con los objetos externos, y realiza nuevas distinciones entre libido yoica y libido de objeto, que son una de las formas como se refería al cuerpo. El término Narcisismo era utilizado para designar “aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual; vale decir, lo mira con complacencia sexual, lo acaricia, lo mimó, hasta que gracias a estos manejos alcanza la satisfacción plena”

En “El yo y el ello” (1923), Freud reformula su concepción del Yo y lo introduce como un Yo cuerpo que recibe las percepciones y el contacto con la realidad exterior, que gobierna el acceso a la movilidad y organiza los procesos anímicos, pero que igualmente está en directa conexión con el inconsciente, con aquellas representaciones que han determinado inicialmente la vida psíquica del niño. Supone que el yo tiene una cara interna hacia el preconscious – inconsciente y otra hacia el mundo exterior, convirtiéndose en el mediador entre las exigencias inconscientes y las del mundo exterior.

Luego, Lacan retomará los postulados freudianos, avanzando en algunos conceptos, tomando los aportes de Freud. En especial el concepto de Yo es definido como aquella instancia psíquica que se construye a partir de los referentes del otro semejante. Lacan nombrará como Imaginaria esta relación y la retoma en “El estadio del espejo como formador de la función del yo”. Allí se introduce la capacidad del niño que, aunque en un estado de inmadurez, reconoce su propia imagen en el espejo, y experimenta satisfacción al reconocer su imagen y los objetos externos a él; primera matriz identificadora del niño que le permite asumir su cuerpo como completo, del lado inicialmente de la imagen. La imagen es el soporte que contiene los referentes y objetos pulsionales hasta entonces vividos como parciales.

La forma total del cuerpo le viene dada al sujeto en forma de Gestalt, pero ésta comporta no sólo la relación con el otro semejante sino también los fantasmas articulados que se presentan en dicha operación. Si bien al inicio de su obra Lacan concibe la construcción del cuerpo como una estructura imaginaria, soportada por el otro semejante y reducida a una imagen, también se puede leer allí la introducción del registro simbólico y real implicados en esta operación lógica, pero será después que venga a dar las coordenadas más precisas para ubicar estos referentes en la formación del cuerpo.

CAPITULO III

IDENTIDAD



Identidad

Se parte del concepto de identidad, definido por la Real Academia Española como:

1. f. Cualidad de idéntico.
2. f. Conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás.
3. f. Conciencia que una persona tiene de ser ella misma y distinta a las demás.
4. f. Hecho de ser alguien o algo el mismo que se supone o se busca.

Julia Sebastián (2007) sostiene en su investigación que si bien el cáncer es una enfermedad que ataca el cuerpo de una persona, también es acompañado de vivencias y experiencias desde el plano psicológico.

Las pacientes con cáncer de mama no solo tienen que convivir con la enfermedad, si no también adaptarse a una nueva imagen corporal producto de los tratamientos de la misma. Lo cual genera cambios en la identidad de la paciente oncológica, debiendo este adaptarse a los cambios que la enfermedad provoca.

Comparamos la crisis de la adolescencia, donde el adolescente atraviesa diferentes duelos con la vivencia de la mujer que es sometida a tratamientos y cirugías para combatir el cáncer, dejando diferente el cuerpo de estas.

Desde las teorías de Melanie Klein, sabemos que el pecho tiene una gran importancia en la identidad de una mujer. Está relacionado con lo femenino, con la sexualidad, atractivo físico y con la maternidad.

Klein (1946) establece que el sujeto se desarrolla a partir de la relación con objetos externos, los cuales internaliza y así va configurando su mundo interno. La vivencia de estas experiencias serán internalizadas por el niño como gratificantes o frustrantes.

El pecho de la mujer, es el primer objeto externo con el cual el niño se relaciona. Por esto es tan importante la significación que la mujer le otorga al mismo. Es un pecho “dador de vida”. Es tomado como objeto que forjó el vínculo con sus hijos y luego del diagnóstico es un objeto que puede matarlas.

Así también la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente, y cómo se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo (Cash, 1994; Cash y Pruzinsky, 1990). Esta imagen puede verse modificada después de una cirugía o durante un tratamiento. En el caso del cáncer mamario la mujer debe adaptarse a esta nueva imagen que el espejo le ofrece y a nuevos vínculos que se generan después del diagnóstico, tratamiento y/o cirugías. Es por esto mismo que al haberse producido cambios físicos y emocionales, creemos que la mujer también sufre crisis en su identidad durante la enfermedad.

Diferentes autores han trabajado los diferentes aspectos que implica la Identidad.

Silvia Veinstein (1977) la define como algo que vas mas allá de ser una suma de identificaciones parciales, en tanto es recreación y cuenta con los aprendizajes sobre sí mismo, de su unidad y mismidad tanto como la de los demás. Define así también al sentimiento de identidad como el conocimiento que tiene la persona de ser una entidad separada y diferenciada de los otros. El sentimiento de identidad es la integración temporal, espacial y social.

Para Rodolfo Bohoslasvky (1984) en la adolescencia se da una crisis de identidad, la cual puede relacionarse con lo que vive una mujer diagnosticada de cáncer de mama.

Menciona algo que muere y nace, algo que desestructura y se reestructura en la personalidad, que para reedificarse lo hace en base a tres parámetros:

-Tiempo: Proyectos que ya no siente como propios debido al tiempo del diagnóstico. Expectativas respecto de uno mismo, del mundo, de los otros. El Ideal del Yo, aspiraciones que se quieren alcanzar bajo esta nueva reestructuración.

La mujer ingresa a la consulta con una idea o hipótesis de la enfermedad pero sintiéndose sana con algún tipo de molestia; luego de recibir el diagnóstico la mujer automáticamente es considerada una “persona enferma” tanto por el médico como por las personas que puedan estar acompañándola. La idea de muerte es lo que mayormente las invade.

El momento del diagnóstico es el comienzo de una reestructuración que la mujer comienza en cuanto a su vida en general. La ansiedad y el miedo están dirigidos hacia sus afectos, familia, trabajo, entre otros. El tiempo parece acortarse y la angustia aflora.

Tanto la cirugía como los tratamientos otorgan a los pacientes oncológicos momentos tanto de esperanza como de desesperanza, comienzan a replantearse la manera en la que estuvieron llevando su vida, proyectos y como les gustaría comenzar a vivir una vez concluidos los tratamientos. Comienzan a otorgarle mayor importancia o a dar prioridades que anteriormente no hacían debido a la existencia del pensamiento de tiempo como finito.

-Espacio: el sentimiento de “yo soy yo” surge en la base de un esquema corporal, que discrimina entre un espacio propio (interno) y un espacio no propio (externo). El esquema corporal es representación. Schilder habla de un espacio del yo (regulado por el proceso secundario) y un espacio del ello (proceso primario).

Los cambios corporales se presentan desde el comienzo de los tratamientos. Es notorio encontrar dificultad en reconocer su cuerpo una vez que los efectos secundarios se hacen presentes.

En los casos donde la mastectomía fue necesaria, ya esa siendo parcial o completa, la mujer debe adaptarse no solo a una nueva imagen corporal si no también a un cuerpo que le exigirá cambios en cuanto al cuidado, la relación con otros y el modo de vestir.

Como el adolescente debe conocer y adaptarse a un nuevo cuerpo y reconocerse como tal, la paciente debe realizar un proceso similar. Cambia la manera de vestirse, se limitan las tareas diarias, modifican las relaciones sexuales en la mayoría de los casos ya que ellas no se sienten cómodas o evitan quedar expuestas con el cuerpo desnudo.

No sólo los cambios físicos generan cambios en las pacientes sino también las vivencias y las emociones.

La dependencia es otro de los factores en donde la mujer debe hallarse y reconocerse. Esto puede generar molestias, sobre todo en las primeras etapas, ya que se pierde en parte la independencia que se tenía hasta el momento y luego de la cirugía y/o tratamientos se necesita de otro auxiliar o de inclusive tratamientos que generan bienestar como el drenaje linfático.

-Otros: las relaciones con los demás se expresan en un vínculo de doble carril, procesos proyectivos e introyectivos. Los límites de la persona surgirán de la discriminación o del balance que se establezcan entre estos procesos y de su carácter discriminado o masivo. Las fantasías cobran un papel importante con los demás debido a que suelen ser los “responsables” de lo que a ellos les ocurre.

Las variaciones emocionales que van surgiendo en función al cáncer de mama generan diferentes efectos en las personas que están acompañando al paciente.

Comenzando en la dependencia, pudiendo llegar a niveles donde los otros no quieran o ya no puedan seguir acompañando al paciente. Pudiendo generar así conflictos con las personas que cuidan o se encargan del paciente.

Fernández Mouján (1979) hace referencia a que en las situaciones de crisis en los sujetos se producen identificaciones y desidentificaciones a fin de ir revelando una nueva identidad.

Esta aceptación de la interioridad lleva al Yo a un desapego del mundo, que no es rechazo sino que toma una distancia que lo dispone a reconciliarse más libremente con las cosas y su cuerpo físico. Esta necesidad de desapego es fundante de la “**identidad personal**” la tendencia a Ser más que a Tener.

El paciente oncológico, al igual que el adolescente, puede tomar distancia o retraerse por periodos, donde puede encontrarse consigo mismo, ir reconociendo y trabajando las modificaciones que van surgiendo a medida que el tratamiento avanza.

Fernández Mouján lo presenta como un alejamiento que produce el adolescente respecto al nuevo mundo de la adultez, para poder elaborar sus

propias teorías, busca encontrar un sentido propio a la vida. El paciente oncológico realizaría un alejamiento similar con respecto al nuevo mundo con el que cuenta. El autor dice que lo realiza a un nivel de tanta profundidad que le permita enfrentarla e interpretarla sin perder su propia identidad y su contacto con la realidad.

En cierta manera opino que la mujer diagnosticada de cáncer de mama transcurre una crisis muy similar a la que atraviesa el adolescente. Debido a todos los cambios que afronta como consecuencia de su enfermedad, debe redefinir su identidad personal.

Considerando que los pacientes tienden a retraerse de lo que, hasta el momento del diagnóstico, eran sus relaciones o actividades sociales. Si los cambios psicológicos y corporales existen, la identidad y la imagen corporal del paciente se ven modificados por lo cual este necesitaría conocerlos.

Con todo lo nuevo y desconocido que se avecina con la enfermedad, la mujer diagnosticada comenzará un proceso de duelo de la manera similar como lo hace el adolescente. Son dos las tareas fundamentales, lograr reconstruir su realidad psíquica, es decir su mundo interno y la lucha por la reconstrucción de los vínculos con el mundo externo. Atravesando todos estos cambios sin perder la esencia de ellos mismos en el tiempo, en el espacio y en relación con los demás y con el propio cuerpo.

En “Abordaje teórico y clínico del adolescente” (1986) Fernández Mouján describe que el adolescente se encuentra con lo siguiente:

- 1- Un cuerpo nuevo, cambiante. Un esquema corporal nuevo que no coincide con el conocido, el que lenta o rápidamente va cambiando por la realidad.
- 2- Nuevos roles sociales, que no se parecen a los familiares con los que se desarrolló el último tiempo.
- 3- Un yo que debe enfrentar la no conciencia entre la identidad infantil y las nuevas identificaciones.

Suponemos que es muy similar el camino que realiza la mujer diagnosticada, su cuerpo sufre cambios, no tiene la misma vitalidad que en tiempos anteriores, el cabello se cae, el color y textura de la piel cambian, pueden subir o bajar de peso dependiendo de los medicamentos y/o tratamientos, el cansancio y desgano suele acompañarlas durante varias horas del día.

Todo esto provoca cambios, tanto en su mundo interior como exterior. La familia adopta nuevos roles y tareas para colaborar con sus cuidados. El momento del diagnóstico marca un antes y un después en el desarrollo de su vida posterior. La mujer ingresa a la consulta con una hipótesis, “ideas de”, nada certero. Puede ingresar al consultorio como una mujer activa en cuanto a sus tareas y salir del mismo, en un periodo corto de tiempo, como alguien enfermo, limitado en sus tareas y desarrollo de la vida cotidiana.

Es grande el estigma social que las acompaña. La sociedad suele negar o no menciona la palabra “cáncer” ya que es un tabú, logrando sin intención, quizás, que la mujer pase a tener un rol social como paciente oncológico,

convirtiéndose en una persona “moribunda”, asociada directamente al dolor y la muerte. Obligando a la mujer a una búsqueda de nueva identidad.

Frente a la crisis la mujer puede percibir:

- 1- Un cuerpo extraño, el cual la ataca, la enfermó y la puso en peligro sin que ella pudiera percibirlo.
- 2- Cambian sus ideas, metas y pensamientos. Comenzará a plantearse la vida desde otro punto de vista.
- 3- Percibe que el mundo exterior no la percibe como lo hacían antes del momento del diagnóstico. Algo cambió. Lo cual la coloca en el lugar de replantearse y reconstruir su mundo interno.

Se produce una crisis, cambio o lucha por la identidad dirá Fernández Mouján. El yo percibe una ruptura del tiempo (continuidad), de sí mismo (unidad) y la relación con la familia y la sociedad (mismidad).

La mujer recibe la noticia lo cual genera ansiedad en cuanto a su continuidad en la vida, los cambios que se van dando a medida que avanzan los tratamientos modifican la mismidad de la paciente por todo lo anteriormente mencionado. Mientras que las relaciones con la familia se encuentran modificadas debido al diagnóstico. Para la sociedad pasa a ser “una pobre persona que va a morir”, el diagnóstico brinda también que la sociedad

convierta a la persona en un mártir, posicionándolo en alguien ajeno a críticas o comentarios negativos por el solo hecho de estar enfermo.

Es así que, Julia Sebastián (2007) realiza un planteo basándose en estos principios, la paciente con cáncer de mama tiene que reestructurar su identidad para poder enfrentar al mundo. Necesita conectarse con todo lo nuevo que el diagnóstico trajo consigo para encontrarse en una nueva imagen corporal, nuevas relaciones con ella misma y con las personas que la rodean.

Los elementos que componen la identidad contienen tres sentimientos básicos: unidad, mismidad y continuidad. Cada uno de estos aspectos se manifiesta en todas las áreas de experiencia de cuerpo, mente y mundo exterior. Y se estudiarán en lo que respecta a los cambios de vivencias que implica la enfermedad de cáncer de mama.

1)- Unidad: Se basa en la necesidad del Yo de integrarse y diferenciarse en el espacio, como una unidad que interactúa. Correspondería al cuerpo, al esquema corporal y a la recepción y transmisión de estímulos con cierta organización.

Ante la crisis de identidad se rompe esta unidad por el cambio físico, en las sensaciones e impulsos que se expresan con cierto desorden. Teniendo en cuenta que en un comienzo el Yo es básicamente corporal, podemos decir que la identidad se construye sobre este aspecto

2)- Continuidad: Surge de la necesidad del Yo de integrarse en el tiempo, “ser uno mismo a través del tiempo”. En la adolescencia se produce una ruptura en la continuidad, semejante a lo que podría suceder en quienes tienen cáncer, teniendo que pensar y elaborar nuevos conceptos, ideas y pensamientos. Esto es así por la emergencia de una nueva forma de pensar en la que lo posible incluye lo real permitiendo una proyección hacia lo desconocido y distante. El poder pensar a partir de ideas y solo sobre objetos concretos permite el transporte en el tiempo y en el espacio.

