

**DE SENO A CICATRIZ: PROCESO DE DUELO Y REESTRUCTURACIÓN
CORPORAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS**

**ANGELY FORERO DE LA CRUZ
BRYAN STEVEN GARCIA ALMARIO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA
Cali, Valle del Cauca**

2024

**DE SENO A CICATRIZ: PROCESO DE DUELO Y REESTRUCTURACIÓN
CORPORAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS**

ANGELY FORERO DE LA CRUZ

BRYAN STEVEN GARCIA ALMARIO

Trabajo de grado para optar al título de Psicólogo

DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

DIEGO FERNANDO MERCADO LENIS

PSICÓLOGO UNIVERSIDAD DEL VALLE

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Cali, Valle del Cauca

2024

Resumen

“De seno a cicatriz: proceso de duelo y reestructuración corporal en mujeres mastectomizadas” explora las experiencias emocionales y físicas de mujeres que han enfrentado un proceso de mastectomía como consecuencia del cáncer de mama. Se orienta a cómo las participantes viven el duelo relacionado con la pérdida de sus senos, que tienen una carga simbólica y cultural, lo que implica su proceso de aceptación y de reestructuración de su imagen corporal.

Con un enfoque cualitativo y a través de entrevistas en profundidad realizadas con dos mujeres mastectomizadas en Cali, el estudio revela que el duelo no solo está influenciado por la enfermedad en sí, sino también por factores sociales, culturales y simbólicos que afectan la percepción de la pérdida. Se identifican recursos psicológicos y mediadores sociales y espirituales que juegan un papel crucial en el afrontamiento de la situación. Al igual que se identifica la atención del personal de salud como un punto clave en este tránsito.

El trabajo concluye que la calidad del apoyo recibido, tanto de familiares como del personal asistencial es fundamental para propiciar un proceso de duelo más saludable. Se establecen características subjetivas del duelo atravesado por cada una de las participantes y se proponen recomendaciones para mejorar la atención a estas mujeres, enfatizando en la necesidad de un enfoque integral que contemple tanto los aspectos físicos como emocionales del tratamiento oncológico.

Palabras clave: Cáncer de mama, mastectomía, proceso de duelo, imagen corporal, reestructuración, recursos psicológicos, mediadores.

Tabla de contenido

Introducción	5
Contexto	7
Antecedentes	14
Justificación	17
Pregunta de investigación	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Marco teórico	20
Duelo	120
Duelo anticipado	24
Imagen del cuerpo	25
Mediadores	29
Recursos psicológicos	30
Atención del personal de salud	30
Metodología	33
Resultados	38
Señora Y	38
Señora E	46
Discusión	56
Conclusiones y recomendaciones	87
Limitaciones	91
Referencias	92
Anexos	98

Introducción

Se podría afirmar que el cáncer de mama, como otras enfermedades que afectan a la mujer, le impacta en diferentes áreas tanto físicas como emocionales. Particularmente, aún así, esta enfermedad tiene una gran repercusión en las vivencias femeninas debido a el lugar en el que esta se desarrolla, pues, no es un área netamente física, sino que, es un área cargada cultural y socialmente por diversos significados atribuidos en cada contexto. Generalmente, el seno suele definirse desde perspectivas sociales, estéticas, culturales y demás. Este adquiere un significado relacionado con el maternaje, la belleza, el atractivo físico y/o la sexualidad. Por lo que una mujer que enfrenta un diagnóstico de cáncer de seno, no se tendrá que encargar solamente de procesar el peso que trae la enfermedad por sí sola, sino que también deberá atender las diversas luchas emocionales y sociales que esta acarrea. Esta situación, se ve agravada ante la posibilidad o el hecho de perder esta parte del cuerpo debido al proceso de mastectomía que en algunos casos es recomendado por el personal asistencial para enfrentar la enfermedad. Esta pérdida sume a la mujer en múltiples conflictos por lo mencionado anteriormente; no es solo una pérdida física; es una pérdida emocional y cultural, es una pérdida cargada de significado y esencia para una persona. Debido a ello, los autores de este texto se vieron interesados en explorar acerca de cómo se está abordando este proceso de duelo; ya que lo esperado es que, siendo esta enfermedad una tan común, hubiera una ruta fija y establecida respecto al proceso psicológico que se ha de seguir. Sin embargo, con base en la experiencia tenida por ambos autores durante su proceso de prácticas profesionales en el servicio de oncología dentro del ambiente hospitalario y de una búsqueda realizada en diferentes sitios, se encuentra que el proceso de duelo en mujeres mastectomizadas no tiene un gran ahondaje y profundización. Este hecho llamó la atención de los autores y decidieron comenzar a dar un paso en este proceso de brindar mayor visibilidad y comprensión al asunto

en cuestión. Para ello, se realizó una investigación con dos mujeres mastectomizadas de la ciudad de Cali que cumplieron con los criterios de inclusión. La información adquirida se puso en diálogo con un marco teórico enfocado en explorar cómo puede ser el proceso de duelo de estas mujeres en esta situación, cómo esto se puede relacionar con la imagen imagen corporal y las ideas culturales que se le atribuyen; y qué recursos se utilizaron o fueron útiles para las entrevistadas para poder reestructurar su situación. Resultó crucial poder tener dos experiencias significadas y vividas de manera casi que contraria, ya que esto permitió tener un punto de vista más amplio en cierto grado. Finalmente, se halló la importancia de cada paso en el proceso de diagnóstico, de tránsito por la enfermedad y el tratamiento, del proceso de recuperación, de las herramientas o recursos para afrontar la situación y de la atención brindada por el personal de salud durante este lapso; según lo explorado con las entrevistadas. Aunque se reconocen los diferentes límites de la investigación realizada, se espera que esta sea un paso más en el crecimiento por el interés y el abordaje que se pueda ofrecer posteriormente a las diferentes mujeres que se ven empujadas a enfrentar este malestar. De igual manera, se realizó la redacción de tal manera que el texto pueda ser leído y comprendido fácilmente.

Contexto

El cuerpo humano está compuesto por millones de células que participan en el funcionamiento del organismo. Estas células constantemente se reproducen por medio de la división celular, crecen y mueren. El cáncer puede surgir, según el *Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos* o en sus siglas en inglés, NCI (2021), cuando se presentan fallas en el proceso de desarrollo y muerte de las células; es decir, en el desarrollo pueden aparecer daños, anomalías o envejecimiento anormal de las células; cualquiera de los casos debería culminar con la muerte celular. Sin embargo, en los casos en los que ese proceso no ocurre, es decir, cuando las células se siguen reproduciendo en lugar de morir, se generan tumores que pueden llegar a ser cancerosos o no.

Según las cifras de cáncer del Instituto Nacional de Cancerología ESE (o INC, por sus siglas) (2021), en Colombia para 2020 se atendió un total de 4,771 casos nuevos de cáncer, cuya incidencia fue mayor en mujeres. En cuanto a tipos de cáncer; los 5 más frecuentes en mujeres para 2020 fueron: cáncer de mama con un total de 561 casos, tiroides con 335, piel con 318, cuello uterino con 301 y, por último, colorrectal con 195 casos nuevos.

El cáncer de seno fue la principal causa de muerte en mujeres para 2020 (INC, 2021), por lo cual, desde hace varios años en Colombia por distintos medios de comunicación y el sistema de salud (Entidades Promotoras de Salud, EPS, e Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS) se ha evidenciado la promulgación de campañas en favor de la detección temprana del cáncer de mama, que promueven la revisión periódica a través del autoexamen; en el cual se busca detectar la aparición de cambios y masas en la mama o secreción por medio de los pezones. En el autoexamen se comienza verificando si visualmente se evidencia algún cambio en la piel, como puede ser cambio de coloración, brote, textura de la piel, entre otros. Posterior a esto, se pasa a revisar la zona mamaria palpando con los dedos, esta

revisión también se extiende hasta la zona axilar, por último, se revisan los pezones haciendo una breve presión sobre estos para verificar si se presenta secreción. En cuanto al examen médico para la detección, el proceso se realiza a través de estudios como las mamografías, ecografías, biopsias, entre otras pruebas que permiten evaluar la presencia de enfermedades de mama (INC, 2013).

Una de las características del cáncer es que este tipo de enfermedad no se relaciona con alguna causa específica. Aun así, con los años se han encontrado distintos factores que pueden influir en su aparición. Según el INC, algunos factores de riesgo para el cáncer de mama son la edad, factores genéticos debido a la mutación de los genes BRCA1 o BRCA2, antecedentes familiares en primer grado de consanguinidad, obesidad, sedentarismo, menopausia en edad tardía, inicio de periodo menstrual temprano, maternidad relativamente tardía (hijos después de los 30 años), consumo excesivo de alcohol, no haber tenido hijos o nunca haber lactado y, finalmente, haber tenido terapia de reemplazo hormonal por un tiempo prolongado (2013).

A nivel estructural, las mamas están compuestas principalmente por tres partes: lobulillos, que son las glándulas encargadas de la producción de leche; conductos, por los cuales se transporta la leche hacia el pezón y; tejido conectivo, compuesto por tejido fibroso y adiposo los cuales se encargan del sostén de las partes mamarias (CDC, 2022). Como se mencionó anteriormente, el cáncer se produce por la reproducción excesiva de células anormales, en el caso del cáncer de seno, las células van a ser principalmente de los conductos o lobulillos. Es desde ahí que se va a clasificar el tipo de cáncer, dependiendo de la parte afectada y la extensión que esta tenga.

De acuerdo con la clasificación proporcionada por el INC en la guía práctica clínica sobre cáncer de mama de 2013, los tipos de cáncer corresponden a:

Carcinoma in situ o cáncer no invasivo

Cáncer en edad temprana, sin extenderse alrededor de la mama u otro órgano. Este se puede localizar en lobulillos o conductos. En ese caso, se designan como *carcinoma lobular in situ* (CLIS) cuando el cáncer “se desarrolla en los lóbulos y no crece a través de las paredes de los lóbulos” (INC,2013). O *carcinoma ductal in situ* (CDIS); “se desarrolla en los conductos mamarios, sin que se extienda fuera de sus paredes” (INC,2013).

Cáncer invasivo o infiltrante

En los casos donde el cáncer se extiende al tejido sano de la mama e incluso invadir los ganglios linfáticos.

Carcinoma ductal invasivo

Es el cáncer que comienza en los conductos mamarios y posteriormente se extiende a los tejidos circundantes.

Carcinoma lobular invasivo

Es el cáncer que comienza en los lobulillos y se extiende a otros tejidos de la mama.

Con respecto al sistema de clasificación de las etapas del cáncer de seno, el personal médico la realiza por medio de las categorías TNM, en la cual T corresponde al tamaño del tumor, N en los casos donde compromete ganglios linfáticos y M cuando el cáncer se ha extendido a otros órganos o tejidos (INC,2013). Posterior a esta primera clasificación, se categoriza el cáncer en una etapa, las cuales van desde la etapa 0 hasta la 4. A continuación se presenta la tabla 1 extraída de la *Guía práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama* en la cual se proporciona mayor información sobre cada una de las etapas.

Tabla 1

Etapas del cáncer de mama según la INC

Etapas	Características
Etapa 0	Carcinoma ductal in situ (CDIS) es su etapa más temprana, aún se encuentra en los conductos o lóbulos.
Etapa I	El tumor mide 2 cm de diámetro o menos , pero no se ha extendido a los ganglios linfáticos.
Etapa II (A y B)	En ocasiones no hay masa palpable en la mama. Pero en esta etapa puede haber un tumor que mida menos de 2 cm, entre 2 y 5 cm, o más de 5 cm. También es posible que en esta etapa el cáncer haya invadido los ganglios linfáticos de la axila.

Etapa III (A, B Y C) Puede ocurrir las siguientes situaciones en la mama, es posible que no haya masa palpable, pero sí que exista un tumor que mida menos de 2 cm hasta un tumor que mida más de 5 cm. Cuando esta etapa se encuentra avanzada, es posible que el cáncer se haya expandido a la pared del pecho y sea diagnosticado como cáncer inflamatorio.

En la etapa III hay un mayor compromiso de los ganglios linfáticos de la axila que están unidos entre sí o de los ganglios que están cerca al esternón. Al avanzar en esta etapa, el cáncer puede haber invadido los ganglios linfáticos que están encima y debajo de la clavícula.

En esta etapa el cáncer no se ha expandido a otras partes del cuerpo.

Etapa IV El cáncer ha invadido otros órganos, como los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro.

Nota. La tabla fue extraída de la GPC para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama del Instituto Nacional de Cancerología ESE. (2013).

El tratamiento del cáncer de mama principalmente es por medio de intervención quirúrgica, pero esta también podría ir acompañada por tratamiento de quimioterapia o radioterapia. En el tratamiento de un paciente se puede realizar cirugía con conservación de mama, este procedimiento también es conocido como tumorectomía o resección local amplia; en este se remueve el tumor junto con cierto rango de tejido circundante. En algunos casos

también es necesario hacer resección de los ganglios linfáticos localizados en la zona axilar. Otra intervención para remover el cáncer es la mastectomía en la cual se retira la totalidad de la mama. Una de las diferencias entre la tumorectomía y la mastectomía se encuentra en el hecho de que, en el caso de la primera, la apariencia de la mama se conserva, mientras que con la mastectomía esta se pierde debido a que la cirugía también retira piel, grasa y pezón. Por último, en algunos casos se realiza disección de ganglios linfáticos axilares, se recurre a este tipo de cirugía cuando el cáncer se ha expandido a los ganglios, por lo cual, es necesario remover el tejido que los contiene.

Finalmente, a nivel legal; la Ley 1384 de 2010 promulgada por la entonces representante a la Cámara Sandra Ceballos, quien padecía cáncer de seno, buscaba “declarar el cáncer como un problema de salud pública, y que por ello sea obligatorio el suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos” (El Nuevo Siglo, 2019). Básicamente asegurar la atención integral del cáncer en Colombia. Aun con la promulgación de la ley se siguieron presentando casos en los que, por parte de las entidades promotoras de salud (EPS), no se daba una respuesta oportuna a las necesidades del tratamiento del cáncer. Específicamente, en el cáncer de mama las trabas por parte de la EPS eran mayores en el proceso de autorización de las cirugías reconstructivas debido a que estas se tomaban como un procedimiento estético. Es por ello que surge un nuevo debate en Colombia en el cual la corte argumenta que “si bien es cierto que el Plan de Salud excluye los procedimientos estéticos, la reconstrucción de los senos por causa del cáncer de mama no puede ser considerada un procedimiento estético ya que lo que busca es la rehabilitación para recuperar una parte que fue afectada por una enfermedad” (El Tiempo, 2019). A partir de esto, en 2022 se radica la ley 2194 que busca modificar la ley 1384 de 2010, precisando que:

Rehabilitación integral. Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la

población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo para la rehabilitación integral que abarcarán la rehabilitación física en todos sus componentes, incluyendo las cirugías y prótesis que sean necesarias según criterio médico, así como la atención psicológica y social. (Ley 2194 de 2022, artículo 11).

Antecedentes

Se realizó la revisión de un conjunto de artículos provenientes de diferentes motores de búsqueda como Scielo, ProQuest, Dialnet, PubMed y Google Academics. En ellos se hallaron diferentes concepciones sobre el impacto emocional, psicológico, en la imagen corporal y la sexualidad en mujeres con mastectomías que transitaron por un proceso de reestructuración de su imagen corporal.

Con base en lo anterior, se decide retomar a Borbón, Beato y Lizardi citados en Plaza y Rosario (2014) quienes afirman que las mamas son consideradas dentro de la construcción del cuerpo femenino, uno de los principales cimientos en los que se asienta la imagen femenina. Por lo que se relaciona directamente la presencia de las mamas con la existencia de la idea de feminidad. De forma similar Fernández (2004) expone que, al extirpar la mama, ocurrirá un cambio en la imagen corporal de la mujer, lo que podrá acarrear una disminución de la autoestima, generando sentimientos de inseguridad. Por ello, se entiende que para el cuerpo femenino es relevante la existencia de las mamas, pues estas tienen una relación directa con la idea de feminidad, hecho que para la imagen corporal de la mujer adquiere una gran importancia. Es con base en esta relevancia que se afirma que perder estas características puede generar un impacto emocional alto.

Con relación a lo anterior, afirma Fernández (2004), que:

“La satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, como la forma de relacionarse con el entorno. Numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal está asociada a una baja autoestima, pobre autoconcepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos” (pp.169).

Se halla más soporte y relación entre tener una buena relación con la propia corporalidad con un autoconcepto y autovalía positivos. Así, se puede presentar la relación contraria: la presencia de una autopercepción insatisfactoria acarrea consigo consecuencias dañinas para el autoconcepto, la autoestima y diferentes aspectos cognitivos y emocionales de la persona implicada. Se reconocen cambios en el autoconcepto, en la percepción de atractivo propio, en el autovalor; orientado a una sobrevaloración de la importancia estética de la presencia de la zona involucrada en el atractivo personal y a los aspectos negativos que el proceso vivido, es decir: la falta del pecho. Se produce una reconfiguración de la medida de valía propia, la cual se ve desplazada hacia componentes únicamente físicos, ignorando diferentes aspectos como las cualidades, capacidades intelectuales, sociales y demás.

Por otro lado, algunos autores (Bindu y Baboo, 2017; Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014; Segura, García y Gutiérrez, 2014) aclaran que la mastectomía consiste en la extirpación de la mama, cuya secuela física inmediata son los diferentes conflictos con la autoimagen en virtud de que dicha operación trae consigo una importante deformidad física del cuerpo, lo que visualmente, supone serias consecuencias emocionales (como depresión y ansiedad), cognitivas y comportamentales. Por ello, se puede comprender la mastectomía como un proceso mediante el cual se produce la pérdida de la mama, hecho que anteriormente ya se había relacionado como una situación de alto impacto a la imagen y a la vida emocional de la mujer. Caso similar, aunque con mayor impacto, ocurre a través de la mastectomía radical, que implica un vaciamiento axilar completo y extirpación de toda la glándula mamaria. Según Villegas y Londoño (2019), este proceso, además del impacto emocional, trae consigo molestias físicas más significativas que impactan de mayor manera la funcionalidad del cuerpo.

Además de los diferentes focos de impactos relacionados anteriormente, se ha de resaltar la importancia con relación al ámbito sexual que tiene para una persona con mamas el

hecho de perderlas. Sebastián et al. (2007) afirman que culturalmente, los senos están relacionados directamente con el ámbito sexual y son significados como características valoradas como atractivo físico y erótico femenino. “Al ser las mamas una zona erógena, la funcionalidad sexual se compromete ante el CaMa [cáncer de mama]” (Moreira et al., 2011). Puede esto añadirse a los múltiples focos de impacto que tiene el procedimiento de pérdida de mamas a causa de la patología nombrada; pues en esta situación no sólo se enfrenta la persona a una pérdida en su corporalidad y a un símbolo cultural de feminidad, sino que, además, se suma una pérdida de su experiencia sexual y lo que culturalmente se ha atribuido como un atractivo erótico femenino. En términos psicológicos, emergen pensamientos intrusivos que anidan aspectos negativos y temores en relación al hecho de perder una parte considerada erótica en la mujer y a su vez puede llegar a ser interpretado a nivel psíquico como una castración psicológica, lo cual es reflejo de un cambio físico en su cuerpo que en alguna instancia había contemplado como completo afectando de manera directa la autoimagen.

Según Klaeson et al. (2011), el tratamiento con fármacos antineoplásicos lleva a las mujeres a experimentar su cuerpo de una forma totalmente nueva y desconocida. Estas experiencias corporales potencian la sensación de haberse convertido en un extraño (forastero), de no ser ya la mujer que era antes de la enfermedad, y este déficit de identidad afecta profundamente su sexualidad y feminidad.

