

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
**Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

**La dimensión social de la enfermedad:  
mujeres viviendo con cáncer de mama**

**Noelia Sosa Luis**  
Tutora: Mariana Viera Cherro

**2016**

**Dedicatoria**

A mi madre,  
y en memoria de mi abuela.

## Índice

<b>1. Introducción</b>	1
<b>2. Fundamentación del Tema</b>	3
<b>3. Metodología</b>	7
<b>4. Contextualizando al Departamento de Flores desde una perspectiva geo-social</b>	11
<b>5. Capítulo: El cuerpo femenino: un poco de historia, y de presente</b>	12-20
5.1 La construcción del sexo: Isomorfismo - Dimorfismo. ¿Quiénes somos?	12
5.2 El cuerpo femenino implicado en la enfermedad	15
5.3 Ser mujer y tener cáncer de mama	19
<b>6. Capítulo: Una aproximación a la construcción social del cuerpo femenino transitando el cáncer de mama</b>	21-31
6.1 Afrontar el diagnóstico	21
6.2 ¿Es mi cuerpo o es el “tuyo”?	22
6.3 El ritmo cotidiano alterado	24
6.4 A contracorriente de la muerte	26
6.5 Agradecer a Dios...	27
6.6 Entorno social afectivo	28
<b>7. Capítulo: Grupo MU.CAN.MA.</b>	32-37
7.1 La relevancia del grupo a nivel local	32
7.2 Un grupo en la superación del cáncer de mama	34
7.3 Vinculación de los familiares con el grupo	36
<b>8. Reflexiones finales desde el Trabajo Social</b>	38
<b>9. Bibliografía</b>	40
<b>10. Anexos</b>	45-99
Anexo 1. Entrevista a la presidente de grupo MU.CAN.MA.	46
Anexo 2. Grupo de Discusión N°1	49
Anexo 3. Grupo de Discusión N°2	64
Anexo 4. Grupo de Discusión N°3	75
Anexo 5. Imágenes utilizadas para la dinámica “Fotolenguaje”	96

## 1. Introducción

El presente documento constituye el proyecto de la monografía final de grado correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de la República, plan 1992.

En el mismo se expondrán aspectos vinculares con el cáncer de mama. En este sentido, la propuesta es indagar sobre las experiencias de mujeres que han sido diagnosticadas y tratadas por padecer cáncer de mama, que forman parte del grupo de “mujeres con cáncer de mama”<sup>1</sup> en la ciudad de Trinidad, departamento de Flores, Uruguay.

En los últimos años el cáncer se ha convertido en una problemática que incitó al incremento de más estudios, investigaciones y documentales a propósito de la enfermedad, sus causas, tratamientos, y repercusiones. En alusión a ello, Musé y otros (2004) estiman que el problema del cáncer constituye uno de los desafíos más relevantes de nuestra época.

Por definición, el cáncer es

*“Un grupo de enfermedades, algunas distintas entre sí y otras similares, que tienen en común el que se inician por la transformación de una célula o grupo de células que evolucionan, aunque no todas, de forma polifásica para formar un tumor que crece de forma indefinida, invade los tejidos u órganos vecinos y es capaz de dar metástasis hasta su diseminación y la muerte del paciente si no ha habido ningún tratamiento efectivo” (De Trill, 2003; pág. 41).*

Es relevante señalar que cuando se refiere al cáncer de mama puntualmente, se asocia naturalmente con las mujeres, sin embargo, éste también afecta a los hombres. *“El cáncer de mama en el hombre (CMH) es una entidad que presenta una baja frecuencia (...) menos del 1% de los tumores malignos en el hombre” (Viola Alles et al; 2004, pág. 40).*

Vivir con cáncer de mama, lo subjetivo, está atravesado por determinantes socio-culturales, y tales determinantes están influenciadas por el género. Por eso la relevancia de pensar que para los varones el cáncer de mama no es una enfermedad obvia, y por eso qué el cáncer de mama para las mujeres no es lo mismo que cualquier otro cáncer.

El documento consta de tres capítulos que intentan dar respuesta a los objetivos planteados, siendo el primero de ello el abordaje del cuerpo femenino: un poco de

---

<sup>1</sup> De aquí en más MU.CAN.MA.

La dimensión social de la enfermedad: mujeres viviendo con cáncer de mama

historia, y de presente, el segundo capítulo da cuenta de una aproximación a la construcción social del cuerpo femenino transitando el cáncer de mama y un tercero capítulo sobre el grupo MU.CAN.MA.

Para finalizar se exponen las reflexiones finales desde el Trabajo Social.

## 2. Fundamentación del tema

El cáncer es una enfermedad que constituye un importante problema de salud, impactando tanto a nivel mundial, como regional y nacional.

Por su parte, a pesar de que en las últimas décadas desde la medicina oncológica se están mejorando los métodos de implementación en programas de detección precoz, sucede, puntualmente, que la probabilidad de contraer cáncer de mama aumenta progresivamente desde los 30 años, y sigue un incremento de mayor incidencia a mayor rango de edad<sup>2</sup>.

Según datos brindados de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, al menos 1 de cada 10 mujeres uruguayas tienen probabilidades de desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida. No existe una única causa, sino un grupo de factores de riesgo genéticos, hormonales y del medio ambiente que se asocian con la enfermedad, cuyos efectos actúan conjuntamente y predisponen que aumenten las probabilidades de contraerla.

Ser diagnosticado de cáncer de mama es una situación, en las mujeres, estresante y temida. Es una etapa que exige modificar sus esquemas habituales de funcionamiento y poner en marcha decisiones a tomar en situaciones, que hasta el momento, resultan desconocidas.

Ante esta temática, estamos predispuestos a la asociación natural del cáncer de mama con las mujeres, no obstante los hombres se encuentran igualmente propensos, siendo que, si bien no tiene glándulas mamarias y no tiene hormonas, si tienen tejido mamario en donde se pueden formar células malignas o cancerosas.

En contraste con la mujer que ocupa el primer lugar en frecuencia, aunque su incidencia está aumentando, no representa, en porcentajes, el mismo valor estadístico en el hombre. *“El cáncer de mama en el hombre (CMH) es una entidad que presenta una baja frecuencia (...) menos del 1% de los tumores malignos en el hombre”* (Viola Alles y otros; 2004, pág. 40).

Si bien no hay una edad estipulada en promedio en los pacientes para ser diagnóstico, la frecuencia en los hombres es en edades mayores a 50, siendo aspecto no menor la dificultad que se puede presentar por partes de estos por la consulta tardía al profesional

---

<sup>2</sup> Según informe de Aspectos Culturales del Cáncer de Mama en Mujeres Uruguayas: *“Una de cada 2 mujeres desconoce que el riesgo de tener Cáncer de Mama aumenta con la edad”* (Buki et al; 2013, pág. 8).

de la salud. En este aspecto, ocurre que el desconocimiento (o se podría aludir como desinformación) sobre su afección en los hombres retrasan la importancia que estos le dan cuando se presentan ciertos factores y que no lo consideren como una señal y en consecuencia pueden provocar demoras en el diagnóstico. Sumado a ello, *“Los senos del hombre son más pequeños que los de la mujer. Esto hace más probable que la enfermedad se extienda a la pared torácica. Detectar cáncer de seno temprano puede mejorar las probabilidades de supervivencia.”* ([https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content\\_Binaries/806-320-SP.pdf](https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content_Binaries/806-320-SP.pdf). Consultado en Julio de 2015).

La interrogante que surge en este momento es si el cáncer de mama en hombres es igual o diferente al de las mujeres, porque, de ser así deberíamos plantearnos por qué las mamografías no son obligatorias para los hombres mayores de cuarenta años, así como lo son para las mujeres.

Este tipo de tumor en los hombres es distinto al de las mujeres, ya que el nivel de supervivencia está aumentando más en ellos que en ellas.

*“Aunque hemos observado una mejora importante en el nivel de supervivencia general de los pacientes con cáncer de mama varones a lo largo del tiempo, el pronóstico para los hombres con cáncer de mama no ha mejorado tanto como el de las mujeres”,* ([www.idisantiago.es/wp-content/uploads/.../RevistaDePrensa.20141215.pdf](http://www.idisantiago.es/wp-content/uploads/.../RevistaDePrensa.20141215.pdf) Consultado en Febrero de 2016).

La razón de ello es que los hombres no son tan propensos a este cáncer como las mujeres, el cáncer de mama masculino equivale al 1% de los cánceres de mama femeninos, por ende existe desconocimiento biológico y de tratamiento para el mismo.

Los factores de riesgos, como ocurre igualmente en la mujer, son antecedentes familiares, exposición a la radiación, administración de estrógenos.

En tal sentido, los medios por los cuales se diagnostica son los mismos que se utilizan en la mujer (mamografía, punción citológica y/o biopsia extemporánea, radiografía de tórax, ecografía hepática y centellografía óseo).

Este proceso, de tiempo prolongado, enfrenta a las personas a situaciones estresantes, generando miedos, preocupación, temores, negación, por la situación a futuro; afectando a su vez algunos aspectos de su imagen corporal o su sexualidad.

Partiendo de que el cáncer de mama impacta y moviliza al cotidiano de las personas y a su vez se trasmite indirectamente a sus familias, es un hecho que trae consigo dudas y cuestionamientos, así como la asociación con la muerte.

En particular, el diagnóstico de la enfermedad conmueve inesperadamente en la persona, causando un gran impacto psicosocial que repercutirá y comprometerá la calidad de vida del diagnosticado. En este sentido, al mismo tiempo que se establece contacto con el especialista médico en cuanto al proceso de tratamiento de la enfermedad se trata, existen espacios que se consideran terapéuticos, de encuentros con otras personas donde plantean sus inquietudes y sus necesidades, habilitando la apertura de oportunidades que favorecen el desarrollo personal y colectivo.

Por tanto, los grupos de autoayuda que funcionan principalmente para fortalecer e incentivar el intercambio de saberes y experiencias de quienes lo integran, a su vez que promueve el desarrollo de potencialidades personales y grupales, fomentan la generación de vínculos, confianza y conciencia. Como sostén a las personas que lo integran, el grupo constituye una herramienta de soporte social y terapéutico, mediante el establecimiento de metas, determinando así su eficacia.

Es en este sentido que, a raíz de una invitación a presenciar una instancia de encuentro del grupo de autoayuda de mujeres con cáncer de mama para coordinar futuras actividades, surge, desde lo particular, a partir del funcionamiento interno del grupo, el planteo de interrogantes desde la formación profesional respecto a un grupo de tales características, que paulatinamente fue motivando y posteriormente intensificando el interés personal por una problemática instalada socialmente.

Cabe resaltar que tal grupo de autoayuda se encuentra funcionando en el departamento de Flores, donde el cáncer de mama, tomando como referencia el informe del IV Atlas de Incidencia del Cáncer en el Uruguay (2004), representa un 28.10% entre las mujeres, en el departamento de Flores ([http://www.comisioncancer.org.uy/uc\\_394\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/uc_394_1.html) Consultado en Julio de 2015).

Ahora bien, desde el Trabajo Social, ¿cómo se puede intervenir en un grupo que se crea desde la autoayuda a mujeres diagnosticadas? Al intervenir desde el trabajo social en este tipo de contextos terapéuticos resulta de vital importancia contemplar algunos aspectos sociales en relación a la enfermedad. Es de esos aspectos que nos ocuparemos en este trabajo.