3)- Mismidad: Surge de la necesidad de ser reconocido por los demás. Y en estos casos, considerados y reconocidos con la enfermedad, rehaciendo nuevas relaciones, surgiendo nuevas formas de relacionarse.

El desarrollo de estos tres aspectos de la crisis de identidad comienza a configurar unas modificaciones en la identidad del yo. Se producen nuevas configuraciones de la identidad. Es por esto que el autor define:

1) YO PSICOLOGICO: se trata de una configuración interna, formada por las nuevas identificaciones que el paciente fue realizando, las cuales le dieron continuidad en el tiempo al yo. Generando un nuevo sentimiento en el espacio y durante la crisis conformando la identidad del yo psicológico.

La identidad se continúa frente a la enfermedad y los cambios propios de esta, realizando un duelo por los aspectos que se pierden y se expresa a través del sentimiento de unidad, mismidad y continuidad conformando los aspectos nuevos de la identidad.

- 2) **YO SOCIAL:** es la reconciliación entre el concepto de sí y el reconocimiento que la sociedad hace de ella, El cáncer suele provocar rotulaciones en quienes lo padecen. La imagen y concepto que las personas de la sociedad tienen de la mujer cambian después del diagnóstico.

- 3) **YO CORPORAL:** En relación a la nueva Gestalt que se conformó durante la crisis. Son los cambios en el esquema corporal y el desarrollo físico.

CAPITULO IV

IMAGEN

CORPORAL



Imagen corporal

Uno de los objetivos de dicho trabajo es conocer cuáles son los cambios en la imagen corporal que se producen en el paciente, luego del diagnóstico de cáncer de mama.

Es por ello que me parece importante realizar la siguiente diferenciación entre esquema corporal e imagen corporal.

Dolto, describe que esta confusión entre esquema e imagen corporal es cometida muy a menudo. El esquema corporal es el organismo en sí, el funcionamiento correcto o no del mismo, es el cuerpo o herramienta mediador entre el sujeto y el mundo; mientras que la imagen corporal es la percepción a nivel más inconsciente que la persona tiene sobre su cuerpo. La conjunción de una imagen patológica sobre un esquema corporal da como resultado inhibiciones y/o síntomas a nivel de esquema corporal.

Dolto (1984) lo explica de la siguiente manera

El esquema corporal es una realidad de hecho, en cierto modo es nuestro vivir carnal al contacto del mundo físico. Nuestras experiencias de la realidad dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles (...). Afecciones orgánicas pueden provocar trastornos en el esquema corporal y estos, debido a las faltas o interrupciones del lenguaje, pueden acarrear modificaciones pasajeras o definitivas en la imagen del cuerpo. (p. 18)

Si bien el esquema y la imagen corporal van de la mano, no siempre que el esquema corporal sufra algún tipo de cambio, se verá afectada la imagen corporal. La imagen del cuerpo sano puede ser proyectada en el juego, en las graficas o simplemente en el lenguaje. La imagen corporal sana o enferma está normalmente acompañada de otro, la presencia de otra persona, que recibe la percepción que el sujeto puede realizar sobre su esquema corporal. Quien confirmara o no de cierta manera esta percepción de imagen, como esta otra persona simboliza por medio de la relación emocional por la que se vinculen. La imagen del cuerpo, puede hacerse independiente del esquema corporal.

El esquema corporal es un intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo. El esquema corporal es el mismo para todas las personas que comparten un país y una cultura. En cambio la imagen corporal es propia de cada uno y está ligada a la historia de cada sujeto.

“Gracias a nuestra imagen del cuerpo,(...) podemos entrar en comunicación con el otro. Todo contacto con el otro (...) se asienta en la imagen del cuerpo; porque no es si no en la imagen del cuerpo, soporte del narcicismo.” Dolto Françoise (1984, p. 22)

Dolto expresa también que la imagen corporal es una imagen inconsciente, una imagen de una zona erógena donde se expresa la tensión de las pulsiones. Cuál es el valor, o porque motivo las mujeres “eligen” sus mamas para el desarrollo del cáncer. Qué tipo de pulsiones son las que convergen en este lugar del cuerpo el cual enferma.

La imagen de la mujer tiene mucho valor en la sociedad, que una mujer encuentre alterada su imagen corporal por la alopecia (consecuencia de la quimioterapia) o en casos mayores cuando se produjo una mastectomía parcial o más conflictiva cuando es total, la paciente relata dejar de sentirse o verse

mujer. La modificación en su imagen repercute en la mayoría de los casos influye tanto en el deseo como en las relaciones sexuales.

Imagen del cuerpo: pulsión de vida y pulsión de muerte

Freud (1920) en su escrito “Mas allá del principio de placer”, describe que el transcurso de los procesos anímicos, son regulados por el principio de placer. Supone que existe cierta tensión que genera displacer en el sujeto, estas tensiones tratarán de ser disminuidas por el psiquismo a través de la búsqueda de placer. Si bien el organismo tiende a evitar el displacer, no lo logra por completo. Al mismo tiempo el psiquismo es regulado también por otro principio que describe Freud (1920) como principio de realidad

Sin abandonar el propósito de una final consecución del placer, exige y logra el aplazamiento de la satisfacción y el renunciamiento a alguna de las posibilidades de alcanzarla, y nos fuerza a aceptar pacientemente el displacer durante el largo rodeo necesario para llegar al placer. (p. 183)

Siguiendo la idea de que el cúmulo de pulsiones generan tensión por ende displacer, suponemos que las pulsiones que son dirigidas al cumplimiento de deseo son de vida y de muerte. Las pulsiones de vida son activas o pasivas y siempre ligadas a una representación, por el contrario, las pulsiones de muerte, están relacionadas con el reposo del sujeto, no es deseo de morir si no de descansar. Predominan durante el sueño profundo y en las ausencias. Las pulsiones de muerte son las que invitan al sujeto a retirarse, a no percibir una imagen de cuerpo no alertado por el deseo.

En este texto es cuando Freud también dará lugar a un nuevo conflicto que surge como resultado de diferentes destinos que tiene la pulsión, nombrados como Eros (pulsión de vida) y Thanatos (pulsión de muerte).

En relación a nuestro tema de investigación consideramos que la mujer que desarrolló un cáncer de mama, posiblemente percibirá cambios en la imagen corporal que posee de su esquema. Estos cambios pueden ser un aspecto de influencia en el desarrollo de la enfermedad de la misma. ¿Cómo vivencia la mujer su nueva imagen frente a su entorno más próximo o frente a la sociedad?; Aparte de los cambios físicos, ¿se producen cambios en la identidad del sujeto? ¿Cuánto Thanatos podemos observar luego de estos diagnósticos?

Tres aspectos dinámicos de la imagen del cuerpo

Siguiendo la lectura de Dolto, podemos decir que la imagen del cuerpo está elaborada por la historia del sujeto. La imagen del cuerpo se constituye y se modifica a lo largo de la vida del sujeto, la imagen corporal se va a conformar por: imagen de base, imagen funcional e imagen erógena.

Imagen de base:

Es la imagen que da la convicción de que el cuerpo se asienta sobre un suelo firme que lo sostiene y lo soporta.

Esta en relación con la mismidad del ser, es el espacio tiempo en donde existimos y nos desarrollamos. Acompaña al sujeto desde el momento del nacimiento, cuando se incorpora al mundo. Si bien este cuerpo se irá desarrollando, siempre será el sentimiento de ser él mismo.

Dolto lo manifiesta como una continuidad narcisista. Ya que es un sujeto narcisista con deseo de vivir, preexistente a la concepción. Este narcisismo primordial es lo que convierte al individuo un “ser en el mundo”, otorgándole así identidad social, mas en relación con lo simbólico.

El niño llegará a un mundo en donde ya se espera cierta identidad social, preexistida por los padres, donde coincidirá el momento del nacimiento del lactante con el momento en donde se le otorga un nombre. Este nombre más la imagen base del cuerpo se unirán para formar parte de la identidad y la imagen corporal que el niño formará de sí mismo se irá desarrollando a lo largo de su existencia. Cada estadio que el niño vaya atravesando irá modificando la imagen de base que se tiene de sí.

- 1) *Imagen de base* (respiratoria, olfativa, auditiva), funciones del cuerpo (Cavum y tórax)

- 2) *Imagen de base oral* (Respiratoria, auditiva, zona bucal, faringolaringea) se asocia la imagen del vientre, y la representación de lo lleno o vacío del estómago.
Añade a estas últimas dos el funcionamiento de retención o expulsión de la parte inferior del tubo digestivo

- 3) *Imagen de base anal*: masa circundante constituida con la pelvis con una representación práctica de las heces y el perineo.

Aparecerá un estado fóbico, cuando la imagen de base se ve amenazada; como defensa contra un peligro sentido como persecutorio, que está ligado con la zona erógena que es predominante en el sujeto.

Imagen funcional:

Esta imagen permitirá las posibilidades relacionales con el otro y las pulsiones de vida se caracterizan por la búsqueda de placer. Relacionado con la intención en buscar el placer en el cuerpo del niño. Inclinado a la satisfacción de necesidades y deseos.

Primeramente fue descubierta por azar la satisfacción del defecar. En un segundo momento el niño buscará realizar esta acción para conseguir el cumplimiento de deseo. Placer en la zona anal en el momento de la defecación.

Es decir que utilizará el esquema corporal en relación a las zonas erógenas, donde el niño sentirá el deseo de placer, permitiéndole alcanzar sus fines posibilitando la satisfacción de sus necesidades y la expresión de sus deseos.

Dolto distingue por un lado los objetos concretos y sustanciales, tales como el alimento y los excrementos, que intervienen, por ejemplo, entre el niño y la madre; y por otro lado los objetos sutiles, como por ejemplo una mirada, un tono de voz o un olor.

Imagen erógena:

Está asociada a determinada imagen funcional del cuerpo. Focalizada en donde se localiza placer o displacer en relación con el otro. Esta zona abrirá al sujeto la vía de un placer compartido.

Imagen del cuerpo sentida como un orificio entregado al placer, que se contrae y dilata en diferentes ritmos, alternando la satisfacción y la carencia.

Podemos ver como este autor va conformando la imagen del cuerpo, la cual vimos que se constituye y modifica desde el momento del nacimiento.

Como podemos observar la imagen corporal estará en relación a nuestro esquema corporal, nuestra historia, la identidad social y la relación con los otros.

En relación al tema que se desarrolla en esta tesis, pensamos el cuerpo de la mujer con cáncer de mama como el escenario donde sus emociones y pensamiento se manifiestan. Si bien es el esquema corporal quien se enferma, la imagen del cuerpo que una mujer tiene sobre si misma cambia.

Desde el momento en donde se genera la sospecha de que algo no funciona bien en el organismo la mujer empieza a percibirse de manera distinta a como lo venía haciendo. Nota una mancha, un bulto o un dolor. Puede concurrir tempranamente al médico en consulta de lo observado o simplemente encontrar motivos para estar ocupada y no poder realizar esta consulta.

Encontré un principio de respuesta a esta pregunta en la imagen dinámica del cuerpo que Dolto define como “el deseo de ser y perseverar”. La imagen dinámica se estructura desde la primera castración umbilical, luego a través del destete y más tarde por la independencia motriz: esto quiere decir que la imagen se inscribe en las imágenes simbolizadas, todo lo que cobra sentido en el lenguaje.

Uno de los motivos por los cuales suponemos que la mujer puede demorar o acelerar la consulta al médico puede ser la imagen dinámica que ella posee de su cuerpo. El deseo de ser en su historia y en la vida de los otros con los que se relaciona. Asiste de manera rápida para poder tratar eso ajeno a su cuerpo que encontró; o demora la consulta para que no sea puesto en palabra aquello que supone y que esta temiendo.

Oncoimagen

Es fundamental la rehabilitación física del paciente oncológico una vez que atravesó la cirugía, la misma puede darse durante los tratamientos o en finalizar de ellos.

Una vez que se comienzan los tratamientos es normal que la imagen corporal comienza a cambiar, acompañados de temor e incertidumbre. Como el médico se especializa en oncología, existen diferentes profesiones especializadas en oncología que acompañan a las mujeres a atravesar los nuevos cambios sin necesidad de que sean tan agresivos, existen peluqueras, cosmetólogas, dermatólogas, lencerías, entre otros, que se especializan en acompañar a la mujer diagnosticada de cáncer.

Los cambios más notables son:

1- *Pérdida de cabello:* puede ser uno de los más impactantes una vez avanzados los tratamientos. Observarse en el espejo como mujeres peladas tiene diversas respuestas en las pacientes. Comentan dejar de sentirse mujeres, bellas o deseadas.

Es recomendable que en cuanto se comiencen a encontrar los primeros mechones que se desprenden del cuero cabelludo, la mujer corte su cabello, primeramente para no prolongar el dolor de la pérdida continua de mechones y segundo para cuidar y proteger el cuero cabelludo, cuidándolo para el posterior crecimiento.

Anticipar el cambio acompañado de accesorios para evitar no sentirse cómodas u observadas.

2- *Pelucas:* Es una opción muy utilizada por las pacientes. Es conveniente que la peluca tenga ventilación y no se mueva del lugar para que puedan estar cómodas. Hay peluqueras especializadas en cáncer que se ocupan de cortar el cabello antes que comience a caer y con el mismo pelo realizan la peluca para que no sea drástico el cambio.

3- *Turbantes:* Es una alternativa muy útil, las pacientes las definen como más cómodas y no irritan la piel como algunas pelucas. Sirven para proteger del frío, ya que gran parte del calor del cuerpo se pierde por la cabeza y debido a que las defensas se encuentran bajas o nulas, el turbante es una buena opción para no exponerse a enfermedades ni verse sin cabello.

4- *Cuidados de la piel:* La piel sufre frente a la exposición de los tratamientos, las mujeres notan cambios de color lo que las predispone a sentirse mayormente observadas. El cuidado de la piel es muy importante tanto en él durante como en la finalización de los

tratamientos. Las manos del cuerpo y el rostro son diferentes, por lo que requieren tratamientos diferentes.

Es recomendable el uso de productos dermatológicos que sean suaves, a prueba de alergias y libres de fragancias. Cuando son sometidas a radioterapia, la hidratación del cuerpo es muy importante, la piel puede quemarse y apoyarse debido a la exposición a los rayos.

Se debe controlar la temperatura del agua a la hora de bañarse, ya que el agua muy caliente puede reseca la piel. Es recomendable la utilización de jabón neutro.

5- *Cuidado de las uñas:* las uñas viven un proceso similar al del pelo, es menor el sufrimiento ya que el crecimiento es más lento. Se observan cambios en la coloración y la firmeza de las uñas.

Se recomienda utilizar quitaesmalte sin acetona, las uñas cortas son menos propensas a cortarse y romperse. Pueden taparse las manchas de la quimioterapia o radioterapia con esmaltes oscuros, ya que intentar removerlas o cortar o remover las cutículas, puede provocar infecciones.

6- *Maquillaje:* El maquillaje juega un papel fundamental durante los tratamientos de quimioterapia o radioterapia; la piel cambia de color, se pronuncian ojeras, las cejas y pestañas se vuelven escasas.

El maquillaje puede colaborar para que la paciente se observe bella y lo más parecida a lo que era antes de la enfermedad. Se pueden lograr tonos de base muy similares a su color de piel, dibujar cejas y colocar pestañas postizas.