Justificación

Epidemiológicamente, se ha establecido el cáncer de mama como uno de los tipos de cáncer que causan más muertes en las mujeres. Es a partir de esto que el área de la salud ha decidido comenzar a trabajar desde el ámbito de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, logrando que a nivel poblacional se reconozcan los riesgos a la vida que implica dicho diagnóstico, buscando por medio de medidas de prevención como la divulgación de la práctica del autoexamen, a partir de los 50 años realizar exámenes de rutina que buscan evaluar la zona mamaria pues el riesgo de cáncer aumenta. Dichas medidas de prevención deberán ser tomadas en cuenta mayormente por mujeres que cuenten con antecedentes genéticos. Esto con el fin de lograr la detección temprana que permita disminuir el riesgo a la vida.

Aun así, el diagnóstico de cáncer de mama puede traer consigo algunas implicaciones, como lo son cambios a nivel corporal. Un ejemplo es la mastectomía, en la cual se retiran los tumores cancerígenos, ganglios, piel, grasa y pezón; es decir, la totalidad de la mama. Distintas áreas de la salud, entre ellas la psicología de la salud y clínica, se han interesado por revisar el impacto que dicha intervención quirúrgica tiene en las mujeres que pasan por ella, dado que el cuerpo, la imagen, aspectos relacionados con la sexualidad, en general la relación consigo mismo y con los otros, se ve transformada por dicho tratamiento.

Las investigaciones revisadas anteriormente sobre mujeres mastectomizadas pusieron en evidencia la existencia del impacto psicológico que tiene dicha intervención quirúrgica, aún así, no se evidenció un abordaje de dicho impacto desde la dimensión de la pérdida. Es a partir de ello que se encuentra pertinente indagar sobre el proceso de duelo que tuvieron que afrontar dichas mujeres para adaptarse a la pérdida, a nivel corporal y simbólico; dado que,

culturalmente se ha simbolizado los senos de la mujer con la femineidad, maternidad y/o símbolo sexual, lo cual genera algunos interrogantes en la mujer mastectomizada.

Por ello, se considera de suma importancia revisar este tema desde la concepción teórica del duelo y la pérdida que ofrece la psicología. Enfatizando en las particularidades que tiene la pérdida, ya que debido a los valores sociales que se le acuña a esta parte del cuerpo en la mujer, se modifica la experiencia de la pérdida. Comprender esta experiencia desde un enfoque de duelo permitiría poder comprender en profundidad las emociones e ideas que surgen a raíz de cada uno de los momentos del tratamiento. Además, con la comprensión de dicho fenómeno desde la dimensión de pérdida se busca poder aportar a modificar la visión que se tiene del cáncer de mama, esperando que en un futuro se puedan proponer abordajes clínicos que respondan a las particularidades psicológicas de estos procesos.

Pregunta de investigación

¿Cómo se da el proceso de duelo relacionado con la imagen del cuerpo, posterior reestructuración y los recursos psicológicos que hicieron parte en dos mujeres mastectomizadas de la ciudad de Cali?

Objetivo general

- Comprender el proceso de duelo respecto a la imagen del cuerpo, posterior reestructuración y los recursos psicológicos que hicieron parte en la experiencia de dos mujeres mastectomizadas de la ciudad de Cali.

Objetivos específicos

- Comprender cómo se estructuró el duelo respecto al tratamiento y proceso de mastectomía.
- Analizar el proceso de reestructuración en la imagen corporal en relación con la pérdida posterior a la mastectomía.
- Identificar los recursos psicológicos que permitieron afrontar el proceso de pérdida.

Marco teórico

Duelo

Díaz (2019), expone la concepción de duelo desde el punto de vista de Freud como una reacción normal a la pérdida de un objeto amado o de una abstracción equivalente (Como se cita en Díaz, 2019). Afirmar que del proceso de duelo no solo se desprenden las pérdidas tangibles de lo amado, sino que este se origina de la pérdida de todo aquello que puede resultar significativo para el sujeto. Este hecho amplía la concepción de pérdida a una que va mucho más allá del fallecimiento de un ser querido, pues, abre la comprensión de esta a un mundo simbólico que se evalúa según la relación y significado de cada sujeto.

Asimismo, afirma Díaz con referencia a Freud, que el duelo trae consigo un estado de ánimo caracterizado por el dolor y el desinterés por el mundo exterior, pues en él ya no se halla aquello que se perdió; igualmente, se identifica por la incapacidad de seleccionar un nuevo objetivo de amor que pueda sustituir aquel que ahora está perdido. Afirmar que este proceso se caracteriza por una gran inhibición y restricción del yo, pues este se encuentra entregado al duelo y, por ello, no cuenta con energía para abordar otros intereses. Por lo que se puede afirmar que el proceso de duelo puede significar un momento de detención en la vida del sujeto donde su energía psíquica se concentra en el tránsito por las situaciones que la pérdida puede causar en la persona, que generalmente están acompañadas por sentimientos orientados al malestar.

Comenta, Díaz (2019):

“El duelo (...) no se resuelve con la sustitución del objeto ni lleva al sujeto a restaurar su estado anterior a la pérdida. Por el contrario, es un proceso que modifica sustancialmente el vínculo que une al doliente con lo perdido, como consecuencia se produce una transformación del sujeto que, tras el duelo, renace diferente”. (pp. 40)

Con lo anterior podemos concluir que la relación del sujeto con aquello que ha perdido produce un cambio directamente en su persona y lo lleva a realizar una conversión, pues no puede desplazar su afecto a algo más y tampoco se puede regresar a como se era antes de atravesar su situación de pérdida, hecho que dirige al sujeto a llevar a cabo una transformación que actualiza su estado.

De manera similar, desde una perspectiva constructivista, Neimeyer(2002) comprende la pérdida como algo más allá de la muerte. Propone brindar una comprensión de esta como “cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que la persona ha establecido un vínculo emocional” (pp.47). Lo anterior se asimila con lo expresado por Diaz anteriormente y dirige a la proposición de comprender la pérdida mucho más allá del mundo material, involucrando aquel mundo que no es físico, sino que, como se afirmó anteriormente, se establece en lo significativo y simbólico, aunque sin dejar de lado la pérdida física.

Neimeyer (2002) afirma que durante las pérdidas se suelen presentar múltiples intentos por regresar a la cotidianidad y el diario vivir; sin embargo, estos intentos se ven frustrados al enfrentarse a la realidad de la falta. Este hecho frustra al sujeto pues lo enfrenta con la imposibilidad de poder continuar como se desea y la incapacidad de llevar esto a cabo.

Según este autor, el duelo se comprende como un proceso activo donde la persona es partícipe de su situación. Dentro de su concepción propone una serie de tareas por las que puede pasar la persona con el objetivo de buscar una asimilación y una superación de la pérdida tenida. Esto último comprendido desde la integración de la realidad de la pérdida y la transformación de la cotidianidad con ella y no desde darle un fin al proceso, pues para Neimeyer este no tiene un fin, sino que es algo a lo que se puede volver continuamente durante el transcurso de la vida.

Para Neimeyer es crucial reconocer la realidad de la pérdida, pues esta tarea compone un alto nivel emocional. En ella se busca confrontar las diferentes limitaciones que impone el daño que se ha sufrido y la ausencia de aquello que se perdió. Se busca reconocer que se perdió algo que era importante y que incluso podía ser parte de la definición del sujeto. Asimismo, además de realizar una confrontación como individuo, también se ha de realizar una confrontación social en tanto se reconoce que se hace parte de un grupo. Este grupo al que se pertenece, también puede verse afectado por lo perdido, es por ello que se ha de intentar integrar a este al reconocimiento de la pérdida. De igual manera, es relevante abrirse al dolor, ya que durante las pérdidas, las personas atraviesan un alto impacto emocional a causa del malestar insoportable que causan las mismas. Este dolor puede llevar a las personas a intentos de disociación, pues el trámite del mismo es complejo. Resulta necesario que el sujeto que atraviesa una pérdida pueda identificar los matices de los sentimientos que debe elaborar y ponerles un orden a través de momentos de reflexión en lo privado o de expresión en lo público. Las personas suelen apurarse a querer continuar con su cotidianidad y responder a las demandas externas, sin embargo, el proceso de pérdida tiene un resonar en el mundo interior al que se le ha de dar respuesta, pues, de lo contrario, se podría alargar o perpetuar innecesariamente el proceso. A pesar de ello, es también acertado afirmar que la vida de la persona no debería centrarse únicamente en el dolor causado por la pérdida, pues esto también sería contraproducente. Se debe hallar un equilibrio entre el sentir y el hacer, tener espacios donde se pueda experimentar la pérdida y los sentimientos que la acompañan pero, a su vez, tener espacios donde se lleven a cabo tareas cotidianas según las necesidades de cada individuo.

Siguiendo la idea anterior, revisar el mundo de significados será clave, pues el proceso de pérdida trae consigo un cuestionamiento notable de los cimientos ideológicos o creencias del sujeto hasta ese momento, pues el mundo al que estaba acostumbrado cambió,

por lo que su lectura del mismo también se ve modificada, en tanto no es igual que antes. Así pues, se han de revisar las creencias de la persona según el mundo actual, y de acuerdo con Neimeyer (2002) si se une la realidad de la pérdida con el mundo actualizado de significados y creencias, se podrá obtener un proceso de transformación de vida. Relacionado con ello, se busca reconstruir la relación con lo que se ha perdido. Esta idea se contrapone a lo que históricamente se expresaba respecto a las pérdidas, pues existía una creencia que afirmaba que era necesario retirar “la energía emocional” de la relación perdida para reinvertirla en nuevas relaciones. Neimeyer (2002) , expresa que: “lo más acertado es decir que la muerte (pérdida) transforma las relaciones, en lugar de proponerles un fin”(pp. 75). Pues, aunque se pierda una presencia física, por ejemplo, puede continuar existiendo una conexión simbólica, hecho que continúa siendo válido y brinda una nueva perspectiva y forma de relación con lo perdido.

Finalmente, Neimeyer (2002) propone que el sujeto se reinvente: “Somos seres sociales que construimos nuestras identidades alrededor de las personas más importantes en nuestras vidas, y por ello, la pérdida de estas genera también un vacío en nosotros mismos”. (p. 77). A causa de la pérdida, se produce un cambio significativo en la vida de cada individuo, hecho que trae consigo la necesidad de repensarse una forma de plantear “un nuevo yo” que logre brindar continuidad al “yo anterior” pero con la nueva configuración que se tiene posterior al cambio producido por la pérdida. Así pues, aunque la pérdida pueda causar un daño o un dolor, también puede causar transformación; hecho que se alinea con lo expresado párrafos anteriores por Díaz (2019) quién referencia a Freud.

Ahora bien, este autor revisa diferentes dimensiones que participan en el proceso de duelo, entre ellas, la dimensión espiritual. Neimeyer (2002) plantea que la espiritualidad puede interferir en la respuesta ante la muerte o pérdida. De hecho, algunas personas tras una pérdida importante pueden sentir la necesidad de revisar sus creencias religiosas para darle un

sentido a la misma. Hecho que facilita la adaptación a lo perdido, pues se puede llegar a relacionar la pérdida como algo dispuesto por la voluntad divina o por un orden superior. De igual manera, las creencias religiosas no sólo desempeñan un papel importante en la respuesta ante la pérdida, sino también facilitan el proceso de reconstrucción personal posterior a la pérdida.

Duelo anticipado

Martínez (2013) expresa que el duelo anticipado tuvo su origen durante la Segunda Guerra Mundial, cuando se estudió la reacción que tenían un grupo de mujeres, esposas de personas que estaban vinculadas con esta guerra que estaba ocurriendo. Se afirma que, este grupo de esposas tenían una respuesta de dolor, pena, preocupación excesiva y síntomas de depresión al enfrentarse con la idea de la posible muerte de sus parejas y de los posibles cambios que esta situación acarrearía.

Rando (como se cita en Loitegui, 2008) relaciona la definición de duelo anticipado con un tipo de duelo que podría tener lugar cuando una persona puede anticipar su fallecimiento o el de un ser querido. Para efectos de este texto, se entenderá este proceso más que como la muerte de una persona, como la pérdida de algo significativo. Para Rando (como se cita en Loitegui, 2008) este proceso de duelo se caracteriza por ser complejo e influido por múltiples dimensiones y acciones al momento de enfrentar la futura pérdida o muerte anunciada con anterioridad.

Martínez, (2013) expresa que “el duelo anticipado brinda la oportunidad de aceptar la

realidad de la muerte” (pp. 17). Es decir, este proceso puede facilitar que la persona pueda enfrentarse a la posible pérdida que se tendrá con anterioridad, hecho que podría aumentar el nivel de consciencia que tiene la persona respecto al proceso de muerte. De igual forma, la autora comenta que tener esta oportunidad, facilitaría que se disminuyan las posibilidades de desarrollar un duelo patológico en un futuro, pues se obtiene la capacidad de abordar diferentes aspectos antes del fallecimiento del ser querido. Por ejemplo: se puede dar lugar a un diálogo entre los miembros del grupo familiar, se crea el espacio para atender asuntos pendientes y cerrar ciclos dentro de la relación que se tenía; se puede dar un espacio de cierre y de despedida tanto con los familiares como con los allegados o personas significativas para la persona; al igual que llevar a cabo trámites y deseos que no se tendrían al enfrentar una muerte inminente. Asimismo, el duelo anticipado podría permitir que haya una separación emocional de manera gradual, hecho que permite que la pérdida se vaya enfrentando de forma progresiva o paulatina, lo que, a su vez, permitiría la adquisición de fortaleza para el momento de la pérdida.

Imagen del cuerpo

El trabajo de Aurélie Martinez (2004), *“La Parole Des Maux”*, se centra en el impacto tanto físico, como psicológico, causado por la amputación. Es ahí donde su trabajo nos permite poder encontrar un punto de engranaje entre los dos temas objetivos de esta investigación; el proceso de duelo y la imagen corporal.

Es importante presentar la idea de imagen corporal desde la cual la autora se posiciona. Para Martinez (2004), la imagen corporal se entiende como:

“Percepciones y representaciones mentales que tenemos de nuestro cuerpo, como objeto físico, pero también cargado de afectos. Es específico de cada persona y está

vinculado a su historia... pertenece a la imaginación y al inconsciente y tiene soporte emocional” (pp.18)

Cuando una persona se enfrenta a una amputación, vivencia una ruptura en su historia personal. Dicha vivencia no solo impacta a nivel psicológico, sino también en la parte familiar, social y profesional. Además de ello, hay una transformación a nivel de imagen corporal e imagen inconsciente del cuerpo. Dicho acontecimiento provoca que la persona cambie la manera como se relaciona con su propio cuerpo e, incluso, su relación con los otros.

La idea de Díaz (2010) en su publicación , *“Sexualidad, cuerpo y duelo”*, no difiere de la expresada por Martínez (2004), pues una amputación o extirpación de una parte del cuerpo no solo afecta la dimensión biológica, sino también la representación del cuerpo y el vínculo con el otro. Sin embargo, Díaz especifica que en el caso del cáncer de mama la zona del cuerpo que es intervenida está cargada de representaciones subjetivas y culturales, entre las más conocidas, significar los senos como elemento de feminidad o relacionar los mismos con el maternaje.

Arroyo y López (2011) también afianzan esta proposición, pues afirman que la mastectomía produce una ruptura en la imagen corporal. Esta ruptura resulta significativa ya que, el seno es un órgano que da valor a la persona. Es decir, este tiene una concepción más allá de orgánica; tiene una concepción erótica, social e incluso cultural. Los autores expresan que:

“La mama no es solo una glándula que recibe influjos hormonales, sino que es una parte del cuerpo a la que se le presta mucha atención en nuestra cultura y, aunque se halle oculta y no se observe directamente, se sabe de su presencia, volumen, forma, etc, modificándose sus implicaciones estéticas de acuerdo con los gustos de cada

época. Esto nos da a entender que es un órgano valioso desde el punto de vista erógeno (alo/autoerótico), siendo para muchas la expresión de su propio valor y poderío” (pp.4)

Es importante destacar que ésta pérdida puede, además, tener un impacto notable en la relación con el otro. Arroyo y López (2011) afirman que:

“Este “imaginario corporal” fracturado ahora se manifiesta, más que nada, en el terreno sentimental-sexual, ya que es en la intimidad donde estas mujeres se la juegan. Aquí la posibilidad del rechazo se siente con mucha más profundidad, de ahí que se tornen bastante sensibles a los comportamientos de sus parejas. Sin embargo éstas, por lo que hemos observado, suelen ser prudentes y siguen entregados a pesar del cambio; declaran frecuentemente, no importarles la mella que la cirugía ha dejado en sus mujeres. No es extraño que algunos cirujanos, al intuir la dimensión del problema, recomienden a sus pacientes que mantengan relaciones sexuales lo antes posible. No es desdeñable que la mastectomía roce el tema de la “feminidad” y hay que tratarlo convenientemente, pues casi la totalidad de las estudiadas interpretan la pérdida como un atentado contra su feminidad” (pp. 10)

Resulta claro, en el trabajo hecho por los autores, que el componente social y la mirada del otro es crucial en el proceso de la pérdida del seno debido a la mastectomía. Pues, se produce cierto grado de reactividad y vigilancia en estas mujeres con respecto a sus parejas. Esto se podría relacionar con lo mencionado anteriormente, pues, la mirada del otro resulta importante debido al significado y carga de sentido que se le brinda al seno. No es

solo un órgano sino como muestra de feminidad y sexualidad. Siguiendo en la misma línea del papel que juega la mirada del otro, Diaz(2010) acuña:

“La mirada del otro promueve el imaginario de la paciente, quien allí descubre la burla, el espanto. Si bien hay situaciones donde objetivamente el otro invade al observarlas, podría conjeturarse que con frecuencia lo que sucede es que en la mirada del otro se proyecta el reflejo de la propia evaluación, aquella que se horroriza por lo que ya no se es y que no soporta el rechazo que se produce de sí misma”(pp. 158).

También, para los autores (Lopez et al, 2011), resulta destacable el hecho de que, este tipo de proceso tiene un impacto directo en el cuerpo “real”. Sin embargo, integrar este hecho a la vida psíquica, resulta altamente complejo; este hecho tiene manifestación a través de eventos como “la evitación de la confrontación directa en el espejo o de cualquier situación que les muestre ese agujero corporal” (pp. 11). Así pues, se puede reconocer que la mujer tiene mucho más que una recuperación física por desarrollar, sino que también debe llevar a cabo un proceso y trabajo mental y emocional para poder comprender las nuevas circunstancias e integrar la nueva realidad a la que se enfrentan.

Los autores comentan que la persona que transita por esta pérdida, puede presentar un declive en su autoestima; pues, ha perdido una parte de sí que le brindaba valor. Hecho que causará, incluso, una sensación de inferioridad. A pesar de ello, también podría tener lugar el efecto contrario: un aumento en la sensación de poder y capacidad, queriendo expresar una sensación de omnipotencia.

La amputación de un miembro, o en el caso de esta investigación, la extirpación de la mama, implica una pérdida. Pérdida que además del afrontamiento de las emociones y sensaciones que la acompañan, también requiere que la persona atraviese por un proceso de duelo mediante el cual pueda darle paso a la asimilación de una nueva realidad en la que se integran las transformaciones de su cuerpo.

Mediadores

En el duelo, se hacen presentes diferentes mediadores, estos son definidos por Worden (2013) como un conjunto de factores que median en las tareas a realizar durante el tránsito del duelo. Es decir, la presencia o ausencia de algunos factores u otros, puede determinar el camino que un duelo puede tomar. Al igual que la intensidad de una sensación o relación, por ejemplo. El hecho de que estas particularidades existan, hace que cada proceso de duelo pueda ser característico para cada persona y además de ello, podría explicar por qué se dan diferentes formas de afrontar una misma situación de pérdida.

Dos de los postulados brindados por el autor son el mundo de supuestos y las variables sociales. Respecto al primero, Worden (2013) manifiesta que el conjunto de creencias y valores o las características asociadas a lo espiritual o a lo religioso puede tener lugar en el proceso de duelo como un factor protector. Lo anterior, se debe a que, usualmente, estos son utilizados como factores dotadores de sentido a la experiencia, y aunque este conjunto de creencias pueden ser cuestionadas durante el proceso, es importante que la persona pueda realizar una reelaboración de este mundo de creencias integrando la nueva realidad a la que se enfrenta.