- La enfermedad considerada desde la gravedad que conlleva, por la asociación que se le asigna con la muerte, y por lo que representa la complejidad de los procedimientos.
- Las representaciones que se otorgan al cuerpo, y que, cultural y socialmente pueden verse fragmentadas a causa de las consecuencias ya sean físicas o psicológicas, producidas por el tratamiento de la enfermedad, efectos de quimioterapias, radioterapias, y extirpaciones de mamas totales o parciales, entre otras.
- El impacto de la enfermedad en el entorno familiar.
- La utilidad de la terapia de acompañamiento y sostén, mediante la orientación tendiente en pro de un crecimiento personal para mejorar la calidad de vida, la intervención dirigida para la diagnosticada implica orientación para lidiar con el dolor, y los miedos a sobrellevar los cambios físicos y aceptar el impacto que genera la enfermedad en su quehacer cotidiano, ayudando a entender mejor las etapas del cáncer de mama, en cuanto a su tratamiento y rehabilitación.

La relevancia del Trabajo Social para los integrantes del grupo radica no solo en una dimensión individual, sino a su vez, en el ámbito familiar y social, al mismo tiempo de orientar las acciones hacia el fortalecimiento del vínculo con los familiares y amigos, que resultan ser un pilar significativo en estas etapas para afrontar las consecuencias de la enfermedad.

Aquí se resalta el interés por el estudio en el grupo local desde el Trabajo Social<sup>3</sup>, en cuanto que como profesión se procura contribuir en prevención y promoción en salud, a fin de abogar por una calidad de vida optimizada.

---

<sup>3</sup> En este aspecto, *“El trabajador social de grupo asume la responsabilidad profesional de favorecer y mejorar las relaciones humanas al orientar el proceso grupal hacia los fines propuestos”* (Di Carlo, E. 1997, pág.25).

### 3. Metodología

El presente estudio se caracteriza por ser cualitativo<sup>4</sup>, lo que permite evaluar diversos aspectos y componentes del objeto planteado, siendo éste el investigar sobre la realidad de mujeres que han sido diagnosticadas y tratadas debido a cáncer de mama, y que forman parte del grupo MU.CAN.MA., en la ciudad de Trinidad, departamento de Flores, Uruguay.

En el año 2000, con el sustento de dos profesionales de la salud del hospital local, y dos pacientes oncológicas de ese momento se plasma la intención de formar un grupo enfocado en el apoyo a mujeres del departamento que estaban pasando por esa situación, con tal motivo se funda el grupo que determinan llamar MU.CAN.MA.

El mismo conforma una organización sin fines de lucro de apoyo a pacientes oncológicas, estando integrada hasta la actualidad por 51 mujeres, de las cuales algunas ya recibieron el alta médica<sup>5</sup>, y otras se encuentran en pleno tratamiento. La contención que reciben proviene de sus propias compañeras.

A continuación, con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en el presente documento se mencionarán los procedimientos metodológicos utilizados para su cumplimiento, a partir de la información de diversas fuentes.

En esta búsqueda se aplica una entrevista<sup>6</sup> mediante una guía de preguntas destinada a la presidenta del grupo de MU.CAN.MA., asimismo se efectúa la aplicación de la técnica de grupo de discusión a las integrantes del mismo.

En particular, respecto a las entrevistas que se generaron dentro del grupo de discusión, las mismas son estructuradas, y se establece un cuestionario de preguntas que brinda un acercamiento a la valoración subjetiva del grupo en estudio.

La técnica grupo de discusión es empleada para entrevistas grupales, es una técnica cualitativa, enfocando a la búsqueda de los objetivos planteados del problema

---

<sup>4</sup> Por ende los investigadores cualitativos, “*estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas* (Rodríguez et al; 1999, pág. 32)”.

<sup>5</sup> Es de relevancia destacar que desde el momento que se diagnostica a la persona la misma en ningún momento deja de ser paciente oncológico (aún recibiendo el alta médica) una vez finalizado el tratamiento, debido a que, periódicamente deben concurrir a consulta para los controles correspondientes.

<sup>6</sup> Esta técnica supone una “*conversación provocada por el entrevistador; realizada a sujetos seleccionados a partir de un plan de investigación en un número considerable; que tiene una finalidad de tipo cognitivo; guiado por el entrevistador; y con un esquema de preguntas flexible y no estandarizado*” (Corbetta; 2007, pág. 344).

social concreto<sup>7</sup>, siendo por ende una vía de acceso mediante el diálogo y la expresión, para conocer acerca de las diferentes dimensiones del cáncer de mama a partir de las narrativas de mujeres que lo padecen, integrantes del grupo MU.CAN.MA.

En teoría, la dinámica de los grupos de discusión no varía, en cambio, en la práctica los componentes de los grupos serán diversos, ello ocurre con la forma de pensar de cada integrante del grupo el que puede ser alterado por diversas variables, como por ejemplo por las situaciones particulares y/o las influencias del contexto; por lo cual *“la regla para seleccionar participantes de grupo de discusión es la homogeneidad, no la diversidad”* (Krueger; 1991, pág. 131).

Continuando en la línea de Krueger, esta técnica de investigación grupal, puede ser aplicada a grupos preexistentes en los cuales los participantes se conozcan y mantengan contacto entre sí; añadiendo que el diálogo puede exteriorizarse de forma más fluida, debido al conocimiento previo de dichos participantes, que demuestran en ocasiones sentirse a gusto y ansiosos de compartir las ideas con los demás. (Krueger, 1991).

En tal sentido, es lo que ocurre con el grupo ya conformado de MU.CAN.MA. , con 15 (quince) años de creación, de forma ininterrumpida.

A tales fines, se plantean como objetivos de este documento los siguientes,

Objetivo General:

- Abordar las diferentes dimensiones del cáncer de mama a partir de las narrativas de mujeres que lo padecen, integrantes del grupo de mujeres con cáncer de mama (MU.CAN.MA.).

Objetivos Específicos:

- A partir de la experiencia de la enfermedad oncológica, conocer la percepción subjetiva de las personas afectadas y tratadas con cáncer de mama que integran el grupo MU.CAN.MA.
- Analizar la respuesta brindada desde el padecer cáncer de mama, puntualizando en describir cómo se ven afectadas las relaciones con la pareja, los hijos y el resto de los familiares.

---

<sup>7</sup> Cabe destacar que, *“ los grupos de discusión reducidos, o mini-grupos de discusión (de entre cuatro y seis participantes) están popularizándose debido a que reclutar y acomodar un grupo reducido es más fácil, y resulta más comfortable para los participantes”* (Krueger; 1991, pág.97).

- Identificar la importancia y la influencia del grupo MU.CAN.MA. en el sostén a la situación de la persona diagnosticada con cáncer de mama.

Por lo tanto, partiendo de la base de los objetivos planteados se conforman los grupos de discusión, desarrollándose los mismos en el transcurso del mes de noviembre de 2015. Realizándose la selección mediante disponibilidad voluntaria de las concurrentes al grupo de MU.CAN.MA., lográndose reunir tres grupos de discusión, contando cada grupo, originalmente, con un número de integrantes de cuatro personas.

Para concertar los encuentros, los mismos se realizaron mediante el contacto con la presidenta del grupo, quien colaboró facilitando los números telefónicos para concretar día y hora con cada grupo, explicando la consistencia de la investigación y el tiempo de duración requerido de aproximadamente una hora para su realización, garantizando a su vez la total confidencialidad de las mujeres participantes.

Los encuentros en su totalidad se han efectuados en el propio local donde funciona el grupo MU.CAN.MA.

Cabe mencionar que, por diversos motivos, durante el desarrollo de los encuentros se presentaron ciertas limitaciones lo que generó que no se lograra respetar el número estipulado de participantes que se había planteado desde un primer momento, ello se debe a que algunas mujeres debían ausentarse por inconvenientes personales que se presentaban de imprevisto, o la incorporación de participantes a último momento.

Los grupos de discusión, finalmente quedaron conformados de la siguiente manera: el primer grupo con tres participantes; el segundo con cinco y por último el tercero con dos.

En este sentido, la participación en dichos grupos, mediante la guía de ciertas preguntas, genero espacios de escucha y de reflexión<sup>8</sup> con respecto al cáncer de mama, por parte de las propias mujeres concurrentes a los encuentros.

Este acercamiento, en definitiva, permitió abordar de manera más certera los objetivos específicos planteados, conocer de qué forma las mujeres “colocan” la experiencia de la enfermedad en sus discursos, a su vez de conocer la vivencia en torno al cuerpo en relación a la enfermedad; así como también conocer el entorno que las rodea, con especial énfasis en cuanto a las particularidades de su relación de pareja, el vínculo con sus amistades y el lugar que le otorgan al grupo en sus respectivas cotidianidades.

---

<sup>8</sup> Cabe destacar que las mujeres no solo evocaron sus experiencias sobre la temática para la cual fueron convocadas, si no que a su vez sintieron la libertad para exponer a cerca de acontecimientos personales que marcando sus vidas y son parte del proceso que implica la enfermedad.

Por consiguiente, se abordaron desde la perspectiva de las experiencias de las mujeres los significados, percepciones y pensamientos en torno a la enfermedad, profundizando, a través de esta dimensión, el lugar que ocupa la experiencia de la enfermedad desde la configuración de sus subjetividades.

A continuación, mediante el siguiente cuadro se muestran las participantes que integraron los diferentes Grupos de Discusión:

	<i>EDAD</i>	<i>TIEMPO DE OPERADA</i>	<i>QUIMIOTERAPIA</i>	<i>RADIOTERAPIA</i>	<i>MASTECTOMIA REALIZADA</i>	<i>COMO SE ENTERO</i>	<i>TRABAJA SI/NO</i>	<i>CON QUIEN VIVE</i>
<i>E1</i>	72	23	Si	Si	Si	Consulta por dolor	No	Sola
<i>E2</i>	64	15	Si	Si	Si	Acompaño a su hija	No	Esposo
<i>E3</i>	56	2	Si	Si	Si	Carnet de salud	No	Con hijos
<i>E4</i>	48	4	Si	No	Si	Mamografía	No	Esposo e hijos
<i>E5</i>	45	3	Si	Si	Si	Mamografía	Si	Esposo e hijo
<i>E6</i>	46	10	Si	No	Si	Mamografía	No	Esposo
<i>E7</i>	44	12	Si	No	Si	Mamografía	No	Esposo y nieto
<i>E8</i>	61	1,5	Si	No	Si	Dolor	No	Esposo
<i>E9</i>	65	12	Si	Si	Si	Control	No	Esposo
<i>E10</i>	52	1,5	Si	No	Si	Mamografía	No	Esposo

#### 4. Contextualizando al Departamento de Flores desde una perspectiva geo-social.

Según datos otorgados del relevamiento del Censo realizado en 2011<sup>9</sup>, Flores es un departamento ubicado al Sur del territorio Uruguayo, limita con Río Negro, Durazno, Florida, San José, Soriano y Colonia; es el departamento con menos población del país, en una superficie de 5.144 km<sup>2</sup>, la población total es de 25.050, siendo Hombres 12.342 y Mujeres 12.708.

Geográficamente, la distribución de la población es mayoritariamente urbana, con más de 90% del total y con una población rural que se ubica en 9,7% (alrededor de 2.068 personas).

Con respecto a la distribución según localidades, se revela una alta concentración en Trinidad, ciudad capital del departamento.

Particularmente, se muestra una estructura más envejecida respecto a la del total del país, específicamente si se alude al tramo de más de 65 años. Por tanto, en términos de proyección, si se realizara en los próximos 20 años, según el INE, se espera un proceso de emigración que no solo reduce la población rural y crece la urbana, sino también fuera del departamento, generando una de las evoluciones más bajas del país esperando una caída de los parámetros de la población<sup>10</sup>.

A nivel del desarrollo productivo y social, las prioridades, desde el gobierno departamental, radica en políticas de mejora de recursos humanos, en la eficiencia en prestaciones como asistencia y servicios.

Un aspecto a considerar en el desarrollo a nivel departamental, se refiere a los recursos (organizaciones) no estatales destinados al área de desarrollo; se identifican, entre otros, las Instituciones Asociación de Minusválidos de Flores (ADEMFLO); Asociación de Padres y Amigos del Discapacitado de Flores (ADAPFLO) y Comisión Departamental Honoraria del Discapacitado de Flores.