7- *Lencerías:* luego de la cirugía donde se realizó mastectomía completa o no y no se realizó reconstrucción de o las mamas, la mujer se encuentra con temor de utilizar corpiños, remeras sin mangas o ajustadas y trajes de baño.

Muchas lencerías promocionan prótesis de diferentes materiales que pueden colocarse en corpiños o en trajes de baño.

ASPECTO METODOLOGICO

Tipo y diseño de estudio

Se llevará adelante un tipo de investigación cualitativa. Según Hernández Sampieri; Fernández Collado y Baptista Lucio (2006) este tipo de investigaciones utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación durante el proceso de interpretación. Se procederá a la recolección de datos para obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes; y análisis de los mismos, lo cual nos permitirá conocer si existen cambios en la identidad e imagen corporal luego del diagnóstico de cáncer.

Se trata de un estudio descriptivo de alcance exploratorio. Se busca explorar acerca de la vivencia en el momento del diagnóstico reconstruido por el relato de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Indagar sobre identidad e imagen corporal.

El tipo de diseño según Rodríguez Gómez; Gil Flores y García Jiménez (1999) es fenomenológica, la cual implica que es un estudio de la experiencia vital, del mundo de vida, de la cotidianidad. Es la explicación de los fenómenos dados a la conciencia, por lo que es el estudio de las esencias. La fenomenología se cuestiona por la verdadera naturaleza de los fenómenos. Este tipo de investigación brinda la descripción de los significados vividos, existenciales, explicando los significados en los que esta la vida cotidiana y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables.

Descripción de la muestra

La muestra estará conformada por mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que realizaron o realizan algún tipo de tratamiento. El tipo de muestra será de carácter intencional, ya que los participantes serán seleccionados según características de interés para la investigación.

Instrumento

Se realizaron:

- 1- *Entrevista individual con un formato semiestructurado*, en el cual las preguntas estarán definidas previamente –en un guión de entrevista-

El objetivo fue profundizar sobre los cambios que se producen después del diagnóstico de cáncer de mama. Se indagaron a través de dos categorías: Conocimiento sobre cáncer de mama y cambios generados

después del diagnóstico de cáncer de mama, con el fin de poder realizar comparaciones y posibles contrastes, de manera que se puedan organizar conceptualmente los datos y presentar la información, siguiendo un patrón o regularidad emergente.

2. *Observación del contexto:* Observación activa-participativa. Se utilizó este instrumento para comprender procesos, vinculación entre personas y sus situaciones, experiencias, circunstancias o eventos que suceden al paso del tiempo y los patrones que se desarrollan (Miles, Huberman y Saldaña, 2013, citado en Hernandez Sampieri et. al, 2006).

Procedimiento

Con el consentimiento informado de las entrevistadas, se trabajó bajo anonimato con los datos recogidos del campo. Por medio de dicho procedimiento se buscará articular, en base a los objetivos de la investigación, aquellos conceptos descriptos en el marco teórico con las entrevistas.

La investigación se abordará desde la perspectiva teórica psicoanalítica, tomando como eje fundamental a Freud, y trabajando con autores contemporáneos que continuaron desarrollando y aportando a sus teorías. Asimismo se tomarán datos provenientes de la Medicina para describir el diagnóstico de cáncer de mama en términos médicos.

Preguntas de investigación

- 1- ¿Cuáles son los cambios que el paciente cree, siente y piensa que se producen después del diagnóstico de cáncer de mama?

- 2- ¿Qué cambios se generan en relación a la identidad del paciente, luego del diagnóstico de cáncer de mama?
- 3- ¿Existe influencia del estado emocional del paciente en la evolución de la enfermedad?
- 4- ¿Qué es lo que lleva a que el paciente demore la consulta con el médico cuando detecta algo inusual en su cuerpo?
- 5- ¿Cómo afecta el cáncer de mama la imagen corporal?

Objetivo general

- Indagar los cambios psicológicos significativos que se producen ante el diagnóstico de cáncer de mama.

Objetivos específicos

- Realizar una aproximación a los conceptos básicos de cáncer de mama
- Investigar sobre las ideas, temores, y emociones de pacientes con cáncer de mama.
- Indagar los cambios en las relaciones interpersonales devenidos tanto, de los cambios corporales como de los cambios psicológicos provocados por el diagnóstico de cáncer.
- Indagar sobre la consulta temprana y demorada al médico

Descripción de los participantes.

La unidad de análisis de este trabajo de investigación está conformada por un grupo de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, donde la variable

que se tuvo en cuenta para seleccionarl as fue el diagnóstico de cáncer de mama independientemente de otros tipos de cáncer.

La muestra fue de 13 mujeres, las cuales varían en tipo de familias, trabajos y edad.

Sujeto	Edad	Edad diagnóstico	Recidiva
S1	64	49	61
S2	58	40	55
S3	33	29	
S4	64	59	
S5	69	31	
S6	46	43	
S7	64	62	
S8	78	64	66
S9	66	65	
S10	55	53	
S11	44	44	
S12	24	24	
S13	44	41	44

Las entrevistas se llevaron a cabo en un Instituto Kinesiológico donde las mujeres realizan drenaje linfático a causa del linfedema provocado por la

extracción de ganglios; y en Fundafem, Fundación del Dr. Gago en el cual reciben atención médica, psicológica, realizan drenajes linfáticos y ejercicios físicos.

Esta investigación encontró la dificultad de no poder entrevistar mayor cantidad de mujeres con cáncer de mama debido a las emociones que el diagnóstico provoca en ellas, lo cual generaba una negativa a la entrevista. Se decidió analizar los datos ya obtenidos hasta el momento.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Categorías

A- DIAGNOSTICO

A-1 Síntomas

A-2 Momentos del diagnostico

A-3 Antecedentes

B- CAMBIOS

B-1 Físicos

B-2 Identidad

B-3 Imagen corporal

C- ESTADO EMOCIONAL

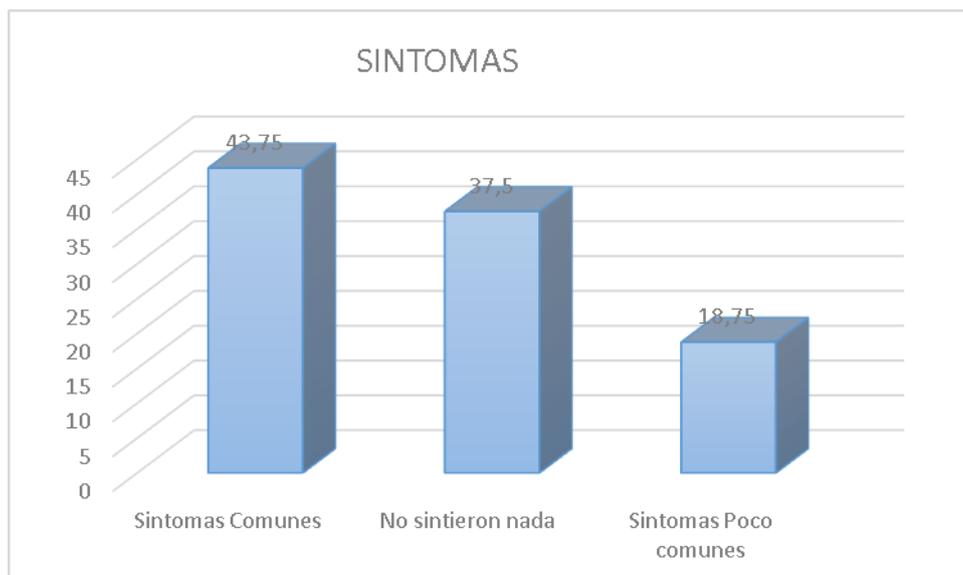
D- CONSULTA MEDICA

A - Diagnóstico:

Del total de respuestas arrojadas por los sujetos entrevistados, obtuvimos un 43.75% avocadas a los síntomas más comunes (“pelotitas, durezas y cambios o perdidas de líquido por el pezón”) respecto al conocimiento de su patología.

Alrededor del 37.5% de las mujeres dijeron que no sintieron nada y solo conocieron la situación una vez realizados los estudios anuales de control.

El 18.75% restante indica que presentaron síntomas atípicos o no tan frecuentes, como golpes eléctricos, manchas o lunares.



En relación al momento en que recibieron el diagnóstico, el 24% refirieron que se asustaron, no sólo por ellas, sino por su familia, ya que sus hijos eran pequeños, porque sentían que “debían quedarse un tiempo más” o que temían por el futuro de sus otros significantes.

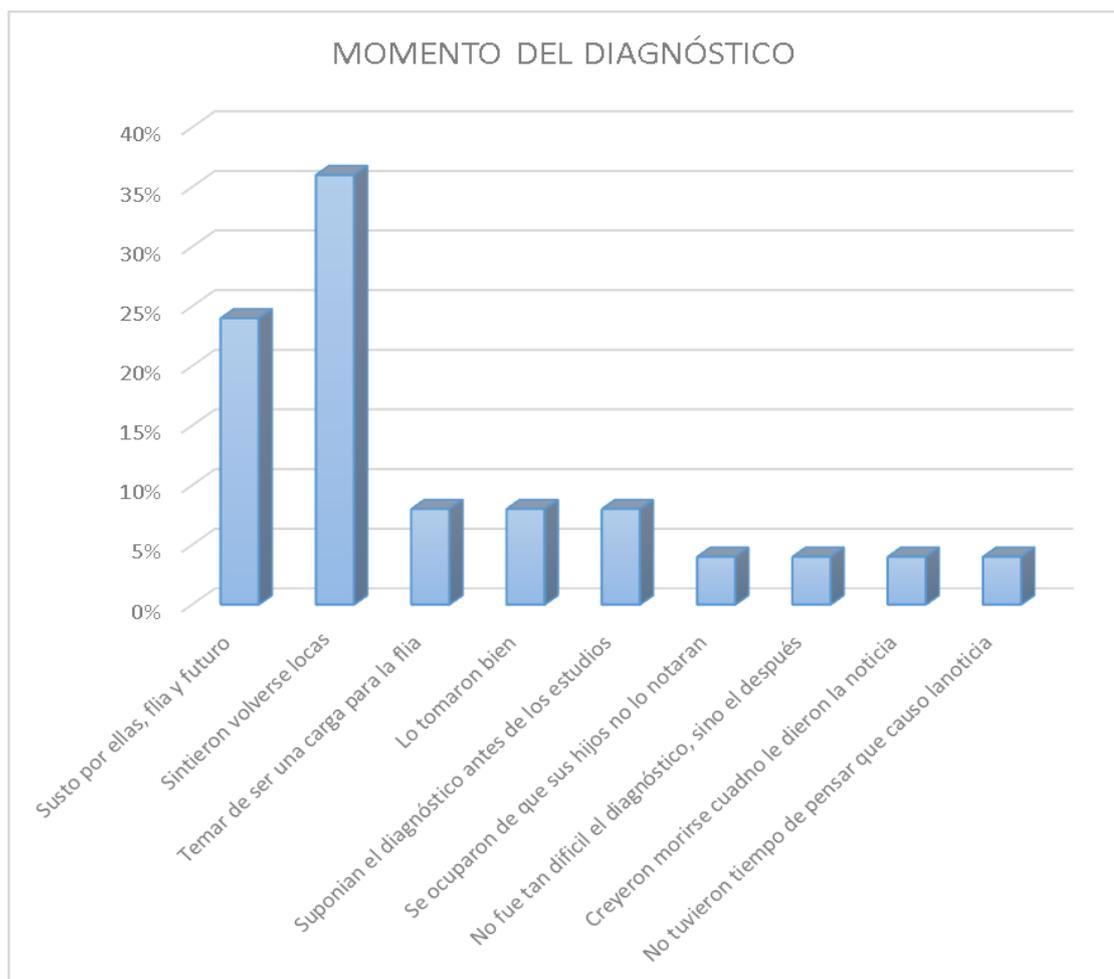
El 36% de los sujetos manifestaron que en ese momento sintieron “volverse locas”. Es de destacar que el momento del diagnóstico se manifiesta en muchas mujeres, dos veces en sus vidas: Uno, siendo la primera vez que recibieron la noticia “deseaban vivir y debían quedarse un tiempo más”. La segunda vez, recidiva, donde se encuentran con el diagnóstico, manifestando “estar en manos de Dios” y la decisión de vivir o no ya no dependía completamente de ellas sino de Dios. Se sintieron muy acompañadas por sus familiares y amigos.

-“Un día salieron palabras de mí; Dios me dio la vida, él sabrá cuando me la quitará. Después de ese momento todo se tranquilizó.” (S6)

Un porcentaje del 8% manifestó en todo momento el miedo que surgió en relación a su familia, por los hijos pequeños, por el marido, por sus padres mayores, y el temor de convertirse en una carga. Otro 8% manifestó que lo tomaron bien, estaban muy informadas sobre el cáncer, la única manera de

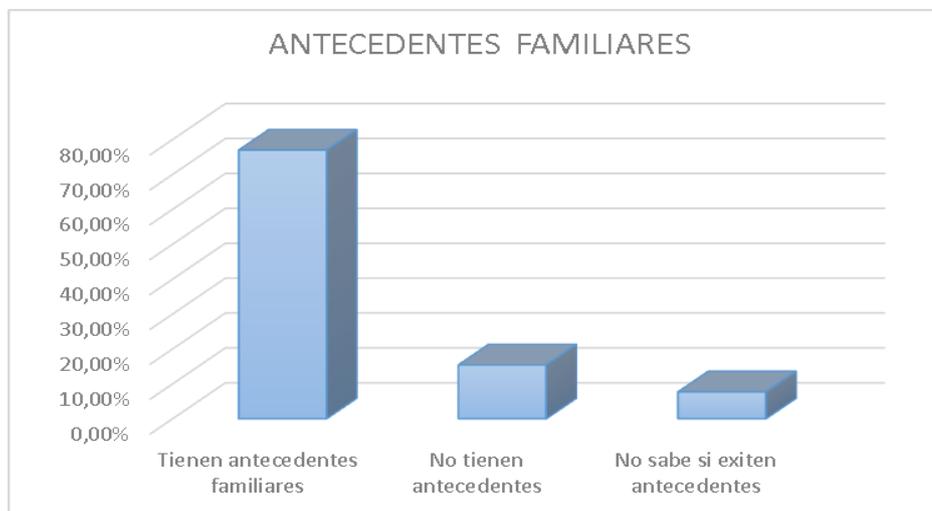
combatirlo era haciéndole frente, es por esto que se mostraron muy de acuerdo y predispuestos a los tratamientos que los médicos les ofrecían. Y por último otro 8% comunicó tener conocimiento del diagnóstico, incluso con anterioridad a la primera consulta y a los estudios. Conocían los signos y síntomas por antecedentes familiares.

El 16% restante no lo tomó bien. Un 4% trataron el diagnóstico de tal manera que sus hijos pequeños no notaran la enfermedad. Otro 4% dijeron que no fue tan duro el momento del diagnóstico sino el después en relación a los tratamientos. Otro 4% creyó “morirse” en el momento que tomaron contacto con la noticia; y el 4% restante manifestó que no tuvo tiempo de ponerse a pensar qué había causado en ella la noticia.



En relación a los antecedentes de cáncer familiar, más del 76% refiere que sí cuenta con antecedentes de diferentes tipos de cáncer en su familia.