Por otro lado, para el autor, el duelo es “un fenómeno social, y compartirlo con la sociedad resulta importante para su trámite” (pp. 94). Es decir que en el proceso de duelo puede haber influencia del entorno social de la persona y esta puede ser tanto positiva como negativa; pues, dependiendo de cuál sea el grado de apoyo que la persona recibe, este factor podría tanto mitigar como propiciar sensaciones de malestar que atraviesa la persona durante este lapso.

Recursos psicológicos

Según algunos autores (Hobfoll 1989, Heredia & Padilla 2012) los recursos psicológicos son entendidos como una amalgama de componentes propios de las personas, los cuales ayudan a manejar las diferentes situaciones de la vida, en la toma de decisiones, para mantener la calidad de vida y para la adaptación en situaciones de cambio al proporcionar mayores posibilidades de actuación. Es decir, son un conjunto de herramientas mediante las cuales las personas pueden abordar los diversos escenarios que la experiencia de vida puede traer consigo y de esta forma, dar una respuesta a los mismos.

Pueden ser inherentes o aprendidos mediante la cultura, las situaciones y las relaciones con los otros y por ende, también se pueden compartir, desarrollar, perder o transformar (renovar).

Atención del personal de salud.

Durante la recolección de información realizada a través de las entrevistas hechas a las participantes, se logró identificar una nueva categoría que no había sido considerada; sin embargo, parece ser que tuvo un gran impacto en el desarrollo del proceso de las entrevistadas e influyó, de cierta manera, en cómo ellas fueron enfrentando los diferentes escenarios planteados desde su enfermedad. Es por eso que se elabora este apartado como categoría emergente: la atención del personal de salud.

Arzate, et al. (2013) afirman que:

“Es importante fomentar una relación médico-paciente-familia en la cual exista la confidencialidad, entendimiento, comprensión del otro y coparticipación emocional, que sólo termina cuando el paciente se alivia o muere, reconociendo la dignidad del enfermo, tratándolo en su totalidad, respetando su libertad de elección y fomentando su participación, lo cual permitirá una mejor identificación del problema; por lo tanto, el tratamiento tendrá mejores resultados” pp.43

Es decir, es importante que la relación asistencial (paciente-médico-familia) esté rodeada de ciertas características que apoyen y potencien el tránsito por la enfermedad del paciente y sus familiares con el objetivo de disminuir cierto grado de malestar y de propiciar una mejor adherencia al tratamiento que se propondrá. Resulta crucial que, además de tener un criterio médico biologicista, el personal asistencial cuente con conocimientos psicosociales que afiancen la relación con sus pacientes y que les brinden una sensación de escucha, de comprensión, de dignidad y respeto.

Lo anterior resulta crucial ya que, como afirman los autores (Arzate et al, 2013) “de acuerdo con la experiencia clínica, el paciente con cáncer considera la relación con el médico como un factor muy importante en la facilitación u obstaculización de la adaptación a la enfermedad” (pp.43). Es decir, para el paciente podría ser decisivo el tipo de atención que reciba, ya que dependiendo de la calidad de servicio que se le brinde, donde el personal asistencial tiene un papel importante, este tomará unas decisiones u otras. Por lo que, resulta necesario brindar una relación y atención que facilite la vinculación del paciente con los

diferentes procesos médicos que tendrá que abordar con el objetivo de mantener tanto bienestar como sea posible; ya que como afirman Sanz y Modolell (2004), el objetivo principal de la atención brindada en el contexto hospitalario es promover tanto bienestar como sea posible tanto para el paciente como para su familia, sin dejar de lado, al equipo asistencial (pp. 9). Así pues, una buena relación e interacción con el paciente puede significar una adherencia al tratamiento alta y por ende, una mayor posibilidad de hacerle frente a la enfermedad.

En relación con lo anterior, Méndez (como se cita en Arzate, et al. 2013) señala que:

“La relación médico-paciente es la interacción que se establece con empatía y comunicación, en la cual es recomendable verbalizar los miedos e ideas sobre la enfermedad y tratamiento; así como comprender la información para que la propuesta de tratamiento tenga un buen inicio, y disminuya la posibilidad de abandonarlo. Se ha demostrado que contar con información es una de las mejores formas para disminuir la ansiedad, que provoca un diagnóstico de cáncer” (pp.44).

Lo anterior, relaciona la importancia de que en las consultas con el equipo asistencial, el personal pueda dar claridad y traer luz a las diferentes situaciones que pueda presentar el usuario debido a temor o desinformación o cualquiera que sea la particularidad. Es crucial que se informe al paciente de manera empática, brindando una información pertinente, que le permita al paciente conocer en qué punto se encuentra y cuáles son sus posibilidades con el objetivo de mitigar tanto malestar como sea posible y propiciar que el paciente se mantenga en el proceso y confía en él.

Metodología

El presente trabajo se enmarca bajo las características de la investigación del tipo cualitativo. Esta se caracteriza, de acuerdo con Balcazar, et al. (2013) por ser inductiva ya que tiene como punto de partida una realidad concreta y la información que se puede obtener de ella, para posteriormente poder precisar una teorización. Asimismo, busca comprender a la persona o al grupo participante dentro de su contexto o su marco de referencia propio y a través de sus palabras, vivencias, experiencias o explicaciones. Se les brinda voz a aquellos que hacen parte del proceso y se construye los saberes con base en lo compartido y recolectado desde sus puntos de vista; pues el enfoque cualitativo considera que todos los puntos de vista son valiosos y permiten crear un saber. Se busca conocer aquello que es significativo y relevante para los participantes. Para Stake, como se cita en Balcazar, et al. (2013):

“El objetivo de la investigación cualitativa es la comprensión y se centra en la indagación de los hechos, en el papel personal que asume el investigador desde el comienzo de la investigación, así como su interpretación de los sucesos y acontecimientos, lo que se espera es una descripción densa, una comprensión experiencial y múltiples realidades. El investigador no descubre, sino que construye el conocimiento” (p.23).

Así pues, es claro que el investigador tiene un rol relevante dentro de la investigación cualitativa como medio con los saberes suficientes para construir un conocimiento organizado; sin embargo, la materia prima de este está en la interacción directa con los

actores participantes, pues de ella surgen las interpretaciones y explicaciones que dan las personas a un fenómeno en específico.

Las autoras consideran que la investigación cualitativa tiene un plano metodológico emergente pues este se constituye conforme avanza la investigación y el abordaje en cuestión, con el objetivo de tener flexibilidad para recoger los diversos puntos de vista que puedan tener los participantes y las diferentes perspectivas a través de las cuales interpretan una experiencia. Así pues, y con relación a lo anterior, este tipo de investigación busca la utilización de técnicas, instrumentos y estrategias de recolección de información que permitan obtener datos que puedan brindar concepciones que profundicen en la particularidad de las situaciones y que puedan brindar una descripción profunda o exhaustiva.

Para efectos de esta elaboración, se adoptó un diseño de tipo transversal y narrativo orientado a la realización de una investigación analítica e individual mediante la cual se recogió información respecto a una variable en un momento específico. Asimismo, se utilizó un muestreo del tipo intencional, es decir que se seleccionaron las participantes de la investigación teniendo en cuenta criterios de interés tanto de los investigadores como de los objetivos de la investigación. Este muestreo se rigió bajo las características de informantes clave, que se define como la elección de participantes que debido a su experiencia vivencial o experticia en un tema en específico, podrían proporcionar información de calidad al proceso de investigación.

De igual forma, la recolección de información se realizó mediante la técnica de entrevista en profundidad con carácter semiestructurado. La entrevista, como afirma Aguirre-Baztan, citado en Balcazar et al. (2013), es una técnica que se utiliza para obtener información verbal de uno o varios sujetos a partir de un cuestionario o guión de temas. Es, pues, una conversación con propósito. Se utilizó esta modalidad de entrevista ya que se desea ahondar en la experiencia vivenciada por las participantes respecto al tema de interés en

cuestión. De igual manera, se escogió la característica de semiestructurada ya que, aunque se desea abordar una temática específica según el interés del trabajo, no se desea realizar un cuestionario o tener una conversación lineal o directiva, sino que se desea tener la flexibilidad necesaria para poder obtener información de las personas participantes de manera les permita expresar sus sensibilidades y particularidades de manera más espontánea, pero sin perder el objetivo del abordaje.

De igual manera, se utilizó el test de la figura humana como herramienta para profundizar en la afección que posiblemente experimentaron el grupo de participantes posterior a su proceso quirúrgico. De acuerdo con Sanchez de Gallardo et al. (2012):

“La prueba del dibujo de la Figura humana, es una técnica proyectiva de evaluación de la personalidad y rasgos emocionales-sociales, que implica la producción de un dibujo por parte del evaluado, el cual es analizado con base en su contenido o a las características del dibujo” (pp. 211)

Asimismo, las autoras antes mencionadas comentan que cuando las personas son expuestas a estímulos ambiguos tenderán a manifestar o brindar una percepción propia y personal, es decir, realizarán una proyección o reflejo que exponen su manera de interpretar el mundo.

Así pues, se realizó un análisis del dibujo a través del cual las participantes tuvieron cierto grado de proyección de su interpretación de su imagen corporal; hecho que permitió relacionar algunas características de su vivencia relacionada con el proceso de mastectomía.

Respecto a la estrategia de análisis de datos, se realizó un abordaje por contenido de los discursos recogidos, el cual consistió en realizar una revisión de la información obtenida a

través de las entrevistas en profundidad desarrolladas. Se implementó un análisis categorizado de los diversos significados y experiencias obtenidos por la investigación; esto permitió llevar a cabo un procesamiento de los datos que facilitó a los investigadores tener en cuenta la información y aspectos subjetivos contemplados durante la técnica de recolección de información.

Finalmente, para la selección de las participantes se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Personas que hayan tenido un proceso de mastectomía.
- Personas que residan en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, Colombia.
- Personas que NO se encuentren dentro de un proceso de tratamiento oncológico activo.
- Personas que hayan superado su proceso oncológico con fecha de un año o posterior.
- Personas que no presenten malestar emocional actual respecto a su proceso de mastectomía.
- Personas con disposición a conversar respecto a su vivencia por el proceso de mastectomía sin que esto pueda ocasionar de primera mano un impacto psicológico negativo para ellas.
- Personas que estén de acuerdo con el consentimiento informado y lo hayan firmado previamente.
- Personas que no estén actualmente bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico como consecuencia de la mastectomía

Se tuvieron en cuenta los factores mencionados anteriormente para realizar un trabajo adecuado dentro del contexto, pero también con el objetivo de no propiciar un proceso de revictimización respecto a las participantes, pues se entiende que la experiencia atravesada es significativa y puede impactar emocionalmente a las mismas, por lo que se prioriza realizar un abordaje que respete los límites de las personas que desean participar, que tenga en cuenta su vida emocional, y es por eso que se elige realizar el trabajo junto a personas cuyo proceso oncológico haya finalizado con un año de margen; y que sea amable con las mismas.

Para ello también se creó un consentimiento informado(Ver Anexo 1) donde se aclara que las participantes pueden retirarse de la investigación en el momento que lo deseen, que si no desean abordar una temática están en la libertad de hacerlo, que la información obtenida se utilizará para asuntos puramente académicos; y que no habrá un beneficio económico en ningún momento de la participación.

Resultados

La recolección de información se llevó a cabo con dos mujeres residentes de la ciudad de Cali, las cuales de forma voluntaria respondieron a la convocatoria realizada por los estudiantes a cargo del presente proyecto de investigación. Una vez manifestaron su interés de participar en el proyecto, se hicieron las preguntas pertinentes para identificar que no se incumpliera alguno de los criterios de inclusión del proyecto.

En los siguientes apartados se presentará brevemente a cada una de las participantes.

Señora Y:

La entrevistada #1 es una mujer blanca de clase media de 45 años de edad, residente de la ciudad de Cali, profesional en administración de empresas. En cuanto a su historia laboral, paralelo a su proceso de formación profesional estuvo realizando labores como secretaria en un consultorio de un médico oncólogo. Posterior a su grado, comienza a desarrollar labores relacionadas con su formación. Hasta el año 2020, la Señora Y estuvo laborando conjuntamente en dos empresas; una de productos químicos y otra de repuestos para motos. Ambas empresas compartían los mismo propietarios, lo cual habilitaba que la Señora Y pudiera laborar en ambos sitios. A consecuencia de la pandemia, la empresa de productos químicos se vió afectada por la crisis económica, lo que ocasionó que la Señora Y quedará laborando solo en el área de gerencia de la empresa de repuestos. Actualmente conserva dicho trabajo y paralelo a este comenzó a trabajar en un proyecto personal, enfocándose en la creación de un emprendimiento de productos de belleza y skincare. Vive con su esposo, quien trabaja como radiólogo y sus dos hijas de 21 y 17 años, quienes actualmente se encuentran en proceso de formación profesional.

Duelo

Para esta participante todo comenzó cuando se palpó una “bolita” en la mama derecha. Según relata, no se alarmó ante la presencia de ésta, dado que en septiembre de 2021 había presentado una “bolita” similar en la mama izquierdo, por la cual acudió al médico, el cual le indicó que podría tratarse de algo hormonal, que la estuviera vigilando y que regresara en un mes. Efectivamente, al mes siguiente en el control, no encontraron la bolita. Es por ello que en abril de 2022, cuando la Señora Y vuelve a sentir una bolita, pero en esta ocasión en su mama derecha, decide no acudir al médico, sino hacer el mismo proceso de esperar un mes esperando que desapareciera nuevamente. En esta ocasión, los resultados de la espera fueron diferentes: “ya la bolita no estaba tan chiquita, ya estaba más grande y ya el dolor ahí sí era más fuerte”, por lo que decide acudir nuevamente al médico y en esta ocasión si le ordenan realizarse una ecografía. Hasta el momento, siguiendo el relato de la Señora Y, no se encontraba alterada o angustiada, dado que una compañera de su esposo que trabajaba realizando mamografías le había dicho: “Si le está doliendo eso no es cáncer” y la doctora que le ordenó la ecografía también le refirió: “Si tiene dolorcito, no creo que sea nada grave”.

El panorama cambia para la Señora Y cuando asiste a realizarse la ecografía porque en este caso refiere que la actitud de la doctora la alarmó, dado que está después de realizarle el examen, se mostraba con mucha insistencia en que debía programar urgentemente una mamografía y una biopsia. La señora Y recuerda que con cada uno de estos exámenes su nivel de preocupación iba aumentando, principalmente por la reacción del personal de atención, ya que hasta este momento no le habían dado un diagnóstico.

15 días después de que le realizaran la biopsia, se comunican con ella vía telefónica donde le informan que debe de ir a cita con el mastólogo para revisar el resultado. En el momento en que la Señora Y relata esta parte, se conecta con sus emociones y se presenta

llanto, dado que con esa llamada dió por entendido que tenía cáncer y para ella este se asociaba con la muerte. El mismo día en que se presentó la llamada, la participante asistió a la cita en compañía de su esposo donde le informaron del diagnóstico de cáncer de mama. Aunque la Señora Y, connota la noticia como devastadora, refiere que el especialista: “explicó todo tan bien, como claro, que uno pues, o sea, como que lo tenía tan claro que uno decía: bueno, si el señor ya sabe que eso lo trata así, que podemos salir adelante; entonces como que da medio esperanza”.

La primera fase del tratamiento incluía algunas sesiones de quimioterapia con el fin de disminuir el tamaño del tumor para poder retirarlo con mayor seguridad. A causa del tratamiento comienza a perder el cabello, pero comenta que no en gran cantidad, sin embargo, dicha caída le causaba mucho dolor en el cuero cabelludo, por lo que decide raparse. En simultáneo con este síntoma, también se presentaron náuseas, dolor corporal después de la administración de la quimioterapia, disminución en el apetito y cambios emocionales que iban del enojo a la tristeza.

Antes de comenzar el tratamiento, a la Señora Y le habían informado que era probable que debieran retirarle toda la mama, es decir; realizar una mastectomía, aun así, esta decisión estaba ligada a los resultados que se obtuvieran con la quimioterapia. Posterior a culminar el tratamiento, le realizaron nuevamente exámenes para revisar el estado del tumor, confirmando que se debe de realizar una mastectomía. Para la Señora Y, esta noticia le impactó dado que refiere: “guardaba como una cierta esperanza” . Sin embargo, más allá del impacto, no reconoce alguna otra emoción, por el contrario, prefiere no darle mayor relevancia:

“yo tomé como una actitud, pero yo no quería saber nada *risas*. Nada, o sea, yo sabía que me lo iban a quitar, pero pues no me quería como preocupar sobre el: "Cómo voy a quedar o si me voy a poner este brasier con esto que no se me vea", yo estuve más como: "esperemos", esperemos a ver qué pasa, cómo quedo, pues igual me van a hacer una reconstrucción, y pues hay que ver más o menos como quedó, pero ahora no, no quiero pensar en eso”.

Para ella primaba su salud, y aunque trataba de no pensar en ello, también consideraba que era una decisión por su salud: “ No pensar pues de ¿qué va a pasar? o ¿cómo voy a ver? sino como prestarle más atención a como acababa de recuperarme”. De hecho, se presentaron algunos inconvenientes en la programación de la cirugía de la Señora Y, lo cual ocasionó que pasará a un segundo plano la noticia de la mastectomía y que por el contrario, la señora Y tuviera que centrarse en toda la tramitación de dichas órdenes médicas. Este momento, lo recuerda con angustia dado que en sus pensamientos se presentaba constantemente: "bueno y pasa el tiempo y qué tal que eso me esté creciendo". Posterior a la mastectomía, en la misma intervención quirúrgica le realizaron la reconstrucción de la mama intervenida. Decisión de la cual parece estar arrepentida, debido a que en el proceso de recuperación de la cirugía tuvo una complicación por la infección de la herida. Debido a ello, la Señora Y, decide no continuar con el proceso de la reconstrucción que consistía en un total de 3 cirugías, de las cuales, solo le hicieron 1. Para ella, este momento:

“ También me afectó bastante, porque pues tenía como esa ilusión... A pesar de que uno sabía que era un tiempo largo, pensaba: "ah bueno, sí, voy a quedar bien", pero pues igual, después con todo el proceso y todo eso, yo no quiero nada, pues ya se olvidaba, pero pues sí, ya como que, /o//, como una pérdida *risas* como que una

pérdida más, porque pues yo tenía la ilusión pero pues bueno, ya no se pudo, y es mejor estar tranquilo que ponerme a voltear con cirugías”.

Finalmente, en la actualidad comenta que hasta la fecha presenta mucho dolor en la zona intervenida, más específicamente, la zona axilar, de donde le retiraron 4 ganglios. Debido a este constante dolor, ha llegado a pensar que el proceso todavía no culmina y del que todavía debe aguantar algo más: “...es que a mí, o sea, mover este brazo, acostarme para este lado, me duele. Pero bueno, ya son como cosas que van quedando y hacerme a la idea... pero pues ya es como vivir ahí con el dolorcito”.

Imagen Corporal

La entrevistada trató de no darle mayor importancia a los cambios físicos que iba a tener a raíz de la mastectomía, pues consideraba que habían otros aspectos con mayor relevancia: “se juntan como tantas cosas ...como para también preocuparse con cómo me voy a ver, cómo esto, y aquello”. Sin embargo, el momento de enfrentarse a ver su cuerpo después de la cirugía lo manifiesta como “un coque durito” un momento “impactante”. A pesar de contar con la reconstrucción, lo que para la Señora Y, ayudó a disminuir el “choque”. El impacto por no ver su seno se hizo presente en el momento:

“pues ya no tenes ahí el seno, la cicatriz, igual pues uno tenía mucho dolor ahí en ese momento, pero pues igual uno ahí al verse si es como muy impactante, como que bueno ya no está, pero pues ya vamos a ver cómo continuamos”.

