

La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas⁴

Ana Plaza Montero

PhD. Especialidad en Psicología Clínica
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Ponce
Correo electrónico: ana_plaza@puopr.edu

Ilia Rosario Nieves

PhD. Especialidad en Psicología
Universidad de Puerto Rico, Río Piedras
Correo electrónico: irosario@puopr.edu

Recibido: 28/09/2013
Aceptado: 29/10/2013

Resumen

Objetivo: Entender las vivencias ante la pérdida corporal en el contexto de la elaboración del proceso de duelo y las estrategias de afrontamiento. **Método:** El estudio estuvo basado en una metodología cualitativa, de corte fenomenológico. La muestra estuvo conformada por tres mujeres sobrevivientes de cáncer de mamas seleccionadas por disponibilidad. **Resultado:** La mastectomía practicada ante un diagnóstico de cáncer de mama representa una amenaza a la integridad psíquica, que obliga a crear un nuevo equilibrio físico, psíquico, social y espiritual. A partir de las narrativas se devela que el cáncer de mama impacta la calidad de vida de las féminas, al requerir un cambio sustancial del estilo de vida que compromete sus afectos, cogniciones, conductas, creencias, valores, sentido de independencia, atractivo físico y rol social. **Conclusiones:** Los síntomas y quejas subjetivas que experimentan las participantes, remiten a síntomas de ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, confusión e incertidumbre, al vivenciar la enfermedad como una amenaza a la salud y a la expectativa de vida.

Palabras clave

Cáncer de mama, mastectomía, estrategias de afrontamiento, duelo

4 Para citar este artículo: Celis, E., & García, C. (2014). La incidencia de la gestión de la comunicación en la estrategia corporativa. *Informes Psicológicos*, 14(1), 65-89.

The experience of grieving because of body parts loss and coping strategies in a group of women with mastectomies

Abstract

Objective: To understand the experiences facing the body parts loss in the context of the development of the grieving process and coping strategies. **Method:** The study was based on a qualitative methodology of a phenomenological kind. The sample consisted of three women survivors of breast cancer selected because of availability. **Result:** The mastectomy following a diagnosis of breast cancer is a threat to psychological integrity, which requires creating a new physical, psychological, social and spiritual balance. From the narratives, it is shown that breast cancer affects the quality of life of women, to require a substantial change in lifestyle that engages their affections, cognitions, behaviors, beliefs, values, sense of independence, physical attractiveness and social role. **Conclusions:** The symptoms and subjective complaints experienced by participants refer to symptoms of anxiety, depression, guilt, confusion and uncertainty, to experience the disease as a threat to health and life expectancy.

Keywords

Breast cancer, mastectomy, coping strategies, grief

A vivência do duelo por perda corporal e as estratégias de enfrentamento num grupo de mulheres mastectomizadas

Resumo

Objetivo: Entender as vivências ante a perda corporal no contexto da elaboração do processo de duelo e as estratégias de enfrentamento. **Método:** O estudo esteve baseado numa metodologia qualitativa, de corte fenomenológico. A mostra esteve conformada por três mulheres sobreviventes de câncer de mamas selecionadas por disponibilidade. **Resultado:** A mastectomia praticada ante um diagnóstico de câncer de mama representa uma ameaça à integridade psíquica, que obriga a criar um novo equilíbrio físico, psíquico, social e espiritual. A partir das narrativas se desvela que o câncer de mama impacta a qualidade de vida das mulheres, ao requerer uma mudança substancial do estilo de vida que compromete seus afetos, cognições, condutas, crenças, valores, sentido de independência, atrativo físico e papel social. **Conclusões:** Os sintomas e queixas subjetivas que experimentam as participantes, remetem a sintomas de ansiedade, depressão, sentimentos de culpa, confusão e incerteza, ao vivenciar a doença como uma ameaça à saúde e à expectativa de vida.

Palavras chave

Câncer de mama, mastectomia, estratégias de enfrentamento, duelo

Introducción

La marcada incidencia del cáncer de mama en las últimas décadas, comienza a ser comprensible cuando se observa cuán alta es la variedad y cantidad de factores de riesgo para el cáncer de mama agudizados por los estilos de vida, alimentación y factores ambientales. El cáncer es una de las primeras causas de muerte mundialmente. Actualmente en el mundo el cáncer de mama ocupa el primer lugar de todas las localizaciones para ambos sexos (American Cancer Society, 2005). De acuerdo a estadísticas emitidas por el National Cancer Institute (2012), el cáncer de mama es el segundo tipo más común entre las féminas y la segunda causa de muerte en esta población. Según Howlader et al. (2013) una de cada ocho féminas tiene el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Por lo tanto se estima que 232,340 féminas en Estados Unidos serán diagnosticadas con cáncer de mama en el 2013 y de estas 39,620 podrían morir a causa de la enfermedad.

Según los datos que se obtienen del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2006) ser mujer, envejecer y el estilo de vida occidental, figuran entre los principales factores de riesgo para sufrir cáncer de mama. Las estadísticas del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico reflejan que para el periodo que comprende el 2005-2010, el cáncer de mama, representó el 30.2 por ciento, de todos los tipos de cáncer en mujeres

(Ortiz, Pérez, & Torres 2008). Para este mismo periodo se observó un aumento estadísticamente significativo de 1.0 por ciento cada año, en la incidencia de cáncer en las mujeres. La tasa de incidencia en las mujeres en el 1990 era de 213.4 y aumentó a 258.7 en el 2010. Durante el periodo de 1999 al 2003, en promedio, se diagnosticaron 72 casos de cáncer de mama por cada 100,000 mujeres por año. La mayoría de los casos de cáncer de mama se producen entre las mujeres de más de 40 años. A partir de 1999 al 2003 menos de siete por ciento de todos los casos de cáncer de mama en Puerto Rico ocurrieron en mujeres menores de 40 años; 56 por ciento se produjo entre las mujeres de 40 a 64 años de edad, y el 37 por ciento ocurrió en mujeres de 65 años de edad o más.

Las estadísticas del Registro Central de Cáncer de Puerto Rico (2006) indican que el 90 por ciento de las féminas diagnosticadas con cáncer de mama sobreviven la condición a los cinco años del diagnóstico. Se desprende del análisis de los datos que se obtienen de la Sociedad Americana del Cáncer (2008) que una tercera parte de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama requieren someterse a una mastectomía. La pérdida de partes corporales, a partir de un diagnóstico de cáncer de mama, puede ser uno de los eventos más devastadores, al ser conceptualizado como una enfermedad que amenaza la vida. La trayectoria del cáncer de mama posee varios retos para la mujer tales como, adaptación a la noticia del diagnóstico, planificación y recuperación de la cirugía y cuestionar el curso más apropiado del tratamiento coadyuvante (Pérez & Mesa, 2006). Dichos aspectos

propician utilizar estrategias psicoterapéuticas con el objetivo de acompañar a las féminas en la recuperación, adaptación y proceso de duelo ante la pérdida corporal.

La vivencia del duelo por pérdida corporal requiere que la fémina signifique la pérdida, con el objetivo de propiciar una mejor calidad de vida al concluir el proceso de duelo. La calidad de vida de la fémina mejora, en tanto logre resolver el duelo ante el objeto significativo y/o logre expresar con la palabra aquello que está inscrito en el cuerpo (Marques, 2003; Suárez, 2005). Además, las féminas tienen que afrontar los efectos secundarios del tratamiento, la espera de estar libre de la enfermedad o recurrencia de la misma, que remite a la preparación de la muerte en caso de progreso de la enfermedad

Según Borbón y Beato (2002) y Lizardi (2000) las mamas son consideradas dentro de la construcción del cuerpo femenino, uno de los principales cimientos en que se asienta la imagen femenina. De forma similar Fernández (2004) expone que al extirparse 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. Al vivenciar dicha pérdida, la mujer puede experimentar horror, coraje, resentimientos y aflicción lo que implicará realizar un proceso de duelo. Esto implica reconocer y elaborar las pérdidas que se han vivenciado a lo largo de la vida antes de la enfermedad, a partir del diagnóstico, durante y después del tratamiento, lo cual dependerá de las estrategias de afrontamiento de la persona. La pérdida de una o ambas mamas como resultado

de una decisión quirúrgica-terapéutica, es una pérdida específica, la cual cada vez es más frecuente por la alta incidencia de cáncer de mama reportado en Puerto Rico (Centro de Cáncer de Puerto Rico, 2006; Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, 2013). El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos, Australia y América Latina (American Cancer Society, 2012).