La mayoría de las mujeres entrevistadas, presentaron los síntomas más comunes para detectar el cáncer de mama, acudiendo a una rápida consulta y pudiendo de este modo comenzar con los tratamientos lo antes posible. Inferimos que su rápido accionar se debe al conocimiento de dicha enfermedad, tanto de los controles pertinentes como de los tratamientos, ya que presentaban antecedentes familiares.



B – Cambios

Siendo el 100% un total de 41 respuestas en relación a cambios físicos que afectaron la vida de los entrevistados, obtuvimos los siguientes resultados:

El mayor porcentaje de respuestas corresponde al cansancio o vivencia de no contar con la fuerza suficiente para realizar tareas cotidianas, o para continuar con el tratamiento que se requiere. Esto arrojó un 19.51%.

Un 17.08% pertenece a la pérdida de cabello. Lo cual deja en evidencia a la persona frente a la sociedad, sobre su diagnóstico y tratamiento.

Otro 14.63% corresponde a diagnósticos posteriores de Linfedema. Esto limita a la persona en sus actividades cotidianas, la vuelve dependientes de un drenaje linfático y genera una necesidad de acudir reiteradas veces a sesiones de kinesiología.

Cuando las entrevistadas tuvieron que exponerse a Radioterapia, un 12.19% comentaron que les dejó marcas, a las que llaman "Tatuajes". Estas son manchas de color oscuro que se producen por la exposición del Rayo.

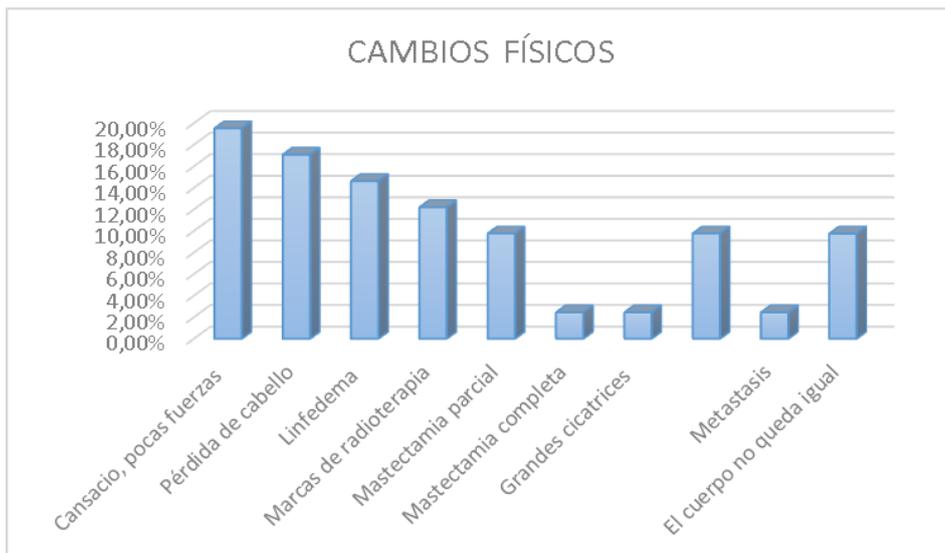
Las respuestas relacionadas a mastectomía suman un 12.2%. Lo que comprende un 9.76% a mastectomía parcial y un 2.44% mastectomía total. Esto se debe a que en ambos casos la enfermedad se encontraba en etapas muy avanzadas, corriendo riesgo de muerte.

Un 2.44% respondió que tiene una cicatriz que abarca de una axila a la otra, producto de una mastectomía completa.

En cuanto a Medicamentos, un 9.76% expresó que sufrieron alergias, marcas en la piel e hinchazón en distintas partes del cuerpo.

Otro 2.44% manifestó que tuvieron Metástasis.

Algunas mujeres no especificaron los cambios que les ocasionó el cáncer, sólo mencionaron que el cuerpo no quedaba igual. Esto abarca el 9.75% restante.



Siendo el 100% un total de 52 respuestas en relación a cambios que afectaron la identidad de los entrevistados, obtuvimos los siguientes resultados:

El mayor porcentaje de respuesta corresponde a un 25%, las cuales, hacen alusión a la fuerza interna y la nueva manera que tienen de observar la vida. El cáncer hizo que los pacientes encontraran otra manera de vivenciar sus vidas, valoran momentos o detalles que antes no tenían en cuenta o no les otorgaban tanta importancia.

Mientras que el 17.31% manifiesta que surgieron preguntas sobre la vida, a las que no pudieron o no pueden encontrar respuestas hasta el momento. Relatan que fue difícil el momento del transcurso de los tratamientos y cirugías, pero que gracias a esto, una vez realizado el duelo por las pérdidas o el dolor, pudieron encontrar otra manera de vivir.

En la actualidad se preguntan por el futuro, cuestionamientos sobre por qué no disfrutaron o vivieron su vida de manera menos tensa, surgen dudas para con los seres queridos que los acompañan, en relación a una recidiva.

Un 11.54% infiere en que después de la enfermedad su autoestima disminuyó, sintiéndose una carga o peso para los otros significantes. Sienten la pérdida de autonomía por la dependencia de cuidados que necesitan de alguien más. Los cambios físicos generan dificultades al momento de mantener relaciones sexuales, lo cual genera que la mujer no se sienta atractiva o deseable.

Obtuvimos un 9.61% de respuestas en relación a la imagen corporal y cómo ésta afecta su identidad. Remiten “no me encuentro en el espejo”, “No sé quién soy”, “Mirarme y encontrar alguien nuevo que no conozco”. Lo cual genera cierta modificación que los entrevistados realizan en cuanto a la identidad personal, comparada en capítulos anteriores con la crisis de identidad que atraviesan los adolescentes.

El 7.65% de las respuestas refieren que entraron a la consulta con alguna duda o indicio y salieron de la misma siendo “personas enfermas con fecha de vencimiento”.

La sociedad e incluso el médico en el momento del diagnóstico las “marca”, según dicen ellas, como “personas enfermas”. Esto suma a las entrevistadas otra nueva adaptación, vivenciar el rotulo social de personas enfermas, cuando normalmente al salir de la consulta no tienen ningún cambio ni dolor más que el psicológico.

Con respecto a los tratamientos y los efectos secundarios, obtuvimos un 5.76% de las respuestas. Las entrevistadas sostienen que tuvieron que dejar de realizar hobbies o tareas que anteriormente realizaban con gusto debido a las limitaciones de la enfermedad.

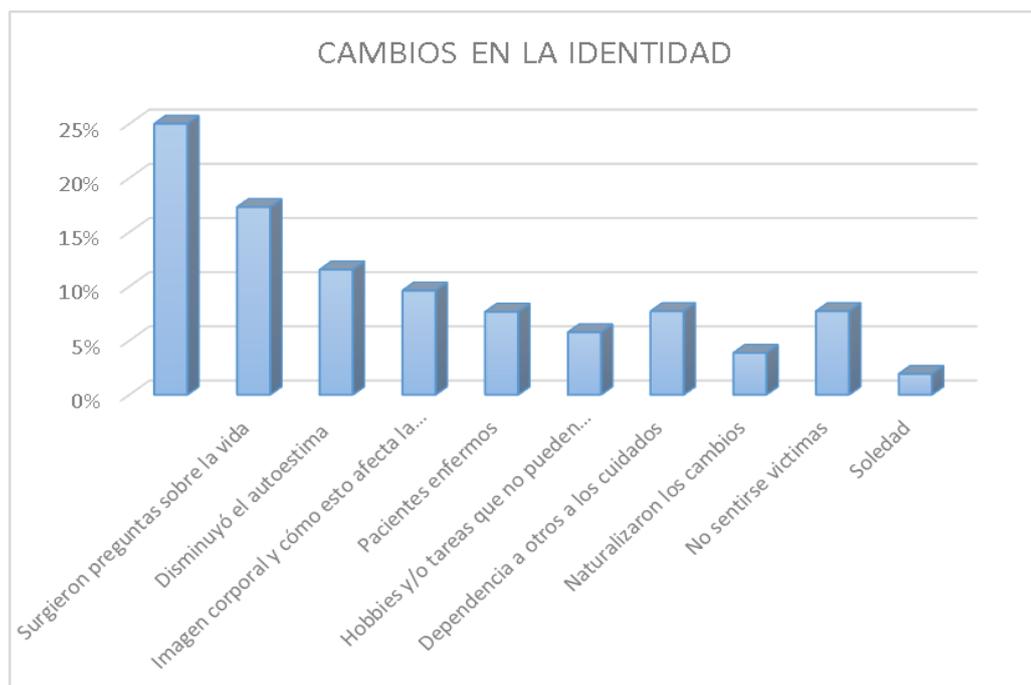
De un 19.25% de respuestas relacionadas a cambios físicos, obtuvimos cuatro grupos: 7.7% en relación a la dependencia a los cuidados de otros que generó el cáncer. Teniendo dos momentos de diagnóstico de cáncer de mama, comentan que en el primero “tenía que cuidar a la familia y salir viva”; mientras que en el segundo momento de la aparición de la enfermedad se sintieron más observadas y cuidadas que en la primera vez.

Un 3.85% manifestó que luego de pasado un tiempo se acostumbraron y naturalizaron los cambios que la patología generó en ellos.

Y, un 7.7% remiten a nunca sentirse víctimas con todo lo que la mama significa para una mujer.

Una porción menor de respuestas, arroja 1.92% en relación a sentirse solas o no acompañadas por su familia, por lo cual se negaron a realizar tratamientos indicados por los médicos.

Por último solo un 1.92% manifiestan que la patología no modificó su vida en lo absoluto.



Siendo el 100% un total de 42 respuestas en relación a la imagen corporal, obtuvimos los siguientes resultados:

En esta categoría corresponden el 19.04% de las respuestas en relación a la pérdida de cabello, lo cual las deja expuestas frente a los demás y el 14.28% en relación a que el cuerpo queda “horrible, feo, no quedas igual”. Esto es lo que mayormente se mencionó entre los entrevistados en relación a la imagen corporal.

Un porcentaje del 19.04% refiere a las marcas físicas y la pérdida de uno o ambos pechos, con lo que alimentaron a sus hijos y en la actualidad lo perdieron, no haciendo alusión solo al órgano si no a la significación que este tiene en la vida de cada entrevistado.

Uno de los mayores resultados obtenidos en base a las respuestas, es de 21.42%, en relación a la imagen corporal. Este porcentaje lo dividiremos en tres grupos de 7.14% cada uno:

El primero corresponde a la nueva manera de vestirse. Las mujeres que son diagnosticadas de Linfedema, luego de la extracción de ganglios, aparte de realizar el drenaje linfático, deben utilizar una manga que no permite la acumulación de líquidos en el brazo afectado. Esta manga las limita en la vestimenta ya que prefieren no utilizar musculosas o prendas que no cubran sus brazos porque se nota mucho dicho accesorio. En épocas donde adelgazan, el brazo con Linfedema no lo hace, por ende no pueden notar su cuerpo “parejo” como mencionan algunas de las entrevistadas.

El segundo grupo de respuestas, expresan que tuvieron que cambiar su manera de vestir por la pérdida de uno o ambos pechos. Ninguna de las

entrevistadas optó por la cirugía reconstructiva, por esto, cada una debió acostumbrarse al corpiño con prótesis.

Es difícil encontrar el equilibrio con su pecho sano, en el caso de que solo se quitaran un pecho, logran incorporar la prótesis a distintas prendas, incluyendo trajes de baño, pero prefieren estar más cubiertas y no dejar pistas de la ausencia del pecho ni de la presencia de la prótesis.

El tercer porcentaje de 7.14% es debido a la ropa y la prótesis, expresan ser una versión nueva de ellas mismas. Donde se tuvieron que acostumbrar a mirarse, realizando una comparación con los años de niñez tardía y/o adolescencia cuando sus pechos crecían.

Un 4.77% de las respuestas indicaron el propio Linfedema como cambio en la imagen corporal.

El 4.77% refiere haber disminuido su autoestima debido a la nueva imagen corporal que perciben. Por lo opuesto un 4.77% manifestó no sentirse afectada por los cambios ya que su prioridad era “vivir a cualquier costo”.

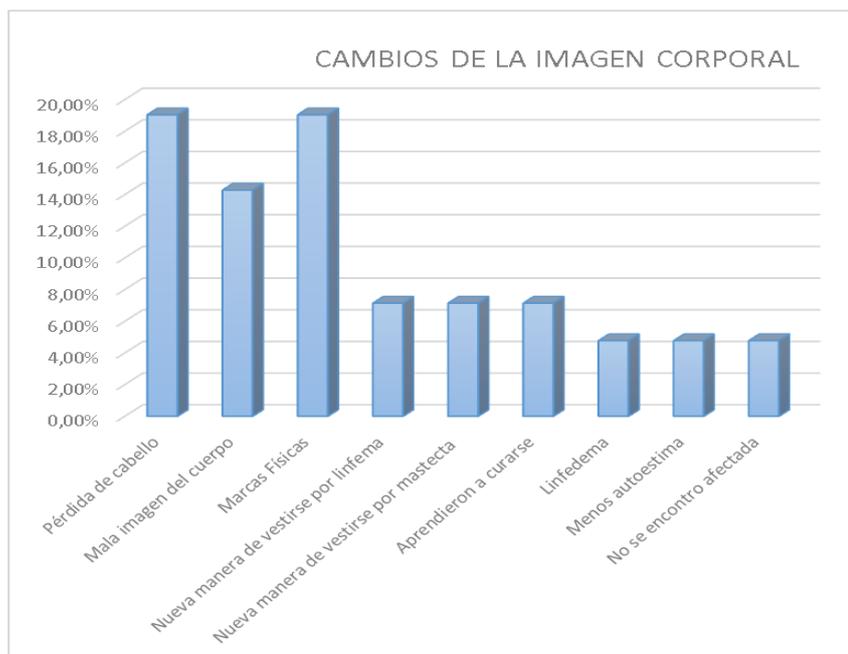
Como conclusión de la categoría cambios, al igual que en capítulos anteriores, hicimos alusión al autor Fernández Mouján, quien describe en “Abordaje teórico y clínico del adolescente” (1986) que el adolescente se encontraba con un cuerpo nuevo y cambiante, nuevos roles sociales y un yo que debía encontrar nuevas identificaciones.

Inferimos en una crisis similar por la cual atraviesa una paciente diagnosticada de cáncer de mama. Al igual que el adolescente ésta se encuentra con un cuerpo nuevo, perdiendo o solo sintiendo afectado un órgano de tal significación como lo es la mama para la mujer. Los efectos secundarios dan como resultado una mujer con vida, que superó la posibilidad de muerte, pero que dio como resultado un nuevo cuerpo, al cual ella debe acostumbrarse y con el que identificarse.

Estos cambios, debido a la patología, genera nuevos roles sociales. La sociedad en general al observar una persona calva o con un pañuelo en la cabeza, lo asocia rápidamente con Cáncer = muerte. Es muy común observar cómo los pacientes oncológicos son exentos a todo tipo de valoración negativa por parte de los demás, incluso cambia la valoración que podían tener de dicha persona antes de la enfermedad, por suponer que está “próximo a la muerte.”

Los nuevos roles sociales también surgen en la familia. Los problemas o distanciamientos matrimoniales surgieron durante las entrevistas, las dudas frente a la forma de llevar a cabo relaciones sexuales habiendo perdido un pecho, por el color nuevo de piel, por las marcas, etc.