Frente al significado que le da la Señora Y a su seno, se evidenció en la entrevista que para ella, este no tiene un valor relacionado a lo que la hace a ella mujer, incluso, manifiesta

que este no es un aspecto importante. Sin embargo, sí se hizo presente el papel que juega el seno en la vida sexual de la entrevistada. Pues comenta que “ha sido complejo”, pues desde que le realizaron la cirugía ha tenido dificultades para sentirse cómoda en la intimidad con su pareja, dado que se siente “fea”, o que, “ no estoy completa”. Esta inseguridad en su sexualidad la ha hecho considerar terminar con el proceso de la reconstrucción, aún así, hasta el momento prefiere no hacerlo dado la experiencia de recuperación que tuvo con la primera cirugía.

Sin embargo, esta inseguridad frente a su imagen solo se presenta en el ámbito sexual, pues en el día a día, la entrevistada refiere que no le incomoda ir por la calle haciendo notoria la asimetría que presenta en su zona del pecho, incluso a pesar de que en ocasiones ha evidenciado los murmullos de las personas hablando sobre dicho rasgo de su cuerpo.

Recursos psicológicos

Dentro de los factores psicológicos que le permitieron hacer frente al proceso oncológico, se identifica principalmente su red de apoyo, su sistema de creencias y sus proyectos personales a futuro. En cuanto a su red primaria de apoyo, es decir; sus 2 hijas y su esposo, la Señora Y, comenta que estos fueron un gran acompañamiento en el proceso, de hecho: “Siempre tratamos de que fuera un viernes para poderme quedar el fin de semana en casa con mi esposo y mis hijas”, para así garantizar que pudieran estar presentes los días posteriores en los que la Señora Y podría sentirse indispuesta por el procedimiento. Por otro lado, con el resto de sus familiares; como hermanos, madre y tíos, aunque estos también fueron un apoyo fundamental en el proceso, en ocasiones llegaban a agobiarla dado que la llenaban de información con remedios sustentados en creencias culturales: “...me dijeron que tenía que tomar la guanábana, que el ensure, tanta cosa que le dicen que tiene que tomar.

Hasta me dijeron de una culebra que lo tiene que picar a uno y que eso lo sanaba”. En este aspecto, la señora Y también reconoce a su mascota gatuna como una herramienta de afrontamiento, en tanto esté la acompañaba en los momentos difíciles del tratamiento: “Él, por ejemplo, iba y me acompañaba, yo estaba ya en la cama tirada y él se me acostaba y me acompañaba ahí, entonces uno nada más de tenerlo ahí, de verlo, acariciarlo, se siente bien”. Otro factor favorecedor fue realizar actividades que le permitieran distraerse o cambiar la dinámica del día a día. De este tipo de actividades, se hicieron partícipes principalmente sus hermanas, quienes en la medida de lo posible, la invitaban a visitar diferentes sitios.

En cuanto a su sistema de creencias, la señora Y considera su espiritualidad como aspecto primordial en su proceso. Se reconoce como creyente desde antes de ser diagnosticada con Cáncer de mama, pero debido a esta situación su vínculo con Dios se vio fortalecido, y encontró en este un espacio a través de la oración para tramitar las emociones que iban surgiendo en el proceso.

Además, la señora Y de alguna manera logra identificarse con la historia de Jesús cuando fue crucificado, lo que la hace encontrar una similitud entre el sufrimiento de Jesús en la cruz y lo que pasó ella con el tratamiento:

“Había momentos en que me ponía a pensar en todo lo que vivió Jesús, de todos los dolores, y todo eso, pues de toda la historia de cuando lo crucificaron; yo decía: “ay Dios mío, yo creo que es algo parecido a lo uno está sintiendo con estos dolores”. Entonces era como ese acompañamiento de él ahí conmigo”

Finalmente, trabajar en sus proyectos personales a futuro, de alguna manera le ayudó a afrontar la situación, en tanto, con las actividades enfocadas en el crecimiento de su

emprendimiento de belleza y skincare, lograba recordarse constantemente que aún tenía una funcionalidad y esto la impulsaba:

“Yo digo que, si no hubiera tenido el emprendimiento, creo que hubiera sido más difícil, porque de verdad era una motivación, yo me levantaba y así no tuviera fuerzas, ponía una historia, o publicaba cositas para vender, entonces era como esa motivación de: bueno, sigo sirviendo para algo”.

Atención del personal de salud

Durante la entrevista a esta participante, se hizo evidente una queja frente a la atención por parte del personal médico, en particular, de los oncólogos. Comenta que sentía en ocasiones por parte de estos, una falta de empatía frente al proceso personal que como paciente estaba viviendo. Dicha opinión se sustenta en los momentos de consulta en los cuales refiere:

“ Ellos no preguntaban: Bueno, ¿qué más ha estado sintiendo? ¿"Qué más necesita?, lo que te digo, la practicante le leía como estaban todos los exámenes y ya ella *la oncóloga* definía: Bueno, sigamos con esto y ya a uno le tocaban: Venga doctor, pero es que tengo tal cosa, si no ellos salían y te dejaban ahí”.

Aunque la Señora Y, identifica que dichas dificultades en la atención pudieron deberse al modelo de enseñanza Médico-Practicante que manejaba la clínica, lo que ocasiona que la oncóloga tuviera que estar pasando de un consultorio a otro, también manifiesta la necesidad de un trato más humano, centrado en el paciente: “...que de verdad te atendieran, porque yo siento que, o sea, yo sé que hay muchas enfermedades peores y todo, pero siento que igual esa parte como humana”. De hecho, la entrevistada recalca, que para la consulta

que tuvo de control en diciembre, la oncóloga se encontraba más tranquila en cuanto a tiempos, lo que ocasionó que en esa consulta tuviera una experiencia diferente:

“yo digo, no que lo consientan a uno, pero sí, como que ya se pedacito más, lo que te digo, por ejemplo en diciembre ella estaba tan relajada y risas y todo, y uno sentía el trato diferente y hasta salía mejor, a pesar de que está pasando por todo esto, se iba como mejor porque bueno, fue diferente hoy, pues lo trataron diferente, si te preocupó lo que yo esté sintiendo”.

Finalmente, también manifiesta su inconformidad frente a los procesos administrativos de la clínica dado que por estos presentó un retraso de 2 meses en la programación de la cirugía debido a falta de quirófanos disponibles. Debido a este tiempo de espera, la Señora Y refiere haber vivido un momento de angustia por la posibilidad de que el tumor creciera nuevamente.

Señora E

La persona entrevistada #2 es una mujer mestiza de clase media de 60 años de edad. Es nacida en Cali. A lo largo de su vida, la entrevistada logró cumplir con diversos trabajos y comenzar algunos estudios. Principalmente, trabajó en la gobernación como secretaria en la inspección de policía por once años, aproximadamente. Durante este periodo se conoce con su actual esposo. Posterior a ello, cuando finalizaron su contrato en la gobernación y no pudo continuar realizando sus labores, su esposo toma la decisión de hacerse cargo de la economía del hogar formado con la entrevistada, por lo que esta se retira de su vida laboral formal. Sin embargo, buscando brindar apoyo a su esposo, la señora E comienza a realizar la labor de niñera, cuidando infantes de su barrio. Un tiempo después, finaliza sus labores con niños y busca apoyo en un local del barrio donde vivía, en una frutería. Esto derivado de una

separación que tuvo con su esposo, pues presentaban malentendidos que no lograron gestionar entonces. Logró vincularse con esta organización por seis años y se desempeñó atendiendo al público y despachando las solicitudes que se presentaban. Cuando finalizó su tiempo ahí, tuvo un trabajo en “Granos La Floresta”, donde su estancia fue corta, aproximadamente de un año. Actualmente, labora en una ruta de transporte, apoyando a su hermano, principalmente. Hoy en día, la entrevistada vive en la ciudad de Cali con su esposo, con quien se reconcilió algunos meses antes de ser diagnosticada, pues ella afirma que este se presentó muy cambiado y renovado, por lo que se dieron otra oportunidad; y sus dos hijas de 26 y 27 años.

A continuación se presentará la información de las dos participantes frente a su experiencia con el diagnóstico, tratamiento y recuperación del proceso oncológico. Por motivos prácticos para el análisis posterior de la información y mayor facilidad para el lector, los resultados se presentarán respondiendo a cada una de las categorías establecidas en los objetivos de la presente investigación. Cabe resaltar, que las participantes relataron su historia con total libertad y el papel de los entrevistadores fue guiar dicho relato de forma tal que se pudiera profundizar en aspectos relacionados con el inicio del diagnóstico, sintomatología emergente, herramientas de afrontamiento, espiritualidad, posición frente a la intervención quirúrgica (mastectomía), redes de apoyo, pensamientos frente a su imagen corporal y atención por parte del personal de salud.

Posterior a la sistematización de dicha información, se obtuvieron los siguientes resultados:

Duelo

La usuaria presentó sintomatología física relacionada con su seno durante los comienzos de su enfermedad. Afirma que ella presentaba sangrado por su pezón, que este estaba hendido, y que estos eran síntomas de un proceso de cáncer de seno según investigaciones que realizó a través de internet. Sin embargo, al acudir a las diferentes consultas médicas para abordar el tema, sus doctores le comentaban que no debía preocuparse, que ella no tenía “masita”, por lo que no era nada significativo, que probablemente solo “se había lastimado”. Sin embargo, los síntomas se siguieron presentando, y aunque las mamografías que le hacían, no reportaban ninguna masa al principio, con el pasar del tiempo, le realizaron un examen llamado: galactografía, a través de este se afirma que la usuaria solo tenía “los vasitos reventados” por lo que le extraerían las glándulas mamarias y su problema estaría solucionado.

Nuevamente, el tiempo continuó pasando, y finalmente una noche en su casa, la usuaria siente una masa en su seno que no le causa dolor, hecho que relaciona con las características del cáncer. De manera inmediata solicita consulta y asiste al médico. Al hacerle los respectivos exámenes, los doctores concluyen que esta masa es benigna y que la pueden operar. Se le solicitaron más exámenes previos a la cirugía... La usuaria afirma que entre el descubrimiento de la masa y la posible realización de la cirugía transcurrieron cuatro años aproximadamente. Tiempo en que la masa “crecía y crecía” y que ella “lo sentía” pues era grande.

Finalmente, tuvo que acercarse a su EPS y pedir ayuda al diferente personal, quien le ayudó a precisar con un doctor que la evaluó y le envió de nuevo exámenes, esta vez mucho más profundos, e incluso una biopsia para determinar su masa.

Los resultados del examen fueron concretados y entregados a la usuaria. Sin embargo, la cita médica de control sería posteriormente. Por lo que ella acude a una familiar para que le haga la lectura del examen y la interpretación del mismo. Esta lo lee y le dice: “Ay, tía, ¿usted por qué me pone a mí en estas?”... Este hecho hizo que la usuaria le solicitara información clara y directa a su sobrina. Ella le comenta que tiene cáncer. En este momento, la usuaria conecta con sus emociones y se produce llanto al contarlo. Afirma que ella relacionó su diagnóstico con la muerte directamente. Sin embargo, posteriormente, fue a contárselo a su familia y estos la recibieron, la acogieron y le intentaron brindar esperanza, cambiando su visión de “cáncer=muerte” a uno que estuviera dirigido a la confianza en Dios y en los tratamientos para poder erradicar la enfermedad. Entonces, a pesar de haber tenido un momento de quiebre, este fue contrarrestado por el apoyo de su familia y su sistema de creencias.

Como primera fase de tratamiento, la usuaria tuvo que llevar a cabo algunas sesiones de quimioterapia. Esta le causaba cierto grado de preocupación a ella puesto que tenía en mente que esta podría generarle algún grado de malestar al igual que producirle la caída de su cabello. Sin embargo, la usuaria se sirvió de su fe y su oración, comenta; con el objetivo de que “Dios le ayudara a atravesar las quimio”, ya que, además, presentaba cierto temor a las agujas, y no quería padecer la angustia de la canalización constantemente. La entrevistada afirma que gran parte de su proceso por quimioterapia, “se la pasó dormida”, que ella llegaba al sitio y le entraba mucho sueño. Al despertar, todo su proceso había sido hecho y que esto le

funcionó mucho para atravesar las quimioterapias sin mayor dificultad. Ella atribuye este hecho a Dios. Sin embargo, por otro lado, presentaba cierto grado de cansancio físico posterior a sus tratamientos. Comentaba que una vez acababa sus ciclos de quimioterapia e iba a su casa, tenía sólo energía en horas de la mañana, en estos lapsos intentaba encargarse de su hogar; aún así, al llegar la tarde, presentaba mucho cansancio, por lo que debía recostarse ya que no se podía sostener.

Posteriormente, la entrevistada se sometió al proceso de mastectomía. Este proceso no representó un gran grado de angustia para ella debido a que este fue significado como un procedimiento mediante el cual la persona guardaría su salud y su bienestar, y para ella, este primaba más que mantener una parte de su cuerpo que “ya había cumplido con su función”, pues la usuaria afirmó que “los senos solo sirven para amamantar, principalmente” y después de ello solo tiene un sentido estético que no iba a priorizar sobre su salud. Siendo tan fiel a este pensamiento que incluso pidió que le fueran operados ambos senos, ya que, continuar con el otro podría representar un riesgo de salud en un futuro. El doctor se negó a esta solicitud y se realizó la operación de un solo seno. Según comentó la entrevistada, la operación salió bien y durante ella, “ocurrió un milagro”, pues, el doctor le comentó que “su cáncer” había sido encapsulado, hecho que facilitó su extracción y disminuyó sus riesgos. De igual forma, la entrevistada no mencionó mayores dificultades después de su operación salvo que, después de salir de ella, el primer día cuando la enviaron a casa, tuvo un momento de crisis que fue atendido por sus familiares y su vecina, que hace parte del personal de salud. Lograron “sacarla adelante”. A pesar de haber sido un momento de mucho miedo y preocupación, la entrevistada señala que afortunadamente contó con una red de apoyo presente que la apoyó para pasar por él. Además de eso, la usuaria no da referencias de algún tipo de dificultad además de esa particularidad durante su recuperación.

Actualmente, la usuaria se sirve de espuma para rellenar el espacio en su pecho buscando que no se vea vacío en comparación a su otro espacio. Afirma haber querido intentar buscar, por motivación de su red de apoyo, prótesis o ropa con relleno, sin embargo, comenta que no le interesaba grandemente y que al intentarlo presentó dificultades para conseguir las herramientas, por lo que no le brindó mayor relevancia.

Aunque este proceso, no tuvo mucha relevancia relacionada con su aspecto o aprobación física consigo misma, pues era necesario para mantener su salud, el apoyo brindado por su esposo y por sus hijas ha resultado adecuado para ella.

Imagen Corporal

Para la entrevistada la relación con su seno se encasillaba directamente en lo estético y en lo reproductivo. Esta afirmaba que el seno sólo tenía esas dos funciones: para que se vieran “al ponerse un vestido” o para “amamantar a sus hijos”, siendo esta última la principal. Por lo que, para ella, perder un seno no significaba mucho al enfrentarlo ante la posibilidad de morir, pues, “primero era su salud” y de igual forma, la usuaria sentía que sus senos ya habían cumplido su función en su vida: amamantar y criar a sus dos hijas, por lo que perderlos estaría bien entendiendo que ya habían cumplido con esto. De hecho, es de resaltar, que la usuaria afirma que le solicitó al doctor que le realizaría la mastectomía que le retirara ambos senos, cuando solo era necesario operar uno. El doctor le comentó que él no podía hacer esto ya que era un órgano sano, sin embargo la usuaria insistía, ya que para ella, ese seno era una potencial enfermedad en el futuro y que teniendo eso claro, prefería perderlos

ambos de una vez y “quedar plana” por completo, en lugar de quedarse con uno, que podría traerle dificultades y que estéticamente se notaría.

Actualmente, la usuaria utiliza espumas en su pecho para intentar igualar el tamaño de sus senos y que no se note el espacio. Aún así, esta afirma que lo hace para que se vea estético, pero que no le importa salir sin su espuma o que alguien más la vea con su espacio o con su cicatriz, pues para ella, su pérdida significó una ganancia de salud, significó mantenerse con vida y esto es mucho más importante que tener un seno, que además ya cumplió con su función.

Recursos Psicológicos

La entrevistada logra dar cuenta de los factores del ámbito psicológico que le brindaron apoyo durante este proceso oncológico. En él se reconocen principalmente su red de apoyo, su sistema de creencias y su actitud frente al diagnóstico. El primero fue muy importante para la entrevistada, pues logró sentir que sus familiares, principalmente sus hijas y su esposo, tuvieron una alta disposición para acompañarla en el tránsito por el proceso. Sus hijas eran quienes se encargaban de acompañarla a los procedimientos del tratamiento. -¿de qué sirve que la acompañaran?- este hecho, disminuía los posibles rasgos de preocupación que la usuaria podía presentar, más que por el procedimiento como tal, refiriéndose al escenario posterior a la aplicación del tratamiento, pues ella afirma que al salir, podía presentar algo de debilidad, por lo que tener sus hijas presentes, resultaba crucial. De igual forma, su esposo se encargaba de la organización y diligenciamiento de los procesos administrativos: de tener presente las fechas, de realizar las autorizaciones, de entenderse con el personal para acordar citas, exámenes y demás. Aunque la usuaria siempre se mantenía

enterada de todo lo que se realizaba, que su esposo fuera quien principalmente enfrentaba las situaciones administrativas, podía reducir en cierto nivel, la angustia y los factores estresantes que este ámbito puede tener en los procesos de salud en un sistema como el colombiano.

La usuaria también cuenta que, en algunas situaciones sus hijas le manifestaban temor porque ella falleciera. Y que, aunque ella tenía presente que esto fuera una opción, les respondía que era una posibilidad tanto como “morir atropellada al salir” o “enfermar y fallecer”, les pedía que “no pensarán que ella iba a morir de cáncer sino de cualquier otra de las posibilidades”. Estas situaciones, afirma la usuaria, la hacían tomar fortaleza y la llevaban a reflexionar que la vida es pasajera, ella manifiesta que es “como si estuviéramos de alquiler en una casa” o “si viajáramos al exterior”, pues es una estancia pasajera. Estos momentos resultaban importantes para ella, pues, lograba enfrentar su realidad de manera directa y afrontar sus temores relacionados con perderse la realización de sus hijas (verlas casadas y con familia). Esto potenciaba la fortaleza de la entrevistada y facilitaba que esta desarrollara recursos para afrontar la realidad a la que estaba siendo expuesta.

Por otro lado, su sistema de creencias tomó un rol crucial a través de todo su proceso. La usuaria responde a creencias de características cristianas. Ella afirma que su fe le dio la fortaleza para no decaer ante las dificultades emocionales que un proceso oncológico puede traer consigo. Cuenta que tanto ella como su esposo “siempre estuvieron sujetos de la mano de Dios” y que esto le daba esperanza para seguir y creer que estaría sana “si esa era la voluntad de Dios”. Cabe resaltar, que la usuaria cuenta que algunos de “sus hermanos” de la congregación, solían juzgarla debido a que ella se sometía ante el dictamen y tratamiento médico, y para ellos eso estaba mal visto, debido a que significaba “que ella no tenía tanta fe o no creía que Dios podía salvarla, Él solo”. Sin embargo, la entrevistada afirmaba que su fe siempre fue fuerte pero que para ella era claro que “Dios no podía hacer todo solo”, que Él se

encargó de “capacitar a los médicos” para que pudieran ayudarla a ella. Representaba a su personal asistencial como una extensión o resultado de aquello que quería Dios para ella. Incluso, en el momento de su operación, cuando le extrajeron el tumor de su seno, el doctor le comentó que “su cáncer estaba encapsulado” y que eso era “un milagro médico”. Hecho que reafirmaba la fe de la usuaria y le significaba que Dios “había actuado en ella” como respuesta a sus oraciones. En conclusión, su certeza en que Dios le ayudaría y haría su voluntad, la apoyó en sus momentos de tránsito por el proceso y le brindó la seguridad para seguir adelante y creer que estaría sana.