Según Seifert (2006) la pérdida de una o ambas mamas es una experiencia traumática que conduce a un profundo proceso de represión psicológica, de inhibición y represión sexual. Al mismo tiempo se presentan sentimientos de culpa asociados al valor simbólico de la función pérdida. De modo concomitante, se producen reacciones psicológicas basadas en la ansiedad y la depresión lo que representa una amenaza a la integridad psíquica, que obliga al desarrollo de un nuevo equilibrio físico, psíquico y social (Cano, Sirgo, Díaz, & Pérez, 1997; Seifert, 2006). En estos casos se interrumpe un curso de acción estable entre el individuo y su entorno, produciéndose conductas guiadas por los afectos o emociones, creándose un proceso de victimización y vulnerabilidad (Durá e Ibañez, 2000). El duelo por pérdida corporal es un proceso cognitivo que supone afrontar y reestructurar los pensamientos sobre la imagen corporal, el sí mismo, la identidad y sobre el mundo en el que debe vivir la persona que ha sufrido la pérdida (Gérmán, 2004). El duelo relacionado a la pérdida corporal no solo involucra la pérdida física corporal e imagen corporal, sino que resulta en pérdidas

acumulativas secundarias. Las pérdidas secundarias pueden ser pérdidas físicas y/o psicosociales que coinciden o se desarrollan como consecuencia de una pérdida inicial. Las pérdidas secundarias involucran cambios en roles familiares y sociales, identidad, funciones y metas futuras. Ciertamente otras pérdidas secundarias implican la pérdida de la independencia, autoestima, autoconfianza, sensación de seguridad en el mundo y atractivo sexual en relación con las construcciones tradicionales de género (Plaza, 2006). Como parte del duelo por pérdida corporal se presenta el concepto de imagen corporal.

Para Wald y Alvaro (2004) la imagen corporal es un constructo definido por las percepciones, pensamientos y sentimientos acerca del cuerpo y las experiencias corporales que son registradas en la memoria, que se forma en un contexto social. Para fines del proceso investigativo se conceptúa el concepto de imagen corporal como el factor de identidad que representa al cuerpo en las dimensiones psicológicas, fisiológicas y sociales.

El cáncer de mama crea un estado prolongado de estrés como resultado del diagnóstico, tratamientos, recuperación y temor a la recurrencia. Como el individuo se adapte a las alteraciones en su vida ocasionadas por los eventos estresantes dependerá de las estrategias de afrontamiento, consideradas como mediadores del duelo por pérdida corporal. Para lograr el control emocional los sujetos presentan distintas estrategias de afrontamientos (Folkman & Lazarus, 1998). Las estrategias de afrontamiento adaptativas y activas propician una mejor calidad de

vida (Suarez, 2005). En contra parte, un afrontamiento inadecuado pueden llevar al ánimo depresivo, hostilidad, disminución de fuentes de apoyo contribuyendo a una visión catastrófica del proceso (Olivares, 2004). Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excesivas o desbordantes de los recursos del individuo. Por lo expuesto, el afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresante y las emociones que ello genera.

Modelos Conceptuales del Estudio

El presente estudio se fundamenta en los siguientes marcos conceptuales: Modelo de Calidad de Vida (Schalock & Verdugo, 2002) Teoría sobre Estrés Psicológico y Procesos de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984) y Personalidad Tipo C (Temoshok, 1987). De acuerdo a Schalock y Verdugo (2002) la calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. El Modelo de Calidad de Vida es

de gran utilidad en salud mental, tanto en un plano individual para fijar los objetivos de la intervención y el apoyo, al igual que en el entorno organizacional para planificar y evaluar servicios. Desde la postura de la psicología de la salud, la calidad de vida es un concepto multidimensional que engloba el bienestar la satisfacción ante la presencia de síntomas físicos y psicológicos manteniendo las actividades cotidianas (Báñez, 2002; Monroy, 2005; Robles, 2004). Según Robles (2004) los factores que más impactan la calidad de vida de personas con problemas de salud son la intensidad de los síntomas y la evaluación subjetiva de estos, el tipo de diagnóstico, el funcionamiento psicológico/cognitivo pre mórbido junto a los valores adquiridos sobre salud, enfermedad y bienestar, el funcionamiento físico previo y sus niveles de adaptación y funcionamiento social. A partir del grado en que se consigue mantener la calidad de vida se puede inferir la adaptación a la enfermedad.

Para significar las estrategias de afrontamiento se presenta la Teoría sobre Estrés Psicológico y Procesos de Afrontamientos desarrollada por Lazarus y Folkman (1987). Esta teoría propone que los efectos psicológicos de cualquier relación entre sujeto y ambiente vienen moduladas por dos tipos de procesos; evaluación cognitiva y afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984, 1987). Dichas evaluaciones tendrán consecuencias en las tres áreas que constituyen la calidad de vida del sujeto; funcionamiento social, ajuste psicológico y salud. Este modelo teórico plantea que la adaptación o el ajuste al cáncer se basa especialmente en el proceso de afrontamiento, es decir,

en el conjunto de respuestas cognitivas y comportamentales que el sujeto ha puesto en marcha ante el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos (Báñez, 2002).

El Modelo del Patrón C de Personalidad, intenta demostrar que las personas que padecen cáncer de mama presentan un determinado tipo de personalidad, que las predispone a tener esta enfermedad. De acuerdo a Temoshok (1987) precursora de los estudios de los efectos del estrés sobre la salud, las personas que sufren de cáncer presentan un patrón de represión emocional que impacta adversamente el sistema inmunitario al deprimirlo. Por tanto, la persona que confronta estrés excesivo y que tiene dificultades para aceptar los efectos psicofisiológicos del estrés y de otras emociones displicentes, pueden presentar limitaciones en activar el sistema inmune, como primera defensa contra el cáncer. La personalidad Tipo C, implica la negación de las emociones y conformidad ante las normas sociales como estrategias de afrontamientos. Según Temoshok y Dreher (1992) la salud física se compromete cuando se reprimen crónicamente las propias necesidades y emociones, procurando el bienestar de los demás. Dichos elementos debilitan el sistema inmunitario, propiciando una vulnerabilidad en la progresión del cáncer. Flórez (2006) propone que existe una relación sistemática entre los rasgos de personalidad y el cáncer. De acuerdo al autor, un acontecimiento traumático reciente, que altere el clima emocional familiar, así como la organización de la personalidad, suelen estar presentes en las mujeres que han sufrido cáncer de mama. La personalidad tipo C se caracteriza

por el control excesivo de las emociones y de la agresividad, así como la supresión de expresiones de necesidad, dolor o incomodidad (Arbizu, 2005).

El objetivo general del presente estudio fue conocer las vivencias del duelo por pérdida corporal e identificar estrategias de afrontamientos en mujeres mastectomizadas y su relación con la imagen corporal, feminidad y calidad de vida. Además, se intenta comprender la importancia de las mamas a partir del significado social, cultural e identitario y la vivencia de la sexualidad. Otro objetivo fue describir el impacto de los principales factores biológicos y psicosociales asociados a la experiencia del cáncer de mama en el funcionamiento social.

Método

Participantes

La población identificada para este estudio fueron mujeres sobrevivientes de cáncer de mama, seleccionadas por disponibilidad. Se reclutaron tres féminas que cumplieran las características de inclusión. Los criterios de inclusión se desglosan a continuación: (1) ser adultas (mayores de 21 años de edad) (2) haber sido diagnosticada con cáncer de mama (3) haber sido sometida a una mastectomía (4) haber transcurrido dos años o más tras la mastectomía (5) vivir en Puerto Rico. La especificación del cuarto criterio de inclusión respondió a la recomendación de considerar el tiempo transcurrido después de la

pérdida. Según Márques (2007) si la pérdida es muy reciente, la persona se encontrará más vulnerable y podría tener dificultades para manejar el proceso de duelo.

La edad al momento del diagnóstico de cáncer de mama de las féminas reclutadas fluctuaba entre 30 y 45 años con un promedio de 38 años de edad. El tiempo transcurrido entre la mastectomía y la inclusión en el estudio es en promedio siete años. Al momento de la entrevista la edad de las féminas fluctuaba entre 36 y 53 años con un promedio de 45 años de edad. Todas las participantes fueron sometidas a mastectomía radical modificada, quimioterapia, radioterapia y tuvieron tratamiento oral por cinco años como terapia coadyuvante. Una de las mujeres tuvo recurrencia de cáncer de mamas a los cinco años de su primera intervención quirúrgica. Al momento del diagnóstico dos de las féminas tenían pareja y una era soltera; al presente dos son solteras y una se encuentra casada. El grado académico de las participantes incluye estudios universitarios, además dos informan tener una formación religiosa evangélica y una católica.

Instrumentos

Técnicas de Recopilación de Información

Para obtener la información para el estudio, se utilizó la entrevista semiestructurada, desarrollada a la luz de la revisión de literatura. Se utilizó además

un instrumento para recopilar información sociodemográfica. Mediante las preguntas que conforman la entrevista semiestructurada, se abordaron múltiples temas: experiencias personales al ser sometidas a mastectomía, emociones, afectos y cogniciones experimentadas en el proceso de diagnóstico, cirugía y tratamiento, la red de apoyo, creencias, valores, imagen corporal y feminidad. Las entrevistas tuvieron un tiempo de duración de 60 a 90 minutos.

Diseño y Procedimiento

El estudio está basado en un enfoque cualitativo de corte fenomenológico. El enfoque fenomenológico propuesto por Van Manen (1990) guía el análisis de la información recopilada, al intentar entender el significado, estructura y esencia de las experiencias de vida de las personas. Inicialmente, se solicitó la participación de un profesional con experiencia en investigación que fungiera como juez evaluador de la guía de entrevista semiestructurada, para evaluar la redacción y orden de las preguntas. Además, se solicitó la cooperación de un profesional de salud como recurso para referir a las participantes. A través del primer contacto telefónico, se determinó que las féminas cumplían con los criterios de inclusión y se les explicó el propósito de la investigación y lo que suponía la participación. Se les facilitó una hoja de consentimiento que incluía la autorización para grabaciones y los procedimientos para garantizar los derechos de las participantes. Se realizaron tres entrevistas individuales, utilizando la modalidad de entrevista

semiestructurada, y una entrevista que constituyó la inmersión inicial. Una vez completada la inmersión inicial se analizó la información y se desarrolló la entrevista semiestructurada final dirigida a las participantes y su guía a la luz de la revisión de literatura, preguntas de investigación y hallazgos de la inmersión inicial. Las entrevistas fueron realizadas en las casas de las participantes o en habitaciones que permitían proteger la privacidad y confidencialidad de la información, salvaguardando a su vez los derechos de las participantes.

Una vez finalizadas las entrevistas se transcribieron las mismas y se realizó un análisis de contenido utilizando el modelo de Wolcott (1994) que consta de tres componentes principales: descripción, análisis e interpretación. Se desarrolló una lista de categorías a partir de la literatura revisada e información recopilada en las entrevistas.

Información Recopilada

Las categorías principales que emanan de la labor investigativa son: (a) respuestas emocionales ante el diagnóstico de cáncer de mama (remite a afrontar el diagnóstico, divulgación y vivenciar la cirugía y recuperación); (b) duelo por pérdida corporal (alude a pérdidas físicas y secundarias, imagen corporal, mama fantasma y dolor fantasma, dolor psicológico y al antes y después de la pérdida corporal); y (c) estrategias de afrontamientos (considera el proceso de adaptación, red de apoyo, religiosidad y espiritualidad). A partir de las narrativas de las

participantes y el análisis de contenido se presentan las subcategorías y los componentes que conforman la labor investigativa (Tabla 1).

Tabla 1
Categorías, subcategorías y componentes

Categorías y Subcategorías	Componentes
<i>Respuestas Emocionales ante el Diagnóstico</i>	
Afrontar el diagnóstico	a. Identificar la afección en la mama b. Espera de resultados e incertidumbre c. Impacto psicológico ante el diagnóstico d. Significado del diagnóstico
Divulgación	a. Toma de decisiones b. Divulgar a significantes
Vivenciar la cirugía y recuperación	a. Cirugía y tratamientos b. Aspectos psicosociales
Duelo por Pérdida Corporal Pérdidas físicas y secundaria	a. Significar la pérdida b. Recurrencia c. Ajuste psicosocial
Imagen corporal	a. Significado de las mamas b. Relaciones íntimas c. Percepción del cuerpo
Mama fantasma y dolor fantasma	
Dolor psicológico	a. Manifestaciones b. Rememorar pérdidas
Antes y después de la pérdida corporal	
Estrategias de Afrontamientos Proceso de adaptación	
Red de apoyo	
Religiosidad y espiritualidad	

Respuestas emocionales ante el diagnóstico

Afrontar el diagnóstico

El cáncer de mama, crea un estado prolongado de estrés como resultado del hallazgo de la enfermedad, proceso de diagnóstico, intervención quirúrgica y terapia coadyuvante. Este malestar que se comienza a experimentar desde la detección de la afección y se

manifiesta a partir de la dificultad de manejar la sospecha del cáncer de mama, al mantener una esperanza de resultados negativos o señalar que la afección no le pertenece, como se observa en la narrativa de una de las participantes.

“Yo me estaba sacudiendo unas migajas de pan en la cama y me sentí una masita, no lo podía creer, volví a palparme y sentía la masa, decía esto no es mío. Tenía una orden para hacerme la mamografía y sonomamografía

hacía un año pero no me las hice hasta ese momento”.

Espera de resultados e incertidumbre

La fémina con cáncer de mama deberá enfrentarse a un amplio espectro de estresores, como la espera de resultados de las pruebas diagnósticas, hechos que pueden contribuir a la exacerbación de sentimientos de ansiedad y aflicción, como lo narra una de las participantes.

“Tenía fe que todo iba a salir negativo, siempre tenía una esperanza que todo iba a salir bien. Después de las pruebas no podía comer, tenía mucho miedo y ansiedad, pero todo salió mal. Me deprimí y lloré mucho, a veces me derrumbo. Aunque quería saber no me atrevía a preguntar. Tenía miedo por los tratamientos no por la cirugía, no saber que me esperaba. Me preguntaba ¿qué propósito tiene todo esto? ¿Qué propósito tiene Dios?”

Impacto psicológico ante el diagnóstico

Al ser diagnosticada con cáncer de mama, la mujer sufre un fuerte impacto emocional ante una situación de amenaza, presentando diversas respuestas emocionales, que pueden estar mediadas por creencias, experiencias y patrones de pensamientos. Las narrativas

aluden a las necesidades de otros significantes, minimizando el propio bienestar. Dicho aspecto supone el afrontar la amenaza a la propia vida o la anticipación de una muerte en la familia y la reestructuración de planes futuros.