Por último es la mujer la que debe identificarse, encontrarse y no perderse como tal para generar de la patología su identidad después de todos los cambios. En síntesis, de las entrevistas pudimos observar que a las entrevistadas les fue difícil identificarse con el nuevo cuerpo y los nuevos roles que surgieron después de la patología y sus tratamientos.



C- Estado Emocional.

Una de las preguntas de nuestra investigación es si el estado emocional del paciente influye en el tratamiento del paciente oncológico.

Siendo el 100% un total de 60 respuestas en relación al estado emocional de los entrevistados, obtuvimos los siguientes resultados:

El 23.34% es en relación a la voluntad para salir adelante y el aprendizaje sobre el valor de la vida que encontraron mientras atravesaron el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación. Este porcentaje destaca la importancia de la voluntad y el positivismo a la hora de hacer frente a la enfermedad. Las respuestas coincidieron en que las mujeres “más mañosas” son las que no pudieron salir, o las cuales tenían mayores efectos secundarios.

Un 10% corresponde a respuestas como que se sintieron muy acompañadas por sus familiares y amigos, los cuales les dieron la fuerza y esperanza necesaria para no darse por vencidas, soportar dolores y apostar a vivir.

Otro 10% marca actitudes tales como enojarse o sentir que enloquecían y no podrían seguir adelante. Pero gracias al apoyo de sus allegados y su voluntad pudieron hacer frente a los tratamientos.

El 8.34% menciona miedos y dudas mientras realizaban todo lo necesario para combatir la enfermedad.

El 15% de las respuestas se relacionaron con la baja autoestima, el cansancio y la duda frente a qué decir en la familia. Sintieron que debían salir adelante no solo por ellas, sino por los que las estaban acompañando. Lo cual causó que sintieran cansancio frente a la lenta recuperación. Inferimos que el observar las limitaciones y sentir el cansancio y/o dolor bajó la autoestima de las entrevistadas, influenciando el tratamiento y recuperación de ellas.

Se menciona un antes y un después en la vida luego del momento del diagnóstico, “Entras a la consulta sana y salís con fecha de vencimiento” relataba una de las entrevistadas, de esta manera se otorgó un 10% a este tipo de respuestas, que se caracterizaron por marcar un antes sano y un después enfermo independientemente del resultado final. La soledad fue otro factor a tener en cuenta, si bien la familia las acompaña, no siempre incluye a todos los miembros de la misma, y algunos de sus amigos más cercanos no toleran todo el proceso.

“Algunos se asustan y te dejan sola, ellos te marcan el antes y el después, no quieren verte pelada o descompuesta por la quimioterapia, por esto hay momentos en donde sentís la soledad.” Expresaba una entrevistada.

El proceso desde el conocimiento del diagnóstico hasta la presunta finalización de los tratamientos es largo, los entrevistados aseguran que van transitando por etapas, algunas con mayor optimismo y otras con miedos o dudas. Un 15% mencionó que vivió la mayor parte del proceso con optimismo.

Cuando pudieron regresar a trabajar se sintieron más sanas y con mayor fuerza. Los efectos secundarios sobre sus cuerpos, una vez elaborados los duelos correspondientes, fueron naturalizados. No es un trastorno en ellas, por ejemplo, cambiar la prótesis de un corpiño a otro o bañarse y no encontrar el pecho, “aunque no lo creas, se naturaliza y lo ves normal” comentaba una de las entrevistadas.

En contra posición a este porcentaje, otro 15% expresó no haber podido tomarlo de buena manera en diferentes momentos del transcurso de la enfermedad. Como por ejemplo el relato de uno de los sujetos entrevistados que expresa:

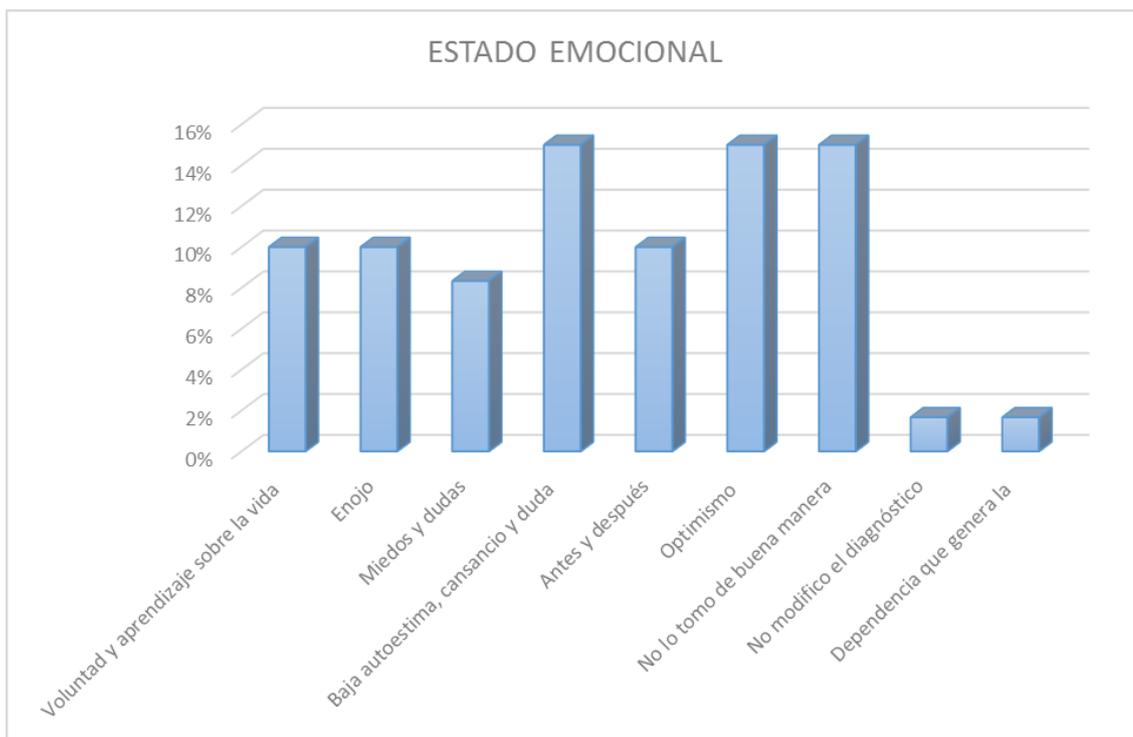
-“Se te van cayendo los conocidos, ¡ay! ¿Que tenía? Cáncer de mama. ¿Y qué le paso? Se murió. ¿Y la otra? Tenía cáncer de mama, pero vive, pero al año y medio se murió, es un flagelo mundial, no puedo considerarme curada.” (S1)

Es difícil mantener las esperanzas cuando las personas que están realizando quimioterapia con ellas en el mismo lugar, con el tiempo mueren. Se identifican con estas muertes y temen nuevamente por sus vidas.

Fantasean con ideas de “fecha de vencimiento” o “Trato de no mirarme, no tocarme, me sacaron todo, fue muy rápido.” Por esto es difícil el momento de encontrarse con el pecho sin mama o con una gran cicatriz. “Lo que más me costó fue verme, imagínate, una tontera.” Es otro de los ejemplos que encontramos.

Un 1.67% manifestó que su estado emocional no se modificó ya que el cáncer no frenó en absoluto su vida.

El 1.67% de respuestas restantes expresa que la dependencia que genera la enfermedad influyó en su estado de ánimo. No les gustaba ver cómo necesitaban de un hijo o del marido para poder realizar tareas que anteriormente realizaban solas, esto les daba impulso para poder concluir positivamente los tratamientos y no depender de los demás.



Luego de este análisis inferimos en que el estado emocional puede influenciar durante el tratamiento y la recuperación. Recapitulando lo anteriormente articulado en el marco teórico, podemos decir, en relación a Rodolfo Bohoslavsky (1984), quien menciona algo que muere y nace, algo que desestructura y se reestructura en la personalidad, que para reedificarse lo hace en base a tres parámetros lo cual articulamos con el paciente oncológico y su estado emocional:

- *Tiempo:* Proyectos que ya no siente como propios debido al tiempo del diagnóstico. Expectativas respecto de uno mismo, del mundo, de los otros. El Ideal del Yo, aspiraciones que se quieren alcanzar bajo esta nueva reestructuración. Los entrevistados demarcan un antes y después desde el momento del diagnóstico. El tiempo es una línea muy fina con la que comienzan a interactuar, ya que por más que la enfermedad fue encontrada y tratada a tiempo, los pacientes creen tener mayores posibilidades de morir que cualquier otra persona.

Como bien mencionaron, son etapas diferentes y a cada una lo acompaña un momento emocional diferente. El tiempo donde reina el optimismo y la voluntad, los proyectos de vida son un motor para poder curarse, para llevar a cabo los tratamientos o soportar el dolor. En cambio, en los momentos donde se sienten solos o poco acompañados, cuando las noticias sobre otras personas de la misma enfermedad y que murieron llegan a ellos, el miedo, la ansiedad, el desgano y otros sentimientos, generan que el paciente atrase o estanque tratamientos. Pudiendo dar inicio a cuadros depresivos que no son favorables en este tipo de patologías.

Las recidivas juegan un papel importante en el estado emocional del paciente, la conciencia de enfermedad puede salir de escena, se sienten sanas y curadas cuando por controles periódicos o de manera esporádica alguno de los signos o síntomas ya conocidos aparece nuevamente, dando paso a un nuevo periodo de diagnóstico de la enfermedad.

-Espacio: el sentimiento de “yo soy yo” surge en la base de un esquema corporal, que discrimina entre un espacio propio (interno) y un espacio no propio (externo). En relación al espacio en referencia a los datos obtenidos podemos considerarlo como variable o móvil. Existen momentos donde los entrevistados afirman sentir invadido su espacio personal y estados de soledad.

En relación al espacio interno, en relación al sentimiento “yo soy yo” el paciente debe identificarse con cosas nuevas sin perder su esencia o lo particular de cada uno. El cáncer de mama genera, como ya mencionamos, cambios en distintos niveles de la vida de los sujetos. Al igual que un adolescente, el paciente oncológico debe identificarse y encontrarse con el sentimiento de su propio yo moldeado por la realidad de lo acontecido.

-*Otros*: las relaciones con los demás se expresan en un vínculo de doble carril, procesos proyectivos e introyectivos. Los límites de la persona surgirán de la discriminación o del balance que se establezcan entre estos procesos y de su carácter discriminado o masivo.

Desde el momento del diagnóstico en adelante, con todo lo que esto acontece, relaciones con nuevos otros significantes van cobrando importancia. No es solo el círculo de conocidos o allegados los que acompañaran a la mujer en el camino a recorrer, sino también las personas que se encuentran en la misma situación que ellas, con las cuales comparten salas de espera, salones de quimioterapia o consultorio kinesiológico.

La opinión de las entrevistadas estuvo dividida al momento de describir como influenciaba en ellas las opiniones de otros pacientes que se encontraban en su situación.

Un grupo manifestó la importancia de conocer, hablar y preguntar a las demás pacientes, con las cuales se iban encontrando, sobre sus vivencias personales, éstas las motivaban o asustaban dependiendo del relato. Otro grupo manifestó que evitaban este tipo de conversaciones, ya que no todos los tratamientos o enfermedades son iguales y se vivencian de modos muy diferentes, lo que a otras asustaba o alentaba, ellas preferían evitarlo para no generar expectativas positivas o negativas sobre lo que podía suceder.

D- Consulta

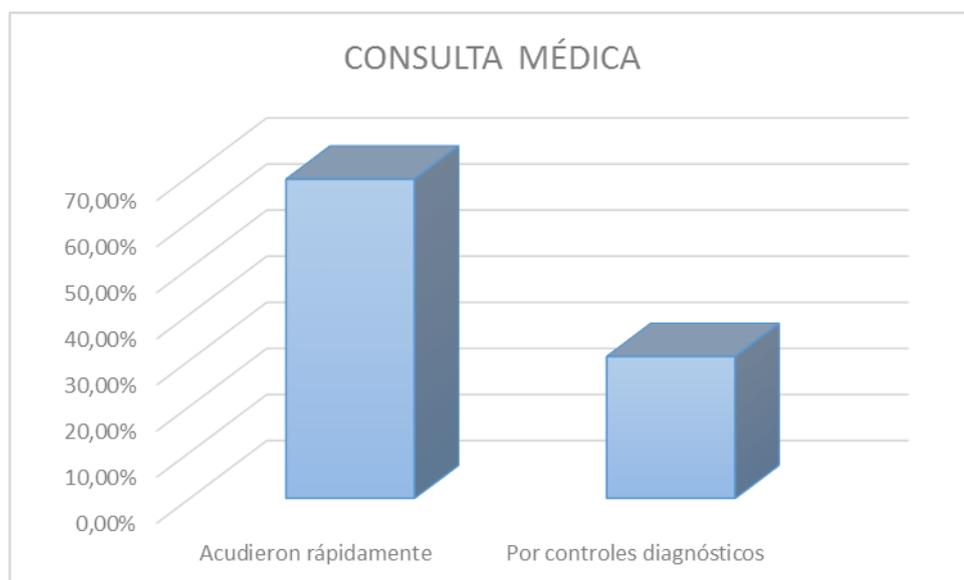
Se realizaron preguntas sobre la consulta al médico, si fue rápida o demorada en relación a la aparición o no de síntomas.

Siendo el 100% un total de 13 respuestas en relación a la consulta médica, obtuvimos los siguientes resultados:

El 69.24% cuando encontró algún signo desconocido acudieron rápidamente a solicitar un turno médico. Mientras que el 30.76% durante los controles periódicos encontró irregularidades que las llevaron de igual manera a acudir por un turno urgente.

El tiempo de demora que transcurrió hasta que les otorgaron un turno, dependió de la demora del consultorio médico para la visita. De todas maneras, las entrevistadas aseguraron que en cuanto dijeron que era por una urgencia el turno no tardó más de dos días en ser concebido.

Inferimos en que el rápido movimiento en búsqueda de atención médica está relacionado al alto porcentaje de antecedente familiar que indicaban los sujetos entrevistados. Inferimos en que pueden estar más atentos al momento de la aparición de alguna anomalía que un sujeto que no tenga antecedentes familiares.



Conclusiones

El presente trabajo se inicia con la pregunta acerca de cuáles son los cambios significativos que se producen en sujetos a los cuales se les diagnosticó cáncer de mama.

Para poder responder el interrogante se realizó una aproximación a los conceptos básicos de cáncer, focalizando en el de mama; se investigó sobre las ideas, temores, emociones, sobre los cambios en las relaciones interpersonales devenidos tanto, de las modificaciones corporales como psicológicas provocadas por el diagnóstico de cáncer de mama. La investigación estuvo dirigida también a conocer el modo y el tiempo en el que acudieron a la consulta médica, si fue una consulta temprana o demorada.

En un primer momento se realizó un rastreo bibliográfico para conocer conceptos fundamentales del cáncer. Se llegó a visualizar a la misma como una enfermedad que se caracteriza por la multiplicación y diseminación de células anormales, que cambian, pierden sus funciones y comienzan a reproducirse sin control.

En su mayoría, el cáncer de mama es benigno, por formaciones fibroquísticas (que no aumentan el riesgo de desarrollar un tumor y no requieren tratamiento específico), siendo la fibrosis un desarrollo anormal del tejido conjuntivo de la mama. En cambio un quiste es una bolsa llena de líquido que se elimina mediante la pulsión y de esta manera se elimina el dolor.