Atención del Personal de Salud

Durante las entrevistas se halló que la atención brindada por el equipo asistencial a la entrevistada fue de suma importancia para la relación que tuvo esta con su enfermedad y su tratamiento. Lo anterior se debe a que, gracias a las características del personal que la atendía, la usuaria logró significar el espacio de tratamiento y consulta como uno relacionado con la ganancia de salud, con la amabilidad, con la claridad y comprensión de su proceso. Esto hizo que la usuaria no desarrollara algún tipo de malestar al acercarse al servicio sino que por el contrario, pudiera tomarlo como un espacio en que la atenderían de buena forma y buscarían mejorar su salud y calidad de vida.

Esto se vio aún más contrastado cuando la usuaria comentó que en una oportunidad tuvo una consulta con un doctor que “no fue de su agrado”, pues, al ella cuestionarle sobre una posibilidad de cambio de tratamiento, este le contestó de una forma “déspota” como ella lo describe. Afirma ella que notó significativamente el cambio al recibir la atención de este doctor, pues el resto de su equipo tenía “calidad humana”, esto entendido como que brindaba un buen trato y aunque eran directos y claros con la información, no perdían la empatía. El cambio para ella fue tan relevante que solicitó de inmediato el cambio de ese doctor.

Finalmente, para la usuaria es importante que el personal médico que trata a personas oncológicas no pierdan su empatía ni calidad humana al brindar la atención. Afirma que “aunque uno se esté muriendo”, deberían darle palabras de ánimo. Que no porque una persona, sea, por ejemplo: terminal o “ya no haya nada que hacer”, pues le digan “no es que usted ya se va a morir” y no le brinden posibilidades. Para ella es crucial que el equipo pueda brindar un mensaje esperanzador y de calidez humana.

Discusión

Comprender un proceso de duelo implica reconocer lo perdido. Ahora bien, cuando se habla con pacientes oncológicos, específicamente pacientes que padecieron cáncer de mama y que, a causa de este, tuvieron que someter su cuerpo a una serie de intervenciones, es necesario se utilice una concepción de la pérdida más amplia que la conocida convencionalmente; es decir, de la pérdida como muerte. Neimeyer (2002), define la pérdida como “cualquier daño en los recursos personales, materiales o simbólicos con los que hemos establecido un vínculo emocional” (pp.47). En este punto es importante resaltar que en el caso de las mujeres mastectomizadas, será indispensable prestar atención al componente simbólico del seno. Diaz (2010), a partir de su experiencia clínica en el área oncológica, plantea que los tumores que afectan partes del cuerpo como genitales, zonas reproductivas o mamas, están cargadas de representaciones subjetivas y culturales, lo cual ocasiona que estas no sean vistas solo por su funcionalidad sino también por su valor simbólico. Es por ello que, por medio de las entrevistas realizadas en esta investigación, se buscó comprender lo que ellas habían perdido.

Ahora bien, en el caso de la señora E, el significado de su seno estaba directamente relacionado con la maternidad. Atribuía explícitamente la existencia del seno con la labor de amamantar, de alimentar a un hijo; esta afirmaba ante la cuestión planteada: “(el seno) sirve para amamantar, porque para nada más sirve” y una vez cumplido este objetivo, el seno no tendría más relevancia que ser un factor estético; comentaba: “yo creo que es para amamantar y estético, porque si tú te vas a poner un vestido, se ve abultado y se ve bonito... entonces sí, estética”. También hizo referencia de manera irónica a que “el seno es un lugar para acumular enfermedades”, pues posteriormente, relata una historia de una conocida suya que desarrolló

cáncer de seno por un golpe que se dio en un bus, según comenta ella. Este hecho llevó a la entrevistada a concluir que el seno es muy delicado y que, además de servir para alimentar y ser estético en la imagen femenina, podía causar enfermedades, como era su caso y el caso de su conocida. Es posible que detrás de esta afirmación se halle un tipo de hostilidad de la usuaria dirigida hacia esta parte de su cuerpo. Esto se podría entender de la siguiente forma: para ella la función principal del seno es la alimentación, proceso que ella ya había realizado con sus hijas cuando fue necesario en su infancia; por lo que sus senos pasaron a cumplir una labor estética que parece no ser tan relevante para ella, entendiendo su contexto. Por lo que se podría hipotetizar que “si no hubiese tenido este seno tan delicado, no tendría esta enfermedad” y, cómo su seno ya había llevado a cabo su objetivo principal, pues este no le haría vital falta en su vida. Aunque esto no se obtiene explícitamente, podría hallar relación en lo expresado por Neimeyer (2002) respecto a las tareas a atravesar durante las pérdidas. Una de ellas es abrirse al dolor, que persigue la idea de exponerse a las emociones causadas por la pérdida y experimentar las mismas progresivamente, reconociendo los diferentes matices emocionales que esto pueda traer, con el objetivo de reconocer el impacto emocional, poderlo transitar y no alargar un proceso de manera “innecesaria”. Es posible que la señora E enfrente de manera implícita este sentimiento de hostilidad por su seno al ser un causante de enfermedad para sí misma y que, incluso, este sentimiento haya facilitado la decisión de perder su seno debido a un posible rechazo hacia él. Este evento se puede percibir cuando la entrevistada relata la decisión de llevar a cabo su mastectomía, pues, ella le solicita a su doctor quitar ambos senos:

“Te vamos a quitar el seno. Y yo: ah, listo, doctor, y ¿no hay posibilidad de que me quite el otro? Y él: ve, ¿Cómo así? Si el otro está bueno. Le dije: para evitarme otro

día que... que otros años más... que de pronto me dé en el otro seno, entonces
quítemelo de una vez”

Aunque es claro que la decisión de realizar su mastectomía y solicitar la extracción de su seno sano a la vez, está atravesada por múltiples factores -, también se ha de tener en cuenta que, tal y como menciona Neimeyer (2002), la persona transita por diversos matices en sus sentimientos y es posible que este matiz de hostilidad tenga lugar en el caso de la señora E, pues es por la existencia de esta parte de su cuerpo que se encontraba enferma había tenido que pasar por todo un proceso de malestar atravesado por situaciones complejas, que aunque bien sorteadas en su caso, se puede decir que no serían deseables. Sin embargo, es una situación en la que habría que profundizar de mayor manera y es posible que ello sobrepase los límites de esta investigación.

Por otro lado, la señora E tuvo que someterse a un proceso de mastectomía con el objetivo de mantener su salud y su bienestar. A pesar de que lo esperado sería que esta decisión fuera una compleja de tomar teniendo en cuenta el significado que tiene el seno para la figura femenina, culturalmente hablando, para la entrevistada este fue un proceso “simple”. Puesto que debía decidir entre mantener una buena salud y bienestar y perder un seno. Sin embargo, este proceso se pudo haber visto facilitado cuando se nos remite al significado que tiene el seno para la señora E: esta es una parte de su cuerpo que sirve principalmente para la alimentación de sus hijos. La entrevistada cuenta con dos hijas, a pesar de ello, ambas son mayores por lo que esta función no sería necesaria. Es decir, el seno de la señora E ya habría cumplido con su objetivo principal, por lo que fue relegado a cumplir con un objetivo secundario que es el dar un valor estético; lo que se evidencia cuando se le interrogó cuál sería la función de su seno posterior a cumplir su tarea de amamantar: “sí, estético porque la

función de amamantar ya no estaba” Aún así, también se ha de tener en cuenta la edad de la señora E. Es una mujer que está comenzando la séptima década de vida y cuenta con una pareja estable con quien la ha compartido una gran parte de su vida y quien apoyó sin juicio ni dificultad que esta se sometiera al procedimiento, este afirmó: “no crea que porque a usted le van a cortar un seno, yo a usted la voy a hacer de lado, o le voy a hacer el feo, porque no... Antes, por el contrario, tranquila, ¿usted cree que eso a uno le preocupa? Si usted tiene que estar, es mejor dicho... y todos tenemos que estar es como al pie del cañón que nada a usted le afecte; que nada te afecte, que no te estreses”. Teniendo en cuenta lo anterior, es posible que para la señora E el factor estético que le brindaba su seno no era tan relevante, puesto que su esposo estaría de acuerdo con su nueva imagen, su familia la apoyaba en la decisión y para ella, esta función no era principal. Esto se ve evidenciado cuando se le pregunta, por ejemplo, si a ella le causaría algún tipo de malestar que otra persona le viera el espacio que quedaría posterior a la cirugía, a lo que ella responde: “No, no, para nada, para mí es algo normal.”. Además de lo anterior, y la parte más crucial de la decisión tomada por la entrevistada es que siempre “primaría su salud”. Según lo dicho por ella durante los encuentros, su salud era lo primero y gracias a este proceso pudo aprender a valorarla más. Por lo que, al tener que enfrentarse ante la decisión, su salud fue priorizada y el “sacrificio o pago” que tuvo que dar a cambio, aunque notorio, posiblemente no haya sido de gran valor para ella teniendo en cuenta las características antes mencionadas. La entrevistada afirmó: “uno puede vivir sin un seno... ¡hasta sin un pie! ¡Sin dos pies! Pero sí... si tú tienes ganas de vivir, tú te montas”. Al igual que:

“...yo lo he visto como algo normal. Bueno, que me pasó, que me lo tuvieron que quitar para bien, para mi salud... Listo, con tal de que siga viva, eso no pasa nada. O

sea, a mí no me ha dado que esté frustrada o que me dio depresión, que porque no tengo mi seno... no mira que no, o sea, yo lo veo por el algo positivo”.

Es claro que se presenta un proceso de duelo, en tanto se está produciendo una pérdida, que además de ser simbólica, es física, y acarrea numerosos procesos de adaptabilidad y gestión del cambio en la persona que la sufre. Además, en este mismo proceso, es necesario evaluar los significados que a lo largo de su vida se construyen en relación con uno mismo y con las partes que lo componen, como en este caso, el seno, o con otras, como la salud, que también atraviesan la vida de las personas.

Para Neimeyer (2002), reconocer la realidad de la pérdida resulta crucial para comenzar un proceso de duelo efectivo, pues se confronta la ausencia de lo perdido y el reconocimiento del mismo. Se podría decir que la Señora E, debido al largo proceso administrativo, el cual según comenta duró alrededor de los 4 años, y a su interés propio por obtener información respecto a su patología a través de herramientas como el internet, incluso cuando no había sido diagnosticada, le pudo permitir enfrentar la realidad de lo que perdería de manera anticipada, hecho que le daría mayor tiempo para afrontar la posibilidad de que su pérdida se diera; lo que podría producir una disminución del malestar causado al momento de la noticia; que aunque sí se presenta tristeza en el momento, se logra transitar por ella y proseguir con el proceso, debido a que la situación ha ido siendo confrontada.

Se podría afirmar que la señora E pudo tener un periodo de duelo anticipado previo al momento de su diagnóstico, debido a que para ella era evidente que la situación que estaba atravesando se trataba de cáncer, como se puede observar en lo afirmado por ella:

“... es una masita benigna, ¿de qué te preocupas? Le digo: no doctor, yo ya tengo el pezón hendido y eso son síntomas de cáncer y me dice: no, ¿quién te metió esa idea a la cabeza? Digo: no es que las estadísticas lo dicen, yo he estado mirando”

“... yo ya había visto, pues, eso... los síntomas de cáncer y no, yo decía: pero es que yo tengo el pezón hendido... yo pienso que yo tengo cáncer”

A pesar de que no obtuviera una confirmación diagnóstica y que, de hecho, los médicos negaran la posibilidad de tener una patología oncológica, la entrevistada continuaba firme ante la idea de que lo que le estaba ocurriendo era un proceso canceroso.

Asimismo, la entrevistada afirmó en múltiples ocasiones que ella se mantenía informada respecto a sus síntomas, a su enfermedad, al proceso que iba llevando, a las posibles consecuencias de esta, etc. Un ejemplo de ello, es cuando le anunciaron que debía someterse a un proceso por quimioterapia, hecho que la entrevistada relacionó con la pérdida de cabello. Ella relata que solía revisarse su cabello para medir su caída. Cuando llegó el momento de enfrentar esta pérdida, la señora E tomó de manera inmediata la decisión de cortar todo su cabello, pues para ella era algo que ocurriría y simplemente estaba esperando a que se presentara la ocasión. Con lo anterior, se podría presentar que la señora E ya tenía una idea clara de las posibles consecuencias y situaciones que debería enfrentar durante su tránsito por el proceso oncológico. Por lo que, entendiéndolo en términos de Rando (citado en Loitegu, 2008), las diferentes pérdidas ya habían sido anunciadas para la entrevistada, es probable que ella ya hubiera tenido presentes los diferentes escenarios que debería enfrentar y esto hubiese, como afirma la autora, facilitado la oportunidad de aceptar la realidad de la pérdida de manera anticipada. Asimismo, el tiempo que tuvo la señora E para darle trámite a

su proceso fue alto (4 años), por lo que en este tiempo, se podría considerar que ella pudo ir enfrentando de manera progresiva la idea de las pérdidas que probablemente tendría que afrontar en cuanto empezará con su proceso. De igual forma, como explica la autora, este tiempo anticipado pudo ser una situación pertinente para la adquisición de fortaleza. El conjunto de estas situaciones probablemente facilitó una separación emocional de forma gradual, hecho que influyó cuando la señora E. tuvo que vivenciar su proceso de pérdida real; pues pudo causar que este no fuese tan impactante como lo hubiera sido si el escenario se hubiera dado de manera inminente y sin preparación previa.

La Señora E y La señora Y comparten un mismo elemento perdido, esto desde lo real de la pérdida; ambas comparten la pérdida física de uno de sus senos. Sin embargo, el relato de cada una hace evidente que dicha pérdida fue atravesada por elementos simbólicos diferentes. Anteriormente se pudo poner en evidencia los elementos que fueron partícipes en el proceso de duelo de la Señora E, donde incluso se identificó en ella una preparación anticipada para la pérdida. Contrario a ello, en el relato de la Señora Y, se perciben elementos que marcaron el proceso de forma diferente. Díaz (2010) menciona que en el duelo se puede presentar una confrontación con la realidad que de alguna manera anuncia un porvenir. Esta confrontación se ve reflejada a modo de negación. Desde el descubrimiento del tumor y los distintos exámenes que debió realizarse la Señora Y, se presentó esta situación con lo palpable en su seno. La Señora Y, un año antes de sentir la masa que sería maligna en su seno, ya había acudido al médico por una masa similar (benigna) que le había salido en su otro pecho. Sin embargo, esta se presentó a causa de su ciclo hormonal, por lo que al cabo de un mes desapareció sin necesidad de intervención médica. A causa de dicha experiencia, un año después, cuando nuevamente sintió una masa, no se alarmó, dado que pensó que la situación sería similar a la vivida anteriormente: “yo me sentí la bolita..., yo pensé que era

igual: una bolita. Al siguiente mes me volví a hacer y ya la bolita no estaba tan chiquita, ya estaba más grande y ya el dolor ahí sí era más fuerte”. Esa experiencia previa, sumado a las creencias culturales que algunos conocidos y personal de salud le manifestaban a través de la frase : "mama que duele, no es cáncer", la motivaron a sentirse distante a la idea de un diagnóstico de cáncer y así, mantener la esperanza de su salud e integridad.

La esperanza en los procesos de duelo puede ocasionar que las personas tengan una idea o prospección diferente frente a las implicaciones de la pérdida. Haciendo que el proceso de preparación para la esta se realice pensando en un impacto distinto o menor. Un ejemplo de lo anterior se percibe en las pacientes a las que les realizan reconstrucción del seno en la misma intervención quirúrgica en la que les realizan la mastectomía, pues “Fantasean que no habrán de enfrentar pérdida alguna” (Díaz, 2010). En el caso de la señora Y, quien tuvo una experiencia similar cuando le realizaron la mastectomía y en la misma cirugía llevaron a cabo la primera parte del proceso de reconstrucción de su seno, se identifica que sí hay un reconocimiento de la pérdida al momento de ver su cuerpo; sin embargo esta tuvo un menor impacto:

“a los 8 días me quitaron la venda y ahí ya uno se ve. Sí fue, sí fue, pues es, como impactante, pero pues igual como a mí me dejaron ahí la reconstrucción pequeña, yo siento que no fue como tan duro, pero sí fue impactante, pues ya no tenes ahí el seno, la cicatriz, igual pues uno tenía mucho dolor ahí en ese momento, pero pues igual uno ahí al verse si es como muy impactante, como que bueno ya no está”

Es relevante señalar cómo en ese primer momento, no hay un reconocimiento de la mama reconstruida como seno. Pues se refiere a este como “la reconstrucción”.

En varias ocasiones del relato de la Señora Y se puso en evidencia el dolor que la estuvo acompañando durante gran parte del proceso. Retomando a Diaz (2010) se encuentra que hay dos aspectos que pueden implicar una manera de anclaje a lo perdido: el dolor y la mirada. Ambos presentes en la experiencia de la Señora Y. Durante las entrevistas fue difícil que la Señora Y pudiese elaborar el significado que ella le atribuía a su seno. Anteriormente se había mencionado que el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación para la señora Y, ha sido en gran parte acompañado de dolor. Aun así, poco más de un año después de su cirugía, refiere que continúa con dolor. El personal especializado no le acuña causa relacionado con alguna cuestión patológica; por el contrario, puede deberse a la falta de movilidad del brazo dada la intervención quirúrgica:

“Yo tuve control con la doctora esta semana y me dijo que todo súper bien, pero me mandó a terapias física por esa parte, porque ella dice que es más de terapia que suelte más el brazo, pero es que a mí todo el día me duele, yo no puedo dormir, o sea, para este lado no duermo *Señala el lado derecho de su cuerpo donde le realizaron la intervención*, todavía tengo que dormir más para el otro lado.”

“Despertarme todos los días con el bendito dolor es desgastante, o sea, yo permanezco con el dolor 24 horas y esta es la época no se le ha quitado el dolor.”

La experiencia de no reconocer la mama reconstruida como su seno, sino como “la reconstrucción” sumado al dolor constante que siente en dicha zona, se puede comprender como una forma de mantenerse en lo perdido. Incluso, se podría hipotetizar que no reconocer su seno reconstruido, responde a una forma de rechazo por esta nueva forma corpórea. Esto se logra evidenciar en el relato de la señora Y, cuando “culpa” a la reconstrucción por sus dolores actuales y las complicaciones en la recuperación:

“Yo no sé si en unos años diré si me quiero hacer la reconstrucción completa ... yo no quiero nada, de verdad, yo digo, yo hubiera preferido no hacerme nada, pero igual no sé si, sí a mí me duele, o sea, yo le echo la culpa a la reconstrucción, pero yo decía: porque me quitaron el seno, que también me dolía tanto, pero igual, ¿si no tuviera reconstrucción también me estaría doliendo igual?... sino que yo le echo la culpa a todo el proceso, pues de la reconstrucción, pues por todo lo de la herida todo eso, que de pronto no sanó bien.