---

<sup>9</sup> <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/flores.html> (Consultado en Agosto de 2015).

<sup>10</sup> [http://www.artuguay.org/wp-content/files\\_mf/1340050362flores\\_publicacion\\_20090625.pdf](http://www.artuguay.org/wp-content/files_mf/1340050362flores_publicacion_20090625.pdf) Ec. P. Barrenchea y Otros. Diagnóstico Económico del Departamento de Flores. Análisis y priorización de los recursos económicos del departamento con potencialidad para un desarrollo local sostenible. 2008 (Consultado en Agosto de 2015).

## 5. **Capítulo:** El cuerpo femenino: un poco de historia, y de presente

### 5.1 La construcción del sexo: Isomorfismo - Dimorfismo. ¿Quiénes somos?

La diferencia biológica, anatómica y fisiológica visible entre los sexos no era considerada como tal entre mujeres y hombre antes del s. XVIII, hasta que epistemológica y políticamente fue necesario marcar esa distinción.

Referir a la masculinidad o la feminidad para la época no se centraba en nada en particular, la cuestión de los hermafroditas radicaba en optar hacia qué género se les impulsaba con mejor disposición, dependiendo de la propia arquitectura de sus cuerpos (Laqueur, 1994).

Desde las teorías antiguas de los escritos griegos hasta finales del s. XVII, el cuerpo de la mujer era considerado una versión del cuerpo del hombre, caracterizado así por el autor, quien a través de sus investigaciones basadas en fuentes científicas y artísticas sobre el proceso de reconstruir la historia del ser humano occidental, alude a un modelo conceptualizado como unisexo, que sería el masculino, donde el útero se identificaría con el escroto, los ovarios con los testículos, y la vulva con un prepucio femenino (Laqueur, 1994).

Durante dos milenios, tales órganos carecieron de nombre propio, se consideraba a las desigualdades como algo natural de los cuerpos. En este sentido, en un lenguaje clínico, se definía a la vagina *“como el tubo o vaina en el cual su opuesto, el pene, se introduce y a través del cual nace el niño”* (Laqueur; 1994, pág. 22).

La idea central era la existencia de un único cuerpo, se está ante la presencia de un cuerpo que anatómicamente es igual, sin embargo diferente, el significado radica en la cantidad de calor vital que poseen los cuerpos, es decir, el hombre adquiere una versión perfecta por ser la referencia, por su grado de energía; no obstante, la mujer, por ser menos caliente y más fría, implica una retención del pene en el interior, *“las criaturas dotadas con pene externo se proclamaban niños y pasaban a disfrutar de los privilegios y obligaciones de tal estatus; quienes tenían solamente pene interno se asignaban a la categoría inferior de niña”* (Laqueur; 1994, pág. 235).

A lo largo de los siglos XVII y XVIII surge un modelo que es señalado por el autor como el modelo de los dos sexos, que, a grandes rasgos, determina la diferencia sexual; dando cuenta de una distinción entre las estructuras comunes del esqueleto y

sistema nervioso entre el hombre y la mujer, al tiempo que, se asignan nombres correspondientes a los órganos de la mujer, que hasta ese momento recibían el nombre de matriz.

Surge un mayor énfasis sobre los cuerpos y la diferencia corporal de lo que había sido común en los siglos anteriores, se produce un cambio significativo, una nueva expresión en el lenguaje que describe las diferencias corporales, un nuevo lenguaje que da cuenta de las formas, a diferencia del modelo anterior que plantea la existencia de un único cuerpo como se expuso anteriormente *“la ciencia otorgó una sustancia material (...) a las categorías de “hombre” y “mujer”, consideradas como sexos biológicos opuestos e incommensurable”* (Laqueur; 1994, pág. 266).

Ambos modelos coexistieron durante gran parte del s. XVIII, predominando cada vez más el nuevo, redonda la atención en las diferencias en cada uno de los aspectos del cuerpo humano.

Para los años sesenta con la llegada de la fase de los movimientos feministas, el termino género es utilizado para entender la existencia social, histórica y psicológica de las mujeres, al tiempo que es asignado para introducir información sobre la designación de las relaciones sociales entre sexos; en tal sentido la palabra género, desde la óptica de Scott *“denotaba rechazo al determinismo biológico implícito en el empleo de términos tales como “sexo” o “diferencia sexual”. “Género” resalta también los aspectos relacionales de las definiciones normativas de la feminidad”* (<http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/scott.pdf> Consultado en Febrero de 2016).

En este sentido, se comienzan a escuchar voces femeninas que surgen para activar la conciencia de las mujeres, por ello es menester referir a la francesa Simone de Beauvoir quien reflexiona, significativamente, sobre el lugar que ocupa la mujer en la contemporaneidad, en la construcción de la sociedad y la cultura.

En su obra *“El segundo sexo”* expone que la mujer no nace, se hace, demarcando un estereotipo social donde las mujeres se moldean a los propósitos masculinos, limitándolas en un perímetro que se acota al rol de la maternidad, al cuidar de la familia, sus maridos, y a la dedicación del hogar. La idea del cuerpo femenino, es una limitante para el acceso a los derechos y privilegios que la sociedad otorga a los hombres. El cuerpo de la mujer se presenta como un dispositivo de regulación y control social.

En concordancia con ello, como medio de percepción y experiencias por vivir, el cuerpo estará marcado por los procesos culturales y sociales que le darán sentido a su conformación. Le Breton plantea la noción de cuerpo y particularmente sus transformaciones, como un fenómeno social y cultural que busca otorgarle un sentido, en otras palabras es materia simbólica, lo que induce a pensar en el cuerpo como objeto de representaciones más allá de lo biológico; por lo que *“las representaciones sociales le asignan al cuerpo una posición determinada dentro del simbolismo general de la sociedad”* (Le Breton; 1995, pág. 13).

Socialmente, el cuerpo ocupa una determinada posición asignada por las representaciones sociales, de manera que a través de éste se construye y reconstruye, en consonancia al contexto social y cultural del individuo, lo que implica pensar en el cuerpo como objeto, como instrumento de poder del que se sirven las dominaciones políticas, sociales y sexuales.

Por consiguiente *“las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, (...). El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo”* (Le Breton; 1995, pág. 13).

El estudio de género se presenta en un terreno que se mueve en una ambigüedad que tiene como objeto y sujeto central a la mujer y su condición de subordinación, que se presenta como alternativa al discurso de la modernidad que hace del hombre el sujeto universal.

Aquí no se hace referencia al cuerpo que se puede percibir, es decir al cuerpo biológico, sino a todo lo que el cuerpo implica, con sus dimensiones históricas, culturales, psicosociales y biológicas.

Pensar en el género resulta reconocer las elaboraciones que históricamente se han realizado sobre su concepción desde diferentes disciplinas como la sociología, filosofía, antropología, entre otros. En este sentido, cada sociedad, y particularmente cada individuo, aprenden a identificarse con su visión e interpretación determinada por el género. Por eso, esta visión estructura y enmarca la vida de las mujeres y los hombres, disponiendo de sus ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes y prohibiciones.

Por su parte, el género refiere a los significados que cada sociedad le atribuye a esa diferenciación sexual que sucinta la diferencia biológica y reproductiva del ser humano, de acuerdo a la forma y funciones de los órganos sexuales que nos hacen ser

distintos visiblemente, “...el género facilita un modo de decodificar el significado que las culturas otorgan a la diferencia de sexos...” (Scott en Lamas; 1996, pág. 330).

Al respecto, para comprender las relaciones entre los sexos, como sostiene Marta Lamas (1996), el género es un elemento fundamental como categoría de análisis, pues al establecer una diferencia esencial entre hombres y mujeres las características con la que se identifica cada sexo son construcciones adquiridos por la cultura.

Por consiguiente, el género no es un hecho natural, por lo que es una construcción social tanto para el hombre como para la mujer, es parte de los atributos adquiridos a partir de un proceso de socialización, en donde cada persona internaliza valores y actitudes esperadas según su cultura, estableciendo una visión social y no individual, forjando una relación entre lo que un sujeto es y lo que la sociedad espera que sea.

En esta línea, y de acuerdo a lo planteado, la construcción cultural del género “...tiene su punto de partida en la comprobación inicial de que “mujer” y “hombre” son entidades diferentes, asociadas con contenidos variables a través de la sociedad” (Mead, en Segato; 2003, pág.60).

Cabe destacar que a pesar de reconocer tal categoría como una construcción social adecuada a un proceso cultural determinado, como se menciona con anterioridad, se focaliza un componente que caracteriza a la temática de género en las diferentes culturas, el poder, ya que varones y mujeres no se encuentran en igualdad de condiciones. Por lo tanto, al decir de Burin (s/d), la impronta radica en las implicaciones que tal ejercicio del poder tiene sobre la construcción de la subjetividad femenina y masculina.

## 5.2 El cuerpo femenino implicado en la enfermedad

Históricamente los médicos trataron al cuerpo femenino como una variante inferior del cuerpo masculino, o lo ignoraron completamente, por ello, el cuerpo de las mujeres, y propiamente las enfermedades que las afectan, recibieron escasa atención clínica.

Para la medicina, el cuerpo humano se instaló como preocupación y problema de conocimiento desde el funcionamiento y la estructura del cuerpo biológico.

Abordado ese cuerpo biológico desde la medicina, desde una consideración hegemónica del *saber - poder*, este saber médico sobre el cuerpo implica una relación de poder de la medicina sobre los cuerpos, por lo tanto

*“...la enfermedad no tiene la fortuna de encontrar la curación más que si los demás intervienen con su saber (...) el mal de los unos sea transformado en experiencia para los otros (...)”* (Foucault; 1987, pág.127). Esta expresión lleva a pensar que el médico separa la enfermedad del enfermo, y convierte la enfermedad en un objeto de investigación.

La enfermedad se manifiesta en el organismo, es un dato que se va desarrollando, que la medicina observa, clasifica y analiza. La enfermedad representa (para quien la padece) una pérdida, una desventaja, un sufrimiento y una limitación (Foucault, 1987).

El investigador Laplantine plasma su estudio sobre medicina concentrando su atención en el análisis de las oscilaciones, los conflictos y las convergencias a partir del estudio, según su determinación, entre dos polos constituidos, tanto por lo que se experimenta por parte de los enfermos como la experiencia de los médicos en el ejercicio de su práctica cotidiana (Laplantine, 1993).

Al respecto califica dichos polos de la siguiente manera,

*“la enfermedad en tercera persona, es decir, el conocimiento médico “objetivo” o lo que a veces también se denomina los “valores médicos” (...); y por su parte, la enfermedad en primera persona (...), es decir, el estudio de la subjetividad del enfermo, que interpreta por sí mismo los procesos que hacen que él “se sienta mal” o “en plena forma”; como asimismo, de la subjetividad del médico”* (Laplantine; 1993. Pág. 18).

Para el autor no solo los factores científicos son relevantes, sino que suma a ello lo subjetivo, la vivencia, el tránsito de la enfermedad y la salud.

De aquí que el autor, desde un punto de vista antropológico, construye modelos interpretativos, que plantean las implicancias estructurales y funcionales que componen el campo de la medicina en la sociedad contemporánea. Por ello es que, para poder comprender el proceso salud-enfermedad, basa sus investigaciones en la búsqueda de fuentes de la historia de la medicina en el occidente, y en entrevistas que mantuvo con médicos y con enfermos, articulando por lo tanto la visión científica (la enfermedad en tercera persona), y la perspectiva de mujeres y hombres (la enfermedad en primera persona) de cómo ambos viven este proceso.