La clasificación de los tumores malignos se realiza en función al lugar en donde aparece el crecimiento anormal. Se tuvo en cuenta que existen más de 100 tipos de cáncer. Normalmente es nombrado según el órgano o tejido donde fue detectado. Están diferenciados por categorías dependiendo de la especificidad de las células: *Carcinoma, Sarcoma, Leucemia, Linfoma, Mieloma múltiple, Melanoma, Tumores de cerebro y medula espinal, Tumores en células germinativas, Tumores neuroendocrinos, Tumores carcinoides*

Teniendo en cuenta esta patología se consideró oportuno realizar un recorrido sobre lo que es el cuerpo para el psicoanálisis, para poder entender de este modo, cómo la imagen corporal puede generar diferentes efectos en la vida de las pacientes oncológicas.

Gracias a la comprensión acerca de la constitución subjetiva del sujeto, se puede entender cómo la pulsión de vida - es decir un grupo de pulsiones o cúmulo de energía que busca permanencia y pertenencia de la especie- intenta predominar sobre la pulsión de muerte.

Teniendo este basamento teórico psicoanalítico, se considera que el cuerpo es una es una construcción subjetiva, una cadena de representaciones. Que no se trataría del cuerpo como ente biológico u orgánico puramente, sino del cuerpo en tanto asociación de representaciones, es decir, cadena significativa. El cuerpo habla en el síntoma, habla del sujeto. Por lo tanto podría decirse que el síntoma habla en tanto que retorno de lo reprimido.

Con el desarrollo del tema de Identidad se puede confirmar la hipótesis de que existen cambios en la identidad, pudiendo relacionarla con la crisis que experimenta el adolescente. Las entrevistadas refirieron encontrarse con un cuerpo nuevo, cambiado luego de las cirugías y/o tratamientos. A partir de allí

se procuran desarrollar nuevos roles sociales, siendo que a un gran porcentaje le resulta muy difícil salir del lugar de paciente oncológico, debido a cómo lo ubica el entorno y la conciencia social que existe, ya que lo ubica en un lugar de víctima.

Asimismo se observan cambios en la identidad y en la manera de vivenciar acontecimientos, que anteriores al diagnóstico no eran de importancia o no se disfrutaban como lo realizan en la actualidad.

Un alto porcentaje de los sujetos entrevistados manifiestan los cambios en la identidad, los cuales refieren no fueron fáciles de transitar, pero que dejan como consecuencias modificaciones en las pacientes, por esto podemos hablar de cambios en:

- 1- YO PSICOLOGICO: Se valoran y vivencian hechos a los que anteriormente no se les otorgaba importancia, tratando de mantenerse alejadas de situaciones estresantes, siendo la prioridad en ser felices y compartir con sus seres queridos.

- 2- YO SOCIAL: Si bien existe una fuerte opinión social, en realidad no se la tiene tanto en cuenta cómo podría creerse, antes de atravesar todo lo que el cáncer provoca. Se podría pensar que es mucho lo que se dice en el entorno y poco es lo considerado por el sujeto en ese momento. En la actualidad no se preocupan por lo que pueda decir y pensar otros, sino que actúan bajo lo que creen que les produce felicidad a ellas y a sus seres queridos.

3- YO CORPORAL: Es una nueva organización, una nueva Gestalt que se conformó durante la crisis. Son los cambios producidos en el esquema corporal y el desarrollo físico. Ninguna de las pacientes entrevistadas optó por realizar la reconstrucción mamaria luego de la operación. La imagen corporal es de gran impacto luego de los cambios que se producen, pero observamos que a medida que transita el tiempo parecen adaptarse a un nuevo cuerpo, el cual comentan que les dejó una gran enseñanza de vida.

En relación a los cambios que el paciente cree, siente y piensa que se producen después del diagnóstico de cáncer de mama se puede afirmar con posterioridad a la investigación realizada en la presente tesina, es que *existen cambios físicos que mientras están realizando el tratamiento exponen al sujeto frente a la sociedad*. Nuestra cultura está desinformada o mal informada sobre el cáncer, el que se asocia directamente a *muerte*, generando así que las pacientes se sientan observadas en diversas situaciones, hasta discriminadas, por temor al *contagio*, o que reciban un trato especial desde la *lástima* por el solo hecho de llevar un pañuelo en la cabeza.

En quienes han padecido la enfermedad quedan marcas una vez terminado todo el proceso, las que son vivenciadas como "*trofeos*" o marcas que recuerdan que hasta el momento de la enfermedad no estaban viviendo de la manera correcta, como se esperaba o como debía hacerlo. Estas marcas recuerdan el *dolor*, el *sufrimiento* y la nueva *capacidad para vivir más tranquilamente*, tanto con ellas como con todo lo que el mundo exterior les demanda.

El Miedo no se genera solamente en base a su propia salud o vida sino que temen por sus familias. Ya sea por el futuro y lo que falta por vivir o porque sienten que, sobre todo sus hijos, necesitan un tiempo más con ellas.

Se pueden observar también que los cambios significativos en el estado emocional generan influencias sobre todo el proceso. Es así que mientras más positivismo y seguridad en ellas mismas sienten, mejor y con menos conflictos atraviesan los tratamientos.

Al inicio de la presente tesina se pudo pensar que la presencia de la enfermedad cambiaría con dificultades el esquema corporal y la vivencia para encarar un nuevo proyecto de vida. Sin embargo esta hipótesis no se pudo sostener debido a que la mayoría de las mujeres encuestadas, en un alto porcentaje, refirieron que los cambios que se sucedieron con posterioridad al diagnóstico les habían servido, y no dificultado, para realizar mejoras en sus interrelaciones y armar un proyecto vital que le produjese intensificar sus relaciones y gratificaciones en las mismas.

Esto demuestra la cantidad de energía que lleva a estos sujetos, aún a pesar de la enfermedad, a sostener y procurar continuar con la vida sobre la muerte. La desesperanza se muda en energía motora y es lo que las motiva a poner todo de sí para seguir sus interrelaciones, con sus familiares y seres queridos. Sabiendo que durante la enfermedad lo que han vivido con miedo, angustia, a medida que han pasado por las diferentes etapas, se ha ido transformando, saliendo de ese lugar donde se las ubica con dolor, pena y minusvalía, haciendo un giro, percibiendo la vida desde otra perspectiva y procurando interrelaciones que les permitan la gratificación durante las mismas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A. Fernández-Cid y cols. (2000). *Mastología*. Barcelona: Masson.
- Báñez Villoria, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis doctoral para optar al título de Doctora en Psicología, F
- Bohoslavsky, R. (1984). *Orientación vocacional: La estrategia clínica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cash, T; Pruzinsky, T. (1990). *Imágenes del cuerpo: desarrollo, desviación y cambio*. Nueva York: The Guilford Press.
- Castellanos, S. (2012). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*. Buenos Aires: Ed. Grama.
- Centeno, M. N. (2004). *Afrontamiento y oncología pediátrica. Fortalezas familiares ante el desafío*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Courel, R. (1996). *La cuestión Psicosomática*. Salamanca: Manantial.
- Demaria, V. (2011). *Impacto frente al diagnóstico de cáncer y su afrontamiento*. (Tesis de grado). Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Di Paolo, A. V. (2000). *Tesina de Licenciatura: Calidad de vida y la vivencia personal de sentido en las personas con cáncer*. Tesis de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Dolto, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Dunbar, F. (1959). *Psiquiatría en las especialidades médicas*. Nueva York: McGraw-Hill.

- Fernández Moujan, O. (1979). *La identidad y lo mítico* (pp. 33-93). Buenos Aires: Ed. Kargieman.
- Francisco E. Gago y Cols. (2008). *Ginecología en la atención primaria*. Buenos Aires: Ascune
- Freud S. (2008). Estudios sobre la Histeria. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 2). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895 [1893])
- Freud, S. (2007). Proyecto de psicología para neurólogos. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 1). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1950 [1895])
- Freud, S. (2008). Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III). En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 16). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1916- 1917)
- Freud, S. (2008). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 7). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1955 [1901])
- Freud, S. (2008). Inhibición, Síntoma y Angustia. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 20). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1926 [1925])

- Freud, S. (2008). Introducción al narcisismo. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1914)
- Freud, S. (2008). La Represión. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1915)
- Freud, S. (2008). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1920)
- Freud, S. (2008). Pulsiones y Destinos de Pulsión. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1915)
- Freud, S. (2008). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 3). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1895 [1894])
- Freud, S. (2008). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 7). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado en 1905)
- Gaviria, A. M.; Vinaccia, S.; Riveros, M. F y Quiceno, J. M. (2007) *Calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento de estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Psicología del Caribe*, Vol. 20, 50-75, ISSN 0123-417X. Disponible en <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S0123->

- Gomez Sancho, M. (1998). *"Cuidados Paliativos: Intención Integral a enfermos terminales"*, Vol. 1. España: ICEPSS.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Callado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Buenos Aires: Ed. Aljibe.
- J.D. Nasio. *"Los gritos del cuerpo"*. Ed. Paidós. (1996).
- Jorge Ventura. Revista todo Osep. N° 75. Cáncer de mama, detección precoz en el camino. (2009). Mendoza
- Karlem, H. y equipo de trabajo. (2012) *Documento sobre el método de investigación en psicoanálisis. Elaborado en el marco del proyecto de investigación: Método de investigación psicoanalítico. Articulaciones con el método genealógico de Foucault*. Instituto de investigaciones, Facultad de psicología. Universidad del Aconcagua.
- Klein, M. (1946). En Friedenthal, A. Aberastury y A. Negrotto (Trads.). *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1993). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En J. A. Miller (Ed.) y D. Ravinovich (Trad.). *Intervenciones y textos II*. Buenos Aires: Manantial. (Trabajo original publicado en 1974)
- Lacan, J. (2008). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En T. Segovia (Trad.). *Escritos I* (2ª. ed., pp. 99-105). Buenos Aires: Siglo Veintiuno. (Trabajo original publicado en 1949).
- Lacan, J. (2013). *El Seminario de Jaques Lacan, Libro 5: Las formaciones del inconciente*. Buenos Aires: Ed. Paidós. (Trabajo original de los años 1957-1958)

- Laurent, E. (2015). *Episodio 1. Se habla del cuerpo*. Retrieved 4 June 2016. Recuperado de <http://www.radiolacan.com/es/topic/651/3>
- Lauría Blanco, A. (2010). *Estrategias de Afrontamiento, Locus de Control de Salud y Significado Psicológico en personas con Cáncer de Mama*. (Tesis de grado). Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- León O. G., y Montero I. (2003) *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Lublinsky, A. L. (2014). Guía para la realización de citas y referencias bibliográficas en psicoanálisis según las normas de la American Psychological Association (APA). Documento de cátedra Taller de tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Manuel, J.; Burwell, S.; Crawford, S. y otros (2007). Younger Women's Perceptions of coping with breast cancer. Disponible en <http://www.medscape.com/viewarticle/555624>
- Oblitas Guadalupe, L. A. y otros. (2004). *"Psicología de la salud y calidad de vida"*. México: Editorial Thompson.
- Páramo, M. A. (2012). Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Perrotta, V. G. (2011). Concepciones de sujeto, cuerpo y síntoma en Medicina y Psicoanálisis. Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores del MERCOSUR (pp. 164/168). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Madrid: Ed. Aljibe

- Schavelzon, J. Bleger, I. Bleger, I. Luchina & M. Langer. (1965). *Psicología y cáncer*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Sebastián, J; Manos, D; Bueno, M; Mateos, N. (2007). *Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en el programa de intervención psicosocial clínica y salud*. Madrid: McGraw-Hill.
- Vangieri, B. (2001). *Cuerpo y enfermedad. Causales inconscientes que intervienen en la enfermedad y su curso*. (Tesis de Maestría). Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Veinsten, S. (1977). *Orientación vocacional ocupacional*. Buenos Aires: Marymar.

ANEXOS

A- DIAGNOSTICO

A1- Síntomas

S1:

- "Sentí como una agujita, un golpe eléctrico, no era dolor, un pinchacito."

- "Me salía liquido del pezón, un pequeño golpecito eléctrico."

- "Una mancha en el pecho."

S2:

- "Comencé con una molestia, una pelotita."

S3:

- "No sentí nada, no tuve síntomas."

S4:

- "Comencé a notar que se me retraía el pezón, pensé que era normal porque a mi mamá le paso y no era nada malo."

S5:

- "Un día me levanté y vi que perdía un líquido."

S6:

- "Empezó a crecer y no lo sentí. No me hice los controles por un año y apareció."

S7:

- "Encontré una dureza debajo de la axila."

S8:

- "Lo mío comenzó por un lunar canceroso, después que me descubrieron me mandaron a realizar controles generales, por esto salto."

- "El segundo no lo noté, se descubrió por una mamografía de control."

S9:

- "No lo sentí, lo encontraron en los controles de rutina."

S10:

- "Un día me estaba bañando y lo toqué, supe que estaba ahí."

S11:

- "Vi unas gotitas que me salían del pezón, pensé que era agua de haberme duchado, pero siguió saliendo."

S12:

- "Lo encontraron por control, no sentía nada."

S13:

- "Por control lo encontraron las dos veces."

A2- Momento de Diagnóstico

S1:

-“Ecografía, mamografía, lo descubren con una biopsia, llegan a eso porque en los estudios no salía, me palparon y lo tocaron”

-“La segunda vez sacaron un margen de tejido para analizarlo.”

-“Cuando me enteré mis miedos era por mis hijos, yo necesitaba estar un tiempo mas.”

-“Mi familia me acompaño y creo que tenia mas firmeza lo que era más grande, a los 30 años no te lo debes tomar igual”

-“No quería volver a mi casa, ¿cómo les decía a mi familia lo que tenía?”

- Me volví loca, fui y me tome un wiski y me prendí un pucho.”

-“La segunda vez, pensé que ya había zafado de la primera, esta vez dependía de Dios. Mis hijos eran más grandes y mis viejos ya no estaban, estaba más tranquila.”

S2:

-“Por palpitaciones lo encontré, el ginecólogo me mando para una mamo. Lo viví acompañada por mi marido y mis hijos no lo notaron. Me operaron, lo sacaron y lo mandaron a analizar.

Cuando me dieron los resultados fue el shock. El informe decía que era serio. Eso me asusto.”

-“El segundo cáncer se encontró por los controles periódicos, fue difícil pero confió en Dios. Podía pasar.”

S3:

-“Me asuste mucho, mi mamá también es paciente oncológica, fue ella quien me dio la sabiduría para no tomar la enfermedad como solo algo negativo.”

S4:

-“Cuando fui al médico con el estudio me presentó la situación, fue sin biopsia porque en la mamo salía todo muy claro.”

-“ Estaba sin problemas, se que el cáncer es una cosa que hay que erradicarlo bien, no es cuestión de pensar que a lo mejor... no! No! No! Es ocuparse en el acto.”

S5:

-“Cuando me enteré creí que se me acababa el mundo, porque mis hijos era chiquitos, tenían seis años cumplidos para empezar primer grado. Mi familia me ayudo mucho.”

S6:

-“Era muy agresivo, estaba muy escondido, un año deje de realizarme los estudios y cuando volví ya estaba. Me di cuenta del diagnostico porque cuando me hice el estudio no me dijeron nada. Cuando está todo bien el técnico te dice que está todo ok, ese día no me dijeron nada y yo me imagine.