En cuanto al dolor, el trabajo clínico realizado por Diaz (2010), puede brindar un factor explicativo a este síntoma recurrente en la entrevistada, pues puede tomarse como la forma que tiene ella de aferrarse a aquello que perdió durante este proceso, en este caso: su seno. Ya que con la presencia del dolor, hay un recuerdo constante de lo acontecido, es decir, del retiro del seno. Siguiendo con esta misma idea de la autora, la mirada del otro juega un papel de anclaje a lo perdido, pues esta también se entiende como una corroboración constante de la pérdida. En la experiencia de la Señora Y, hay dos momentos donde aparece este elemento, en los murmullos de la gente en la calle tras su presencia, este fue nombrado cuando se le cuestionaba a la Señora Y sobre cómo se sentía con la decisión de no continuar con la reconstrucción, pues de esta solo se llevó a cabo la primera cirugía de tres que estaban pensadas. La Señora Y refiere que se siente tranquila con la decisión que tomó, sin embargo, por conservar la asimetría de sus senos, se ve en la situación de sentirse observada: “Hay momentos, pues de pronto que uno ve así que uno va caminando en la calle que queda mirando que quedan como viendo”, y aunque a esas miradas ella refiere “no pararle bolas”, según lo revisado en Diaz (2010), estas pueden entenderse como un recuerdo constante de que en su pecho hay una pérdida. Dado que aun cuando la Señora Y intenta negar la realidad donde hay un sentir de la pérdida por medio de la premisa “no le paro bolas”, el reconocimiento de la presencia de esa mirada externa que se cuestiona o se sorprende por la

apariencia corporal de la Señora Y, deja en evidencia que hay un sentir frente a esa apariencia, el cual se refuerza con la mirada del otro. De igual manera, durante las entrevistas realizadas, al momento de abordar esta temática, se podía observar en su comunicación no verbal gestos asociados con el desagrado y la angustia que refuerzan la idea de que se presentan afectos relacionados a esta situación. También cuando se quería profundizar en cómo era su vivencia al recibir esta mirada de un otro, solían haber espacios de silencio y de cierto grado de dificultad para elaborar un discurso y una descripción sobre el tema. Esto se puede ver también en la experiencia íntima de la Señora Y con su pareja, pues en estos encuentros es cuando mayormente debe de enfrentar la mirada del otro, sentir la pérdida y asumir los cambios en su cuerpo. Cuerpo con el no se siente conforme en sus exploraciones íntimas y gracias al cual puede reconocer su pérdida:

“En la parte íntima con mi esposo...yo me sentía, me siento como fea, como que no estoy completa. Y pues siempre, yo con mi esposo 24 años de casada, entonces toda la vida, como que vos ya tenés las partes que más le gustan a tu esposo y una de esas eran esa parte y aunque mi esposo nunca me ha dicho nada, o sea, él siempre: "no importa amor, no pasa nada", como que cero importancia, pero para mí sí, volver a tener esa parte íntima, ha sido complejo, todo este tiempo ha sido medio complicado, yo sé que él me ha tenido mucha paciencia, pero sí, volver a estar bien bien, como que siempre hay algo ahí, como que pues bueno no lo tengo pero pues, como que a la vez sí me hace falta.

Revisando los recursos psicológicos que hicieron parte dentro del proceso de cada una de las participantes se encontró que ambas comparten el elemento de la espiritualidad, el cual “puede desempeñar un papel importante en la respuesta que damos ante la muerte y la

pérdida”(Neimeyer,2002,pp. 158). En el caso de la Señora E, la entrevistada se autoreconoce como perteneciente a la religión cristiana-evangélica, la cual se podría definir como una afiliada al seguimiento de los valores tradicionales y a la fe compartida por Dios a través de sus escritos.

La entrevistada manifiesta haber pedido apoyo espiritual a su Dios y haber obtenido respuesta del mismo durante su transitar por el proceso oncológico, hecho que hacía que su confianza en Dios aumentara y su esperanza de “vencer” su enfermedad también. De hecho, desde el primer momento en que supo y confirmó su diagnóstico, fue su creencia en Dios quien aclaró la tristeza que le trajo el recibir la noticia. Así lo relató:

“Mi esposo está con mi mamá. Entonces me dijo: ¿qué paso? Entonces, yo: que tengo cáncer... Él: Tranquila... Entonces cuando él me dijo: tranquila, yo dije: sí ¿no? tengo que estar tranquilo y me dijo: no, mami, mientras haya vida y esperanza... el médico no han dicho que te vas a morir ni nada, y ya te hiciste la película... y yo: no, pues, si a uno le dicen que tiene cáncer, uno dice: ah, no ya, ya se murió... ya..., ya es para morir. Entonces, bueno, entonces él me dijo: no tranquila. Nosotros somos cristianos. Entonces me dijo: no, mami, pidámosle a Dios. Dios tiene la última palabra. Digo: sí, ¿verdad no? Entonces ya, me tranquilicé y me tranquilicé”

En el anterior fragmento se puede apreciar que tanto su familia como la señora E hallan tranquilidad en su factor espiritual para enfrentar de primera mano la noticia recibida y la situación planteada. Esto ocurre incluso antes de que se dirigiera a un médico y recibiera un posible plan de tratamiento. Por lo que se reconoce que la herramienta espiritual además de haber sido uno de sus principales apoyos, también fue uno de sus iniciales, por lo que fue utilizado en la totalidad de su proceso.

Para ella su creencia en Dios significó una esperanza en su proceso y de alguna manera un factor explicativo dentro del mismo. Como expresa Neimeyer (2002), poder encajar el evento de la pérdida en una creencia religiosa o espiritual, mejora la adaptación a ella, ya que se puede relacionar el acontecimiento con una voluntad divina o un orden superior. Dicho de otra forma, el factor espiritual le facilita a la persona tener un repertorio explicativo que dé razones del porqué de su situación actual. En una patología como el cáncer, hallar una respuesta sobre el origen del mismo puede ser complejo; por lo que poder tener una opción espiritual que brinde respuesta a esto, será de suma ayuda para las personas dentro de este proceso. Y aunque las personas podrían significar la presencia de la enfermedad como un aspecto negativo, como un posible “castigo” de su Dios; la señora E no lo hizo así. Por el contrario, para ella este proceso fue una enseñanza de vida:

“Después de todo este proceso aprendí como a querer más la vida. Como a disfrutar de todas las cosas bonitas, o sea, así... porque uno a veces es como: ay, la vida... (gesto de desagrado); pero cuando uno siente allí, como yo sentí que lo más duro fue ahí cuando me dijeron: tienes cáncer...Pero ya después, de que ya... con los procesos... la vida es muy bonita, la vida es muy bonita. Entonces uno ya como que quiere cuidarse, estar pendiente de su salud”

De igual forma, la entrevistada comentó la idea de que “será lo que Dios quiera”, sin embargo, este deseo de Dios es relacionado por la persona con la idea de que este ser buscará un bienestar para la misma, hecho puede traer cierto grado de calma ya que aunque la situación pueda parecer compleja de abordar, creer que un ser omnipotente está organizando todo para llegar a la ayuda de la persona, puede aportar el alivio necesario. En el caso de la señora E, incluso se produce un momento en que tanto el personal asistencial como ella,

reconocen que “hubo un milagro” ya que se halla su cáncer “encapsulado” al momento de operar y esto facilita la extracción del tumor. Este hecho resulta crucial para la entrevistada, pues de hecho, refuerza la idea de que “Dios está con ella” y que “ella está en las manos de Dios”, pues se le dio un beneficio como “respuesta a sus oraciones”. De la misma forma, Worden (2013) concibe la espiritualidad como un mediador que puede ayudar en el proceso de duelo para que este se elabore de una mejor manera. Es claro el cumplimiento de esto en la entrevistada, pues denomina su espiritualidad como uno de los principales factores que “le ayudó en su proceso”. Asimismo, contar con herramientas tales como la oración, que hacen parte de la religión cristiana, facilitó el tránsito por el proceso de duelo que vivenció la entrevistada; pues, en los momentos donde se presentaban situaciones difíciles, y en el proceso en general, podía acudir a esta actividad, en la que pondría su esperanza y su fe, esperando una ayuda divina. De alguna forma, se desplaza el peso del malestar de la realidad que se está viviendo, a una en donde “todo puede salir bien” porque “Dios está conmigo”.

Experiencia similar a la vivida por la Señora Y, quien al momento de preguntarle por los elementos de afrontamiento que la acompañaron en su proceso, menciona a “Dios”. A diferencia de la Señora E, quien atribuye el éxito de su proceso al factor de la espiritualidad, en la Señora Y se presentaron formas diferentes de vincularse con Dios, pero que de igual manera cumplieron la función de facilitar el duelo. La señora Y, refiere que desde muy pequeña ha tenido una relación cercana con las creencias religiosas:

“La familia de mi papá era pentecostal. Entonces, pues siempre tuvimos esas creencias desde Chiquitos. Y mi Diosito siempre ha estado ahí conmigo, todo el tiempo, pero pues hay momentos en que vos, pues ya estás como supuestamente bien, bueno, qué crees que todo está bien, y te vas alejando, como que ya no necesito tanto de Dios o lo buscamos de vez en cuando.”

Neimeyer (2002) refiere: “Muchas personas sienten la necesidad de revisar sus creencias religiosas en los momentos que siguen a una pérdida importante” (pp.158) En la Señora Y, dicha revisión de las creencias religiosas se dió desde antes de afrontar la pérdida de la mama. Incluso, si se piensa desde una pérdida más amplia, con el diagnóstico del cáncer se puede llegar a sentir una pérdida de la salud, lo que también implicaría un proceso de asimilación. Con los síntomas emergentes de la quimioterapia, la Señora Y empezó a explorar diferentes emociones, que iban de la ira a la tristeza. Frente al manejo de estas emociones, surge el refuerzo de su vínculo con Dios, pues ante estas emociones, la Señora Y optaba por tener momentos de oración o de escucha de música cristiana para lograr apaciguar las emociones que surgían por su situación de salud.

Sumado a esto, se evidenció en la Señora Y un mecanismo de identificación con la figura religiosa de Jesús, pues, para ella, su vivencia se asemeja a la vivencia de la crucifixión:

“Muy pegadita de Dios. Orando en esos momentos así duros, había momentos en que me ponía a pensar en todo lo que vivió Jesús, de todos los dolores, y todo eso, pues de toda la historia de cuando lo crucificaron; yo decía: “ay Dios mío, yo creo que es algo parecido a lo uno está sintiendo con estos dolores”. Entonces era como ese acompañamiento de él ahí conmigo.”

Como ya se ha podido evidenciar hasta el momento, el tratamiento del cáncer tiene diferentes implicaciones no solo a nivel físico; como la pérdida del cabello, náuseas, cambios en la tonalidad de la piel y las distintas intervenciones quirúrgicas o farmacológicas, sino también emocionales, pues cada uno de estos síntomas o tratamientos implican para la persona una reacción emocional. Las cuales pareciera pueden ser sólo comprendidas por quienes las viven, pues: “Es tu cuerpo literal luchando contra la enfermedad”. A raíz de este

sentir, reconocer en un otro una experiencia similar a la vivida, puede facilitar el afrontamiento de emociones.

Por otro lado, el factor social fue de mucha importancia en el proceso de duelo de la entrevistada. Worden (2013) considera que los mediadores son factores que interactúan con la labor del duelo y hace que este sea un proceso particular para cada pérdida. De manera más precisa, las variables sociales resultan importantes para transitar y tramitar el proceso de duelo, pues este es denominado como un fenómeno. Del mismo modo, el autor expresa que realizar un duelo con apoyo social puede mitigar las sensaciones negativas que este trae consigo y resulta importante que la persona pueda percibir este apoyo como uno útil para ella. En el caso de la Señora E, su red de apoyo fue uno de los elementos más importantes en su proceso, pues, recibía constante acompañamiento de calidad y colaboración de los miembros de su familia. Estos hacían parte de sus procesos, le ayudaban con la organización administrativa, la sostenían en los momentos difíciles y le ayudaban a tener una perspectiva diferente de su proceso. Respecto a su esposo, ella mencionaba:

“Él está muy pendiente, por ejemplo, de las citas, ya que a veces a mí se me olvida, por tanta fórmula que me dan. Entonces, él no me mira las fórmulas. "Venga, yo voy a preguntar la fórmula", "Sí, voy a mirar los exámenes" O va a reclamar y está muy pendiente de eso”

También, un ejemplo de ello es que sus hijas solían hablar con ella asustadas porque pudiera fallecer, hecho que le permitía a la entrevistada poder cuestionarse ella misma su posición frente a su enfermedad y a su proceso, haciéndola capaz de darles ánimo a sus familiares y mitigar sus temores. Ella podía proponer otras formas de percibir el proceso y de enfrentar el mismo, hecho que reconoce le fue de ayuda.

De igual forma, se puede resaltar lo hecho por su esposo al tener que enfrentar su caída de cabello como consecuencia de la quimioterapia:

“... le dije a mi esposo: amor, se empezó a caer el cabello ya. Me dijo: ¿en serio? Yo dije sí, ya, mira. Me dijo: entonces llamemos la estilista, ¿usted quiere que la llamemos? Y dije: sí, sí. Entonces la llamamos, y ella de una me metió la máquina y mi esposo se metió la máquina conmigo de una vez, se calveó conmigo y ya”

Lo anterior puede representar de manera clara el apoyo que recibió la señora E por parte de su familia, quien a través de actos como este, le hizo percibir su apoyo y la acompañó, incluso compartiendo la “misma experiencia”, a través de su enfermedad. Este hecho, potencia la idea de que el proceso oncológico y sus riesgos emocionales fueron mitigados por un mediador social, en este caso, su familia; lo que hizo más llevadera su tránsito por la situación.

En la Señora Y también se hizo evidente el apoyo social como facilitador. En su experiencia, su familia, es decir; hijas y esposo, fueron el apoyo más estable durante todo el proceso. Estos acompañaron sus procesos de recuperación posterior a las quimioterapias, además, ayudaron a que la Señora Y pudiera comenzar a reconocer sus distintas emociones durante el proceso, pues cuando los cambios emocionales eran evidentes, se lo manifestaban y esto le permitía poder trabajar en regularse, especialmente a través de la espiritualidad:

“Con mi familia, mi esposo estuvo ahí todo el tiempo, pero pues mi esposo trabaja todos los días, mi hija también estudiaba todo el día y la menor, pues si llega del colegio...pero siempre los primeros días de la quimio, como primeros tres o dos días,

por eso siempre tratamos de que fuera un viernes para poderme quedar el fin de semana en casa con mi esposo y mis hijas”.

Continuando con el aspecto del acompañamiento, la Señora Y hace evidente que para ellos su experiencia oncológica también tuvo repercusiones emocionales. Esto podría entenderse dada la relación cultural que se da entre el diagnóstico de cáncer y la muerte. Pues se podría pensar que para los familiares también existía dicha angustia por una posible pérdida de la vida y por la pérdida de la salud que estaba afrontando la Señora Y. Siguiendo a Neimeyer (2002) se entiende este aspecto como una confrontación social, pues el grupo al que pertenece la Señora Y, en este caso su familia, también se ve afectada por la pérdida. Aun así, bajo una idea del cuidado de quien vive la enfermedad, los familiares prefieren no hacer evidentes sus emociones. Aunque relevante, este aspecto no se indaga a profundidad dado que se sale de los objetivos de la investigación, pero podría considerarse para futuros proyectos. La señora Y manifiesta:

“Ellos siempre estuvieron pendientes todo el tiempo de mí y sé que para ellos también fue muy duro, porque igual muchas veces uno no está del mismo ánimo, o sea, yo no estaba del mismo ánimo y terminaba como desquitandome con ellos o hablándoles mal o mi esposo me decían: “Ay amor, usted está muy malgeniada”, o Por cualquier cosita reaccionabas, otras veces me ponía demasiado triste, pero para ellos también fue difícil.

Sorpresivamente, dentro de los elementos de apoyo también hizo presencia la mascota de la Señora Y, a quien adoptaron al comienzo del tratamiento. Londoño et.al (2018), refiere que “Las mascotas pueden llegar a tener un impacto principalmente positivo en la percepción

de bienestar por parte de los adoptantes, la cual parece estar relacionada con el rol asignado y la función que se les atribuye o se les da a los animales de compañía”(pp.66). En el caso de la Señora Y, y su familia, la adopción fue impulsada por el impacto emocional que podría tener la mascota en el momento específico, es decir, la enfermedad de la Señora Y. Por lo tanto, a su mascota se le atribuyó una función “instrumental”, dado que se le atribuyeron funciones terapéuticas.

La función terapéutica de la mascota de la Señora Y se hizo evidente cuando ella refiere: “Él, por ejemplo, iba y me acompañaba, yo estaba ya en la cama tirada y él se me acostaba y me acompañaba ahí, entonces uno nada más de tenerlo ahí, de verlo, acariciarlo, se siente bien”. Se entiende entonces que la función de la mascota era ser acompañante en el día a día de la señora Y.

Hasta el momento, se ha puesto en evidencia los aspectos positivos del factor social de Worden (2013), el cual puede facilitar los procesos de pérdida. Aun así, Según se puede evidenciar en la experiencia de la Señora Y, en ocasiones el factor social puede no ser satisfactorio para la persona. En este caso, cuando la señora Y relata el apoyo que recibió por parte de otros de sus familiares, como sus tíos y madre, menciona que este no siempre generaba en ella una buena sensación, pues con ellos, se hacía evidente las diferencias en las formas de afrontar la enfermedad:

“Mi familia fue un apoyo, pues fundamental ellos están muy pendientes, pero a la vez a veces me sentía, sobre todo con mi mamá, porque mi mamá quería que comiera de todo, que hiciera eso, que lo otro, entonces como que ese desgaste... Porque eran: “vean, que me dijeron que tenía que tomar la guanábana, que el ensure” tanta cosa que le dicen que tiene que tomar. Hasta me dijeron de una culebra que lo tiene que

picar a uno y que eso lo sanaba, y entonces yo decía: “Dios mío, uno se pone a hacer todo lo que le dicen y se vuelve loco”...Yo sé que no lo hacía por mal, lo hacía para que yo estuviera bien, pero igual tanta cosa, como tanta insistencia me molestaba mucho... Yo los amo, los adoro, pero a veces me sentía como muy agobiada con todo”.

En este aspecto es relevante mencionar la “utilidad” a la que se refiere Worden (2013), del factor social, pues la satisfacción con el apoyo depende de que este sea percibido como útil, aspecto que no se presentó en la Señora Y, pues por el contrario, ella lo clasifica como angustiante.

Finalmente, es importante resaltar el impacto que tuvo este proceso en la imagen corporal de las entrevistadas de manera directa. Para ello, se aclara nuevamente que además de ser un órgano, el seno recibe una carga cultural y social. Es decir, además de haber tenido una pérdida física, las entrevistadas debieron enfrentarse a una pérdida cuyos factores impactan el orden de lo psicológico. Tal como afirmaron Arroyo y Lopez (2011):

“La mama no es solo una glándula que recibe influjos hormonales, sino que es una parte del cuerpo a la que se le presta mucha atención en nuestra cultura y, aunque se halle oculta y no se observe directamente, se sabe de su presencia, volumen, forma, etc, modificándose sus implicaciones estéticas de acuerdo con los gustos de cada época” (pp. 4)

Lo anterior se logra relacionar con lo afirmado y citado anteriormente por la señora E quien percibía su seno como un medio para llevar a cabo el maternaje, la alimentación de sus hijas; aún así, también le atribuía un carácter estético a este seno. Por lo que se puede dilucidar una relación más allá de la física con el órgano.

Para ambas entrevistadas también resultó importante la mirada del otro en el proceso y esto, adquirió mucho más significado e impacto en cuanto este otro fue su pareja sentimental. Lo que se corresponde, a su vez, con lo manifestado por los autores (Arroyo et al, 2011) quienes expresaron que esta nueva realidad a la que se enfrentan las mujeres posterior a la pérdida de su seno tiene un lugar mucho más afianzado en el terreno sentimental-sexual, pues la sensación de rechazo y el temor ante la posibilidad de sentir este se siente “con mucha más profundidad” (pp. 10). Lo anterior podría causar incluso conductas de vigilancia y reactividad ante las posibles manifestaciones de sus parejas, por ejemplo. De manera general, se podría decir que las entrevistadas tuvieron una respuesta diferente ante la situación manifestada, pues, para la señora E no parece haber sido complejo la nueva relación que tendría su esposo con su cuerpo. Cabe resaltar que sí fue algo a considerar en algún momento, pues, durante la entrevista se destaca que su pareja le brindó palabras aclaratorias ante la nueva situación

“No crea que porque a usted le van a cortar un seno, yo a usted la voy a hacer de lado, o le voy a hacer el feo, porque no, "pues es que a usted le falta un seno (tono irónico), ¿no? Antes, por el contrario, tranquila, ¿usted cree que eso a uno le preocupa? Si usted tiene que estar, es mejor dicho... y todos tenemos que estar es como al pie del cañón que nada a usted le afecte; que nada te afecte, que no te estreses”... “No, a mí no me molesta, la verdad, a mí no me molesta que ella esté así porque eso fue algo que no lo esperábamos, pero si ella se siente bien así, entonces no, que ella no se vaya a martirizar”.