“Lo primero que pensé fue en mi familia y en mi novio cuanto los haré sufrir y que ellos no se merecían lo que estaba pasando, me preguntaba quién cuidaría a mami y papi. Pensé que no podría tener hijos....por las terapias no es recomendable”.

“Me preocupaba lo que le pasaría a mis hijos y esposo, lloré mucho y no podía dormir, me fui para el otro cuarto para no molestar a mi esposo, todo lo que me pasó fue por tener intoxicado el cuerpo”.

Significado del diagnóstico

Aunque la percepción del diagnóstico de cáncer se ha transformado en los últimos años, aún se considera una sentencia de muerte, por su relación con un pronóstico reservado. El significar el diagnóstico posibilita, contextualizar las experiencias en términos de temporalidad, espacio y contexto relacional.

“Desde el día que me dieron la noticia mi vida ha cambiado, creí que el mundo se iba a acabar...nunca pensé que me iba a tocar a mí, no hay cáncer en mi familia yo soy la primera. Al principio pensé que había hecho algo mal en la vida y esto era un castigo pero fue solo un momento”.

Divulgación

por mí y se pongan a hablar como si me fuera a morir”.

Toma de decisiones

El tiempo que se utiliza para reflexionar sobre la decisión de la intervención quirúrgica y tratamientos varía de mujer a mujer. La fémina se encuentra en la ambivalencia entre la pérdida corporal y la supervivencia a la enfermedad, con los costos físicos, emocionales y económicos. La relación médico-paciente determina tomar una decisión para la mujer, no obstante el consultar con significantes supone el considerar otras alternativas o apoyo.

“Mi hermana y mi esposo se hicieron cargo de todo, el médico dijo el tipo de la cirugía y fecha. Yo hablé con mis hijos y esposo y ellos me recomendaron que me sacara el seno, yo no tome ninguna decisión, parecía un robot”.

Divulgar a significantes

El divulgar el diagnóstico y la decisión del tipo de cirugía significa afrontar respuestas emocionales propias y de los significantes. A partir de las narrativas de las participantes se observa la preocupación por el impacto emocional del diagnóstico en familiares y la incapacidad para manejar la situación.

“No quería decirle a nadie lo que estaba pasando, solo que iba a estar en tratamiento porque mi familia comienza a llorar y lo hacen muy grande. Además yo no quiero que se preocupen

Vivenciar la Cirugía y Recuperación

Cirugía y tratamientos

La primera modalidad de intervención para el cáncer de mama es la quirúrgica, la segunda consiste en aplicar procedimientos como quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal. Las participantes sometidas a intervención quirúrgica experimentaron ansiedad y temor ante el evento, así como los efectos secundarios de la terapia coadyuvante, destacando la alopecia como evento que provocó cambio de apariencia y malestar psicológico.

“Me sacaron todo el seno y seis nódulos me sentía ansiosa... tuve miedo de lo que podría pasar... Después estuve en quimio y radioterapia. Tuve diarreas, vómitos, no podía comer todo me sabía a hierro, me sangraron las encías, malestar estomacal y todo el cuerpo me dolía... era horrible. Me sentía cansada todo el tiempo y mareada, no podía leer a veces ni caminar. Un día me estaba lavando la cabeza y se me empezó a caer el pelo me puse sentimental y comencé a llorar y gritar en el baño, parecía una loca no sentía dolor de esto (señalando la mastectomía)... sino de las terapias... lo que hacían, me veía horrible”.

Aspectos psicosociales

Otros elementos a considerar en el proceso de vivenciar la cirugía y recuperación, implican factores económicos, transportación, actividad laboral y cumplimiento de roles sociales que revelan las limitaciones que suponen la dependencia de otros, delegar responsabilidades y roles, disminución de los sentimientos de autoestima, evocando sentimientos de inutilidad.

“Mi novio, hermana y comadre me cuidaban, se encargaban de la casa y la comida. Deje de trabajar por un año, tuve que hacer ajustes económicos, mi novio me llevaba a las citas estuvo conmigo los primeros meses. Me sentía inútil ya no podía hacer las cosas que antes hacía y si las hacía era con mucha lentitud”.

pérdida corporal destaca las creencias religiosas, sentido de poder continuar con vida y ayudar a otros. Por otro lado remite a perder algo que le pertenecía como ser humano o medida disciplinaria, como lo ilustra el relato de dos participantes.

“Significó la pérdida de parte de mí, algo que no se puede reemplazar con algo plástico. Significó cambiar mis planes de casarme y tener hijos, fue como si se cerraran todas las puertas y se abrieran otras. Dios me dio otra oportunidad de vivir y ayudar a otras mujeres, valorar más a mi familia y amigos, la vida”.

“Significó una prueba, Dios tiene un propósito para todo, es completar algo que me hacía falta por completar. Pienso que Dios me estaba disciplinando”.

Duelo por Pérdida Corporal

Pérdidas Físicas y Secundarias: Significar la pérdida

El significar la pérdida involucra adaptaciones cognitivas, emocionales y conductuales, evocando reacciones psicológicas que permitan incorporar un nuevo sentido del sí mismo y de la propia identidad. Se pudieron identificar elementos que ilustran el significado otorgado a la pérdida corporal. El significado que se le atribuye a la

Recurrencia

Las repercusiones del cáncer de mama obligan a plantear las preocupaciones que emergen después de la mastectomía y de los tratamientos, cuando la fémina encara su cotidianidad. Se observa el temor por la recurrencia del cáncer y que éste sea más agresivo.

“Me preocupa que me vuelva a dar y sea más agresivo, pero trato de no pensar en eso. No te puedo negar que siempre me da cierta ansiedad cuando se acerca la fecha de la revisión”.

Ajuste Psicosocial

El cáncer de mama representa un problema de salud con implicaciones económicas que supone un impacto en el ambiente familiar. Debido a los efectos secundarios de la terapia coadyuvante y la intervención quirúrgica, la fémina puede afrontar limitaciones en las actividades laborales y como consecuencia conflictos económicos.

“Después de esto, me empecé a enfermar, la vesícula, la artritis por los tratamientos y ahora principios de diabetes. Físicamente no soy la misma, me canso más rápido, antes me gustaba hacer todo rapidito, me acostumbre por mi trabajo ¡imagínate! Pero hago las cosas a mi ritmo y trabajo en un piso más lento ¿qué puedo hacer?, sigo haciendo recortes de dinero”

El duelo por pérdida corporal motiva a cambiar el sistema de valores, dónde se reduce el énfasis de las cualidades físicas y se desarrolla un sentido intrínseco del sí mismo. Las creencias religiosas y la espiritualidad emergen como elementos en el ajuste ante la pérdida corporal.

” Estoy más amarrada a Dios, me di cuenta que quien tenía que cambiar era yo, era fiestera y me importaban las cosas materiales más que las espirituales”.

“Yo era como una vasija la cual Dios tuvo que romper y hacer de nuevo, la cicatriz es la marca de la vieja vasija (señalando la cicatriz). Tuve que volver a nacer y aceptar al Señor”.

Imagen Corporal

Significado de las mamas

Aunque las mamas no constituyen un órgano vital, tienen un significado subjetivo para cada mujer. Las mamas pueden representar un atributo de belleza, símbolo de sexualidad humana, zona erógena y emblema de maternidad. Se desprende que a las mamas se les adjudican diversos significados como: belleza, estética, sexualidad y lactancia.

“La belleza, orgullo de ser mujer, parte de la sexualidad y lactancia. Al principio pensé que me afectaría con mi esposo pero él me ayudó mucho...sigo siendo mujer pero diferente a las demás”.

Relaciones Íntimas

La pérdida de una mama es una experiencia traumática que transforma la relación de la fémina consigo misma y con los demás. El efecto colateral es que la mujer se siente poco atractiva, experimentando sentimientos de inseguridad en la relación sexual con su pareja. De la información se observa una reducción en la frecuencia de las relaciones sexuales y sentimientos de vergüenza al mostrar el área amputada.

“Las relaciones sexuales son menos y más suaves aunque al principio me daba miedo y vergüenza de que me viera pero él me dijo que eso no era nada, yo apagaba la luz. Él no habla

mucho ni demuestra sus emociones, al principio creía que él no me aceptaría pero fue diferente, él trataba de disimular”.

Una de las féminas expone haber terminado la relación de pareja y no desear compromisos por el temor a la recidiva y la incapacidad de procrear, lo que representa pérdidas secundarias como secuela de la pérdida corporal y el deterioro en establecer relaciones.

“Él era comprensivo conmigo y considerado, se impactó cuando me vio por primera vez, empezamos a hablar menos porque yo no quería y menos relaciones sexuales aunque estaban bien, me daba vergüenza al principio, no quería que me tocara el pecho. Hace año y medio termine la relación con mi novio, yo no querría amarrar a mí a una persona, sería como condenarlo a no tener una familia, no quiero tener compromisos con nadie uno nunca sabe cuando esto volverá”.

Percepción del cuerpo

La percepción del cuerpo requiere auscultar las vivencias de las participantes en cuanto a la cicatriz y el reflejo de la imagen corporal. La mujer tiene que adaptarse a una imagen de sí misma con la mama, sin la mama y con la prótesis.

“Masacrado, vacío pero me siento bien con mi imagen, tengo que mejorar mi autoestima por eso me digo todos los días que estoy bien buena aunque

realmente no lo este, me da coraje que tengo que arreglar la ropa, yo hice mi primera prótesis”.

“Después de terminar el tratamiento no he sido capaz de mirarme directamente en el espejo, no tengo todavía la valentía de verme... lo más impactante fue verme sin pelo. Me puedo mirar con la prótesis, pero me molesta que se note la diferencia, cuando me sacaron el seno no me gustaba mi cuerpo pero ya me acostumbre ¿qué más puedo hacer?”

Mama Fantasma y Dolor Fantasma

La representación como cuerpo mutilado revela la necesidad de incorporar una imagen corporal modificada mediante una adaptación continua. La limitación y perturbación física se pueden extrapolar al dolor fantasma y la mama fantasma. Se expone que las féminas experimentaron dolor en el brazo, inflamación, calentones, sensación de corriente y pinchazos en al área amputada y que transcurridas unas semanas o meses tras la intervención quirúrgica sentían la mama.

“Las primeras semanas tuve inflamación y dolor, en el brazo como un calentón en el pecho era bien raro... como picor en el seno pero sin el seno, esto me duró algunas semanas y se me pasó...ya no siento nada lo único es que no tengo buen balance, siento que me voy de ese lado como si tuviera más peso”.

Dolor Psicológico

Manifestaciones

Se devela la tristeza, ansiedad, soledad y temor como emociones durante el proceso de duelo por pérdida corporal. El tema de las creencias religiosas y la esperanza emergen como mediadores del proceso de aflicción que se manifiesta como agradecimiento por estar viva y aceptar la voluntad de Dios.

“Tristeza y soledad, me sentía sola no tuve apoyo de nadie, no sabes cuantas veces me tiré al piso a llorar...Si no hubiera conocido al Señor no hubiera sobrevivido. Dios me sanó no tuve apoyo de nadie”.

“Miedo, ansiedad pero no dejo que me moleste porque estoy aquí y voy a vivir, si me pongo a pensarlo, me voy a enfermar y deprimir. Los primeros meses cualquier cosa me molestaba, me di cuenta que las personas no eran capaces de sentir lo que yo estaba sintiendo”.

Rememorar pérdidas

Vivenciar el duelo por pérdida corporal implica reconocer y elaborar las pérdidas que se han experimentado a lo largo de la vida. Ante el diagnóstico, se reactivan duelos de significantes, destacando la relación y cualidades de la persona fallecida. El evocar duelos pasados le permite manejar el impacto de la enfermedad y la amenaza a la expectativa de vida.

“Cuando me dieron los resultados empecé a buscar en mi mente quien de mi familia había tenido cáncer, pero no había nadie y me acordé de mi abuelita que murió hace diez años de un paro renal... fue bien triste...ella me dio fuerzas para echar pa' lante en esto. Una señora que cogía la quimio conmigo no la terminó, no aguanto y murió fue que lo tenía regado, ella se parecía a mi abuelita...”.

Manejar y asimilar el dolor psicológico implica reconocer la pérdida, abrirse al dolor y reconstruir la relación con lo que se ha perdido. A partir de lo reportado por las participantes se destaca el sentido de alivio al elaborar el duelo a través de las narrativas. Al explorar el estado de ánimo de las participantes al rememorar un tema sensitivo como lo es el proceso de duelo, se develan sentimientos gratificantes.

“Al hablar de esto me siento bien porque me puedo desahogar y hablar de cosas que no puedo hablar con nadie para que no se preocupen y se afecten, aunque me da miedo de que me vuelva a pasar. También puedo entender lo que me pasó... adaptarme a los cambios y hacer algo con las mujeres que están pasando por lo mismo”.

Antes y Después de la Pérdida Corporal

El cáncer de mama afecta la calidad de vida de las féminas y amerita evaluar las transformaciones en las dimensiones cognitivas, afectivas, conductuales

y sociales antes y después de la pérdida corporal. Elementos que se manifiestan en la elaboración y transformación del proceso de duelo.

“Siempre fui rebelde hacia lo que me daba la gana, era explosiva, dominante, todo tenía que ser a mi manera, mi opinión es la única que valía. Era terca, todo me daba coraje y no escuchaba. Ahora puedo escuchar a los demás, todavía no me gusta esperar pero soy más paciente, no me siento rebelde”.

Estrategias de Afrontamiento

Proceso de adaptación

La manera de afrontar el cáncer de mama es uno de los elementos más importantes para determinar la adaptación a la enfermedad y el bienestar de la mujer. Las participantes se ven obligadas a restaurar el equilibrio, utilizando diversas estrategias de afrontamiento, que suponen un proceso activo de interpretación, enfocado en manejar las demandas externas o internas al afrontar el proceso de duelo por pérdida corporal. Se expone como las estrategias de afrontamiento son mediadoras de la calidad de vida y adaptación ante la enfermedad.

“Vivir un día a la vez, cada día es una esperanza y que Dios nunca me ha dejado. Lidar con la pérdida es día a día, tratar de no pensar que me volverá a pasar y si me vuelve a pasar saber cómo enfrentarlo con más madurez y más fe.

Trato de no ser una esclava de ese pensamiento borrarlo con pensamientos positivos como me decía una amiga que no gano la batalla.”

“Me digo a mi misma que tengo que estar bien por mi familia, visito la iglesia y hago cosas que me gustan... leía un buen libro de autoayuda. Busque información de medicina alternativa y alimentación. Una vez llame a la Asociación del Cáncer, pero no fui, decidí hacerlo yo sola...Mi doctor me comunico con otras mujeres que él había operado y hablamos un par de veces, me di cuenta que otras estaban peor que yo”.

Red de Apoyo

La búsqueda de apoyo social es un tema dominante en la elaboración que realizan las participantes. La búsqueda de apoyo social y religiosa aluden a estrategias de afrontamiento que posibilitan la adaptación a la enfermedad.

“El apoyo que recibí fue de mi familia, el pastor, las mujeres de cáncer fui a unas charlas en el hospital que el médico me mando. Tengo muchos ángeles a mi alrededor, personas que Dios me a puesto por delante amistades... nunca estuve sola”.

Religiosidad y Espiritualidad

El afrontamiento religioso y espiritual se relaciona con el bienestar psicológico y la salud ante situaciones de vida negativas, promoviendo la adaptación ante las

pérdidas por medio de la fe, oración, rituales, creencias sobre la vida y la muerte.

“Siempre tuve fe en Dios, pero después de esto es más. Esto me ayudó a entender el dolor de los enfermos, sentir paz cuando oraba y visitaba la iglesia”.

Discusión

Según se desprende de la información recopilada el cáncer de mama crea un estado de malestar que se experimenta desde la detección de la afección en la mama y trasciende a la etapa de remisión. La sospecha de cáncer de mama y la experiencia de pasar por múltiples pruebas diagnósticas propician la negación, sentimientos de ansiedad, aflicción, temor por la incertidumbre de un proceso inesperado que amenaza a la expectativa de vida. El malestar emocional propicia la evaluación de las creencias religiosas manifestadas en el cuestionamiento a un ser supremo por la enfermedad y por el propósito de la misma. Estos aspectos son sustentados por la literatura al exponer la aparición y diagnóstico de cáncer de mama como un evento estresante capaz de desequilibrar el estado anímico de la persona (Ashing-Giwa, et al., 2004; Monroy, 2000). De forma similar Crespo y Rivera (2012) reportan que las féminas reconocen haber enfrentado momentos de duda ante el diagnóstico inicial. Al transcurrir el tratamiento, sus relaciones con familiares y compañeros de trabajo y

al darse cuenta de que sentían que la vida había tomado un giro dramático, llegaron a poder atribuirle a la enfermedad el poder de provocar un cambio significativo en sus vidas.

Otro elemento que emerge en las vivencias de las féminas es significar la familia como un estresor al ponderar el bienestar de la misma ante el impacto de la enfermedad y una muerte anticipada. Dicho elemento es sustentado por Germán (2004) y Lizardi (2000) al sugerir que el cáncer se conceptúa como una enfermedad con implicaciones familiares. Parada (2013) reafirma que las mujeres con cáncer de mama, han recibido apoyo de su familia, sin embargo, menos de la mitad refiere que no habla con sus familiares sobre el padecimiento, aunque, la convivencia con amigos y familiares ayuda a su estado de ánimo. Los hallazgos del estudio realizado por Crespo y Rivera (2012) son divergentes a lo expuesto, al considerar el apoyo familiar como significativo en todo el proceso que acarrea la enfermedad y la recuperación.

Las elaboraciones que realizan las participantes denotan que el diagnóstico del cáncer de mama se significa como un desafío, una amenaza, una prueba y un sacrificio al relacionarlo como posibilidad de vida. De acuerdo a lo expuesto el cáncer de mama obliga a afrontar el significado de la propia muerte y la reflexión sobre los estilos de vida. Relacionar el cáncer de mama con una muerte anticipada inhibe que las féminas puedan hablar sobre el mismo, al adquirir una connotación catastrófica. Lo antes mencionado expone que el cáncer de mama se equipara al tema de la muerte, el cual no se

discute en el entorno social y familiar. El relegar el tema propicia que no se desarrollen estrategias pertinentes de afrontamiento y se intensifiquen los temores vinculados a la pérdida corporal. La información recopilada es sustentada por Sala (2006) al señalar que el cáncer de mama se considera una sentencia de muerte, sobre la cual no se suele dialogar.

Un elemento común que emerge en la narrativa de las participantes destaca la denominación de la vivencia como un “esto”, lo que permite el distanciamiento del dolor psicológico ante la pérdida corporal y la amenaza a la expectativa de vida. Se denota la ausencia de los conceptos cáncer de mama y mastectomía, lo que sugiere el estigma cultural en torno a la enfermedad a pesar de los adelantos en su tratamiento. Es pertinente cuestionar si el no denominar el cáncer de mama y la mastectomía con cierta terminología inhibe o complica el proceso de duelo por pérdida corporal.

El cáncer de mama impacta la calidad de vida de las féminas, al requerir un cambio sustancial del estilo de vida que compromete sus afectos, cogniciones, conductas, creencias, valores, independencia, atractivo físico y roles sociales. A partir de la información recopilada los síntomas y quejas subjetivas remiten a sentimientos de ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, confusión e incertidumbre al percibir la enfermedad como una amenaza a la salud y a la expectativa de vida. El funcionamiento físico y social se enmarca en disminución del sentido de independencia, restricción de actividades, pérdida de atractivo físico y rol social.

Los elementos expuestos aluden a una reducción de la calidad de vida de las participantes mastectomizadas en la etapa de detección y diagnóstico. Al identificar los elementos implicados en la reducción de la calidad de vida de las mujeres mastectomizadas, es relevante mencionar el estrés psicológico que la enfermedad neoplásica puede producir y las estrategias de afrontamiento utilizadas que posibilitan la adaptación psicológica. Se devela la negación, distanciamiento y pensamiento mágico como estrategias de afrontamiento con una función paliativa, durante la identificación, diagnóstico e intervención quirúrgica.

Las elaboraciones de las participantes, denotan el duelo por pérdida corporal como un proceso que se caracteriza por dolor psicológico y dificultad en el manejo de las emociones desde la identificación de la afección, diagnóstico, terapia coadyuvante y remisión. En la etapa de remisión emergen temáticas que aluden a la aflicción, incertidumbre, ansiedad y temor por la recurrencia, aspectos que sugieren la dificultad en la resolución del proceso de duelo. De esta manera, el duelo por pérdida corporal es vivenciado a lo largo de la vida de la fémina, no se circunscribe exclusivamente a la etapa activa de la enfermedad y de la terapia coadyuvante. Las féminas pueden manifestar adaptación ante la pérdida corporal, lo cual facilita el proceso de reparación y resignificación que propicie la sanación biopsicosocial. Sin embargo, la elaboración del proceso de duelo puede quedar inhibida al ser mediado por la resignación estoica, impactando la calidad de vida de las féminas.

A partir de las narrativas realizadas por las participantes los significados que se le atribuyen a la pérdida corporal aluden a la carencia de un ser íntegro. Dicho elemento remite a afrontar el significado de la propia muerte y la distorsión de la imagen corporal, que se traduce en la dificultad de la aceptación de los cambios corporales y la incapacidad de contemplar la propia imagen en el espejo, de modo que las participantes perciben sus cuerpos como masacrados, impactando el sentido de feminidad. Lo reseñado es sustentado por los hallazgos de Vos, Garssen, Visser, Duivenvoorden y Haes (2004) y Marques (2003) al indicar que las mujeres mastectomizadas perciben y representan su cuerpo como mutilado impactando la identidad femenina. De acuerdo a las vivencias de las participantes, las mamas son símbolo de feminidad y maternidad. La alteración en dichos atributos impacta el significado de ser mujer y los roles generacionales construidos socialmente. La significación sexuada de las mamas integra otro elemento común en las elaboraciones, que resalta la inhibición y reducción en la actividad sexual, lo que sugiere la relación entre una imagen corporal distorsionada y la dificultad de sentir y ofrecer placer.

Las limitaciones físicas y manifestaciones somáticas que sugieren el fenómeno de la mama y dolor fantasma fungieron como elementos relevantes que deterioran el funcionamiento y habilidades, trascendiendo el área laboral, económica y redistribución de roles familiares. Según Lillo (2000), el aparato psíquico se resiste a aceptar la pérdida y el miembro fantasma, es una manera gradual de encontrar la compensación

de la misma hasta que se imponga el principio de la realidad y la labor del duelo se va estableciendo. Los aspectos mencionados propician en las participantes, sentimientos de impotencia, incapacidad y abandono que impactan su autoestima y sentido de independencia. Dichos hallazgos son sustentados por Luoma y Hakamies (2004) al exponer que las limitaciones en el funcionamiento físico se trasladan en dependencia de otros, minimizando la autonomía de las mujeres. Además, se desprende que para manejar el impacto emocional de las pérdidas secundarias, las féminas manifiestan resignación y resignificación de sus creencias, valores y estilo de vida, posibilitando que las féminas resignifiquen su sentido de vida e identifiquen el bienestar de sus vivencias.

Significar la pérdida como medida disciplinaria o prueba corresponde a otro elemento que emerge en las narrativas de las participantes, elemento que se relaciona con la movilidad de los recursos espirituales y religiosos. La búsqueda religiosa emerge como elemento que propicia minimizar el impacto emocional, aceptación, sentido de afirmación de la vida, desarrollo personal y hallarle significado y beneficios a la vivencia. Los hallazgos son congruentes con el estudio realizado por Crespo y Rivera (2012) donde las participantes reportaron tener más fe, sentirse más capaces de solucionar problemas, poder relacionarse mejor con las personas que le rodeen y hasta tener menor preocupación acerca de su enfermedad. En dicho estudio las participantes, pudieron asignarle nuevo significado a su vida, hasta llegar a comprender que su diagnóstico

y tratamiento del cáncer les permitió descubrir con optimismo un nuevo propósito en la vida, luchar contra la enfermedad y sobrevivir a la misma.

El temor por la recurrencia como elemento en las narrativas, es vivido por las participantes, con ansiedad ante las revisiones anuales en la etapa de remisión y cuando finaliza la terapia coadyuvante. De forma similar Wade, Nehmy y Koczwara (2005) sostienen que las mujeres mastectomizadas informan preocupación por la recurrencia, la cual tiene un efecto directo en la depresión y se asocia a niveles elevados de aflicción y malestar. Otro elemento que se presenta devela la evocación de pérdidas a lo largo de la vida, facilitando significar la pérdida corporal y adaptarse a las diversas etapas de la enfermedad neoplásica. Las elaboraciones de las participantes revelan como las féminas resignifican su autoconcepto, lo que se traduce en disminución de la expresión de emociones negativas y la habilidad de poder escuchar a otros significantes. Lo expuesto es sustentado por Carvalho, Mesquita, De Almeida y De Figueiredo (2005) al sugerir que las mujeres al vencer el cáncer de mama, buscan el auto-conocimiento, evaluar posturas, valores y principios que pudieron estar olvidados en función de intereses personales. Por tanto, el proceso de duelo por pérdida corporal propicia que las féminas resignifiquen sus relaciones interpersonales e intrapersonales como parte fundamental de la sanación biopsicosocial.

El duelo por pérdida corporal se vivencia a lo largo de la vida, cuando la fémina acude a las revisiones médicas

y percibe una imagen corporal distorsionada. La calidad de vida de las féminas mastectomizadas es impactada ante la disminución del sentido de feminidad, reducción de la actividad sexual, inhibición en establecer relaciones interpersonales, limitaciones físicas que trascienden el área laboral y familiar. Dichos elementos propician sentimientos de impotencia, abandono de roles y dependencia que repercuten en la autoestima de las féminas. Por tanto, la calidad de vida de las féminas mastectomizadas es impactada aún transcurrido el tiempo de remisión del cáncer de mama. En la medida que el proceso de duelo no se haya elaborado, se reduce la calidad de vida de las féminas mastectomizadas.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser predictores de la elaboración del proceso de duelo ante la pérdida corporal. A partir de la información recopilada, la resignación o aceptación estoica, represión emocional y conductual, corresponden a estrategias de afrontamientos pasivas. Por tanto, las estrategias pasivas, inhiben la elaboración del proceso de duelo por pérdida corporal, propiciando malestar emocional, disminución del bienestar y pobre adaptación psicológica. A partir de las narrativas de las participantes se devela la disminución en la manifestación de las emociones negativas y el ponderar las necesidades de significantes, restringiendo las propias emociones. El malestar emocional en féminas que restringen sus emociones se vincula a síntomas de depresión, ansiedad, confusión y pobre adaptación a la enfermedad neoplásica, de modo que se inhibe la elaboración del duelo.

Ante el duelo por pérdida corporal es relevante considerar las estrategias de afrontamiento consideradas como mediadores de la sanación psico-corporal. La sensación de haber sido despojada de algo valioso como la mama, equivale a considerar una amalgama de estrategias de afrontamientos con componentes cognitivos, conductuales y emocionales. Las estrategias de afrontamiento como mediadores de la adaptación a la pérdida corporal, se presentan en todas las etapas del proceso de duelo impactando la calidad de vida, y a su vez son cambiantes de acuerdo a la etapa de la enfermedad. Durante la detección y diagnóstico la estrategia de afrontamiento más utilizada corresponde a la negación que propicia el distanciamiento del dolor psicológico. La etapa que corresponde a la terapia coadyuvante y remisión destaca la religiosidad y espiritualidad, ampliar el apoyo social y hallar beneficios a situaciones adversas. Las estrategias activas de afrontamiento que se identifican en las narrativas de las participantes hacen referencia a la reinterpretación cognitiva o valoración cognitiva, búsqueda de información de medicina alternativa, y lectura de autoayuda. Estos hallazgos son sustentados por Parada (2013) al indicar que la búsqueda de información sobre el padecimiento es una estrategia de afrontamiento en los pacientes con cáncer. De acuerdo a Varela, Alfonso, Galain, Ibañez y Abreu (2011) los mecanismos de afrontamiento predominantes en el diagnóstico y la cirugía son la negación y la aceptación activa, los cuales permiten superar las condiciones que la enfermedad conlleva y la aceptación de los tratamientos. Por otro lado la identificación de beneficios a partir de la experiencia de cáncer, devela una

actitud optimista. La misma puede ser conceptualizada a su vez como una estrategia de afrontamiento, al ser sustentada por procesos cognitivos. De acuerdo a Mera y Ortiz (2012) el optimismo y el afrontamiento se asocian de manera positiva con la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. El estudio realizado por dichos autores revela que la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama, se asoció con un mayor optimismo y con la utilización de estrategias de afrontamiento activo.

Cabe recalcar que las participantes no fueron integrantes de los grupos de apoyo de sobrevivientes de cáncer de mama, ya sea por desconocimiento, accesibilidad, temor o desinterés. No se logró identificar una personalidad con predisposición al cáncer; sin embargo es posible vincular estilos de afrontamientos específicos con el estilo C de personalidad, resaltando la represión emocional por parte de las participantes. Las elaboraciones de las vivencias son un vehículo para las féminas, que les permite la resignificación y elaboración del proceso de duelo. En la medida en que las féminas puedan elaborar verbalmente sus vivencias de duelo se abre el espacio hacia la re-estructuración y resignificación propia, lo que facilita a su vez la elaboración del duelo por pérdida corporal. Congruente con este hallazgo el estudio realizado por Parada (2013) revela que las mujeres con cáncer de mama, desarrollan habilidades de afrontamiento, principalmente de naturaleza cognitiva, refiriendo una re-significación del padecimiento que presentan.

El estudio, propició reconocer que las necesidades psicológicas de las

mujeres mastectomizadas continúan después de finalizado los tratamientos, a lo largo de la etapa de remisión. Por tanto, la calidad de vida de las féminas mastectomizadas es impactada por transformaciones en el funcionamiento social, físico, psicológico y espiritual que propicia la reconstrucción activa como seres íntegros.

La resignificación y re-estructuración que experimentan las féminas sobrevivientes de cáncer de mama, propicia el desarrollo de la capacidad para afrontar situaciones adversas. Por tanto el desarrollo de la resiliencia y el reconocimiento de las fortalezas y habilidades de las féminas integran elementos que posibilitan la elaboración del duelo por pérdida corporal. Estos elementos son un tema fundamental en la psicología de la salud, para propiciar una mejor calidad de vida. De acuerdo a Parada (2013) la psicología positiva se ha enfocado en el estudio de las fortalezas de los individuos, buscando responder a variadas interrogantes, entre las cuales se pueden identificar los objetivos de la psicología de la salud como lo es el aumento de la salud y el bienestar de las personas, aumentar la calidad de vida, desarrollo de habilidades de afrontamiento y adaptación de las personas ante la enfermedad y la adopción de hábitos saludables. La psicología de la salud y la psicología positiva son disciplinas que aportan a la elaboración del duelo por pérdida corporal.

Se considera limitación el sesgo que acarrea el tiempo de remisión, en el transcurso de los años las féminas pueden hallar beneficios al evocar el duelo por pérdida corporal y elucidar significados no elaborados en etapas iniciales de la enfermedad. Otro elemento a

considerar son los recursos religiosos y espirituales, aspectos que limitan conocer cómo el fenómeno ocurre en personas con carencia de recursos religiosos y espirituales.

Se recomienda explorar conceptualizaciones alternas de las necesidades de las féminas que experimentan la recurrencia del cáncer de mama y el elemento de resiliencia. Además investigar los factores de riesgo asociados a una pobre adaptación psicosocial y el impacto en las relaciones familiares. Se recomienda que el profesional de salud mental, asuma un papel activo en el entorno salubrista de la enfermedad neoplásica, bajo modelos de intervención y actuación estructurados a largo plazo, desde el diagnóstico hasta el periodo de remisión.

R eferencias

- American Cancer Society. (2005). *Breast cancer facts and figures*. Atlanta: American Cancer Society Inc.
- American Cancer Society. (2012). *Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos 2012-2014*. Atlanta: American Cancer Society Inc.
- Arbizu, J. (2005). *Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento*. Pamplona: Servicio de Oncología Hospital de Navarra.
- Ashing-Giwa, K., Padilla, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A... & Hills,

- D. (2004). Understanding the breast cancer experiences of woman: A qualitative study of african american, asian american, latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 408-428.
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. España: Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Psicología de la Educación.
- Borbón, J., & Beato, A. (2002). *Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía*. Cuba: Instituto Superior de Medicina Militar Dr. Luis Díaz Soto.
- Cano, A., Sirgo, A., Díaz, M., & Pérez, G. (1997). Ansiedad, racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: Un estudio comparativo. *Revista Electrónica de Psicología*, 3(2). Recuperado de http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_4.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.
- Centro de Cáncer de Puerto Rico. (2006). *¿Qué es cáncer?* Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas.
- Crespo, L., & Rivera, M. (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 109-126.
- Durá, E., e Ibañez, E. (2000). Psicología oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicología, Salud & Doencias*, 1(1), 27-43.
- Fernández, A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3), 169-180.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1998). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- Flórez, J. (2006). Estrés emocional y cáncer: Perfil psicoafectivo en la mujer con cáncer de mama. *Salud Global*, 4(1) 2-9.
- Germán, J. (2004). *Aspectos psicosociales y de reintegración*. México, D.F.: Instituto Nacional del Quemado A.C.
- Howlader, N., Noone, A., Krapcho, M., Garshell, J., Neyman N., Altekruse S., & Cronin, K. (2013). SEER Cancer Statistics Review. U.S: National Cancer Institute.
- Lazarus, S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lazarus, S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lillo, J. (2000). *Duelo y pérdida corporal*. Trabajo presentado al II Congrés d'Atenció Primària i Salut Mental: Barcelona.
- Lizardi, M. (2000). Niveles de estrés y patrones de adaptación de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama del área metropolitana de San Juan. *Revista Análisis*, 2(1), 51-73.
- Luoma, M., & Hakamies, L. (2004). The meaning of quality of life in patients being treated for

- advance breast cancer: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 13, 729-739.
- Marqués, M. (2003). Representación del cuerpo en la relación consigo misma después de la mastectomía. *Revista Latino-Americana Enfermagen*, 11(3), 299-304.
- Marqués, N. (2007). *Construcción y reconstrucción de significados a través del relato de la actividad onírica durante la experiencia de duelo* (Disertación doctoral sin publicar). Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Puerto Rico.
- Mera, P., & Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30(3), 69-78.
- Monroy, A. (2000). *Sexualidad y cáncer mamario*. México, D.F.: Panel coordinado en el Congreso Internacional de Senología, Cancún.
- Monroy, A. (2005). *Estadios psicológicos de la mujer que cursa el climaterio ante un diagnóstico de cáncer de mamario*. Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología. Recuperado de http://www.amapsi.org/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=104&Itemid=110
- National Cancer Institute. (2012). *Instantánea de seno*. Department of Health and Human Services. Recuperado de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/instantaneas/seno>
- Olivares, M. (2004). *Psicología en cáncer de mama*. Avances en cáncer de mama. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
- Ortiz, K., Pérez, J., & Torres, M. (2008). *El cáncer de mama en Puerto Rico*. *Boletín del Registro de Cáncer*, 1(4). Recuperado de <http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/LinkClick.aspx?fileticket=7m2eH6klpe0%3D&tabid=186>
- Parada, A. (2013). Evaluación de estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de la ciudad de Oaxaca. *Revista Electrónica en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Nuevas Tecnologías*, 2(1), 7-32
- Pérez, N., & Mesa, M. (2006). *El entorno psicológico de las pacientes con cáncer de mama*. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Recuperado de <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/ljornada/Mireysi/MIREISY.htm>
- Plaza, A. (2006). *Reconceptualización del duelo por pérdida corporal* (Evaluación de candidatura doctoral). Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Puerto Rico.
- Registro Central de Cáncer de Puerto Rico. (2006). *Epidemiología del cáncer de mama*. Recuperado de www.salud.gov.pr/OficEpidemiologia/Documents/ContactosRegCancer
- Registro Central de Cáncer de Puerto Rico. (2013). Boletín del registro central decáncer. *Centro Comprensivo de Cáncer de la Universidad de Puerto Rico*, 1(2). Recuperado de http://www.estadisticas.gobierno.pr/iepr/LinkClick.aspx?Fileticket=XNd4xX_dMjg%3d&tabid=186
- Robles, R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida*. México D.F.: Thomson Editores.

- Sala, A. (2006). Depresión y cáncer. Psicosisocioncológica: Abordaje Integral del paciente con cáncer. *Biblioteca Médica Digital*.
- Seifert, C. (2006). *Creencias, vínculo de pareja y sexualidad en la paciente oncológica*. Buenos Aires: Hospital de Oncología Marie Curie.
- Schalock, R.L., & Verdugo, M.A. (2002). *The concept of quality of life in human services: A handbook for human services practitioners*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Sociedad Americana del Cáncer. (2006). *Datos estadísticos del cáncer en los hispanos latinos*. Atlanta: American Cancer Society Inc.
- Suárez, D. (2005). *Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal*. Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: Toward an integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 837-857.
- Temoshok, L., & Dreher, H. (1992). *The type C connection: The behavioral links to cancer on your health*. New York: Random House Publishing Group.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Albany, N.Y.: State University of New York Press.
- Varela, B., Alfonso, R., Galain, A., Ibañez, A., & Abreu, M. (2011). Defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 72(2), 110-122.
- Vos, P., Garssen, B., Visser, A., Duivenvoorden, H., & Haes, H. (2004). Early stage breast cancer: Explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(6).
- Wade, T., Nehmy, T., & Koczwara, B. (2005). Predicting worries about health after breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 14, 503-509.
- Wald, J., & Alvaro, R. (2004). Psychological factors in work-related amputation: Considerations for rehabilitation counselors. *Journal of Rehabilitation*, 70(4).
- Wolcott, H. F., (1994). *Transforming qualitative data: Description, analysis, and interpretation*. California: Sage Publications, Inc.