-“Me pidieron la biopsia y lo sabía, lo imaginaba. A los días cuando me dieron el resultado lo leí, yo estude dos años de medicina, entendía.”

-“No fue tan duro el diagnostico si no el después.”

S7:

-“Cuando me enteré lo tome mal, era mucho llorar, no me lo esperaba, cuando lleve mi resultado al médico me dijo que no era un cáncer bueno, ‘Este es malo, malo’ date una idea todo lo que llore.”

S8:

-“Lo primero que me apareció fue un lunar canceroso. De ahí me quedo la palabra cáncer en la frente.”

-“Fui a ver a un Doctor, no fui a llorar, yo tenía cáncer y la enfermedad de mi papa”

-“(cáncer de mama) Me llamaron para repetir una secuencia del estudio, la partecita era de acá para arriba, ya esta, cáncer de mama dije”

-“Cuando volvió, el Doctor a me conocía y me dijo que no era nada. Estaba asustada pero se podía salir.”

S9:

-“No tuve tiempo de ponerme a pensar.”

S10:

-“Lo había tocado, un día mi marido lo toco y no hablamos, sabía que estaba. Creí que me moría, rápido y sin avisar.”

S11:

-“Sabía del diagnóstico, no me hice la mamografía cuando me la pidió el médico porque ya sabía.”

-“El médico me quiere operar y yo no quiero.”

-“No quiero quedarme pelada, no quiero que me duela, no quiero vomitar.”

S12:

-“Tengo un nódulo mamario que está encapsulado, supuestamente lo sacan y no pasa nada. Es uno de los mejores pronósticos.”

S13:

-“Fue duro, no me lo esperaba, yo iba al control común que nos hacemos todos los años, nunca esperas que las cosas salgan mal.”

-“No pensé en cáncer la primera vez, sabía que era algo pero no me imagine nunca el cáncer.”

-“Tenía miedo por el tema del dolor, soy muy maricona, tenía miedo de los tratamientos y lo que siguiera fuera muy doloroso.”

A3- Antecedentes.

S1:

-“Mi prima hermana tenía cáncer de mama y se murió de eso, por eso ahora me hacen un estudio de genética y cosas de herencia para ver si mis hijas tienen predisposición. Pero mis células que son GER-2 o algo así no las tienen.”

S2:

-“Antes no. A mi mamá le encontraron un nódulo a los pocos meses que a mí. La operaron y como era muy mayor no le hicieron quimio.”

-“A los cinco meses después que a mí, le apareció a mi hermana, pero lo tenía muy avanzado y falleció.”

S3:

-“Mi mamá también es paciente oncológica.”

S4:

-“Cuando yo termine, mi hija empezó.”

-“Tengo una tía con la misma operación, la operaron a la misma edad que a mí. Es la hermana mas chica de mi mamá.”

S5:

-“No hay antecedentes.”

S6:

-“Tengo antecedente de mi mamá y mi hermana mas grande.”

S7:

-“Mi hermana tiene cáncer de mama, nos dio casi juntas.”

S8:

-“Mi papá murió de cáncer.”

S9:

-“Mi papá y mi mamá murieron de cáncer. Tres de mis primas tienen y tuvieron cáncer de mama.”

S10:

-“No hay antecedentes en mi familia.”

S12:

-“Mi abuela falleció de cáncer, mi mamá tuvo en el 2007.”

S13:

-“Mi prima.”

B- CAMBIOS

B1- Físicos.

S1:

-“Me sacaron todo el pecho.”

-“La primera vez no se me cayó el pelo.”

-“La segunda vez me quede calva.”

S2:

-“Me quitaron todo el pecho.”

-“Se me hizo el linfógena.”

-“Tengo metástasis en los huesos.”

-“Tuve náuseas y vómitos que no se fueron por completo porque sigo con la quimio oral por los huesos.”

-“Cansancio.”

S3:

-“Se me cayó el pelo, no estaba pelada del todo, fui a la peluquera y me pase la maquina yo.”

-“Empezó toda la transformación, me puse gordita, hinchada.”

-“Tuve alergia por los medicamentos lloque hizo que se me cambiara la piel de la cara.”

-“Tengo una cicatriz desde la axila hasta el pezón.”

-“Tengo el tatuaje de los rayos. Te queda un puntito verde por donde paso el rayo. Me los dejo para que no me olvide, para que los vea.”

S4:

-“Se me retrajo el pezón.”

-“Me sacaron la mama.”

-“Presión con altas y bajas.”

-“Me queme y ampolle por los rayos.”

-“Me quedo el linfógena.”

-“El cuerpo te cambia, me tuve que acostumbrar al corpiño con prótesis.”

-“Me quede pelada, ahora me crece poco.”

S5:

-“Perdí las fuerzas, me levantaban las enfermeras.”

-“ME mataron el brazo derecho. No puedo usar la mano derecha.”

S6:

-“Me sacaron las dos mamas.”

-“Tengo el linfógena.”

-“Fue difícil ver las limitaciones que tenia después.”

-“Me quede sin fuerzas.”

-“Se me cayó el cabello.”

-“No me podía lastimas por un tema de la sangre.”

-“Me descomponía mucho.”

-“Tengo las venas muy finas, entonces me pincharon mucho y tengo las marcas.”

S7:

-“Mucho estrés.”

-“Tengo la marca de los rayos.”

-“Me quedaron los dolores de cabeza.”

-“No tenia mas fuerzas.”

-“Me quedé pelada.”

S8:

-“Solo me queme por los rayos.”

S9:

-“Mi cuerpo me mostro diferencias.”

S10:

- “Me sacaron la mama entera.”
- “La quimo me dejo pelada.”
- “Gorda, pelada y gris.”
- “Tengo que hacer drenaje linfático.”

S13:

- “Se me caía el pelo.”
- “Estaba muy cansada, muy fatigada.”
- “Me duelen mas los huesos después de las quimios.”
- “Tengo el linfedema.”

B2- Cambios en la Identidad.

S1:

- “Te monitorean siempre, toda la vida, dependes bastante de los médicos.”
- “Me bajo mucho el autoestima.”
- “Empezase a preguntarte cómo vas hacer.”
- “No sé si tengo ganas de salir a la calle, de a poquito fui saliendo mas y bueno...hasta que fui normal.”
- “Yo me daba cuenta que no estaba igual, era una enferma.”
- “Lo naturalice de tal manera que creo que sería otro cantar si me tocaba a los treinta o cuarenta.”
- “La segunda vez mis hijos me cuidaban y daban mimos, antes yo los cuidaba a ellos.”
- “Me considero una persona fuerte, me aguanto días que antes seguro no hubiera podido.”
- “Me cayó mal cuando el Dr. Gago me dijo de sacar la mama, no sabía cómo iba a seguir mi vida ahora.”
- “El tiempo te va llevando a que hagas el duelo, se va esfumando el dolor del alma.”
- “No es solo decir perdí la mama, es pensar que les di tanto de mamar a mis hijos, pensando que era sano para ellos y para mí.”
- “El pensamiento de decir...si le das de mamar vas a estar sana como mujer y me dio.”
- “Vos disimulas que no se note, temes relaciones con un camisón, es un poquito de coquetería, te maquillas un poquito y que no se note.”

S2:

- “Tratamos de vivir.”
- “En el segundo me sentí mas observada.”
- “Me quede embarazada cuando no se podía. Un médico me sugirió abortar pero yo no quiere. La tuve.”
- Aprendí mucho, cámbiela manera de ver o enfrenatar las cosas.”

S3:

- “Tuve que dejar el baile y la danza, para dedicarme a esto.”
- “No temes que tener miedo, temes que tener fe, ser guerrera, valiente, no caerte.”

- “No me podía ver en un espejo, estaba asustada, no era yo, no era mi cuerpo de antes.”
- Así empezó mi transformación.”
- “Soy yo pero nueva, otra versión.”
- “Hoy volví a la danza, voy a poder volver a ser yo...despacito.”
- “Hoy tengo otras cosas para contar, eso es nuevo también”

S4:

- “La experiencia de las quimios fue grata, la descompostura es parecida a la del primer embarazo.”
- “Nunca me sentí víctima, ni la pobrecita. En mi casa nunca me vieron llorar.”
- “Esto te enseña a valorar el día a día.”
- “El problema es el después no el mientras tanto.”

S5:

- “No me sentía igual, encontrarse y después no encontrarse con nada.”
- “Llevo 38 años haciendo esto, imagínate si el cáncer no cambio mi vida.”
- “Creo que estoy bien con el tiempo que llevo.”

S6:

- “Yo decidí la operación de la mastectomía.”
- “No puedo escribir mucho, soy docente, tuve que dejar de hacer lo que me gustaba.”
- “Fue acostumbrar mi vida a eso.”
- “Soy madre soltera, eso era una carga para mí, no lo podía dejar solo.”
- “Evito todo lo que pueda revivir esas células.”

S7:

- “Encontré la fundación, eso me ayudo a ser muy feliz.”
- “Yo no creía pero una señora me dijo que me hiciera curar con alguien que curara las quemaduras y nunca se me ampolló.”
- “No sé si es por la enfermedad o por vos, pero ya no es lo mismo.”
- “El cuerpo ya lo tenemos contaminado, con nosotras van probando, que vas a preguntar tanto.”

S8:

- “No quería molestar a mi familia.”
- “Ya no le tengo miedo al cáncer, yo ya aprendí que si lo tomas a tiempo, no pasa nada, porque con el tiempo se cura.”

S9:

- “Voy dejar de trabajar ahora porque me siento muy cansada.”
- “A mí esto no me freno.”
- “Después de la cirugía debería pensar como el resto de las mujeres que vienen, que la vida es hermosa, valorar lo chiquito, bla bla pero no, esto no me modifco.”

S10:

-“Yo creí que me moría, rápido y sin avisar.”

-“Estaba enojada. Me molestaba todo yo me daba cuenta que estaba molesta y no entendía porque.”

-“yo creía que la gente me miraba con pena (...) entendí que la que se miraba con lastima era yo.”

S11:-“El tema es que acá todos vienen con alguien (...) yo tengo que moverme siempre sola. No me dan muchas ganas.”

S12:

-“Después de eso (diagnostico) había que lidiar con el tema.”

-“No me podía morir, ella (hija) era muy chica, mi marido mi marido, no podía dejarlos solos.”

-“Empecé a pensar que si me moría mi hija tenía que saber ser esposa, madre, compañera, todas las cosas que hacemos las mujeres.”

-“El cáncer me enseñó eso, a valorar la vida, mi marido, mi hija, mi familia, mis viejos, mi todo.”

-“Ni siquiera pienso en tener después, vivo mas el hoy.”

-“Podría aprender de otra manera a valorar lo que tengo, lo que soy, y a donde voy. Pero parece que tuve que esperar a que esto apareciera para vivir mejor.”

B3- Imagen corporal

S1:

-“Me siento bien, con todo lo que conlleva en una mujer perder el pecho.”

-“Tuve un peluquera especializada cuando se me empezó a caer el pelo.”

-“Ibas a la ortopedia y te decían que venían unas prótesis de silicona, te la epezas a poner y te queda el pecho equilibrado, estético.”

-“Siempre fui de arreglarme, muy coqueta, tenía el autoestima bastante alto y de repente pum!

Cómo haces?

-“Cómo voy a perder un seno? Y ahora que le voy a decir a mi marido?”

-“Cómo me voy a poner un traje de baño? Y vienen con bolsillito para poner la prótesis.”

-“Cómo voy hacer para bañarme o verme? Tenía las vendas, bueno...de a poquito me fui acostumbrando, tocando para ver como era.

-“Te ves el cuerpo y esta horrible.”

-“El tiempo te va llevando a que hagas ese duelo, se va esfumando el dolor del alma porque decís...¡Perdí mi mama!”

-“No es solo estética, es pensar que le di tanto de mamar a mis hijos.”

-“Es un poquito de coquetería de no mostrar todo.”

S2:

-“No quise restituir la mama, ya han pasado 17 años.”

-“Me compre un corpiño que tiene como un bolsillito con una prótesis de silicona.”

-“No me afecto demasiado mi imagen, mis hijas mas grandes me decían que le daba cero importancia al cuerpo. Es volver a someterme a una cirugía..y no.”

S3:

-“Me corte el pelo yo, tenes que adelantarte a lo que va a pasar. Yo me adelante. Toma! Me lo cortel.”

-“Empezó la transformación (...) fue feo. No me podía ver en un espejo. Estaba asustada, no era yo, ni mi cuerpo de antes.”

-“Es difícil verte sin pelo.”

-“Después que te operan dicen que te tenes que mirar al espejo, porque así es mas fácil, mas rápido... que te reconozcas, que te acostumbres a eso. De acá a toda la vida.”

-“Hoy me baño y me veo, me cambio y lo toco, la cicatriz esta ahí.”

-“Soy yo pero nueva, otra versión con esto.”

-“La radio me dejo los tatuajes, son marcas para que no me olvide, para que los vea.”

S4:

-“Me costo mucho cuando el medico me dijo que no me iba a curar mas (...) la enfermera me pidió que me empezara a higienizar con jabón blando para que cicatrizara mas rápido. Fue mi primer encontronazo de verme.”

-“Cuando me sacaron la venda lo vi, no tenia el pecho, eso fue duro.”

-“Tuve que entrar en el baño y bañarme...verme, no me quedo otra.”

-“Fue lo mas traumático, el verme, una tontera.”

-“La radio empieza normal, seguís con un bronceado Caribe, después te quema, te ampollas, te tenes que poner cremas, eso es feo, también lo vi.”

-“Me quedo el linfedema, que te modifica, dependo un poco de esto.”

-“El cuerpo cambia, no me quise hacer la cirugía para reconstruir.”

-“Llevo 35 años casada, mi marido me conoce, me acepta, yo no me opero, no me voy a someter a otro quirófano.”

-“Me costo incorporar la prótesis, nunca te queda igual, es muy feo, no te quedan las remeras, el corpiño es muy ancho, se te nota mas grande o mas chico.”

-“Nunca salgo sin la prótesis.”

-“Tengo que usar la manga, lo cual te condiciona al vestir, nunca mas musculosa por el corpiño y la manga.”

-“Soy muy coqueta, estas cosas te condicionan.”

-“Tenes que cambiar hasta como te vestís.”

-“Hasta mallas puedo tener, son otros cuidados, pero puedo.”

-“En el Verano el brazo me crece mas, si adelgazas se te achica el otro brazo, pero este queda igual.”

S5:

-“Me dejaron muerto el brazo derecho, no puedo usar los dedos.”

S6:

-“Me quedaron los tatuajes.”

-“Trato de no mirarme, no tocarme, me sacaron todo, fue muy rápido, al principio no fue tanto, después si tuve que empezar terapia.”

-“Me puse peluca y trate de que no fuera tan chocante.”

S7:

-“Tu cuerpo ya no es igual.”

-“Me quede pelada, pero no me afecto.”

-“El cuerpo nosotras ya lo tenemos contaminado.”

-“Nuestro cuerpo ya esta.”

S8:

-“No quería la quimio porque ya la había visto quedarse pelada a mi hermana, y con el apoyo de toda la familia, hijos, y marido, yo no tengo a nadie, solo la tengo a ella, no quería la quimio.”

S9:

-“Después del diagnostico no note cambios ni físicos ni emocionales.”

S10:

-“No quería cortarme el pelo, tenia la esperanza de que no se moviera del lugar, pero el muy puto me soltó.”

-“Soy re coqueta, siempre de peluquería, platinada, y un día? Gorda, pelada y gris.”

-“Preferiría la muerte antes que verme así.”

-“Ya no tenia ganas de morirme por estar pelada.”

-“El momento en que me saque la venda y me vi el pecho sin mama fue duro.”

-“A veces todavía lloro, no es fácil quedarte si un pecho, soy mujer.”

S11:

-“No quiero quedarme pelada”

S12:

-“Estoy muy asustada por que vi gente que le sacan la mama.”

S13:

-“Lo físico no me interesa, yo quiero vivir, con o sin tetas, quiero viví.”

C- ESTADO EMOCIONAL

S1:

-“Mucha buena voluntad y positivismo.”

-“Yo creo que todo lo hice bien o me salió medianamente tranquilo porque la familia fue estupenda y me acompañó muchísimo.”

-“La segunda vez empecé a tener el autoestima por el piso.”

-“Con lo que respecta a la fortaleza si necesito ayuda de un profesional.”

-“Ese cansancio de luchar con tanta cosa me hizo vaga, me hizo hacer mas cosas en mi casa, con el amor del hogar.”

-“En ningún momento yo dije no tengo ganas, a lo mejor si yo hubiera tenido la oportunidad de hacer eso, a lo mejor yo caía en un pozo depresivo.”

- “Tenes tus bajones obvio, te preguntas cómo me va a pasar a mi.”
 - “Terminas viendo tan natural todo, lo naturalice de tal manera que creo que seria otro cantar si me tocaba a loas 30 o 40 años.”
 - “En ese tiempo mi enfermedad no debía aparcas mi vida, yo quería seguir igual.”
 - “Mi soporte fue mi marido, bonito, él se lastimo bastante.”
 - “El día del diagnostico yo estaba preocupada por mi familia, que le iba a decir.”
 - “Te enloqueces y decís y esto?.”
 - “Veo a la frente de mi generación que esta bajoneada o estresada, yo digo, con lo que me paso a mi como estarían? Me considero una persona muy fuerte.”
 - “(Mastectomia) Pensaba como iba a seguir mi vida, era terror.”
 - “Fueron tres o cuatro meses que estuve mal, pero Salí, reviví de las cenizas como el ave fénix.”
 - “El cáncer nunca se va, nunca se cura, estoy con la trompada prohibida, estoy con un tiempo de vencimiento.”
 - “Se te van cayendo los conocidos, ay! Que tenia?. Cáncer de mama. y que le paso? Se murió. Y la otra? Tenia cáncer de mama, pero vive, pero al año y medio se murió, es un flagelo mundial, no puedo considerarme curada.”
 - “Siempre vas a tener la espina, porque nunca te dan el alta.”
- S2:
- “Lo vivimos muy tranquilos, muy acompañada por mi marido, los niños no se dieron cuenta.”
 - “Como todo, nos acomodamos, iba a patear? Si igual tenia que hacer quimio.”
 - “(Mamá y hermana con cáncer de mama en el mismo momento que ella) Fuimos viviendo en paralelo, es cada cáncer, cada uno es distinto, depende de cómo lo vive cada persona.
 - “En el medio de la medicación me quede embarazada, es mi solcito, la tuve e inclusive le di de mamar con mi pecho sano. Yo no debía quedarme embarazada después de los rayos, pero Dios dispuso otra cosa.”
 - “Empecé a trabajar, eso me también influye para no darte manija.”
 - “Aprendí mucho, en el dolor se refuerzan los afectos.”
 - “Aprendí a valorar cosas pequeñas, podría no estar para disfrutar a mis nietos.”
 - “Aprendí a agradecer.”
 - “Siempre fue con lo mas positivo, no era ohh otra quimio, era vamos que falta una menos.”
 - “No me gusta escuchas otras historias o experiencias, eso te predispone.”
- S3:
- “Mi mama es paciente oncológica, fue ella quien me dio la sabiduría para tomar esta enfermedad como algo positivo y no negativo.”
 - “Ya lo había pasado con mi mamá, sabia que podía salir.”
 - “No tenes que tener miedo, tenes que tener fe, ser valiente, guerrera, no caerte, eso no ayuda en nada.”
 - “Hoy estoy recuperada (...) esto no me iba a derrocar, me tenia que hacer mas fuerte.”

-“El cáncer es como irte a un campamento, no sabes que va a pasar, tenes que ir y jugar, probar, tenes que ver que tenes a mano, que vas a comer, cómo vas a vivir ese día, con que te vas a encontrar, hay peligros, en el cáncer también hay que sobrevivir, tenes que usar todas las armas y oportunidades, decir yo puedo hacerlo yo puedo lograrlo.”

-“Voy a poder volver a ser yo, despacio, me voy preparando despacio, con paciencia.”

S4:

-“Mi cáncer fue bastante bien, no se si estaba preparada o que.”

-“Estaba entregada.”

-“Fue duro verme después de la operación.”

-“Estaba con una mudanza programada cuando me entere, tenia que estar bien porque tenia que viajar, hice dos quimios en La Rioja y el resto acá.”

-“Nunca me sentí víctima, ni pobrecita, en mi casa nunca me vieron llorar.”

-“Tenes que tratar de no escuchar en las salas de espera.”

-“Yo termine los rayos en enero y a mi hija la operaron en abril, mientras a ella le hacían la biopsia yo terminaba con lo mío.”

-“Fueron tres años intensos, cuando yo terminaba ella empezaba.”

-“Hay que poner mucho de uno. Optimismo.”

-“Esto te enseña a valorar mas el día a día, valoras el tiempo, la familia, todo lo que puede hacerte bien.”

-“No te tiras a llorar en un banco, al contrario, aprovechas todo.”

-“Podes hablar, sacarte y decir, eso hace bien.”

-“Hay un antes y un después, el después es esto.”

-“Mi marido me conoce y me acepta, yo no me opero.”

-“El problema es el después no el mientras tanto, tenes que cambiar hasta como te vestis.”

-“Hay mucha gente como yo, y otras que no. El tratamiento es solo el 50%, es la fortaleza lo importante.”

-“Le pido a Dios no cansarme, si me vuelve a tocar, no cansarme de los tratamientos.”

-“Cambia mucho tu vida, yo hoy dependo del drenaje.”

S5:

-“Lo pase mal, me operaron tres veces en un año, abril, agosto y noviembre, pase casi todo un año en el hospital.”

-“No me sentía igual, encontrarse y después no encontrar nada.”

-“Después volví a trabajar, eso me alejo un poco de lo malo.”

-“A veces me dan los bajones, pero estoy bien.”

S6:

-“Tuve que manejarme mucho sola.”

-“No fue tan duro el diagnostico, ni la cirugía si no que fue muy difícil ver las limitaciones.”

-“Tuve que dejar de hacer lo que me gustaba, estoy con cambio de función, es acomodar mi vida a eso.”

-“Soy madre soltera, eso fue una carga para mi.”

-“No podía dejar solo a mi hijo, creo que por eso salí.”

-“Trato de no mirarme, no tocarme, me sacaron todo, fue muy rápido.”

-“Soy responsable de otra vida, no pida dejarme caer, tenes que sacar fuerzas de adentro tuyo.”

-“Cuando hacia la quimio veía que las mujeres que iban acompañadas eran mas mañosas. Yo tenia que darle esperanzas a mi hijo.”

S7:-“Un día salieron palabras de mi; Dios me dio la vida, el sabrá cuando me la quitará.

Después de ese momento todo se tranquilizo.”

-“Tuve una contención hermosa, vivo sola, nunca me dejaron sola.”

-“Mi hija y mi yerno me acompañaron mucho, me ayudaron a salir, fue muy lindo a pesar de todo.”

-“Estuve muy contenida.”

-“No tenia un hombre en la casa que me mirara o alguien a quien no gustarle.”

-“Soy empleada doméstica, tenia que trabajar no podía largarme a victima.”

S8:

-“Me fui a ver un doctor no a llorar.”

-“No quería molestar a mi familia, no quería ser una carga.”

-“Soy voluntaria en la fundación, siempre empujo mucho para los controles, una mamografía a tiempo es un cáncer que se previene.”

-“Descubrí que nos hace bien, alas que pasamos por esto, el compartir, el tranquilizarnos y darnos fuerzas, sacarnos los miedos y compartir los dolores.”

S9:

-“A mi esto no me freno, mi cuerpo no me mostro diferencias.”

-“Después de la cirugía debería pensar como el resto, que la vida es hermosa, valorar lo chiquito y bla bla pero no, sigo siendo igual. Esto no me modifiko ni me hizo nada.”

-“Creo que todavía no me cayo la ficha sobre lo que me paso. Fue tan rápido, me parece que todavía no entiendo.”

S10:

-“Mi marido fue mi sostén desde el segundo en que se dio cuenta, no me dejo sola.”

-“Mi familia siempre estuvo conmigo, no me gustaba que dijeran cáncer, entonces hablaban de eso sin nombrarlo, lo nombraban y tiritaba.”

-“Estaba muy enojada, me molestaba mucho todo, me daba cuenta que estaba molesta y no entendía porque.”

-“Creí que la gente me miraba con pena (...) esa noche entendí que la que se miraba con lastima era yo.”

-“Ese día fue mas fuerte que el día que me toque eso. Ese día deje el miedo del principio y el enojo de después. Ese día me di cuenta que tenia que salir adelante por mi marido, por mis

hijos, por mi familia, por mis amigos, ellos me querían con ellos, no quería que me fuera y yo no tenía ganas de morir por estar pelada, así que me la banque.”

-“A veces todavía lloro, no es fácil quedarse sin un pecho.”

-“No hay necesidad de sufrir tanto y en silencio.”

S10:

-“Me quieren operar pero yo no estoy convencida, no quiero quedarme pelada, no quiero vomitar, no quiero que me duela.”

-“El tema es que acá todos vienen con alguien, un marido, un hijo, un hermano y yo tengo que moverme siempre sola, no me dan muchas ganas.”

-“No quiero ser una carga para nadie.”

S11:

-“No me bañe durante un par de días para detectar que el agua no fuera por la ducha, note que seguía saliendo.”

-“El médico me pidió una mamografía. Como estaba segura de los resultados me pareció al pedo hacérmela.”

-“Le conté a una amiga, que si me moría alguien tenía que saber que hacer con mi casa. No tengo buena relación con mi familia y no quiero que ellos interfieran.”

-“Me hice los estudios porque mi amiga me obligo.”

-“El Doctor me quiere operar pero yo no estoy convencida, no quiero quedarme pelada, no quiero que me duela, no quiero vomitar.”

-“No tengo ganas, Dios sabrá.”

-“El tema es que acá todas vienen con alguien, un marido, un hijo, un hermano y yo me tengo que mover siempre sola, entonces no me dan muchas ganas.”

-“Muchas te hacen o seguro ya te hicieron el cuentito de Dios, el mensaje, algo que aprender...y en realidad no es Dios si no mi cuerpo el que lo creo.”

-“No quiero ser una carga para nadie, porque como te dije con mi familia está todo mal.”

S12:

-“Sinceramente estoy muy asustada, porque vi gente que le sacaron la mamá, otras que con cirugía y quimio se salvaron como mi mamá, lo de mi abuela me tira un poco abajo.”

-“Veo películas donde la gente la pasa muy mal, no se como será lo mío.”

S13:

-“Fue difícil, pero con mucho amor y cuidados Salí.”

-“Había que liderar con el tema.”

-“A los días del diagnóstico encontré a mi hija llorando, me pregunto si me iba a morir...ese fue mi motor, no me podía morir, ella era muy chica y mi marido mi marido. No podía dejarlos solos.”

-“Solo me permitía aflojar cuando estaba sola con mi hermana, no quería que mis padres me vieran mal, pero en algun momento de la vida tenia que desahogarme, elegí a mi hermana para eso.”

-“Siempre fui yo la que le di fuerzas a mis viejos, mi marido y mi hija. Por atrás me sostenía mi hermana.”

-“El cáncer me enseñó eso, a valorar la vida, mi marido, mi hija, mi familia, mis viejos, todo.”

-“Lo físico no me interesa, yo quiero vivir, con o sin tenas, quiero vivir.”

-“Estoy asustada esta segunda vez, no te digo q no...Pero quiero vivir y estar bien, lucho con lo que venga porque quiero quedarme con los que amo.”

D- CONSULTA MÉDICA

S1:

-“Fue inmediato desde que sentí el pinchacito hasta que fui al medico, pasaron 20 días desde que lo sentí y volví de las vacaciones hasta que fui.”

S2:

-“Me vieron muy rápido a los 15 días me habían operado.”

S3:

-“Me entere por un control, así que fue desde ese momento en que empezaron con mas estudios.”

S4:

-“Me hice los estudios y salió todo normal, al tiempo yo empecé a ver que se me retraía el pezón. (...) Me hice una eco mamaria fuera de los controles anuales y me dijeron que estaba bien, yo veía que eso avanzaba, como mi ginecólogo estaba de vacaciones le pedí al cardiólogo que me hiciera un pedido para mamo. Me la hice y salió mal.”

-“Fui a un medico que me recomendaron y me presento la situación, sin biopsia porque en la mama se veía todo. Me dio todos los posibles panoramas y me operaron en esa misma semana.”

S5:

-“Una mañana me levante para ir a trabajar y vi que me perdía un liquido, ese mismo día no dejamos pasar el tiempo y fuimos al medico.”

S6:

-“Deje de hacerme los controles por un año, cuando volví a realizarlos ahí estaba, había crecido y yo no me di cuenta. Era muy agresivo, estaba muy escondido.”

S7:

-“Me encontré una dureza debajo de la axila y el medico me dijo que podía ser virosico. Espere 15 días y no desapareció. Me hicieron la biopsia y salió mal.”

S8:

-“Lo encontraron porque me extrajeron un lunar canceroso. El medico me aconsejo, como era un melanoma maligno, por mas que limpiamos todo, le aconsejo hacerse un consejo general. Paso mas de un mes desde que hice los controles hasta que lo vieron.”

S9:

-“Lo encontraron por exámenes de rutina de control.”

S10:

-“Un día me estaba bañando y lo toque. Supe que estaba ahí y me asuste muchísimo. No dije nada, y después cada vez que me bañaba lo tocaba, pasaron ponele tres semanas, un día estaba teniendo relaciones con mi marido y el me toco. Yo me di cuenta que lo toco, me miro de otra manera pero no dijo nada. Seguimos pero para terminar el tramite. Esa noche dormí poco y nada...sabia que la sabia y tenia más miedo. Al otro día me llamo al medio día, me dijo que en la tarde teníamos turno en el medico, le dije que bueno, no pregunte ni en que medico ni porque, yo sabia y el también. Tenia mas miedo que el primer día que lo toque.”

S11:

-“Hace unos meses me entere, después de bañarme vi unas gotitas que salían de mi pezón izquierdo. Pensé que era agua restante, no le di bolilla...o en realidad si, porque a las dos horas me volví a tocar y vi el liquido. No me quise alarmar y o deje ahí, para ver si en los próximos días me seguía pasando o si era solo algo de ese día. No me bañe durante un par de días para descartar que el agua no fuera por la ducha, note que seguía saliendo. Fui al medico, me palpo y me pidió una mamografía.”

S12:

-“Desde que tengo 18 que mi mama me lleva a control ginecológico. Así lo encontraron.”

S13:

-“Mi cáncer aparece hace tres años, por un control rutinario lo encuentran.”