Resulta claro que, según lo expresado por el esposo de la señora E, el proceso de mastectomía no iba a representar un cambio en la forma en que él estimaba a su pareja. Aunque, posteriormente en la entrevista, la señora E manifiesta que la posición de su esposo respecto al proceso no resultaba influyente en ella para tomar la decisión de mantener el

espacio de su cirugía en lugar de hacer un proceso de mastectomía: “- ¿Pero entonces si su esposo hubiera tenido otra posición, entonces usted tampoco se hubiera hecho la reconstrucción? - No, no, la verdad no”, es posible que haber contado con ese mensaje de apoyo claro por parte de su esposo, haya disminuido cierto grado de malestar e intriga que la señora E hubiese podido tener ante su nueva realidad.

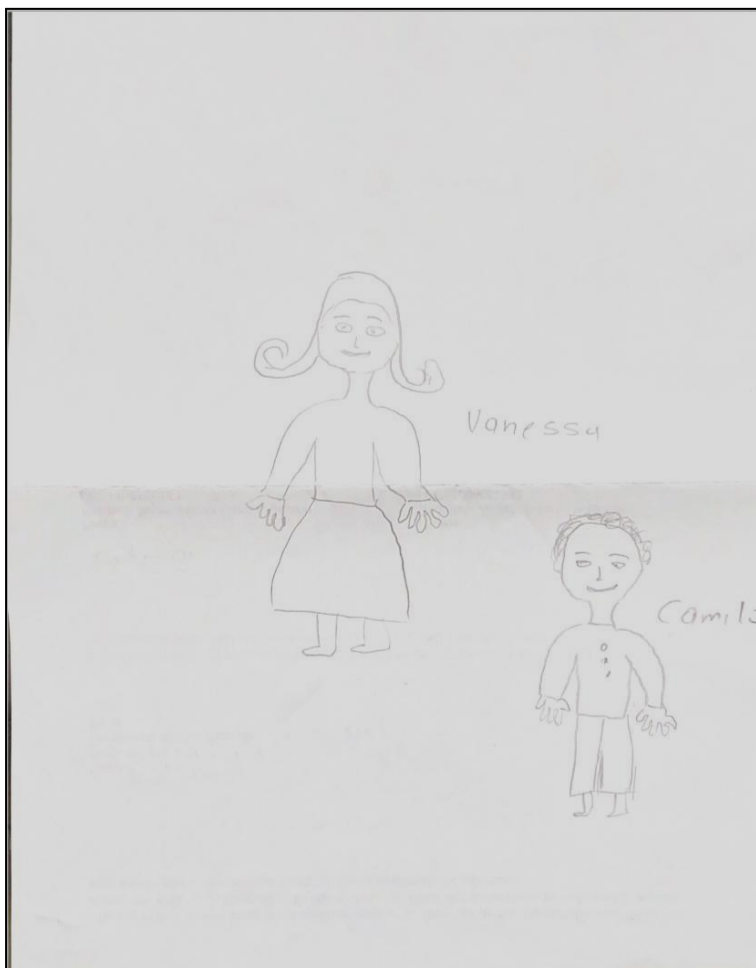
Asimismo, con relación a la señora E, es probable que el malestar causado por los cambios físicos que se fueron presentando en su cuerpo, se viese disminuido por la posibilidad mencionada anteriormente de la existencia de un duelo anticipado. Entonces, aunque sí hubo momentos donde el cambio generaba un impacto, este tenía un tránsito ameno debido a los diferentes escenarios para los que la señora E se preparó con anterioridad y al apoyo social que recibió de esa mirada del otro.

Cabe resaltar que, para la señora E, actualmente, su espacio en el proceso de mastectomía podría haberse reestructurado bajo el significado de una marca que representa su salud o lo perdido para mantener la misma. Ella se rehusó a la posibilidad de realizar un proceso de reestructuración, debido a que en un momento le manifestaron que no era candidata, sin embargo, ante la apertura nuevamente de la posibilidad de hacerlo, ella decidió mantener la cicatriz. En el ahora, la entrevistada utiliza espumas algunas veces cuando debe salir para intentar darle una forma estética a su cuerpo. Sin embargo, manifestó que esto no era de preocupación para ella. Que podía salir de su casa y de sus espacios de confianza sin ella. Pues, parece ser, que para ella la mirada del otro sobre su cuerpo no afecta la percepción que tiene de lo que su cicatriz representa. Hecho que también se le puede atribuir a la concepción que la señora E tenía de su seno; que de hecho, se pudo complementar con la implementación del test de la figura humana. Pues, aunque, se cree que no hubo un factor altamente proyectivo en la realización de este, sí fue lo suficiente para permitirse elaborar algunas ideas, como por ejemplo: la persona dibujada por la entrevistada lleva vestimenta

socialmente asociada con la comunidad religiosa a la que se encuentra afiliada. Es decir, una parte superior de ropa que cubre por completo la misma y una falda ancha para la parte inferior (IMAGEN 1). Esto podría asociarse con la preponderancia de su postura espiritual y cómo esta, verdaderamente, hace parte de su construcción como persona y como mujer. Igualmente, podría sugerir el por qué la sexualidad no fue un tema relevante en su discurso y por qué no le brinda una asociación explícitamente sexual a su seno. Pues, por un lado se podría asociar como una respuesta integrada en su cultura, de que el sexo es un tema tabú o que el mismo solo responde a la crianza, por ejemplo; lo que a su vez, podría relacionarse con su significado del seno como un elemento de maternaje.

Imagen 1

Test de la figura humana Señora E



Nota. Resultado de la elaboración del test de la figura humana a la Señora E. Fuente: Elaboración propia (2024).

Respecto a la Señora Y, en ella se puede evidenciar una incomodidad frente a su imagen del cuerpo que se hace presente a través de la mirada del otro en el ámbito de la sexualidad. Hecho que se justifica dada la concepción erótica que socialmente se le ha atribuido al seno y que la entrevistada reconoce:

“Yo con mi esposo tengo 24 años de casada, entonces toda la vida, como que vos ya tenés las partes que más le gustan a tu esposo y una de esa eran esas parte y aunque mi esposo nunca me ha dicho nada, o sea, él siempre: -no importa amor, no pasa nada-, como que cero importancia, pero para mí sí, volver a tener esa parte íntima, ha sido complejo, todo este tiempo ha sido medio complicado.

Como ya se había mencionado al hablar del proceso de duelo, la mirada del otro tiene un papel de recordar la pérdida, pero esta también es tomada por la persona como un factor de vigilancia, de ser observado por el otro, tal y como refiere Arroyo y Lopez (2011).

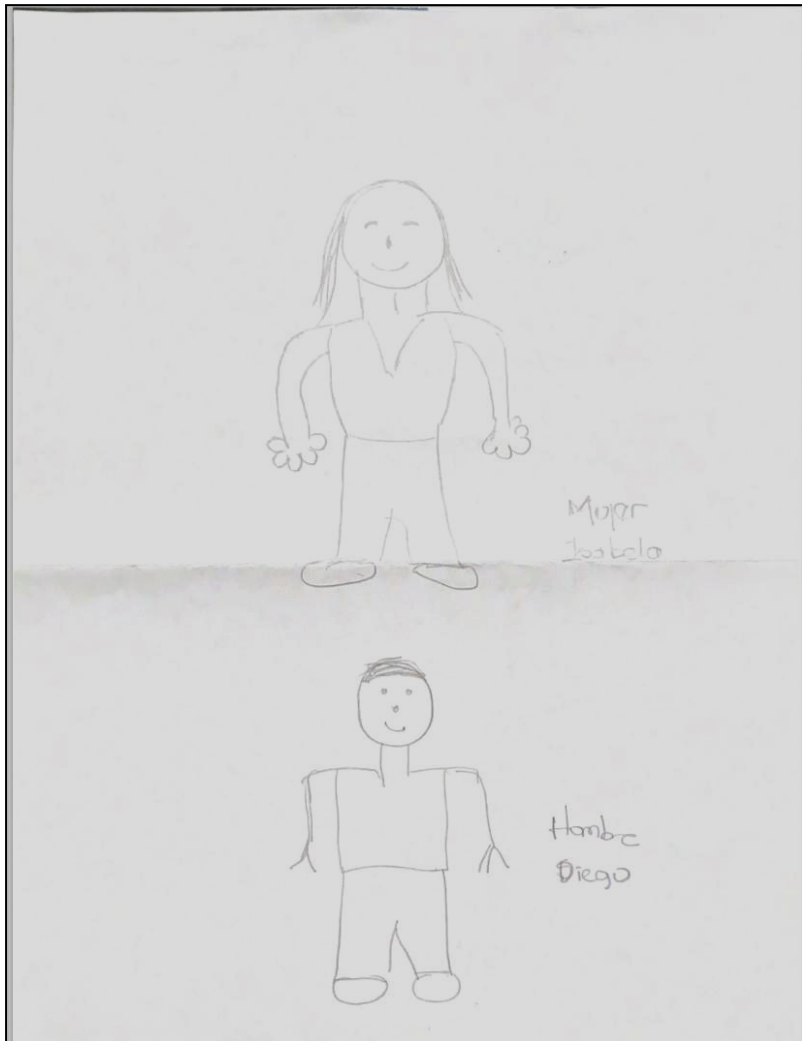
Inclusive, esto se puede complementar con los aportes de Diaz (2010), entendiendo que en la mirada del otro se da un proceso similar al de la proyección, en el que la mujer por medio del otro refleja su propia evaluación frente a su cuerpo. Aun cuando su pareja refiere no tener inconformidades con el cuerpo de la mujer y manifestar su interés por buscar nuevas formas de relacionarse en la intimidad. Esta pone en él pensamientos como: “vos ya tenés las partes que más le gustan a tu esposo, y una de esas era esa parte”, refiriéndose a los senos, pero esta manifestación se contradice con lo expresado por la pareja, que de alguna manera le ha comunicado no tener discordia alguna con la nueva imagen de la mujer.

En la aplicación del test de la figura humana parece no presentar elementos proyectivos. Sin embargo, se resalta la elaboración voluptuosa de la zona de los senos y la marcación de un escote a la altura de los mismos (VER IMAGEN 2). Este hecho, puede

indicar la presencia de algún conflicto, lo que concuerda con la inconformidad frente cuerpo en el ámbito de la sexualidad.

Imagen 2

Test de la figura humana Señora Y



Nota. Resultado de la elaboración del test de la figura humana a la Señora Y. Fuente:

Elaboración propia (2024).

Actualmente, su espacio en el proceso de mastectomía podría haberse reestructurado bajo el significado de una marca que representa su salud.

Para la Señora Y, actualmente, su proceso de mastectomía podría haberse reestructurado bajo la representación de un sacrificio, es una vivencia en la que hasta el momento se encuentra cargada de dolor físico, lo que podría estar causando que la entrevistada se sienta todavía en una posición en la que continúa perdiendo. Es aquí donde se considera relevante recordar la no linealidad del proceso de duelo, pues se podría pensar que la pérdida de la salud al pasar por el tratamiento para cáncer se supera una vez se realiza la mastectomía, ya que con eso se elimina el cáncer. Pero el proceso que comienza posterior es otro, y pareciera que para la Señora Y todavía hay algunas emociones que elaborar frente a su vivencia. Sin embargo, es posible que con el pasar del tiempo la entrevistada pueda reestructurar un significado para su vivencia. Pues en algún momento de la entrevista, la Señora Y refiere que ha estado pensando en hacer de lo vivido una experiencia y enseñanza para compartir con otras mujeres. Inclusive, está pensado la forma de hacer que su emprendimiento de productos de belleza le permita llevar un mensaje a más mujeres de la importancia del cuidado personal.

Respecto a la dimensión de la atención recibida por el personal de salud. Para las entrevistadas resulta de suma importancia. Para ellas, es crucial que el personal asistencial tenga “calidad humana”, así lo expresaron durante las entrevistas realizadas:

Señora E: “Pero que no atiendan al paciente, por ejemplo, así como todos groseros todo déspotas... Que tengan como calidad humana, que se metan en el caso, en lo que la persona está sintiendo, que se metan en ese proceso porque, o sea, nadie lo siente más que uno, pero si el médico es así, no te va a ir bien... o sea, que le den como ánimos”

Señora Y: “que de verdad te atendieran, porque yo siento que, o sea, yo sé que hay muchas enfermedades peores y todo, pero siento que igual esa parte como

humana...yo no digo que lo consientan a uno, pero sí, como que ese pedacito de ser más atentos”.

Con base en lo comentado por las entrevistadas, para ellas es ideal que el personal médico atienda a sus pacientes desde la empatía y la comprensión emocional de la situación que la persona está atravesando. Ellas manifiestan que es importante que esta relación médico-paciente se establezca en buenos términos y que haya una vinculación cercana entre ambos.

Tal y como se referenció anteriormente, para Arzate, et al. (2013), estas características nombradas por la entrevistada resultan importantes dentro de la relación médico-paciente. Pues “la confidencialidad, el entendimiento, la comprensión del otro, coparticipación emocional y el reconocimiento de la dignidad del enfermo” (pp.43) resultan claves al momento de propiciar esta relación y además puede tener un impacto positivo en los resultados del tratamiento y la adherencia del paciente al mismo.

Lo anterior se ve reflejado en la postura de la señora E ante su asistencia a controles médicos, que aunque no son continuos, podrían tener un impacto en la paciente. Sin embargo, ella afirmó:

“Yo ahora voy a completar como dos años con la misma oncóloga, la doctora Lizbeth. Y es una calidad de persona y es como alegre, entonces uno llega allá como alegre. Y sonrío y conversa. Y uno le puede preguntar y ella le responde sin problema”

Similar ocurrió con la Señora Y, quien recuerda con especial sentimiento un control en el que sintió a su oncóloga con un nivel de cuidado y atención diferente:

“Cuando me tocó en diciembre, yo nose, la señora si estaba relajada en diciembre, pues yo no sé si en diciembre no tuvo cirugía o qué, pero ahí sí hablo, hasta buscó el significado de mi nombre en Google y yo decía: “que chévere hubiera sido que

siempre hubiera sido así”, que desde el principio se sintiera así” , “en diciembre ella estaba tan relajada y risas y todo, y uno sentía el trato diferente y hasta salía mejor, a pesar de que está pasando por todo esto, se iba como mejor porque bueno, fue diferente hoy, pues lo trataron diferente, si te preocupó lo que yo esté sintiendo: “¿y cómo va? Así, ¿Qué has tomado? ¿y qué has comido?”, o sea diferente a entrar y que ni le paraban bolas a uno¹”.

La Señora E no presenta malestar ante la situación de exponerse a un entorno médico o asistencial. Para ella, este contexto no es un contexto necesariamente negativo ni el cual la enfrente a sensaciones difíciles teniendo en cuenta el proceso transitado por ella durante su tratamiento, por el contrario, es un sitio al que llega con alegría y en buena disposición. Esto podría relacionarse tanto con el resultado “satisfactorio” que tuvo la entrevistada respecto a su enfermedad y a que ella comenta que “tuvo una muy buena atención y comunicación”. Por lo que es claro que el buen trato por parte del equipo y el haber implementado las características nombradas anteriormente sí resonó positivamente en la experiencia de la usuaria. Esto, se podría contrastar también con la situación particular de la usuaria cuando tuvo un doctor cuyo trato con ella no fue el más agradable según comentó. Aunque solo tuvo una cita con él, donde solo deseaba aclarar una duda debido a sugerencias recibidas; la entrevistada identificó de manera inmediata la sensación de hostilidad en el encuentro y actuó en pro de mantener una buena relación con el espacio y su proceso solicitando el cambio de la persona que la atendió. Así lo comentó:

“Bueno, yo tuve una experiencia con un médico, con un oncólogo... Igual yo pedí cambio porque, o sea...todo mundo, me decía: no, que es que el medicamento es muy fuerte... Entonces uno como que se llena, como de cositas... no sí, ese medicamento sí (es muy fuerte). Entonces, yo le dije: doctor, no hay posibilidades de que de pronto,

¹ Expresión colombiana que refiere no prestarle atención a una situación.

me cambié el medicamento. Apenas llevaba un año y medio con él... Y entonces, me dice: ¿y usted qué más quiere? (en tono hostil) Así me dijo: ¿usted qué más quiere? Es que se le mandó el mejor medicamento para que no le vuelva a repetir ese cáncer... así... yo le dije: no doctor, le dije, yo digo es con respecto a los cambios que van teniendo mis huesos. Yo le dije, es por eso, es porque creo que es un poquito fuerte. Entonces, pues no, de pronto no habrá uno que no me afecte como tanto los huesos... Me dijo: no, señora. (tono hostil)”

En el anterior fragmento de la entrevista se puede observar el tipo de interacción que tuvo la entrevistada con el médico dentro de la situación que para la señora E. fue disruptiva en tanto las dinámicas que manejaba con su equipo regular. Incluso, el hecho de solicitar de manera inmediata el cambio de doctor debido a que identificó un trato al que puede que no estuviese acostumbrada ni tampoco le resultará deseable, podría expresar la buena calidad de relación que tenía la usuaria con el resto de su equipo médico. Pues pudo identificar una relación diferente a la que para ella era cotidiana y actuar adecuadamente para conservar su bienestar y buen trato con relación a su proceso.

A pesar de ello, como se mencionó esta fue una situación particular. La señora E comentó:

“O sea, todos los médicos... la mayoría de los médicos que me atendieron en el proceso, fueron muy amables, o sea, como (tenían) mucha calidad humana. Solamente tuve quejas de ese señor porque el resto de los otros médicos han sido excelentes, muy formales y lo atienden a uno bien, y le dan como ánimos.

Resulta importante apreciar el significado que la señora E le atribuye a su equipo médico. Pues para ella este es uno de calidad tanto en términos de conocimiento como de humanidad. Como ella lo expresa, su proceso fue amenizado por el buen trato que ellos le brindaban como se identificó en las entrevistas. Esto le ayudaba a mantenerse tranquila y a

tener una claridad acerca de su proceso y por ende, de las decisiones que se tomaban en conjunto.

Por otro lado, la experiencia en la atención del personal de salud para la Señora Y, fue fluctuante. Aunque su sensación principal frente a esta ya fue mencionada anteriormente, es importante agregar 2 factores. El primero, respecto a cómo dar la noticia del diagnóstico, pues en la vivencia de la entrevistada hubieron algunos momentos durante el proceso de diagnóstico que ocasionaron un aumento en el nivel de angustia de la Señora Y:

“En la ecografía, la médica que me atendió, ella sí de una me dijo: no, no te me vas a ir de acá sin que salgas con orden de mamografía con orden de biopsia. No te puedes ir sin eso. Entonces, así te quedes aquí esperando, no te puedes ir sin eso. Hoy mismo te tienen que programar la mamografía. Entonces dije: -no, es como raro-”.

En la mamografía, el personal que le realizó el examen le dijo: “vea le voy a regalar este sobrecito. Ahí va a guardar todo lo que le van a hacer de ahora en adelante”; y yo: -Dios mío bendito, qué está pasando aquí-”.

Frente a esto se recalca la importancia de que el personal de salud pueda mantener neutralidad en los comentarios que realiza durante consulta, intervención o exámenes. Pues así como la relación personal de salud-paciente puede implicar aspectos positivos como el entendimiento o la participación emocional (Arzate et al, 2013). Por medio de esta también se puede lograr aumentar el nivel de alarma o angustia en el paciente. Como se presentó en el caso de la entrevistada.

El segundo factor se extrapola al área administrativa de los servicios de salud. Pues durante el tratamiento de la Señora Y se presentaron inconvenientes en la programación de la cirugía una vez terminadas las quimioterapias. Hecho que no debería presentarse dado el

riesgo que se corre de que el tumor vuelva a crecer con el pasar del tiempo. Este aspecto también fue relevante en el proceso de la entrevistada, debido a ello comenzó a experimentar altos niveles de angustia en los cuales sobrepensaba acerca de su condición de salud, pues temía que el cáncer comenzará a crecer nuevamente. Debido a ello, se considera primordial, el manejo adecuado en los tiempos de tratamiento y/o intervenciones que se deben realizar a pacientes, especialmente oncológicos, quienes de por sí ya manejan un alto nivel de angustia por la pérdida en su salud y la posible pérdida de su vida.