El cuerpo, en definitiva, es un cuerpo biológico que se enferma, siendo el punto de partida para su abordaje la patología, que hace que ese cuerpo sea portador de una enfermedad. Por lo tanto, todo esto ubica al cáncer como objeto de estudio. Le Breton señala que la medicina occidental aborda los órganos y patologías separados del sujeto. Específicamente, de acuerdo a los documentos consultados sobre dicha enfermedad oncológica

*“El cáncer por definición consiste en la transformación de células benignas en células malignas que crecen en forma autónoma y desordenada, ocasionada por una mutación o alteración de un gen. Las células alteradas proliferan hasta conformar el tumor, en forma de nódulo o masa, el cual, en el caso de la mama, puede ser palpable mediante el autoexamen o por parte del médico, o tan pequeño que requiera medios especiales de diagnóstico como la mamografía. El cáncer del seno o de la mama, puede derivarse de los diferentes tejidos o elementos que constituyen la anatomía de la glándula mamaria”* (<http://saludintegral.grilk.com/cancer+seno.htm> Consultado en Noviembre de 2015).

A comienzos de la década del `60 se abre un nuevo campo de investigación en los procesos de interacción sobre el comportamiento humano: la comunicación no verbal, a diferencia de la verbal.

De manera que desde esta postura, aunque la persona guarde silencio, el cuerpo se comunica por sí mismo, revelando informaciones. No se refiere, en este caso, como afirma (Davis, 1998) a una comunicación del cuerpo por su complexión o por la distribución de los rasgos faciales, si no que si cruzamos el límite de los transpersonal *“hablamos con nuestros órganos fonadores, pero conversamos con todo nuestro cuerpo”* ([www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/25787/25621.pdf](http://www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/25787/25621.pdf) Consultado en Enero de 2016).

No puede permanecer la visión de un cuerpo que se puede percibir desde el aspecto biológico solamente, sino de todo lo que el cuerpo implica, es una correlación con su historia, biología, cultura y psicología, entre otros.

De acuerdo al momento histórico, las sociedades han elaborado diferentes conceptos para concebir la salud y la enfermedad; los mismos han dado lugar a divergentes aspectos relacionales de interpretación sobre los hechos biológicos y sociales.

La percepción e interpretación sobre la caracterización de la enfermedad puede realizarse desde múltiples perspectivas que están condicionadas por lo social, lo cultural y por lo técnico. En tal sentido, *“Tendemos a reificar el cuerpo como un espacio*

*individual y material, sin tomar en cuenta que hay también muchas sociedades (y contextos en nuestra propia sociedad) donde otras percepciones, experiencias y construcciones del cuerpo están puestas de relieve...”* (Porzecanski; 2008, pág.208).

Desde otra óptica Bauman (2007) plantea que viviendo en sociedad, se cae en el consumismo, el cuerpo indefectiblemente se transforma en un objeto de consumo y se rotula como mercancía, no siendo excepción a la regla consumista.

En esta lógica social de consumo el cuerpo femenino se despliega bajo el signo de la liberación sexual, comienza a ser un mero objeto a quien se le asigna, a través de su imagen, un conjunto de atributos sexuales que estimulan al deseo, erotismo y sensualidad.

Frente a este planteamiento, los medios publicitarios contemporáneos se encargan de transmitir la imagen física (tanto para mujeres como para hombres) que “debería” asimilarse a los cuerpos delgados y rostros simétricos. Sumado a esto se traduce el estándar impuesto que incita a los aspectos físicos y estéticos de la imagen adulta varonil, de pectorales y abdominales marcados en los hombres, y la figura de glúteos y senos prominentes en las mujeres; conformando ambos “productos” el potencial de atracción sexual para ambos sexos.

La imagen del cuerpo se instituye en la relación por el lenguaje ya que, como aduce Dolto *“Todo es lenguaje en el ser humano. El cuerpo mismo a través de la salud o de la enfermedad es lenguaje. La salud es el lenguaje del sano; la enfermedad de alguien que sufre...”* (Dolto; 1986, pág.291).

Entonces...un paciente oncológico que enfrenta un cáncer como el de mama debe construir su identidad a partir de la enfermedad, tanto hombres como mujeres deben hacerlo, con la distinción de lo que la ausencia de mama significa para la mujer, la misma es una parte del cuerpo de la mujer vinculada a la sexualidad, también se vincula a la identidad femenina de la cual es constitutiva la maternidad, portadora de alimento para los hijos, por medio de esa mama perdida ya no tendrá esa utilidad, y que socialmente significa ser portadora del binomio madre - mujer. Lo que sigue sucediendo aún fuera de la edad de procreación en el imaginario colectivo. *“Ésa es la materia de la que están hechos los sueños, y los cuentos de hadas, de una sociedad de consumidores: transformarse en un producto deseable y deseado”* (Bauman; 2007, pág. 27).

### 5.3 Ser mujer y tener cáncer de mama

La mujer se encuentra sometida, en mayor o menos medida, a las circunstancias socio históricas presentes por las condicionantes del sistema imperante, tomando en cuenta para ello la generación a la que pertenece y las formas de socialización. En este sentido, cabe subrayar la condición de la mujer de acuerdo a la visualización de Lagarde “...está construida por el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia...” (Lagarde; 2011, pág.104).

No cabe duda, por lo tanto, la significación simbólica que se le atribuye al cuerpo, aflorando como un medio de comunicación a través del cual se categoriza el físico, considerando al cuerpo como un objeto de dominación que determina los estándares físicos, generando por ello, puntualmente en la mujer una preocupando y ocupando de su cuerpo por “encantar” ante la mirada del otro.

Como temática que compete, el cáncer de mama esboza aventurar emociones y sensibilidad en la experiencia de las mujeres, que implica remover su historia y trastocar su feminidad. De este modo, el ser mujer se identifica muchas veces a través de las mamas, lo que conduce a reflexionar no solo por los significados que poseen las mismas, sino qué se logra simbólicamente con ellas.

Tomando como referencia a Yalom (1997) el pecho (denominado así por la autora) históricamente se ha presentado como símbolo de pertenencia, a la cualidad nutricional del lactante, vinculado indudablemente a la figura de la madre; al hombre que lo desea tornándose objeto de placer; al artista que reproduce su forma; a la industria de lencería y clínicas estéticas, implantando ideales de belleza mediante la creación y venta de productos, entre otros.

En efecto, por su asociación con la sexualidad, la intimidad y la maternidad, el pecho ha sido catalogado como un rasgo tan marcado de femineidad. El cáncer de mama se singulariza por afectar de lleno a la imagen corporal femenina.

Es la misma autora quien nos invita a reflexionar sobre visualizar al pecho también desde su aspecto “negativo” “...ahora tiene que luchar contra su significado contrario: receptáculo de enfermedades y de muerte” (Yalom; 1997, pág. 324).

Por la magnitud que adquiere una mastectomía<sup>11</sup>, es que en la mujer se desbordan tantas emociones que articulan una nueva forma de ser ante la vida, no solo por lo que hace a la dimensión social (por lo que implica el cáncer de mama propiamente), sino por el orden físico que implica la mutilación de una parte del cuerpo tan identificado con la mujer, y tan propio, símbolo de feminidad, sensualidad, sexualidad y maternidad.

Con la ausencia de la/s mama/s ocurrirá un cambio en la figura, va a ser otra mujer, quien, como se vio a través de las entrevistas muchas veces deja de preocuparse de los demás para pensar en ella.

Por lo tanto, esta enfermedad que atinge no solo el cuerpo, la salud, las relaciones sociales y familiares sino la feminidad, de manera que se genera un proceso de introspección, en la medida en que, la enfermedad exige recomenzar y pensar sobre sí misma, ya lo cotidiano no gira alrededor de los demás, ahora es ocuparse de sí misma en lugar del resto.

---

<sup>11</sup> La mastectomía, consiste en la extirpación total del tejido mamario y del pezón. (<http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/mastectomia> Consultado en Noviembre de 2015).

## 6. **Capítulo:** Una aproximación a la construcción social del cuerpo femenino transitando el cáncer de mama

### 6.1 Afrontar el diagnóstico

La experiencia de vivir con cáncer de mama, revela una etapa difícil en la vida para las mujeres entrevistadas, evidenciando comúnmente sentimientos de impacto al conocer el diagnóstico, presentando, ante ello, de acuerdo al trabajo de campo realizado, variadas reacciones que manifestaron las entrevistadas frente a la noticia.

Es así que “...cuando me dijeron por primera vez horrible ahí no podía creer, porque tampoco nunca me había hecho examen, nunca me había hecho nada fui porque tenía un dolor nomás ahí y fui y salió que tenía...” (Ver anexo 2, E1).

Por su parte, otras de las mujeres alude a la noticia diciendo, “yo re mal, me sentía re mal todos los días, pero después me di cuenta que habían más amigas operadas igual que yo y se me fue todo...” (Ver anexo 3, E7).

No obstante, la confirmación de un diagnóstico de cáncer de mama, como se menciona anteriormente, evidencia variadas reacciones manifestadas por las mujeres en los diferentes encuentros de los grupos de discusión, tal es la situación donde la noticia de la enfermedad no resulta sorpresa para una de las mujeres, por el hecho de sospechar lo que estaba sucediendo, “...no sé era algo como que debido a los antecedentes familiares pensé que alguna vez me iba a tocar...” (Ver anexo 3, E4).

Por su parte, dentro del proceso de aceptación de esta enfermedad, se puede llegar a reaccionar ante la noticia de la enfermedad de la siguiente manera, “yo francamente, no sé si inconscientemente o que, ni me asusté, ni me asombré ni nada, lo encontré natural,...” (Ver anexo 4, E9).

Otro testimonio expone

*“yo como que ya lo llevaba asumido, yo ya cuando fui, fui con mi esposo y con mi suegra, pero mi esposo no entró y entró mi suegra sí, y el doctor me dijo es cáncer lo que tiene, y bueno la reacción mía fue normal porque salí del hospital, llegue a casa, tah, me puse a llorar, pero lo asumí bien.”* (Ver anexo 4, E10).

No obstante, la impresión que genera la situación real de salud por la que se transita, al saber del padecimiento de cáncer de mama es tan grande que se dificulta expresarlo con palabras textuales, y transmitirlo posteriormente a sus familiares. Basta aludir a la siguiente expresión “...bueno yo nunca les dije que tengo cáncer, me tengo que operar porque tengo los ganglios inflamados y tah...” (Ver anexo 4, E9).

## 6.2 ¿Es mi cuerpo o es el “tuyo”?

A nivel corporal, la imagen constituye una de las principales influencias en la formación del concepto propio del individuo, no obstante, es la representación que forma la percepción de las mujeres sobre el propio cuerpo físico.

Tomando como referencia a Teresa Porzecanski, plantea que el cuerpo *“aparece como la expresión material que traduce un conjunto de ideas y símbolos y muestras, en el plano estético, el diseño de un sujeto socialmente modelado”* (Porzecanski; 2008, pág.18).

Enfrentar los cambios significativos de la imagen corporal supone para algunas mujeres sumergirse y adaptarse a una nueva realidad, que requiere no solo de una serie de reajustes, debido a las consecuencias del tratamiento quirúrgico primero, y luego del tratamiento oncológico, sino que deben lidiar con la “pérdida de feminidad” que reduce el ideal de belleza de un cuerpo deseado que enfatiza la sociedad (<http://www.redalyc.org/pdf/935/93511742012.pdf> Consultado en Enero de 2016).

Dependerá de cada una de las mujeres operadas la significación que les asignen a las mamas después de la mastectomía, de acuerdo a la relevancia que le otorgan a las mismas en su cotidianeidad y sexualidad.

A raíz del tratamiento oncológico se detectan los efectos secundarios como la alopecia (caída del cabello) que puede ser una manifestación de notoriedad *“... a mi sí se me cayó el cabello, este... y bueno ya lo superamos...”* (Ver anexo 2, E2)

Otro aspecto que se tiene en cuenta es el espejo, juega un papel predominante porque refleja el propio cuerpo desnudo de las mujeres, en otras palabras, la autovaloración del atractivo físico es cuestionada al mirarse.

*“...te vestís, tenés un espejo en el baño pero no te pasas, ...yo no tengo costumbre de estar parándote de estar mirando (...) o ver que te falta un pecho, ah! por una casualidad en un pasada que pasas te ves (...) pero no pararte estar mirándote viste, que te angustias porque que te falta un pecho, después te pones el soutien, te pones el soutien con la prótesis y tah está natural”* (Ver anexo 4, E9).

De acuerdo con López Gil (1999) las prendas de vestir, básicamente, cumplen la función de protegernos de la temperatura ambiente y evitar el mostrar el cuerpo desnudo expuesto en público, en cambio si se deja de lado su consistencia, el vestirse resulta un escondite, un refugio, es decir una forma de ocultar el cambio en su asimetría corporal, la ropa puede “camuflar” las consecuencias secundarias del tratamiento que el espejo refleja.

El sortear el espejo, en definitiva, no solo evita el encontrarse y protegerse de verse a sí mismas, re-conocerse frente al espejo con la falta de una mama, sino que, además el espejo regresa la mirada del otro, de la que ellas quieren escapar. Ese es el caso de la entrevistada que manifiesta

*“Pero la verdad que yo les soy sincera...yo no me puedo mirar en el espejo... Yo hace 15 años que si no estoy así vestida yo frente al espejo no me miro...y tampoco de acostarme y de irme a poner el camisón en el cuarto donde esta mi esposo no, yo me lo pongo en el baño... y de aquí para abajo sí (señalando de la base de los senos hacia abajo), pero de aquí para arriba no (señalando de los senos hacia arriba), nada a mi no, es una cosa que no puedo yo no, no... Pero él no tiene el problema, él me dice que él no lo tiene al problema pero lo tengo yo... Yo no lo asumo porque..., él me dice venga póngase el camisón en frente a mí, yo ya sé que a usted le falta una mama dice, para mi es lo mismo con una que con dos dice, pero no, no yo hasta ahora yo no lo puedo y no me puedo mirar...”* (Ver anexo N°2, E2).

Con respecto a lo expresado por ella es pertinente señalar la siguiente cita *“Atravesar el espejo es simbólicamente traspasar la envoltura del cuerpo y del desnudo mismo y violar la frontera de nuestra piel...”* (López Gil; 1999, pág. 187).

En consonancia, de acuerdo a la impronta que tienen los atributos físicos externos de cada mujer en los estándares de belleza femenina, ello se ve reflejado en el siguiente manifiesto,

*“...he visto muchas compañeras, que ellas andan, vienen sin prótesis...a mí eso es lo que no me gusta, la estética, dirá ah que tiene si todo el mundo sabe, pero yo me fijo en eso, en la estética que quedas..., no quedas bien, los demás...no es que nos les interesa a los demás, no tienen porque los demás decir ay que horrible que queda esa señora...”* (Ver anexo 4, E9).

La mujer pasa por un continuo proceso de adaptación a observar su “nuevo” cuerpo, en este sentido, la colocación de prótesis removibles puede ser aceptada para algunas como si fuesen parte de su cuerpo, mientras que puede ocurrir que otras no lo sientan así, como se expresa a continuación

*“yo no tengo..., viste que no uso prótesis, ella me paso la de ella (refiriendo a una compañera) (...) me hicieron probar una y me impresiono, viste es algo como que yo asumo que mi cuerpo es así y no sé...verme al espejo con dos tetas vamos a decir... ..me chocó, me chocó,...”* (Ver anexo 3, E4).

Este testimonio reconoce que aceptó el cuerpo que ahora tiene, es la única de las concurrentes que manifestó no acudir ni a la colocación de prótesis mamaria ni realizarse la reconstrucción. Es su cuerpo así, y es aceptado aunque le hayan quitado una mama.

*“Las mujeres aprenden a observar su cuerpo y adaptarse a él; algunas aceptan la prótesis como si fuera parte de su cuerpo, mientras otras requieren la reconstrucción quirúrgica”* (<http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198007.pdf> Consultado en Diciembre de 2015).

La opción de la reconstrucción mediante la colocación de la prótesis mamaria, refiere a una búsqueda de revertir la imagen tras las secuelas física después de la mastectomía.

*“Para muchas mujeres operadas de cáncer de mama, la reconstrucción de la misma mejora su imagen, lo que puede facilitar una mayor estabilidad emocional, ayudar a enfrentarse de una forma más positiva a la enfermedad...”* ([https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama\\_2014.pdf](https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama_2014.pdf) Consultado en Enero de 2016).

El no tener un seno, en consecuencia, genera la necesidad imperante de someterse a una reconstrucción, como lo atestigua una de las mujeres, siendo, para ella, una decisión personal,

*“yo tenía que hacerme el control y a su vez paralelo a ello yo iba consultando con el cirujano que me iba a operar, entonces (...) vine y les comunique, bueno yo me voy a operar, tah la operación tenía dos opciones, eh...y me dijo yo te quiero así no me interesa si tenés el otro seno, yo te quiero así...bueno pero yo no!, no me veo así de estar todos los días sacándome la removible, colocándotela en la mañana, sacándotela en la noche...”* (Ver anexo 3, E5).

Sin embargo, el someterse nuevamente a una operación pero en este caso de reconstrucción, de igual modo, puede desencadenar no es aceptado ante el familiar más próximo, manifestando la negación y por ende influyendo en la decisión personal, *“mi esposo no me dejo a mí, yo me la iba a poner pero él no me dejó...no, dice ¿qué te vas a hacer “judiar” de vuelta?...”* (Ver anexo 3, E7).

Este hecho en particular conduce a las palabras de Ken Plummer citado por Segato, cuando argumenta sobre el control masculino sobre el cuerpo femenino, *“el uso y abuso del cuerpo del otro sin su consentimiento...”* (Plummer en Segato; 2003, pág. 40). Las limitaciones de género impuestas sobre la mujer, control patriarcal, significa para quienes ejercen no perder el dominio que actúa directamente sobre su decisión.

### 6.3 El ritmo cotidiano alterado

En el camino que la enfermedad requiere transitar para su recuperación, se van restringidos los ambientes de actuar cotidiano de las mujeres, puede sentirse intimada

generando que se retraigan de sus actividades habituales. Ello implica, que las relaciones sociales con el espacio público se vean limitadas en consecuencia, así lo hace saber el siguiente testimonio, “...yo como que de repente me quedo en las casas y no salgo no, ...a veces no tengo voluntad de salir...” (Ver anexo 3, E8).

Se produce un significativo “retraimiento social”, ya que se encuentran más vulnerables al exponerse a la interacción con los demás, a raíz de la visibilidad que generan los efectos propios del tratamiento, los cuales se convierte en un signo de lectura de presencia de cáncer.

*“Yo cuando al principio cuando recién me operaron, me buscaba ropa para ponerme y no encontraba nada y no quería salir a ningún lado, después que pase la primer impresión ahora al revés, estamos saliendo, no paramos, pero al principio sí, cuando recién me operaron como que no quería...me quería esconder, después se me paso...”* (Ver anexo 3, E6).

Al poco tiempo de realizada una mastectomía y la falta de la mama ser reciente, el acto de vestirse puede resultar complejo porque el cuerpo señala la marca de la ausencia, es ante ello que

*“puede suceder que haya algunos momentos en los que el acto de vestirse constituya un acto irreflexivo (...) y otros en que el acto de vestirse es consciente y reflexivo...”* ([www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/25787/25621.pdf](http://www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/25787/25621.pdf) Consultado en Enero de 2016).

Por otra parte, esta experiencia, las induce a una nueva contemplación para enfrentarse a las actividades que a menudo cumplen. Sin redundar en cuanto a la perspectiva de género, como ya se aludió con anterioridad, las responsabilidades de las tareas diarias del hogar ahora son atendidas desde otra visión porque es necesario deja atrás la forma de vida apresurada y acelerada.

*“...uno vivía para el trabajo, la casa, que los hijos que el esposo, que tener todo en orden, (...), yo antes que carpir, que el jardín, que si tenía una planta, que todo, en cambio ahora si puedo levantarme a las 10 de la mañana, me levanto a las 10 de la mañana, ya digo bueno tah basto, no es necesario esa exigencia que nadie te lo exige...”* (Ver anexo 4, E9).

Es por ello que, el proceso de recuperación de la enfermedad las enfrenta a cambios en los habituales estilos de vivir, a la vez que las obliga a actuar con más calma y tranquilidad porque surgen nuevas prioridades.

Sin embargo, una de las participantes con contundencia expresa,

*“a mí no me cambio nada, yo sigo siempre como siempre...no tengo costumbre de hablar con los vecinos, familiares tengo muy poco son mis hijos, mis nieto y*

*mi marido, no tocamos el tema y con los vecinos tampoco porque no tengo trato de ponernos a hablar viste de si estoy enferma o no” (Ver anexo 4, E9).*

Asimismo, otra de las mujeres coincide en decir,

*“...para mí la vida sigue igual también digo siempre las amigas que tenía desde que éramos niñas siguen siendo siempre igual, todas somos iguales, todas nos tratamos iguales, digo no porque yo me haya pasado lo que me paso me iban a tratar de otra manera no...” (Ver anexo 4, E10).*

#### 6.4 A contracorriente de la muerte

Una cosa es clara, el ser humano no puede controlarlo todo como quiere y cuando quiere, y la muerte es uno de esos sucesos que en definitiva, no será controlada, permaneciendo la incertidumbre de no saber ni cómo ni cuándo llegará.

En este sentido, cuando las circunstancias llevan a lidiar con una enfermedad como el cáncer de mama, la sensación y el pensamiento de un desenlace fatal se hace fuerte. Si bien en la actualidad la calidad de los tratamientos médicos ha mejorado, el cáncer cobra anualmente la vida de muchas mujeres. Esto demuestra como la subjetividad está vinculada a los aspectos estructurales; o sea, el sentimiento de estar cerca de la muerte tiene un sustento objetivo, muchas mujeres mueren por cáncer de mama.

Por esta razón, la idea de la asociación a la muerte surgió en más de una ocasión por parte de las mujeres participantes en los grupos de discusión, expresando sus miedos en referencia a este aspecto.

De acuerdo con lo anterior, las mujeres deben, *“...vivir con el conocimiento de que tuvo una enfermedad potencialmente fatal, y superar el miedo a la repetición del cáncer y al consiguiente dolor, sufrimiento y muerte” (Schavelzon, et al; 1978. Pág.179).*

Esta lucha que se reivindica a favor de la vida, es una lucha que se hace en contra de la muerte,

*“al principio difícil, te sentís mal, además cuando voy oís la palabra cáncer ya te imaginas que es la muerte, por lo menos esa es la idea que uno tenía antes porque ahora uno ya sabe que hay cosas adelantadas, además te ha tocado tanto el tema porque ahora se habla del tema yo hace 15 años atrás ni ahí, de repente oía pero no era una cosa que se supiera tanto, que se hablara tanto, que las mujeres nos interesáramos en saber” (Ver anexo 2, E2).*

Por su parte, recordar compañeras que estuvieron integrando el grupo y que ya no se encuentran físicamente, demuestra el dolor por la pérdida,

*“...cada vez vos te vas pensando que estas bien, estas bien porque vas a estar mal, porque te va a volver, porque no, el cáncer vuelve, lógico, te operaron una mama te puede venir a la otra que muchas compañeras que lamentamos han fallecido por eso, pero no porque, porque...a uno no?, tiene que pensar positivo de decir si es una enfermedad curable si vos la agarras a tiempo, si estas atento,...”* (Ver anexo 4, E9).

En este sentido, si bien son discursos donde se denotan sentimientos de amenaza e incertidumbres que implica el padecimiento del cáncer de mama, cabe destacar, en contraposición, expresiones de mesura por lo que pueda ocurrir, tal como se menciona en un fragmento de la anteriormente cita, *“...pero no porque, porque...a uno no?..”*, exteriorizando, por lo tanto, una actitud de bloqueo y rebeldía a un desenlace fatal, a pesar de esta asociación que con la muerte se tiene por lo general.

Cabe mencionar, por el contrario, pensamientos y actitudes positivos a futuro en cuanto a la enfermedad, que renuevan el propósito y el valor a la vida.

Tal es la expresión con certeza de una de las mujeres, la muerte para ella no estaba cerca,

*“nunca se me pasó por la cabeza que iba a morir, jamás, jamás, jamás ni del momento uno, yo dije de esto no me muero, antes de que me sacaran la mama y todo eso, nunca jamás pensé, y que vivo más intensamente ahora sí,...”* (Ver anexo 3, E4).

## 6.5 Agradecer a Dios...

En el transcurso de los encuentros, se denota, como la mayoría de las mujeres aluden al factor espiritual en sus diálogos, acrecentando la fe en Dios como motor inspirador y motivacional en sus vidas, para afrontar la enfermedad.

Referir a las expresiones de *“lucha”*, de *“salir adelante”*, de *“no entregarse”*, se logran forjando la relación espiritual de confianza con la imagen suprema, y por ello de alguna manera, es motivo de agradecimiento el sentirse acompañadas ante el camino y la batalla contra el cáncer de mama<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Cabe acentuar en este sentido que estas expresiones que se manifiestan son independientes de las creencias religiosas que a priori mantiene o no las mujeres entrevistadas.

En alusión, así es señalado por una de las mujeres, “... *la voy luchando, y tratar de andar y mirar para adelante y seguir luchando todos los días y dar gracias a Dios que abrí los ojos, que estoy despierta y que no tengo ningún dolor, ...*” (Ver anexo 4, E10).

La vida está encomendada a su voluntad, “*si Dios me ayuda*” (Ver anexo 2, E1), en vista que, es ése en quien depositan, simbólicamente, su confianza y esperanza.

De manera semejante, en su testimonio, otra de las concurrentes exhibe, “*nosotras estamos en la lucha y no sé estaremos siempre en la lucha hasta que Dios quiera ¿no?*” (Ver anexo 2, E2), su presencia es permanente, es quien permite que la “lucha” continúe ante una experiencia trascendente que marca la vida, “*pero es una cosa que son experiencias de la vida que tocan vivir pienso yo...*” (Ver anexo 2, E2).

## 6.6 Entorno social afectivo

La experiencia de vivir con cáncer de mama no solo afecta a las mujeres que portan la enfermedad, sino que, directamente, la dinámica familiar experimenta asimismo múltiples cambios, debe adaptarse a esta nueva realidad y, por ende, se altera la vida cotidiana, puesto que deben reorganizar sus vidas para cuidar a quien tiene la enfermedad.

Al tiempo, contiguo a estos cambios, en la familia igualmente se despiertan sentimientos y emociones al ver a un familiar enfermo, “*La mía reacciono bien, siempre me acompaña, siempre están conmigo,...*” (Ver anexo 2, E1). Por el contrario, puede ocurrir que en ocasiones no reciben el apoyo que esperan de sus familiares, sintiendo que no se preocupan por ellas, siendo así como se manifiesta “*y...más o menos, más o menos, como te voy a decir, no dan mucho apoyo...como voy a decir no me acompañan mayormente....*” (Ver anexo 3, E8).

La llegada de la enfermedad ya sea por todas las implicancias que conlleva (implicaciones físicas, morales, sociales y financieras), involucran directamente a la familia, en este proceso que implica decisiones familiares primordiales (Schavelzon, 1978).

De aquí que, la familia, es un grupo humano que está vinculado por emociones, sentimientos o meramente por parentesco de consanguinidad, compartiendo problemas, necesidades y sentimientos que son transmitidas, ante la presencia de circunstancias

adversas, mediante la comunicación afectividad, en palabras de De Jong *“los vínculos primarios familiares, constituyen una fuerte nutriente de los más profundos sentimientos humanos...”* (De Jong; 2001, pág.11).

Como se menciono con anterioridad, el cáncer de mama y su tratamiento no sólo tiene un gran impacto en la mujer, sino también en su entorno familiar. Cuando el bienestar de un miembro de la familia se ve alterado por una patología oncológica, se suscitan una serie de cambios que repercuten en todo el ambiente familiar.

Las funciones que desarrollan los miembros de la familia, tendrán incidencia dependiendo de los acontecimientos que afectan a la familia en su conjunto, crean conflicto en la trama vincular entre ellos, se puede señalar, por en cuanto, que el cáncer puede desajustar seriamente a un grupo familiar.

En este sentido, el impacto de la enfermedad afecta, en palabras de Die Trill (2003), el funcionamiento social, instrumental y psicológico, a su vez que, *“Afecta a cada miembro de la familia emocional, cognitiva y conductualmente, a menudo modificando las rutinas diarias, los planes para el futuro, los sentimientos y significados atribuidos a uno mismo, a los otros, e incluso a la vida misma”* (Die Trill; 2003, pág. 473).

Como consecuencia, la respuesta familiar a este desafío implica que afecte la conducta emocional, y no a todos por igual, de cada miembro de la familia.

En algunos casos, la relación con la pareja puede verse alterada, esta lucha contra la enfermedad, o bien fortalece su relación como lo expresa en el siguiente manifiesto, *“... mi compañero si, el anda día y noche conmigo...”* (Ver anexo 3, E8), o en otro caso cuando son capaces de exponer sus preocupaciones y miedos a la otra persona, *“...fue la primera vez que vi llorar a mi marido de esa manera, porque es más yo le decía vos tenés que ser fuerte así me ayudas a mí...”* (Ver anexo 3, E5), o pueden alterarse mediante la inseguridad que les genera el diagnóstico de la enfermedad, provocando que no sepan qué hacer, y cómo reaccionar, *“mi esposo es muy callado, lo único que hacía era acariciarme mucho, viste cuando te hacen...cuando te acarician”* (Ver anexo 3, E4).

Los familiares demuestran interés por el pronóstico de la enfermedad, sin embargo, *“puede provocar cambios relacionales de impacto negativo que puede reflejarse en el comportamiento al momento de confrontar la trayectoria que genera la*

enfermedad” (<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228> Consultado en Diciembre de 2015). Es así que, existen ocasiones en las que la pareja no soporta la situación y se aleja, desamparando a la mujer en una etapa crucial para su recuperación

*“bueno a mi esposo le cayó como un balde de agua, como será que después me dejó, me acompañó si a dos o tres quimios me acompañó, pero nunca como que no tolero que yo estuviese enferma y en la cuarta...me hicieron la quimio, me fui para la camioneta y llego a casa y se fue... no lo tolero”* (Ver anexo 2, E3).

Esta situación, en particular, como contraposición a reacciones positivas y de apoyo hacia la diagnosticada, evidencia como la enfermedad somete a la familia a un complejo “interjuego” de influencias que genera que actúen en consecuencia, exigiendo, en definitiva, una respuesta adaptativa a la nueva situación, la convivencia con un familiar con cáncer de mama constituye un golpe muy duro para ellos, factor que puede desencadenar la desestabilidad de la pareja.

Pensar en la vida de los hijos a futuro es una preocupación que se hace fuerte en las narrativas tras recibir el diagnóstico. De las mujeres que participaron en los diferentes grupos, todas mencionaron ser madres.

En los hijos, así como ocurre con la pareja, se espera que las reacciones que manifiestan sean de comprensión y de apoyo antes una enfermedad que despierta una cadena de emociones. En su mayoría, si bien fue una noticia inesperada para esos hijos, brindaron comprensión desde un primer momento a dichas mujeres. Sin embargo, puede ocurrir que las respuestas no sean las más esperadas para la diagnosticada, evidenciado en el siguiente manifiesto *“...mis hijas como que pasan desapercibidas y como que no quieren dar bolilla como que ellas no quieren reconocer que...”* (Ver anexo 2, E3).

Puede ocurrir, que la respuesta brindada por un hijo, sea una reacción de miedo e incertidumbre, por la información que maneja desde la intuición en relación a la edad. De modo que, desde su interpretación tener cáncer inevitablemente es sinónimo de muerte, asociación que se genera a raíz de un antecedente cercano, como se aprecia en la siguiente expresión

*“...la chica, (...) tenía 10 años me dijo bueno mamá vos tenés cáncer te vas a morir igual que la abuela, no le dije yo, que eran diferentes tipo de cáncer, el mío no, que yo voy a estar bien, o sea, lo entendió o lo quiso entender, por lo menos me demostró que lo entendió,...”* (Ver anexo 3, E4).

Por su parte, su hijo entiende que los miembros que integran la familia tienen un ciclo vital y razona de la siguiente manera, para sorpresa de su madre *“...como que era algo natural de la vida, que nacemos, crecemos y morimos... esa fue la contestación, de buenos modos pero fue la contestación de él...”* (Ver anexo 3, E4).

Desde manifestaciones como “*ser fuerte por los hijos*”, o “*no bajar los brazos por los hijos*”, expresan el cuidado y la protección por el prójimo que se convierten en temores y preocupaciones que se subyacen por parte de las mujeres. En este sentido, el pensar en el futuro equivale a la posibilidad de desamparar a la familia y dejarla sin figura materna es un sentimiento que genera angustia

*“...yo a mi esposo le dije vos no te preocupes que yo estoy perfecta, lo único que vos tenés que estar fuerte porque si llega a pasar algo que no está previsto, vos sos el que tenés que estar firme, digo este, claro por la familia..., yo le decía no me voy a morir, pero si llega a pasar algo, vos sos...”* (Ver anexo 3, E4).

Desde esta perspectiva, la familia resulta ser un estímulo emocional para influir sobre la recuperación de la afectada, de tal modo, los familiares que se hicieron presentes en la narrativa de las mujeres, constituyen un entorno afectivo y emocional para ellas, indispensable para una evolución positiva en la recuperación de la enfermedad.

## 7. **Capítulo:** Grupo MU.CAN.MA.

### 7.1 La relevancia del grupo a nivel local

Cuando se diagnostica cáncer, las personas manifiesta una serie de reacciones emocionales ante la noticia, ello es desencadenado por ser una enfermedad temidas. Por lo general, las personas experimentan sentimientos diversos ya que el padecimiento es sumamente complejo. De tal modo, depresión, incertidumbre, temor, sensación de pérdida y proximidad con la muerte son emociones frecuentes provocadas por las características propias de la enfermedad.

Esta situación valdría conducir a las personas a la búsqueda de espacios donde sentirse esencialmente contenidas para poder entender exactamente cómo se siente tener cáncer.

Elocuente a ello es la creación del los grupos, entendiendo que,

*“...el aspecto esencial que determina que un conjunto de personas se convierta en un verdadero grupo es su interdependencia mutua”* (Gil y Alcover; 2000, pág. 79).

Teniendo en cuenta lo mencionado, el grupo es el espacio para compartir sentimientos y emociones con sus pares, que quizás resulte difícil comunicar con familiares y amigos, a su vez que favorece a canalizar y reducir sus reacciones emocionales mediante la contención.

Siguiendo en la línea de Gíl y Alcover, uno de los aspectos claves que más se destacan para la formación de un grupo, es la motivación de sus miembros que los motiva a perseguir la satisfacción de alguna necesidad (Gil y Alcover, 2000). En este contexto grupal, los aspectos motivacionales se corresponden fuertemente con el planteo de los objetivos del grupo y determinan su principal característica.

Por consiguiente, la propia dinámica del grupo brinda a los integrantes un espacio para controlar las diversas emociones de angustia, temor, incertidumbres que afloran cuando se transita por la enfermedad, de igual manera que proporciona el intercambio de información práctica y consejos en cuanto a efectos progresivos que se pueden suscitar durante el tratamiento.

No obstante, para ser eficaz, el grupo contemplado como un espacio de autoayuda, por la necesidad de contención y disipar dudas, constituye un recurso de apoyo social y terapéutico para quienes son diagnosticados con cáncer de mama y

reciben tratamiento de una enfermedad que trae aparejado entre otras, secuelas psicológicas y sociales.

En efecto por grupo se entiende *“un conjunto bastante restringido de personas que han alcanzado un nivel elevado de interacción y que se perciben individualmente. Existen entre los miembros una solidaridad recíproca que tiene esencialmente raíces emotivas y no racionales”* (Kaufmann; 2011, pág. 49).

Desde esta perspectiva, *“la característica para que un conjunto de personas pueda definirse como grupo es que tengan algo en común y que ese algo lo perciba cada componente del mismo”* (Kaufmann; 2011, págs. 49-50).

De este modo, el grupo de apoyo MU.CAN.MA., ofrecen la posibilidad de que personas que viven con cáncer de mama compartan sus experiencias con otras personas dentro del contexto grupal.

De tal manera lo manifiesta la presidente del grupo en la entrevista realizada, *“estamos enfocadas en el apoyo a todo paciente oncológico”* (Ver anexo N°1).

De ahí que la participación juega un rol preponderante en éste un proceso que favorece y fortalece a los individuos, no solo en aspectos individuales, como puede ser el cuidado personal de la salud, sino a su vez una influencia interpersonal que les permite cooperar con el colectivo, adquiriendo una postura de responsabilidad de su propio bienestar y del grupo al cual pertenecen.

Por en cuanto, mediante la realización de talleres de capacitación, promovidos generalmente por el Departamento de Cultura y Centros MEC, se abarcan áreas en que participan, como son *“por ejemplo macramé, pintura en tela, panificación, tallado en madera, computación, peluquería, danza, que la danza hace bien para nosotros, ..., siempre tratamos de tener actividades variadas y enfocarnos en lo que queremos nosotros que es tratar la prevención”* (Ver anexo 1).

En este sentido, las tareas de brindar información en prevención en salud, como lo señala su presidente, es pilar base en el grupo, el cual se realiza desde los inicios de su creación, pero actualmente se ha incrementado la conciencia respecto a la temática y sus respectivos controles y cuidados médicos<sup>13</sup>. Sumado a ello expresa,

---

<sup>13</sup> Cabe enfatizar la intervención de profesionales de la salud en el grupo (especialista en oncología, psicólogos, nutricionista), quienes brindan sostén en cuanto a contención y orientación en referencia a la enfermedad.

*“siempre estamos en contacto y aparte una vez al año siempre se hace un encuentro oncológico en diferentes departamentos...y aparte con Argentina también tengo comunicación, se manejan diferentes formas pero siempre estamos en contacto, aparte cuando surge tema de las prótesis o cuidados o... todo eso es bueno tener contacto porque mejor informados” (Ver anexo 1).*

Por su parte, si bien las actividades, en la actualidad, están dirigidas a las mujeres, cabe destacar que el grupo no se excluye de la participación de los hombres que padecen cáncer de mama, por lo que expresa la presidente del grupo de MU.CAN.MA *“si se acepta, el caso es que los hombres son tímidos y no les gusta mucho acercarse al grupo pero si son bienvenidos, todos son bienvenidos”* (Ver anexo 1), dando a conocer a su vez, que en la ciudad de Trinidad se dieron tres casos de hombres con cáncer de mama, por el contrario, en la actualidad no cuentan con concurrencia masculina en dicho grupo.

## 7.2 Un grupo en la superación del cáncer de mama

Recibir el apoyo de un conjunto de personas resulta especialmente importante en circunstancias cuando se ve afectada la vida de quien padece cáncer de mama, ya que la enfermedad no solo abarca aspectos biológicos sino a su vez repercute a nivel psicosocial.

En el transcurso del tiempo que conforma a la complejidad del diagnóstico y posterior tratamiento, sin motivo a dudas desempeñan un papel imprescindible los especialistas y profesionales de la salud, sin embargo, considerar la influencia que genera el tender redes de apoyo terapéutico en pro de recuperar el bienestar y calidad de vida, es trascendente para dicha etapa.

Es por ello, que se le asigna relevancia al apoyo que reciben las mujeres que concurren al grupo<sup>14</sup> de MU.CAN.MA.

Así, lo constata en su relato una de las participantes,

*“A mí me ha servido de apoyo, para mí es una familia, porque yo, todas las compañeras siempre estamos en contacto, ofreciéndonos y el afecto y todo, y ya te digo me ha dado más que mí propia familia, y me siento contenida,(...) siempre hay gente y siempre hay algo para conversar y siempre para*

---

<sup>14</sup> *“El grupo es una unidad colectiva real, pero parcial, directamente observable y fundada en actitudes colectivas continuas y activas, que tiene una tarea común que realizar; unidad de actitudes, de tareas y de conductas que constituye un cuadro social estructurable, tendiente a una cohesión relativa de manifestaciones de la sociabilidad. El grupo es aquí definido al mismo tiempo como un conjunto de individuos (colectivo) y como una unidad en sí, algo más que una suma de los miembros que lo componen;...” (De Robertis y Pascal; 2007, pág. 37).*

*intercambiar ideas, para ayudarnos entre nosotras mismas...a mi me ha servido de mucho, en mi caso me ha servido, porque si yo antes no hubiese tenido las compañeras del grupo mu.can.ma no sé si podría, porque para mí ha sido un empujón muy grande...” (Ver anexo 2, E1).*

Es así que en los relatos las participantes evidencian en el grupo la creación de ambientes de convivencia, donde tienen un espacio que habilita la libertad para poder expresar lo que piensan, sienten y desean<sup>15</sup>, a su vez que se resalta el significado que les genera participar, en cuanto al soporte emocional que reciben del mismo, “...*las compañeras saben más cosas que mis propias hijas y que mis hermanas, por eso yo vengo y de repente venís con la cara...pero me aguantan y me voy contenta porque alguien me escucha...*” (Ver anexo 2, E3).

Algo semejante ocurre con otra de las participantes, quien con voz quebrada refiere al grupo de la siguiente manera,

*“...para mí el grupo es un grupo muy humano para mí todas son como mis hermanas, las considero más a ellas mis hermanas que a mis propias hermanas, este, para mí ellas me contiene mucho, me han ayudado mucho, siempre han estado conmigo en las buenas y en las malas, siempre han estado conmigo para mí, no tengo palabras para decir, para mí ya no hay que decir viste, para mí son muy especiales todas...” (Ver anexo 2, E2).*

En el transcurrir de los discursos de los distintos encuentros de los grupos de discusión, se acredita la importancia que las mujeres confieren al grupo, el hecho radica, no solo en que pueden compartir experiencias comunes, de cómo enfrentarse y afrontar el proceso oncológico, sino al tiempo es un proceso que les proporcionar una energía que comparten de forma recíproca, “...*somos muy unidas, y a veces si nos sentimos mal o lo que sea, venimos y hablamos, ..., el grupo es precioso...*” (Ver anexo 4, E10).

El padecer cáncer de mama repentinamente coloca a las mujeres ante una nueva situación que provoca, variando de acuerdo a cada experiencia personal vivida, sentimientos que afloran miedos, incertidumbres, ansiedad, generadas por el propio diagnóstico y, al tiempo que las generadas en cuanto al estado de ánimo personal, la imagen corporal y la comunicación con la familia posterior mastectomía y tratamiento, razón por la cual el integrarse al grupo buscan referencias e identidades positivas que las motiven a superar las dificultades a las que se enfrentan.

---

<sup>15</sup> En este sentido, el grupo MU.CAN.MA. “...*están compuesto por personas y cada una aporta sus competencias, sus capacidades, sus potencialidades. Ayudar a cada individuo a desarrollar al máximo sus capacidades específicas significa acrecentar sus satisfacciones a través de una participación creativa en la vida del grupo, y también las oportunidades de éxito de dicho grupo...*” (De Robertis y Pascal; 2007 pág. 38).

Tal hecho puede ser evidenciado en la siguiente expresión,

*“en parte es como otra familia, que hablas el mismo lenguaje,..., el mismo idioma siento yo, que a veces sin decir cosas sabes que la otra persona te está entendiendo porque lo vivió, lo siente,...”* . A su vez, continúa expresando, *“...nos gusta compartir con otras personas, ayudar a otras personas que pueden estar padeciendo lo mismo que nosotras ya pasamos, somos compañeras estamos siempre en contacto, (...) estamos para eso para ayudarnos entre nosotras y alguien que nos precise, para mí el grupo es muy importante...”* (Ver anexo 2 N°4).

### 7.3 Vinculación de los familiares con el grupo

Integrar el grupo de apoyo MU.CAN.MA. les permite a estas mujeres un momento de contención emocional, y, a su vez de esparcimiento.

Por su parte, al tiempo que la contención afectiva de los familiares es fundamental, no debe dejarse de incluir a los miembros que componen el núcleo familiar de las mujeres al grupo MU.CAN.MA., lograr que se entable una vinculación<sup>16</sup> mediante la colaboración y participación en actividades puntuales organizados en tal grupo.

En relación con ello, una de las participantes expresa que su familia *“...se vincula bastante con el grupo, porque mis hijas les gusta venir y colaborar, se vinculan bastante con el grupo (...) ellas siempre están, pudiendo colaborar siempre colaboran con el grupo, ellas siempre están dispuestas,...”* (Ver anexo 2, E1).

La disposición de los familiares que colaboran, mimetizan la vida personal con el grupo *“...y la vida nuestra gira alrededor de mu.can.ma”* (Ver anexo 3, E5) asimismo otra de ellas alude *“...es paralelo, esto es paralelo a la vida nuestra, van los dos de la mano”* (Ver anexo 3, E5).

El ser humano es un ser social, y necesita de la relación con los demás y si se refiere a una circunstancia como esta, en especial, se requiere mayor apoyo, y ello es evidenciado por la siguiente participante cuando manifiesta con respecto a sus hijas que *“Las mías vienen poco, pero siempre están muy conforme porque yo les cuento y ellas siempre me dicen vos no podes dejar de ir a ese grupo porque ese grupo te ha hecho bien,...”* (Ver anexo 2, E2).

---

<sup>16</sup> Vinculación entendida como una conducta que implica una mutua interrelación con procesos de comunicación y aprendizaje ([http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias\\_enrique.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias_enrique.pdf) Consultado en Febrero de 2016).

Afrontar el cáncer de mama desde el colectivo posibilita un espacio de intervención terapéutica, que mediante el intercambio tanto de experiencias similares como de información afín genera una interacción que les favorece y las fortalece propiamente, a través de diversos encuentros mediante las actividades donde sentirse comprendidas, sin embargo, hay familiares que no lo interpretan de esta manera “*Del mío no digo nada porque ni me quiso traer ayer, vine en bicicleta..., y cuando fueron al viaje tampoco me quiso llevar a allá, por eso no fui..., si no tenés obligación en ir me digo*” (Ver anexo 3, E7).

A nivel general, se reconoce la relevancia y la influencia en términos positivos del grupo tanto para el cotidiano de cada una, como para el entorno familiar en sí, para llevar con entereza el tratamiento oncológico

“*...el grupo de un tiempo a esta parte nos ha estado ayudando, hemos cambiado nuestras vidas gracias al grupo mu.can.ma., y aparte estamos más felices y mejores y participamos todas y la familia también participa...*” (Ver anexo 3, E6).

## 8. Reflexiones finales desde el Trabajo Social

El presente documento apostó a las dimensiones del cáncer de mama a partir de las narrativas de las mujeres que lo padecen integrantes del grupo MU.CAN.MA., y es en ese espacio donde se realizó el trabajo de campo.

Se requiere realizar una reflexión en cuanto a la complejidad que suscita el cáncer de mama, esto no implica olvidar la intensidad que el cáncer en cualquier parte del cuerpo puede provocar; sin embargo, estadísticamente, se demuestra que el cáncer de mama es el que afecta más comúnmente a las mujeres, aumentando la probabilidad de contraerlo progresivamente desde los 30 años, sin dejar de mencionar, por su parte, que los hombres no están exentos a desarrollarlo.

En los últimos años se han venido desarrollando desde la medicina oncológica técnicas y avances médicos eficaces para la detección y tratamientos oportunos de esta enfermedad. Es un cáncer “silencioso”, que se reproduce de forma rápida, ocasión que puede llevar hasta la muerte, sin embargo, si se detecta a tiempo es altamente curable.

El ser humano debe ser comprendido de forma integral, por lo que no se puede pensar en el tratamiento de la enfermedad sin considerar aquellos factores de índole psico-social (emocional, social, familiar, psicológica). Puntualmente el cáncer de mama se encuentra estrechamente vinculado a una serie de atributos simbólicos por su relación directa con la maternidad, la sexualidad y el erotismo.

El Trabajo Social es colocado en un lugar donde es interpelado ya que como disciplina se relaciona con la praxis, es decir, forma parte de ese proceso dialéctico que caracteriza a la realidad social.

Carmen Terra indica que el término “*intervención*” nos lleva a las nociones de “*querer actuar*”, “*mediar*”, por lo que la intervención “*es el conjunto de los objetivos y procedimientos puestos en práctica por los diferentes actores sociales en un determinado escenario, a fin de relacionarse e interactuar, incidiendo en la construcción y transformación de su sociedad*” (Terra en Claramunt; s/f, pág. 10).

Resulta significativo plantear que

*“La interdisciplinariedad en el campo de la ciencia consiste en un cierta razón de unidad, de relaciones y de acciones recíprocas, de interpenetraciones entre diversas ramas del saber llamado “disciplinas científicas” (...) y las funciones de toda relación de interdisciplinariedad se definen en gran medida por los elementos (es decir, las disciplinas) entre los que se establece esta relación”* (Apostel y otros; 1983, pág. 53).

Desde esta perspectiva, el Trabajo Social es un agente capaz de aportar en la intervención de la problemática planteada, de forma de contribuir al mejoramiento de las condiciones que se presentan como desfavorables para los individuos, ya sea a nivel individual o grupal.

Es pertinente contemplar la posibilidad de construir un equipo de trabajo en el abordaje del cáncer de mama que abarque desde nutricionista, psicólogo, oncólogo, hasta las profesiones que pueden parecer menos relevantes y no lo son, como por ejemplo un podólogo, ya que en pacientes oncológicos un simple corte de uñas mal realizado puede culminar con una rápida infección, llevando al descenso de las defensas.

El cáncer de mama es una enfermedad cuyo diagnóstico resultó de impactó para las mujeres, no solo a nivel físico, pues sus cuerpos sufrieron cambios a razón de los tratamientos, sino que asimismo las repercusiones que expusieron a nivel psicológico.

En este sentido, la interacción y el intercambio de experiencias en el grupo MU.CAN.MA. las conduce a obtener una mayor habilidad para enfrentar las dificultades que conlleva la enfermedad, al tiempo de favorecer a reforzar el conocimiento de sí misma.

La experiencia del cáncer de mama, más que un castigo, es considerada como una enseñanza en la vida para las mujeres.

***“...todo eso feo que nos pasa a la mujer, de que se nos cae el pelo, perder una mama eso... si vos lo miras fríamente es horrible, pero no,...el pelo se recupera, la mama si querés también, todo se recupera...”*** (Anexo N°3, E5).

## 9. Bibliografía

- **ARIAS, F.** (2012). El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. EDITORIAL EPISTEME, C.A. Caracas, República Bolivariana de Venezuela.
- **APOSTEL, L. ET AL.** (1983). Interdisciplinariedad y ciencias humanas. Editorial Tecnos, S.A. Madrid, España.
- **CLARAMUNT, A.** (s/f). Trabajo Social, Ciencias Sociales y formación universitaria: una aproximación para el debate F.C.S.
- **CORBETTA, P.** (2007). Metodología y Técnicas de Investigación Social. Editor Closas-Orcoyen, S. L. España.
- **GARCIA, D. ET AL.** (2008). El trabajo con grupos. Aportes teóricos e instrumentales. Espacio Editorial. Argentina.
- **DAVIS, F.** (1998). La comunicación no verbal. Editorial Alianza. Madrid.
- **DE BEAUVOIR, S.** (1972). El segundo sexo. Editorial Siglo XX. Bs. As., Argentina.
- **DE JONG, E. (Compiladores).** (2001). La familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al trabajo social. Espacio Editorial. Bs. As. Argentina.
- **DE ROBERTIS, C., PASCAL, H.** (2007). La intervención colectiva en Trabajo Social. La acción con grupos y comunidades. Editorial Hvmanitas. Argentina.
- **DI CARLO, E.** (1997). Trabajo Social con grupos y redes: nuevas perspectivas desde el paradigma humanista dialéctico. Editorial Lumen Hvmanitas. Bs. As., Argentina.
- **DIE TRILL, M.** (2003). Psico-oncología. Ediciones ADES S.L. Madrid, España.
- **DOLTO, F.** (1986). La imagen inconsciente del cuerpo. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- **FERRARA, F.** (1983). Medicina de la comunidad. Ed. Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

- **FOUCAULT, M.** (1987). El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Editores Siglo XXI. México.
- **GARCIA, D. ET AL.** (2008). El trabajo con grupos. aportes teóricos e instrumentales. Espacio Editorial. Argentina.
- **GIL, F.; ALCOVER, C.** (coord.) (2000). Introducción a la Psicología de los Grupos. Ediciones Pirámide. Madrid, España.
- **KAUFMANN, A.** (2011). Equipos de trabajo: de la emoción a la transformación. Universidad de Alcalá. España.
- **KRUEGER, R.** (1991). El Grupo de Discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid, España.
- **LAGARDE, M.** (2011). Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas. Editorial horas y HORAS. Madrid, España.
- **LAMAS, M. (Comp.).** (1996). El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. Grupo Editorial. México, D.F.
- **LAPLANTINE, F.** (1993). Antropología de la Enfermedad. Ediciones del Sol S.R.L. Bs. As. Argentina.
- **LAQUEUR, T.** (1994). La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ediciones Cátedra, S.A. Madrid.
- **LE BRETON, D.** (1995). Antropología del cuerpo y modernidad. Ediciones Nueva Visión. Bs. As. Argentina.
- **LÓPEZ, M.** (1999). El cuerpo, el sujeto, la condición de la mujer. Editorial Biblos. Bs. As. Argentina.
- **MUSÉ, I. ET AL.** (2004). Aspectos prácticos de la clínica oncológica. Editorial Sudamericano. Montevideo, Uruguay.
- **PORZECANSKI, T. (Comp.).** (2008). El cuerpo y sus espejos. Editorial Plantea S.A. Montevideo, Uruguay.
- **RODRÍGUEZ, G. ET AL.** (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Ediciones Aljibe, S.L. Málaga, España.
- **SCHAVELZON, J. ET AL.** (1978). Impacto psicológico del cáncer. Editorial Galerna. Bs. As. Argentina.

- **SEGATO, R.** (2003). Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Universidad Nacional de Quilmes. Bs. As. Argentina.
- **VIOLA ALLES ET AL.** (2004). Cáncer de mama en el hombre. Análisis de 22 casos. Pautas de diagnóstico y tratamiento. Trabajo del Servicio de Oncología Clínica, Facultad de Medicina, Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.
- **ZYGMUNT, B.** (2007). Vida de Consumo. Fondo de Cultura Económica de Bs. As., Argentina.
- **YALOM, M.** (1997). Historia del pecho. Tusquets editores. Madrid, España.

### Fuentes documentales

- **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER.** (2014). Cáncer de mama. Disponible en: [https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama\\_2014.pdf](https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cancer-Mama_2014.pdf) (Consultado 7 de enero 2016).
- **BARRIOS, E. ET AL** (2014). IV Atlas de Incidencia del Cáncer en el Uruguay.2007-2011. Disponible en: [www.comisioncancer.org.uy/andocasociado.aspx?394,1175.pdf](http://www.comisioncancer.org.uy/andocasociado.aspx?394,1175.pdf) (Consultado en de Julio de 2015).
- **BUKI, L. ET AL.** (2013). Aspectos Culturales del Cáncer de Mama en Mujeres Uruguayas. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Área de Educación Poblacional. Montevideo, Uruguay. Disponible en: [www.comisioncancer.org.uy/andocasociado.aspx?413,1236.pdf](http://www.comisioncancer.org.uy/andocasociado.aspx?413,1236.pdf) (Consultado en Agosto de 2015).
- **BURIN, M.** (s/d). Foro temático. Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables. Disponible en: <http://www.psicomundo.com/foros/genero/subjetividad.htm> (Consultado en Enero de 2016).
- **CÁCERES, M.** (2008). El cuerpo deseado y el cuerpo vivido. La apropiación de los discursos mediáticos y la identidad de género. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/935/93511742012.pdf> (Consultado en Enero de 2016).

- **CÁNCER DE MAMA EN EL URUGUAY DE LA COMISIÓN HONORARIA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. PERÍODO DE 2007-2011.** Disponible en: [http://www.comisioncancer.org.uy/uc\\_357\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/uc_357_1.html) (Consultado en Julio de 2015).
- **CENSO 2011. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA- FLORES.** (2011). Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/flores.html> (Consultado en agosto de 2015).
- **EC. P. BARRENCHEA ET AL.** (2008). Diagnóstico Económico del Departamento de Flores. Análisis y priorización de los recursos económicos del departamento con potencialidad para un desarrollo local sostenible. Disponible en: [http://www.arturuguay.org/wpcontent/files\\_mf/1340050362flores\\_publicacion\\_20090625pdf](http://www.arturuguay.org/wpcontent/files_mf/1340050362flores_publicacion_20090625pdf). (Consultado en Agosto de 2915).
- **KOMEN, S.** (2013). Disponible en: [https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content\\_Binaries/806-320-SP.pdf](https://ww5.komen.org/uploadedFiles/Content_Binaries/806-320-SP.pdf). (Consultado en Julio de 2015).
- **LONDOÑO, Y.** (2009). El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198007.pdf> (Consultado en Diciembre de 2015).
- **MARTINEZ, A** (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. Disponible en: [www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/25787/25621.pdf](http://www.raco.cat/index.php/Papers/article/download/25787/25621.pdf) (Consultado en Enero de 2016).
- **MESQUITA MELO, E.** (2007). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de Cáncer de mama. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/237/228> (Consultado en Diciembre de 2015).
- **REVISTA DE PRENSA.** (2014). El cáncer de mama es diferentes en los hombres. Disponible en: <http://www.idisantiago.es/wp-content/uploads/.../RevistaDePrensa.20141215.pdf> (Consultado en Febrero de 2016).

- **SALUD INTEGRAL.**  
Disponible en: <http://saludintegral.griik.com/cancer+seno.htm> (Consultado en Noviembre de 2015).
- **SALVO, J.** (2007). Psicología Social. Enrique Pichón Rivière. Disponible en: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias\\_enrique.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias_enrique.pdf) (Consultado en Febrero de 2016).
- **SCOTT, J.** (s/d). El género: una categoría útil para el análisis histórico. Disponible en: <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/scott.pdf> (Consultado en Febrero de 2016).
- **UNZUETA, C. Y LORA, M.** (2002). El estatuto del cuerpo en psicoanálisis. Disponible en: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a09.pdf> (Consultado en Febrero de 2016).
- **IV ATLAS DE INCIDENCIA DEL CÁNCER EN EL URUGUAY** (2004). Disponible en: [http://www.comisioncancer.org.uy/uc\\_394\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/uc_394_1.html) (Consultado en Julio de 2015).
- **¿QUÉ ES LA MASTECTOMÍA?** (2012). Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/mastectomia> (Consultado en Noviembre de 2015).

# ANEXOS