Conclusiones y Recomendaciones.

El presente trabajo de investigación permite concluir que:

1. Al comienzo de este trabajo se estableció como objetivo para los investigadores poder comprender cómo se estructura el duelo frente al tratamiento de mastectomía en cada una de las participantes. Respecto a ello, se concluye que el proceso de duelo vivenciado por ambas mujeres mastectomizadas estuvo atravesado por múltiples factores más allá de los físicamente derivados por la enfermedad en sí, pues también tuvo lugar una carga social, cultural y simbólica que afectó este tránsito, pues las expectativas que se tiene como sociedad del seno de la mujer, el significado que se le da a este culturalmente y la importancia del mismo dentro de la estética femenina, jugaron un papel importante en la comprensión, elaboración y afrontamiento de la pérdida. De igual forma, los mediadores tanto sociales como espirituales, tuvieron un papel relevante al momento de afrontar las diferentes situaciones por las que las entrevistadas tuvieron que transitar. En un caso, siendo este apoyo sumamente beneficioso para enfrentar las dificultades y los momentos cruciales del proceso. En el otro, a pesar de haber tenido la intención de mostrar este apoyo, no fue tan bien recibido por la entrevistada y por ende, no impactó tan beneficiosamente su proceso.
2. Respecto a los recursos psicológicos, se encontró que tanto el factor social como el factor espiritual adquieren una gran importancia al momento de transitar por los procesos de duelo relacionados con esta enfermedad. Ambos pueden ser mediadores que facilitan o dificultan la situación que se vivirá incluso tiempo antes del diagnóstico. Por lo que se considera relevante poder pensar en la calidad de los acompañamientos. En el caso de la señora E, este acompañamiento fue crucial para un tránsito más adecuado por el proceso tanto de enfermedad como de tratamiento, pues

pudo hallar soporte en sus familiares y allegados para sortear las dificultades que su situación trajo. Por otro lado, en este aspecto podría existir un espacio de trabajo para los profesionales en psicología, quienes con la capacidad de análisis e interpretación con la que cuentan podrían realizar una lectura completa del contexto en el que se desarrolla la persona con esta enfermedad y de esta manera, se podría desarrollar un plan de acompañamiento que tenga en cuenta tanto los factores de riesgo asociados a la enfermedad en sí como aquellos que se derivan de la misma, teniendo en cuenta que esta afecta diversas áreas como la económica, social, familiar, cultural y/o espiritual tanto de la persona afectada como de su red de apoyo:

3. A pesar de tener un concepto cultural y social adherido, la pérdida del seno se ve atravesada por la significación subjetiva que cada persona le da a este. Este hecho puede propiciar que el tránsito por la pérdida sea más ameno o más complejo. En el caso de la señora E, quien significaba su seno como un elemento para maternar, el impacto de este proceso de pérdida pudo ser menor, teniendo en cuenta que esta ya había cumplido con esta tarea. Por el contrario, en el caso de la señora Y, quien asociaba su seno con factores más sociales y sexuales, el impacto del proceso de pérdida fue mucho mayor, puesto que continuaba siendo relevante para ella que este elemento cumpliera con su objetivo.
4. En el caso de la señora E, es posible que haya tenido lugar un proceso de duelo anticipado que permitió que la entrevistada pudiera vivir, experimentar y prepararse para el malestar que causaría el diagnóstico y la enfermedad de manera previa. Debido a ello, al momento en que tuvo que enfrentar la realidad de su enfermedad y las consecuencias que esta trajo consigo, contó con una mayor capacidad de afrontamiento y aceptación para transitar por las diferentes situaciones evocadas por el proceso. Por el contrario, el proceso de la señora Y fue más repentino y su idea de

los síntomas no estuvo asociado a un proceso oncológico inicialmente, por lo que, al momento de recibir las noticias y empezar con su abordaje y tratamiento, esta tuvo un mayor impacto de malestar en sus diferentes áreas, pues no contó con una preparación previa como en el primer caso.

5. El proceso de reestructuración corporal fue el componente más complejo de abordar en el trabajo de investigación, pues se evidenció que era necesario contar con un tipo de espacio que respondiera más a un trabajo desde lo clínico para abordar y ahondar en este aspecto. Aun así, se logra dar cuenta de que para la señora E no fue en un principio relevante hallar una manera de llenar el espacio de su seno, pues para ella, la mirada social no tenía relevancia ante cómo lucía ella. Esto se puede relacionar con factores como su edad, su momento de vida, la aceptación y el apoyo de su pareja sentimental, y el significado que se le atribuía a su seno. A pesar de ello, actualmente la entrevistada utiliza un tipo de espuma en su espacio para verse más estética cuando lo desea. Aún así, esto no parece tener mayor relevancia en su vida. Por otro lado, en la señora Y aparentemente la mirada social no es relevante, pues esta se presenta ante el mundo sin usar ningún tipo de relleno para disminuir la asimetría entre sus senos. Sin embargo, en la elaboración que hace frente a su cuerpo, se pone en evidencia la incomodidad que siente con su el mismo cuando es mirada por un otro. Estos elementos ponen a la señora Y en momento de su proceso de duelo en el que todavía está reconociendo y sintiendo su pérdida, por lo que no se ha podido establecer una reestructuración de significado de la misma aún. A pesar de ello, dentro de su narración trae a colación que desea poder darle un significado a todo lo experimentado.
6. La experiencia que brinda el personal de salud resulta sumamente importante para las pacientes en este proceso. Pues una buena interacción o relación con el equipo

asistencial puede derivar en una disminución del malestar causado por la patología y por ende, mejorar una adherencia al tratamiento y propiciar una mejor relación entre el paciente y su enfermedad; como fue el caso de la señora E, quien al transitar por su proceso médico, pudo encontrar un personal asistencial de calidad humana, como los describía; hecho que permitió que significara el lugar de la consulta como uno agradable donde asistía para mantener su salud y obtener un tratamiento beneficioso para ella. Diferente a la experiencia de la señora Y, pues la falta de comunicación con el personal de salud y las dificultades en los procesos administrativos ocasionaron un incremento en el nivel de angustia e incertidumbre de la participante.

7. Se considera importante para futuras investigaciones ahondar de mayor manera en la relación que tienen los diferentes procesos transitados por las personas en esta situación con factores sociodemográficos y culturales, que aunque fueron tomados como referencia e hicieron parte del análisis de esta investigación, es posible que se pueda realizar una mayor profundización en la dinámica de estas variables y este fenómeno.
8. De igual forma, se cree importante profundizar en el cambio de rol de cuidadora asociado a la mujer culturalmente, hacia uno donde es ella quien es cuidada, en estos casos, por ejemplo, por sus parejas sentimentales.

Limitaciones

Resultó limitante que la población necesaria para realizar esta investigación no estaba completamente disponible a ser parte de ella debido a los diferentes factores emocionales que transitar por este proceso implica; por lo que, hablar del mismo no resultaría fácil. Por la misma razón fue difícil poder profundizar en la vivencia de las personas con relación a su enfermedad y a su proceso de salud vivido. Pues, algunas personas no querían reconectar con estas experiencias e incluso no podían brindar un discurso donde las elaboraran.

Por otro lado, respecto al cumplimiento a cabalidad de los objetivos, fue complejo poder hallar explícitamente una idea que responda al proceso de reestructuración; puesto que se cree que para ello, se necesitaría realizar un proceso mucho más largo y profundo con las personas entrevistadas. Al igual que hallar una disposición completa de las personas para ahondar en estos temas. Lo anterior, sería difícil de elaborar en un entorno de entrevista, incluso; puede ser que fuese necesario un entorno que respondiera más a características clínicas y de acompañamiento.

Asimismo, a pesar de haber encontrado dos personas dispuestas a participar del proceso de investigación. Estas mismas también cuentan con sus diferentes factores de resistencia respecto a los diferentes temas a abordar y debido a las dificultades de disponibilidad y de tiempo, profundizar en ellas también pudo ser complejo y se cree que era un nivel de trabajo clínico al que los autores de este texto no querían entrar forzosamente, entendiendo la implicación y responsabilidad que el mismo tendría; al igual que este sería un proceso fuera de los alcances del trabajo planteado inicialmente.

Referencias

- Arroyo, J. M. G., & López, M. L. D. (2011). El problema de la “imagen corporal” y de la “feminidad” en las mastectomizadas. *Rev Hosp Psiqui Hab [revista en internet]*, 8(1).
- Arzate-Mireles, C. E., Ochoa-Carrillo, F. J., & Alvarado-Aguilar, S. (2013). La relación médico-paciente-familia en Oncología. *Gamo*, 12(1), 41-8.
- Balcázar Nava, P., González-Arratia López-Fuentes, N. I., Gurrola Peña, G. M., & Moysén Chimal, A. (2013). Investigación cualitativa
- Corte Constitucional. (2019). Corte ordena a IPS y EPS reconstrucción de senos por cáncer de mama
<https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/corte-ordena-a-ips-y-eps-reconstruccion-de-senos-por-cancer-de-mama-329022>. El Tiempo
- CDC español. (2023). ¿Qué es el cáncer de mama? Centers for Disease Control and Prevention.
https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm
- Carvalho, A., Mesquita, E., De Almeida, I., & De Figueiredo, Z. (2005). Aspectos culturales en el proceso de padecer cáncer de mama. *Avances en Enfermería*, 23(2), 28-35
- Capulín Arellano, M. C. L. (2014). Un Desafío a la Feminidad: El Cáncer de Mama. *Revista Daena (International Journal of Good Conscience)*, 9(1).

De Gallardo, M. S., & de Faría, L. P. (2012). Estudio psicométrico de la prueba figura humana. *Telos*, 14(2), 210-222.

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2010). Ley 1384 de 2010.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39368>

Departamento Administrativo de la Función Pública. (2022). Ley 2194 de 2022

https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=177606

Díaz, V. E. (2019). La escritura del duelo. Colección Ágora.

Lince, V. E. D. F. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres

diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento psicológico*, 7(14), 6-6.

El Nuevo Siglo. (2019). Ley para atención del cáncer no ha servido: pacientes.

<https://www.elnuevosiglo.com.co/nacion/ley-para-atencion-del-cancer-no-ha-servido-pacientes>.

Figuerola Varela, Ma. del Rocío, Valadez Sierra, María de los Dolores, Rivera Heredia, María

Elena, & Montes Delgado, Roberto. (2017). Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica*,

16(4), 76-87. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-4.eicm>

Fernández-Guerrero, M., & Palacios-Vicario, B. (2021). Consecuencias psíquicas en

supervivientes permanentes de cáncer de mama. Curadas, aunque no libres.

[Psychological Consequences in Long-Term Breast Cancer Survivors: Recovered but not Free] *Clínica Contemporánea*, 12(3)<https://doi.org/10.5093/cc2021a17>

Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1, 169-179.

Heredia, M. E. R., & Padilla, M. D.. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha, Revista de Psicología*, 9(19), 1-19.
<http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/285/240>

Hernández, V. (2014). Diseño de estudios transversales. *Metodología de la investigación, bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud*. Obtenido de <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx>.

Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American psychologist*, 44(3), 513.
<https://psycnet.apa.org/record/198929399-001>

Instituto Nacional del Cáncer. (s. f.). ¿Qué es el cáncer? Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>.

Juárez García, D. M., & Landero Hernández, R. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. *Nova Scientia*, 4(7), 17-34.

- Keskin, G., & Gumus, A. B. (2011). Turkish hysterectomy and mastectomy patients - depression, body image, sexual problems and spouse relationships. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 12(2), 425–432.
- Lopes, Juliane da Silveira Ortiz de Camargo, Costa, L. L. d. A., Guimarães, J. V., & Vieira, F. (2016). La sexualidad de las mujeres sometidas a tratamiento de cáncer de mama/A sexualidade de mulheres em tratamento para o câncer de mama/The sexuality of women undergoing treatment for breast cancer. *Enfermería Global*, 15(3), 350-368.
<https://bd.univalle.edu.co/scholarly-journals/la-sexualidad-de-las-mujeres-sometidas/docview/1809589837/se-2>
- Loitegui, A. (2008). *Duelo anticipado: sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje* (Doctoral dissertation, Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades).
- Londoño-Taborda, M., Lemos, M., & Orejuela, J. J. (2018). Impacto de la adopción de una mascota en las percepciones de bienestar físico y emocional. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 10(2), 53-74.
- Martinez, A. (2004). *La Parole Des Maux* [Diplome Interuniversitaire de Formation des Professionnels de Sante a la prise en charge de la Douleur]
- Martinez, P. (2013). *Duelo anticipado*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Guía de Práctica Clínica para el manejo integral del cáncer de mama.

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Ptes_Mama-3.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Cáncer en Colombia: cifras 2020.

Recuperado de Ministerio de Salud y Protección Social.

Morales Betancourt, P. M., Cifuentes León, J., & Medina Uribe, G. M. P. (2020). Duelo corporal en pacientes con cáncer de mama, implicaciones en la calidad de vida.

Niemeyer, R.A. (2002). Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Paidós.

Nasio, J. D. (2008). Mi cuerpo y sus imágenes. Paidós.

Oiz, B.. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 28(Supl. 2), 19-26. Recuperado en 03 de noviembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000400003&lng=es&tlng=es.

Penalva, C.; Alaminos, A.; Francés, F. y Santacreu, O. (2015) La investigación cualitativa: técnicas de investigación y análisis con Atlas.ti. Cuenca (Ec): PYDLOS

- Plaza Montero, A., & Rosario Nieves, I. (2014). La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Informes Psicológicos*, 14(1), 65–8.
- Rincón Fernández, M. E., Pérez San Gregorio, M. A., Borda Más, M., & Martín Rodríguez, A. (2010). Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 36(4), 359-368.
- Rincón, M. E., Pérez, M. A., Borda, M. & Martín, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25-41.
- Sanz, J., & Modolell, E. (2004). Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología*, 1(1), 3-12.
- Sebastián, Julia, Manos, Dimitra, Bueno, M.^a José, & Mateos, Nuria. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, 18(2), 137-161. Recuperado en 02 de noviembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200002&lng=es&tlng=es.
- Santos, Daniela Barsotti, et al. "Interruption and Re-Start of Sex Life after Breast Cancer/Interrupcao e Retomada da Vida Sexual apos o Cancer de Mama." *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol. 32, no. 4, Oct.-Dec. 2016, p. NA. Gale OneFile: Psychology,

link.gale.com/apps/doc/A535420618/PPPC?u=univalle&sid=bookmark-PPPC&xid=19f724c3. Accessed 3 Nov. 2022.

Villegas Moreno, M. J., & Londoño, C. (2019). Satisfacción con la imagen corporal y calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria por cáncer: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 29(2), 259+.

<https://link.gale.com/apps/doc/A624519565/PPPC?u=univalle&sid=bookmark-PPPC&xid=93b8f234>

Worden, J. W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Anexos

Anexo 1

Facultad de Psicología Programa Académico de Psicología Participación en proyecto de grado Consentimiento Informado

De acuerdo con los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, publicada por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, se hace necesario obtener el consentimiento informado por parte de los participantes en esta investigación. Igualmente de acuerdo con los artículos 15 y 16 (capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) de la resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Salud, por lo cual se establecen en las normas científicas, técnicas y administrativas, para la investigación en salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes, aunque la presente investigación no implica riesgo alguno, a continuación se presenta una serie de informaciones que usted deberá tener en cuenta para firmar el presente consentimiento informado:

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, lo cual se conoce como consentimiento informado. Siéntase con total tranquilidad y libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le permita aclarar las dudas que surjan de esta actividad académica. Una vez que haya comprendido el proyecto, entonces se le pedirá que firme este CONSENTIMIENTO INFORMADO, de la cual usted

tendrá una copia firmada.

JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

Distintas investigaciones sobre la mastectomía han dejado en evidencia la existencia de un impacto a nivel psicológico, familiar, social y profesional. Es por ello que se considera importante puntualizar sobre dicho impacto en relación a las implicaciones en la imagen corporal de la persona que pasa por esta vivencia. Además, cuando se habla de una amputación de un miembro del cuerpo se entiende dicha vivencia como una pérdida, es también por esto que revisar cómo se elabora el proceso de duelo respecto a dicha pérdida corporal toma relevancia al igual que conocer las herramientas con que las participantes pudieron dar trámite a este mismo proceso.

OBJETIVOS DEL PROYECTO.

Este trabajo está orientado a entender el proceso de duelo respecto a la imagen corporal posterior a la mastectomía. En dicho proyecto se espera poder indagar sobre aspectos relacionados a cómo se estructuró el duelo, el proceso de reestructuración de significado de la imagen corporal posterior a la intervención quirúrgica y las estrategias de afrontamiento que acompañaron el proceso.

PROCEDIMIENTO DEL PROYECTO.

Para hacer parte del proceso de investigación será necesario cumplir con los criterios de inclusión establecidos, es decir:

- Personas que hayan tenido un proceso de mastectomía.
- Personas que residan en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, Colombia.
- Personas que NO se encuentren dentro de un proceso de tratamiento oncológico activo.
- Personas que hayan superado su proceso oncológico.
- Personas que no presenten malestar actual respecto a su proceso de mastectomía.
- Personas con disposición a conversar respecto a su vivencia por el proceso de mastectomía sin que esto pueda ocasionar de primera mano un impacto psicológico negativo para ellas.
- Personas que estén de acuerdo con el consentimiento informado y lo hayan firmado previamente.

Al validar y comprobar esta información, se podrá ser participante de la investigación a realizar.

La metodología empleada será entrevista a profundidad semiestructurada, para ello, es necesario contar con un espacio de tiempo a acordar con los investigadores para poder llevar esta a cabo. La entrevista tendrá una duración aproximada de 40 minutos y se abordará el tema de investigación buscando dar cumplimiento a los objetivos establecidos anteriormente. Se espera obtener un discurso significativo de la vivencia experimentada de la participante, sin embargo, se establece que será dentro de los límites de comodidad de la misma.

Finalmente, se aclara que los datos recolectados dentro de la investigación serán manejados con total discreción respetando la identidad de las participantes.

RIESGOS ASOCIADOS AL PROYECTO.

La participación en el proceso de investigación no constituirá ningún riesgo para la salud física y/o mental de los participantes, es por ello que dentro de los criterios de inclusión se establece que las participantes deben de estar fuera de un proceso oncológico y que para el momento de la entrevista no se encuentren pasando por un periodo de malestar psicológico respecto a su proceso de mastectomía.

BENEFICIOS DEL PROYECTO.

Su participación en el proyecto no le representará ningún beneficio económico ni de otra índole. Sin embargo, la información obtenida será de gran ayuda para facilitar a los estudiantes de psicología el acercamiento respecto a la problemática asociada y a la posible resolución de los objetivos del trabajo obteniendo una mayor comprensión respecto a la situación.

ACLARACIONES SOBRE LA PARTICIPACIÓN.

- La decisión de su participación en el estudio es completamente libre y voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide retirarse del proyecto, puede hacerlo en el momento que lo desee, agradeciendo que nos informe las razones, pero con plena seguridad que será respetada.
- No tendrá que hacer gasto económico alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo.
- La información obtenida en este proyecto, utilizada para la identificación de cada individuo, se mantendrá en estricta confidencialidad, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y sea autorizado por cada participante.
- En caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante de este proyecto, póngase en contacto con Bryan Steven García Almario y/o Angely Forero De la cruz en el siguiente correo electrónico bryan.almario@correounivalle.edu.co angely.forero@correounivalle.edu.co
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de la participación, puede firmar el siguiente Consentimiento Informado.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi aceptación para la participación. En tal sentido, la firma del consentimiento informado, implica autorización para la aplicación del instrumento de recolección de información.

Firma.

Nombre:

Documento de identificación:

Fecha:

Como investigador del presente proyecto, acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Firma.
Nombre: Bryan Steven García Almario
CC: 1107526162
Fecha:

Firma.
Nombre: Angely Forero De La Cruz
CC: 1006051342
Fecha: