

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

**Cáncer de mama:  
algo más que un problema médico**

**María Elisa Sánchez**

**Tutor: Teresa Porzecanski**

*“Los derechos de los pacientes de cáncer son derechos humanos. El movimiento que se adelanta en la actualidad para definir y adoptar los derechos de los pacientes de cáncer es crucial en el momento de reconocer y proteger el valor y la dignidad de personas con cáncer en todo el mundo”.*

*(Artículo I)*

*“El estigma asociado con el cáncer es un gran obstáculo para el progreso tanto en países desarrollados, como en naciones en vía de expansión, que a menudo ocasiona: Traumas emocionales innecesarios para los pacientes y sus familias (...)  
Discriminación y predisposición al momento de emplear personas con cáncer (...)”*

*(Artículo II)*

*“ (...) Fortalecer la posición del paciente de cáncer como un socio activo en la lucha contra esta enfermedad (...)”*

*“Las personas con cáncer en todo el mundo tiene la oportunidad de informarse, organizarse y ser influyentes.”*

*(Artículo VII)*

*Cumbre Mundial contra el Cáncer para el Nuevo Milenio  
Carta de París: 4 de febrero del 2000  
París, Francia.*

## Índice

	Página
<b>1</b> – Introducción.....	1
<b>2</b> – Fundamentación .....	2
2.1 – Fuentes de información.....	3
<b>3</b> – Construcción de la identidad personal.....	4
3.1 – La construcción de género: parte de la identidad personal.....	7
<b>4</b> – Identidad femenina.....	8
4.1 – Implicancias del cuerpo en la identidad femenina: “la eterna juventud” .....	12
4.2 – El pecho femenino: “...lactante, comercializado, medicinal...”...14	
<b>5</b> – Cáncer de mama: ¿identidad estigmatizada?.....	18
<b>6</b> – La mujer luego de la mastectomía.....	23
6.1 – El espacio personal.....	25
6.2 – Duelo y muerte social.....	27
6.3 – Cáncer de mama y sexualidad .....	28
6.4 – La familia y el ámbito laboral.....	29
<b>7</b> – Cáncer de mama: un desafío para el Trabajo Social.....	31
<b>8</b> – Conclusiones.....	41
<b>9</b> – Bibliografía consultada y utilizada.....	42
<b>10</b> – Anexo.....	45

## 1 – Introducción

En el presente trabajo, realizaré una breve discusión acerca de las consecuencias del cáncer de mama en la identidad femenina. Dicha discusión se basa en la hipótesis de que *las derivaciones del cáncer de mama estigmatizan a la mujer que lo padece*.

Teniendo presente el impacto que el cáncer de mama está mostrando tanto en nuestro país como a escala mundial, se hace pertinente una mirada crítica desde el punto de vista del Trabajo Social como forma de comprometernos con un problema que ha dejado de ser exclusivamente médico. No pretende este trabajo constituir un abordaje exhaustivo del tema, sino una primera aproximación que nos permita visualizar las características de la población afectada, las derivaciones sociales que conlleva una mastectomía<sup>1</sup> y los problemas con que se enfrenta el Trabajador Social en el momento de su intervención.

Para comenzar justificaré la elección de este tema, carente de registro en lo que hace a nuestra profesión.

Luego se definirá el concepto de identidad, y cómo esta se constituye en la persona. Como marco de referencia tomaré a George Mead claro exponente del interaccionismo simbólico.

Así también desarrollaré los conceptos de Erving Goffman con respecto al estigma y al individuo desacreditado. Ambos autores defienden la construcción de la identidad a través de la

---

<sup>1</sup> La mastectomía consiste en una cirugía utilizada para extirpar el cáncer. Se clasifican en: parciales, totales o radicales, dependiendo de la parte del cuerpo extraída junto con el tumor (parte de la mama, toda la mama, ganglios, recubrimiento de músculos, etc.)

interacción social, a medida que el individuo crece y se inserta en la comunidad o sociedad organizada a la cual pertenece.

Luego de plantear las consecuencias que tiene esta enfermedad en los diferentes ámbitos en que se desenvuelve la mujer, se realizará una propuesta de intervención desde el Trabajo Social enfocado a los diferentes niveles de acción profesional: micro, intermedio y macrosocial.

## **2 - Fundamentación**

Considero pertinente, en primer lugar, realizar una fundamentación del tema escogido para realizar esta monografía.

Estando inserta en una experiencia de rehabilitación en patología mamaria, me encontré con un obstáculo bibliográfico en lo concerniente al tema y a las implicancias del mismo para el Trabajo Social. Gran parte de la información relativa al cáncer es elaborada desde el punto de vista médico y para los médicos, siendo necesaria la incursión de la profesión desde lo teórico.

Con respecto al énfasis realizado en la pérdida del pecho como parte del cuerpo de la mujer, hablamos de un aspecto que conlleva importantes connotaciones en nuestra sociedad. Asimismo, el culto al cuerpo que se realiza desde diferentes medios, moviliza gran cantidad de personas y de industrias, y pasa a formar parte de la identidad de la población. Entonces cabe preguntarnos **¿qué sucede con las mujeres que pierden un pecho en una mastectomía?** A la pérdida del pecho debemos sumar todo lo que implica tener cáncer en nuestra sociedad.

Hablamos de un aspecto que ya no es solo médico, hablamos de un aspecto que involucra lo social y lo emocional.

Este problema deja de pertenecer al campo exclusivamente médico y se convierte en un problema social si pensamos que una de cada diez mujeres en el mundo, lo presentarán a lo largo de su vida. En Uruguay el primer lugar de los cánceres que provocan muerte en la mujer es el de mama, alcanzando el 20.03 %, y afectando en 1997, 1625 casos.<sup>2</sup>

El cáncer de mama está relacionado con el miedo a graves dolores y a la muerte, pero también con la desfiguración y con el rechazo social. Aspectos que muchas veces escapan a la intervención médica y dan lugar al Trabajo Social.

## **2.1 - Fuentes de información**

Las fuentes de información utilizadas se pueden clasificar en dos tipos: bibliográfica y de campo. Dentro de las primeras podemos mencionar, aparte de los libros citados al final del trabajo, publicaciones como la revista “Noticias” del Sindicato Médico del Uruguay o “Cartas de una paciente”, en que su contenido cuenta testimonios de pacientes uruguayas. Así también se consultó estadísticas proporcionadas por el Centro de Documentación e Información en Cáncer (CDIC) perteneciente a la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer.

---

<sup>2</sup> Vasallo, Juan A.; Barrio, Enrique: “II Atlas de Mortalidad por Cáncer en el Uruguay” Comparación de dos quinquenios 1989 – 1993 y 1994 – 1998. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Montevideo, 1999. Ver Anexo.

Con respecto a la información obtenida mediante trabajo de campo, realicé entrevistas a pacientes con mastectomía o con cirugía parcial, atendidas en el ámbito público y privado. Otras entrevistas fueron realizadas a técnicos que trabajan en la salud: médicos, psicólogos, fisioterapeutas. Entre estos técnicos puedo citar la Asistente Social del Hospital de Clínicas Cristina Segredo y la psicóloga Dra. Mariela Tubino del Instituto Nacional de Oncología y del CASMU. Parte del trabajo de campo se llevó a cabo el pasado año, a raíz de la investigación realizada en la materia Taller de Investigación, desarrollando dicha tarea en un grupo de mujeres con cáncer de mama que se reúne en el sector de fisioterapia de la mutualista CASMU.

### **3 - Construcción de la identidad personal**

Como primer interrogante, para introducirnos en el tema debemos plantearnos ¿cómo se forma la **identidad**?. Según George Mead<sup>3</sup> el individuo *“se convierte para sí, solo cuando adopta las actitudes de los otros individuos hacia él dentro de un medio social o contexto de experiencia y conducta en que tanto él como ellos están involucrados.”*

Debemos resaltar ciertos aspectos que hacen a la identidad según lo expresado anteriormente. No podemos pensar en la construcción de una identidad sin un contexto social, en que hay otros actores involucrados en el proceso, mediante el cual se internalizan las actitudes

---

<sup>3</sup>Mead, George: “Espíritu, persona y sociedad” Editorial Paidós. Buenos Aires, sin fecha. Pág. 170

de los otros. Dicho proceso denominado **socialización**, se desarrolla a través de la educación, es un *“proceso que refiere a la incorporación de la reacción social al individuo.”*<sup>4</sup>

Según Philip Bock<sup>5</sup>, existe un proceso análogo al proceso de aprender una lengua, un proceso más general que es aprender una cultura. A este aprendizaje él lo llama **enculturación**. El mismo se desarrolla a partir de la imitación, la enseñanza verbal y la inferencia del comportamiento verbal de los demás.

Para Mead, *“la comunidad o grupos sociales organizados que proporciona al individuo su unidad de persona pueden ser llamados “el otro generalizado”*<sup>6</sup>. La actitud del otro generalizado es la actitud de toda la comunidad.

Para desarrollarse como persona un individuo debe adoptar las actitudes de los otros. Estas actitudes a interiorizar son aquellas que tienen los otros hacia él, los otros entre ellos y, por último, las actitudes hacia las diferentes actividades sociales o empresas en las que están todos ocupados, por el hecho de pertenecer a determinada comunidad.

La persona surge en el proceso constituido por la experiencia y las prácticas sociales que desarrolla en su comunidad. La **identidad**, entonces, se construye en la interacción con los demás, a través de la interiorización de las actitudes de los demás, o al decir del autor citado, de las actitudes del “otro generalizado”.

---

<sup>4</sup> Mead, op. cit. , pág 282.

<sup>5</sup> Bock, Philip: *“Introducción a la moderna antropología cultural”* FCU, 1997. Pág. 74

<sup>6</sup> Mead, op. cit. , pág. 184

Para Bryan Turner, una persona es “*un ser con un cuerpo, conciencia, continuidad, compromiso y responsabilidad*”<sup>7</sup>.

La noción de identidad para este autor implica percibir una coherencia general en las experiencias y expresiones de un individuo, la capacidad de tener memoria de la continuidad de la “historia de vida” de ese individuo, y el compromiso consciente de manejar el propio yo.

Turner, aporta otro elemento al concepto de identidad, que no es destacado por Mead: el **cuerpo**. La posesión del cuerpo, expresa Turner, es un “*rasgo esencial de la rutina de identificación social de las personas particulares*”<sup>8</sup>.

A partir del cuerpo, Turner identifica dos procesos que se llevan a cabo para el desarrollo de la persona, son los llamados rituales de inclusión y de exclusión. Con respecto a los primeros, los define resaltando el efecto que tienen “*transformar el cuerpo natural en una entidad social con derechos y status*”<sup>9</sup>. Estos rituales definen la labor cultural sobre el cuerpo. En cuanto a los rituales de exclusión describen el proceso inverso, el retorno de los cuerpos a la naturaleza.

Muchas veces enfermedades como el **cáncer**, enfermedades estigmatizadas y estigmatizantes, asociadas directamente con la muerte, determinan la “**muerte social**” de una persona. Aquellas actividades, como lo manifiesta Turner, que resultan una amenaza para la salud de los individuos, son consideradas antisociales, así como la enfermedad una desviación a las normas aceptables de salud. Así el cáncer como enfermedad “tabú” aún en nuestra sociedad,

---

<sup>7</sup>Turner, Bryan: “El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en Teoría Social”. Fondo de Cultura Económica - Sociología. México, 1989. Pág. 83

<sup>8</sup> Turner, op. cit., pág. 84

<sup>9</sup> Turner, op. cit., pág. 247

y con las prácticas médicas que conlleva, puede generar un ritual de exclusión de la sociedad actual.

### **3.1 - La construcción de género: parte de la identidad personal**

Como ya se mencionó existe un proceso, que es la educación, por medio del cual se interiorizan las actitudes de los otros miembros de la sociedad.

Cuando niños aprendemos a comportarnos de determinada forma, aprendemos a hablar, a comer, a jugar, etc. Pero existen ciertos aspectos que interiorizamos que no son comunes a todos los individuos, sino que se diferencian según el sexo. Al decir de Turner, *“ciertas polaridades culturales, son políticamente impuestas por conducto de las instituciones del sexo, la familia y el patriarcado”*<sup>10</sup>. Estos aspectos hacen a lo que llamamos el género.

La categoría **género** se entiende *“como una construcción social basada en la diferenciación biológica de los sexos (fenotipo y genotipo), que se expresa a través de las relaciones de poder - subordinación representadas en la adscripción de funciones, actividades, normas y conductas esperadas para hombres y mujeres en cada sociedad.”*<sup>11</sup>

Cada sociedad y cada época se ven atravesadas por la construcción que se realiza en torno al sexo. Se define lo que debe hacer el hombre y la mujer y lo que está prohibido para ambos.

---

<sup>10</sup> Turner, op. cit., pág. 69

<sup>11</sup>De los Ríos, Rebecca: *“Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción”* En: *“Género, mujer y salud en las Américas”* Publicación científica N° 541. Editora: Elsa Gómez Gómez. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Salud. Washington, 1993. Pág. 13

Somos resultado de la internalización de las actitudes del “otro generalizado” a través de lo cual construimos nuestra identidad como personas, y de la internalización de actitudes y comportamientos correspondientes a cada sexo. Contamos con identidades determinadas por la construcción de género: la identidad “femenina” y la identidad “masculina”.

La identidad del rol sexual es una característica aprendida, en cuyo desarrollo, probablemente, el aprendizaje mediante la observación es el instrumento más importante.

En lo que respecta a este trabajo, el objetivo está enfocado en el estudio de la **identidad femenina**. Sin embargo, no es posible dejar de lado lo que hace a la identidad de los hombres, ya que los límites que hacen a una definen los límites de la otra. Se trata de un proceso dialéctico, que enfrenta ambas identidades y hace surgir nuevas apropiaciones en lo que hace a la vida social.

#### **4 - Identidad femenina**

¿Qué aspectos hacen a la identidad femenina? ¿Qué actitudes se internalizan como femeninas? Para definir esta categoría se hace imprescindible determinar las dimensiones que la constituyen, entre ellas: la división sexual del trabajo, la estructura familiar, las exigencias culturales para dicho género en cuanto a funciones y cuidado personal.

La separación de los ámbitos público y privado facilita la percepción de las diferencias establecidas según el sexo, expresa y refleja claramente la construcción de género realizada en nuestra sociedad. Esta dicotomía nos introduce en la **división sexual del trabajo**.

Tradicionalmente, se esperaba que la mujer se ocupara exclusivamente del trabajo doméstico o del espacio privado: los hijos, la casa, la familia. El hombre por su parte, era el responsable del aporte económico a la familia, dedicado al ámbito público.

Actualmente, hemos sido protagonistas de un profundo cambio en la unidad básica de la sociedad, la familia. Ha sido necesario que la mujer forme parte del mercado laboral, ya sea por ser jefa de hogar, o por ser cada vez más difícil acceder a las necesidades básicas con el trabajo del hombre solamente. En el ámbito público se han ganado espacios, la mujer ha comenzado a insertarse en el mercado laboral como obrera, profesional, empresaria. Dicha inserción se presenta como uno de los cambios de mayor relevancia que ha sufrido la familia uruguaya en los últimos años.

El estereotipo general, establecido en nuestra sociedad en torno al modelo familiar, ha correspondido a una familia nuclear de dos padres y sus hijos, donde prevalece el sistema de “aportante único” que corresponde al hombre y donde, la mujer se dedica a las tareas domésticas del hogar y cuidado de los hijos. Dicha imagen del sistema familiar no se corresponde con el actual.

Hogares monoparentales, donde predomina la **jefatura femenina**, la participación creciente de la mujer en el mercado laboral, el aumento de la unión de hecho, de los divorcios y la disminución de los matrimonios, han sido algunas de las grandes transformaciones que el tradicional sistema familiar ha experimentado<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> “Filgueira, Carlos: “Sobre revoluciones ocultas: la familia en el Uruguay” CEPAL, Montevideo, 1996

Destacamos el aporte de la mujer en los ingresos familiares, donde ha dejado de ser un complemento del aporte de los hombres, pasando a representar el mismo ingreso percibido que el hombre o superior al del mismo.

*“Igualmente, a pesar de tener una actividad remunerada fuera del hogar, la mujer sigue siendo responsable del ámbito hogareño: mujeres profesionales con maridos profesionales asumen sin objetar la mayor responsabilidad en el cuidado de los niños y quehaceres domésticos.”*<sup>13</sup> La mujer continúa siendo el centro de la familia, es parte de su identidad.

Juan Carlos Fortuna<sup>14</sup> describe el trabajo de la mujer como la intersección de dos dimensiones de la realidad: la reproducción de los agentes sociales que descansa cada vez más en la unidad doméstica determinado por el estilo de desarrollo social, y la cultura dominante que adjudica a la mujer un determinado papel a cumplir *“identificado con sus funciones tradicionales”*.

La mujer se enfrenta con requerimientos difíciles de compatibilizar: responsabilidad en el proceso productivo de la economía y el mantenimiento de las funciones tradicionales de reproducción del núcleo familiar.

¿A qué nos referimos con funciones tradicionales de reproducción del núcleo familiar? Por un lado al trabajo de ama de casa, trabajo subvalorado en nuestra sociedad; y por otro lado, a

---

<sup>13</sup>Pauchard Hafemann, Héctor: *“La problemática del rol de la mujer y de la madre”* En: Revista Trabajo Social 45. Escuela de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 1985. Pág. 46.

<sup>14</sup>Fortuna, Juan Carlos: *“La mujer en el Uruguay”* Servicio de Documentación Social N° 4 F.C.U. Centro de Documentación Instituto de Estudios Sociales del CUBS. Montevideo, 1982. Pág. 204

la reproducción biológica y cotidiana de los hijos, donde queda implícito el rol sobrevalorado de la mujer en la satisfacción de las necesidades biológicas, de afecto, sociales y culturales.

Fortuna nos plantea ese sentimiento de culpa que surge *“cuando tiene que dejar sus hijos al cuidado de otra persona “sustituyendo” a la mujer cuando hay transformación en la división sexual del trabajo.”*<sup>15</sup>

Estamos frente a una imagen fuerte de la mujer, presente en la sociedad que la exige y en ella misma, formando parte de su identidad. Se auto identifica con la madre, la esposa compañera, el ama de casa.

No solo la reproducción biológica es exclusiva de la mujer, sino también todo lo que ello implica: crianza, cuidado, educación, transmisión de valores. *“El cuidado es una actividad femenina no remunerada que no tiene reconocimiento ni valoración social.”*<sup>16</sup> No solo hablamos del cuidado de los niños, sino también de todo el núcleo familiar, donde se destaca el cuidado de ancianos y enfermos.

El **cuidado** de la mujer, sobretodo en el ámbito de la salud, es considerado un medio para garantizar la reproducción biológica y el crecimiento y alimentación de los hijos. La maternidad, y el cuidado en general, son elementos con los cuales todas las mujeres se identifican, pasando a formar parte de la subjetividad femenina.

---

<sup>15</sup> Fortuna, op. cit., Pág. 209

<sup>16</sup>Fassler, Clara; Hausser, Patricia; Iens, Inés (coordinadoras): “Género, familia y políticas sociales” Ediciones Trilce. Montevideo, 1997. Pág. 49.

#### 4.1 - Implicancias del cuerpo en la identidad femenina: “la eterna juventud”

La mujer como ama de casa, madre, esposa. En este último rol, nos encontramos con la mujer amante, con la mujer con una **sexualidad** propia, ámbito que no escapa al control realizado por la sociedad. La mujer ha sido y continúa siendo objeto de placer para la sociedad en general, sociedad de la cual ella es parte.

En el momento actual somos protagonistas de una sociedad que realiza un culto al cuerpo. *“La delgadez se encuentra en la actualidad, bajo la promoción de la independencia de los alimentos y las drogas, más aparejadas con fines narcisistas de la felicidad personal, el éxito y la aceptabilidad social.”*<sup>17</sup> Es lo que define Turner como “la cultura del consumidor”. Nos encontramos entonces con un “yo actuante”, definido como un yo visible donde la presentación del cuerpo simboliza el status del yo personal.

Si hablamos de la mujer, ésta no solo debe llevar a cabo sus funciones tradicionales de madre y esposa, sino que también debe trabajar y cuidar su presencia. Con esto hacemos referencia a las exigencias de la sociedad de consumo: debe permanecer delgada, sin arrugas, bien peinada, con un cuerpo firme, con senos firmes, eternamente “joven”. Es importante destacar que cada vez más la industria comienza a exigirle al hombre determinados patrones que establecen ideales de belleza y de cuidado masculinos, sin llegar a tener el nivel de exigencia que hay para con la mujer.

---

<sup>17</sup> Turner, op. cit., pág. 240

Jean Baudrillard, al hablar de la **seducción**, como fuerza de lo femenino hace referencia a ese cuerpo que rige en nuestra sociedad como ideal. *“La negación de la anatomía y el cuerpo como destino no data de ayer (...) Hacer un rito, una ceremonia, ataviar, enmascarar, mutilar, dibujar, torturar para seducir: seducir a los dioses, seducir a los espíritus, seducir a los muertos. El cuerpo es el primer gran soporte de esta gigantesca empresa de seducción. Toma un carácter estético y decorativo solo para nosotros.”*<sup>18</sup>

Como lo expresa Myriam Debert-Ribeiro, nos enfrentamos a *“ideales culturales de imagen corporal, y con el papel central que desempeña la belleza física en la valoración social de la mujer”*.<sup>19</sup>

La tradicional satisfacción que debía dar la mujer a su esposo, poseedor de ésta y de su cuerpo, ha sido enfrentada por el movimiento feminista, pero no así extinguida.

Los **medios de comunicación** por su parte, imponen a la mujer un cuerpo *“constreñido por los maniqués, la cirugía, la gimnasia, la obligación de no envejecer, las dietas para adelgazar...”* y prohíbe, *“... ese cuerpo deserotizado por las licuadoras, las lavadoras, los anticonceptivos, los detergentes...”*<sup>20</sup>

Por un lado, tenemos el cuerpo femenino capaz de dar placer, la mujer amante; y por otro el cuerpo “deserotizado”, el de la mujer doméstica, ama de casa. Cuerpos valorados e impuestos

---

<sup>18</sup>Baudrillard, Jean: *“De la seducción”* Ediciones Cátedra, 1989 Madrid. Pág.88

<sup>19</sup>Debert - Ribeiro, Myriam: *“La mujer y la enfermedad en América Latina”* En: *“Género, mujer y salud en las Américas”* Organización Panamericana de la Salud. Washington, 1993. Pág. 12

<sup>20</sup>Porzecanski, Teresa: *“El silencio, la palabra y la construcción de lo femenino”* de *“Mitologías del silencio”* Semanario Brecha, Montevideo, 1996.

por la sociedad en la que vivimos. Cuerpos que deben encontrar un punto de equilibrio en esta fusión obligada que deben experimentar.

Nos vemos enfrentadas a una dicotomía acentuada por los roles sociales impuestos a las mujeres: nuestro cuerpo nos pertenece cuando debemos cuidarlo, y nos es ajeno al ser objeto de placer para los hombres y medio para dar vida a los hijos.

#### **4.2 - El pecho femenino: “...lactante, comercializado, medicinal...”**

Tradicionalmente, la mujer se ha visto vinculada a la nutrición y a la naturaleza. Dicha asociación se ve constatada a través de la imagen ideal de mujeres con muchos pechos, observadas en esculturas, pinturas, etc. En este sentido, los senos, han sido vistos como dadores de vida, esenciales para la reproducción de la especie.

Infinitas han sido las interpretaciones que, a lo largo de la historia, se le han asignado a los pechos femeninos. Sin embargo, como lo expresa Marilyn Yalom, *“Los significados que se han atribuido a los pechos a través de la historia raramente han expresado los sentimientos de las mujeres en relación consigo mismas.”*<sup>21</sup> Los significados irán ligados a los valores de nuestra sociedad y a las normas culturales.

En los primeros tiempos de la historia de la humanidad, la función que caracterizó a los pechos fue la función lactante. Este **pecho lactante**, se vio revestido por una sacralización de su función vital. Luego en el Renacimiento, encontramos un pecho que ya no mostraba lo sagrado,

---

<sup>21</sup> Yalom, Marilyn: “Historia del pecho” Editores Tusquets, Barcelona, 1997 Pág. 321

sino un aspecto **erótico**. El órgano nutriente, pertenencia de los hombres, pasó a ser objeto de placer.

El pecho femenino no escapó a los debates **políticos** *“a las mujeres se les ha pedido que ofrezcan sus pechos al servicio de la nación y a los intereses internacionales. En determinados momentos históricos, se les ordenó que amamantaran a sus hijos con el fin de incrementar el nivel de natalidad, reducir la mortalidad infantil y regenerar la sociedad. En otras épocas se las ha encaminado hacia la utilización del biberón (..) En época de guerra, o de revolución se las ha animado a ponerse relleno en los pechos “para los soldados”, o que los exhiban como símbolos de libertad.”*<sup>22</sup>

Vemos entonces, el cuerpo femenino como propiedad de la sociedad, respondiendo a las necesidades de ésta, respondiendo a las necesidades de los hombres específicamente.

Pero los pechos, no solo han sido teñidos de colores santos, eróticos o políticos. En una sociedad como la nuestra, donde se realiza un culto al cuerpo, donde existen los ideales culturales mencionados, los senos han sido y son también **comercializados**. El ideal de belleza existente con respecto a los pechos femeninos según cada época (grandes, pequeños, firmes, bajo corsés, etc.), ha convertido a las mujeres en compradoras de servicios y productos para el pecho, *“se las bombardea con una descarga de productos para vestir, sujetar, proteger, embellecer y agrandar los pechos”*.<sup>23</sup>

Una gran cantidad de industrias en todo el mundo fabrica artículos destinados a embellecer el pecho femenino. El corsé en el siglo XV, hoy la lencería, se presentan en diversas

---

<sup>22</sup> Yalom, op. cit., Pág. 175

formas, telas, colores, talles, donde ninguna mujer puede quedar fuera. Los preparados antiguos con el objetivo de agrandar o reducir los pechos, hasta las cremas antiestrías de hoy en día, han sido fuentes de riqueza de muchas empresas multinacionales.

Pero no solo compradoras en el sentido expuesto, han sido las mujeres, han sido también vendedoras. *“Los hombres siempre han disfrutado con la contemplación del cuerpo desnudo de la mujer..”*<sup>24</sup> Tanto como nodrizas destinadas a alimentar a niños de la clase rica, como modelos que venden sus pechos con fines eróticos, las mujeres se han ganado el sustento para vivir.

La **publicidad** se ha adueñado del cuerpo de la mujer. En este sentido, se involucran no solo la venta de un producto junto a una mujer mostrando sus pechos, sino el trabajo de varias mujeres, que como modelos encuentran diversos espacios para hallar una salida a sus problemas económicos.

Estas diversas interpretaciones de los senos, han sido construidas a partir de las necesidades de los hombres, necesidades de alimento, de poder, de satisfacción sexual.

Sin embargo, para Marilyn Yalom, nos encontramos también con un pecho liberado, consecuencia del **pecho medicinal**, *“esta visión del pecho desde dentro es radicalmente distinta a la de quien está fuera. El pecho ya no es tan solo el objeto de deseo del hombre, sino el símbolo de la joven cuyo sentido de la identidad florece y del erotismo que acaba de descubrir.”*<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Yalom, op. cit., pág. 191

<sup>24</sup> Yalom, op. cit., pág. 219

<sup>25</sup> Yalom, op. cit., Pág. 297

¿Por qué decimos que este sentimiento de pertenencia de los pechos que experimenta la mujer, ha sido consecuencia del pecho medicinal? Nos referimos al pecho medicinal, cuando hablamos del pecho que ha interesado a la medicina en dos aspectos: la lactancia y la enfermedad. Con respecto a esta última Yalom menciona: *“Hoy, lo que ha llevado a la mujer a una plena posesión de sus pechos ha sido el cáncer de mama. Ha aprendido, con la conmoción que supone una enfermedad que amenaza la vida, que sus pechos son realmente suyos”*<sup>26</sup>

La mujer ha comenzado a ocupar espacios que han sido históricamente propiedad de los hombres, para mostrar el grado de importancia que merece el cáncer de mama. Las artes, la poesía, la fotografía, las movilizaciones, han sido algunos de los ámbitos utilizados por las mujeres para involucrar, con sus sentimientos, a toda la sociedad con la enfermedad. Sus miedos, sus temores, sus expectativas, su rechazo al cáncer, han sido expuestos con la finalidad de sensibilizar a los hombres y mujeres de todo el mundo.

El pecho se encuentra en crisis, afirma Yalom *“como símbolo intemporal del sexo, de la vida y de la nutrición, ahora tiene que luchar contra su significado contrario: receptáculo de enfermedades y de muerte.”*<sup>27</sup>

**Esta crisis es parte de la identidad femenina.** Las mujeres crecemos con la ilusión de ver crecer nuestros pechos para que sean iguales a los de nuestra madre, abuela o tía. Sabemos que son objeto de admiración por parte de los hombres, y que son el alimento que daremos alguna vez a nuestros hijos. Pero al crecer, nos encontramos también con que son un problema

---

<sup>26</sup> Yalom, Marilyn: “Historia del pecho” Ediciones Tusquets, Barcelona, 1997. Pág. 322

<sup>27</sup> Yalom, op. cit., pág. 324

médico. *“Hemos llegado a temer a nuestros pechos, a verlos como enemigos en potencia, al luchar contra los genes mortales que a veces albergan.”*<sup>28</sup>

Entonces, si pensamos en el proceso normal que vivimos todas las mujeres al descubrir que nuestros senos son dadores y destructores de vida a la vez, que no solo están para ser ofrecidos a los demás, sino que nos pertenecen cuando están por destruir nuestra vida, ¿qué consecuencias tiene en la mujer que padece esta enfermedad y que debe resignar un pecho, para ganar la vida?.

## **5 - Cáncer de mama: ¿identidad estigmatizada?**

Podemos decir que la identidad se fractura, se deteriora, si tomamos como referencia a Erving Goffman. Para este autor existen tres niveles en el proceso de **conformación de la identidad estigmatizada**<sup>29</sup>: el nivel de la identidad social, el de la identidad personal y el nivel de la identidad del yo. Este último, el yo, es depositario de dos aspectos: el yo como actor y el yo como carácter, imagen o persona que se intenta representar, el yo actuado que deriva de las representaciones que los otros hacen de nosotros.

La **identidad social** es el *“carácter o rasgos atribuidos desde indicios o señales que una sociedad emplea normalmente para establecer amplias categorías o clases de personas”*. La **identidad personal** son las *“características genéricas junto con otras que son propias y*

---

<sup>28</sup> Ibidem

<sup>29</sup> Torregrosa, José Ramón: “Sobre la identidad personal como identidad social” Folleto sin datos.

*distributivas de cada individuo concreto... permiten construir una imagen única*”<sup>30</sup> como es su rostro o su cuerpo. Identificamos a los otros por medio de marcas o señas que les son únicas, que los diferencia.

La **identidad del yo** se define por *“las concepciones y valoraciones de la propia persona sobre sí mismo.”*<sup>31</sup> Como ya mencioné, al igual que Mead, para Goffman, la identidad personal es una construcción social. En toda interacción, es requisito indispensable la aceptación, al menos provisional, de las identidades de los actores. Goffman nos transmite la importancia de las definiciones de los otros para la formación de un autoconcepto de la persona.

En toda interacción, la persona construye su identidad, se forma a medida que interioriza las representaciones que los otros se hacen de ella. Así va definiendo el yo representado.

Algunas de esas marcas o señas que nos identifican como personas únicas, pueden ser negativas, en la medida que no cumplen con lo que las otras personas esperan de nosotros. Es aquí donde surge el **estigma**, *“para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador.”*<sup>32</sup>

Si buscamos en las primeras definiciones de estigma, encontramos que se hacía referencia a signos corporales, a través de los cuales se pretendía exhibir algo malo de la persona que los poseía. Estos signos corporales pueden ser aquellos que una mujer con cáncer de mama posee: una mastectomía o la caída del cabello, consecuencia de la quimioterapia. Nos encontramos con señales que no integran la categoría de normalidad que nuestra sociedad posee.

---

<sup>30</sup> Torregrosa, op. cit., pág. 231

<sup>31</sup> Torregrosa, op. cit., pág. 230

<sup>32</sup>Goffman, Erving: “Estigma”. La identidad deteriorada Amorrortu editores. Buenos Aires, 1995. Pág. 14.

Los estigmas, según Goffman, ocultan una doble perspectiva: el individuo estigmatizado es desacreditado a la vez que se define como desacreditable. En el primer caso, nos enfrentamos a una persona que es consciente de su estigma, también a través de las actitudes de rechazo de los demás miembros de la comunidad. En el segundo hacemos referencia a un individuo que posee cierto signo estigmatizante, pero que aún no lo percibe.

En el caso de mujeres mastectomizada, su signo corporal (la falta del pecho enfermo), es rechazado por ellas mismas, así como por los demás y se vuelven personas desacreditadas, pues son conscientes de su “anormalidad”. Son conscientes de que no cumplen con el ideal social.

Las valoraciones que la propia mujer realiza sobre sí misma, proceso mediante el cual se construye la identidad del yo, son producto de la interiorización de cómo los otros la perciben, de como se constituye el yo actuado. Para Goffman, “*el rasgo central que caracteriza la situación vital del individuo estigmatizado*”<sup>33</sup> es la aceptación. La persona se siente insegura en cuanto a su status, y muchas veces, directamente rechazada.

En el caso de la mujer mastectomizada, el rechazo es experimentado en el conjunto de aspectos que conforman la identidad femenina. Ya no posee el pecho que alimenta, rol fundamental de la mujer en nuestra sociedad. Su cuerpo como amante se ha visto fracturado, ya no cumple con el ideal de belleza establecido, y su entorno prefiere alejarse frente al temor que produce el término mismo: cáncer. En nuestra sociedad actual, la palabra cáncer continúa siendo un “tabú” al relacionarse directamente con la muerte. Esto se refleja en el vocabulario utilizado por la mayoría de las personas al hacer referencia al cáncer de mama: “nódulo”, “bultito”, etc.

---

<sup>33</sup> Goffman, op. cit., pág. 24

A pesar de ser la mastectomía un estigma fácil de ocultar, como no es la caída del cabello; el efecto se hace sentir en las personas próximas a la mujer como es su familia y amigos. Puede reemplazar su pecho con una prótesis para restablecer su apariencia exterior, pero igualmente, la mujer se siente invadida por las miradas de aquellos que conocen su situación. De esta forma no es necesario que la mujer sufra una mastectomía para sentirse invadida, una extirpación parcial de la mama o de un nódulo, provocan en la mujer los mismo impactos psicosociales que produce en una mujer mastectomizada. **Hablamos de que ambas tienen cáncer y con ello es suficiente para sufrir tal estigma.**

*“...aparece en el estigmatizado la sensación de no saber qué es lo que los demás piensan “realmente” de él. Además, es probable que durante los contactos mixtos el individuo estigmatizado se sienta “en exhibición”(…) Cuando fijamos nuestra atención (por lo general nuestra vista) en el defecto de la persona estigmatizada - cuando, en suma, no se trata de una persona desacreditable sino desacreditada -, es posible que esta sienta que el estar presente entre los normales la expone, sin resguardo alguno, a ser invadida su intimidad.”<sup>34</sup>*

La mujer con cáncer de mama experimenta por un lado un signo de estigma expuesto a la percepción de los demás como es la caída del cabello, y por otro, la falta del pecho que, ha pesar de no ser necesariamente visible, deterioran o fracturan la identidad de la persona como mujer.

Como lo relata la poetisa Audre Lorde<sup>35</sup>, en sus “Diarios del cáncer”: *“Yo me veía extraña, diferente y peculiar... Pues ni siquiera la prótesis más perfecta del mundo podría anular aquella realidad o tener el tacto que antes tenía mi pecho, de modo que, o amaba mi cuerpo de*

---

<sup>34</sup> Ibidem

*un solo pecho ahora, o sería siempre una extraña para mí misma.*” No es un asunto fácil para una mujer, amar su cuerpo de un solo pecho, el proceso de aceptación que debe vivir, es largo y difícil.

La mujer se siente como una amazona. Las amazonas, mujeres guerreras, mutilaban el pecho derecho, según la leyenda para manejar mejor el arco, manteniendo el pecho izquierdo. *“Un pecho- el “bueno” - seguía conservando los símbolos sagrados que se asociaban con la maternidad y la nutrición, mientras el pecho “malo”, el mutilado, sufría una grotesca desacralización.”*<sup>36</sup> Así lo expresa una paciente uruguaya: *“Yo le dije, me has transformado en una amazona, una mujer con un solo seno, que se lo quita para ser guerrera... A mí el seno me lo quitaron y tengo que ser guerrera para seguir viviendo.”*<sup>37</sup>

Francoise Héritier- Augé<sup>38</sup>, identifica el status de la mujer en dos niveles. En el ámbito social se observa a la mujer bajo el poder de los hombres, y a nivel individual, el status tiende a cambiar en dos situaciones: con la vejez, representada por la menopausia, y en caso de esterilidad, cuando la mujer no es capaz de concebir. Ahora bien, al estar relacionados los pechos femeninos históricamente con la nutrición, la extirpación de un seno es percibida también como símbolo de esterilidad en nuestra sociedad. La mujer siente que no es tan mujer como lo era antes, cuando aún conservaba su pecho.

---

<sup>35</sup> Yalom, Marilyn: *“Historia del pecho”* Editores Tusquets, Barcelona, 1997 Págs. 300-301

<sup>36</sup>Yalom, op. cit., pág. 40

<sup>37</sup>Tomado de *“Cartas de una paciente”* Instituto Nacional de Oncología, Ministerio de Salud Pública. Publicaciones de Ripama N°1, Montevideo, 2000

A medida que crecemos, se aleja el modelo de pecho que interiorizamos a través de la visión de los demás: pechos erguidos, firmes, perfectos, y más nos alejamos al ver como nuestros pechos pueden ser enemigos de nuestra vida.

## **6 - La mujer luego de la mastectomía**

Hacemos referencia específicamente a aquellas mujeres que han sufrido una mastectomía. Mujeres que han perdido un seno, que, según la sociedad han perdido parte de su identidad como mujeres y que así lo sienten.

Nos encontramos con una crisis, que repercute en todos los aspectos de la mujer. Estamos acostumbrados al aporte por parte de las mujeres en el cuidado de la salud de la población, a que sea la mujer el eje central del cuidado de los miembros de la familia. Pero es ella ahora la que debe ser cuidada, atendida y otro miembro debe ocupar el lugar que ella ocupaba. Probablemente sea otra mujer la encargada, pero de igual forma se trata de una crisis que atraviesa la dinámica familiar.

La esposa, la amante, la intimidad de la pareja ya no es la misma. ¿Qué sentimientos atraviesan a la mujer al pensar en la reacción de su pareja al enfrentarse a una mujer con un solo

---

<sup>38</sup>Héritier-Augé, Françoise: “Mujeres ancianas, mujeres de corazón de hombre, mujeres de peso.” En: “Fragmentos para una historia del cuerpo humano” Tercera Parte. Editado por Michel Feher con Ramona Naddaff y Nadia Tazi. Ediciones Taurus. España, 1992. Pág. 295.

pecho? La madre, la lactante, quien proveía de vida a los hijos, donde se valoraba la pertenencia de los senos, alimento insustituible para muchos, ya no es la misma.

¿Qué sucede cuando los ideales culturales relativos al cuerpo femenino se ven perturbados? ¿Qué valoración social se le adjudica a la mujer que ha perdido una parte de su cuerpo?

El estigma al que se ve enfrentada la mujer se comienza a vivir desde el momento que se diagnostica el cáncer. Dicho término produce temor en cada uno de nosotros, tal vez por consistir en un proceso capaz de matar, y porque la idea de la muerte en nuestra sociedad sigue significando desconocimiento y sufrimiento.

*“... el cáncer sigue siendo el paradigma de lo maligno, una fuerza siniestra imposible de controlar y uno de los problemas humanos más temidos capaz de conducir a la peor de las muertes.”<sup>39</sup>*

Los tratamientos clásicos en materia oncológica, como es la quimioterapia y la radioterapia, poseen en el imaginario colectivo, una connotación de condena, así como la palabra cáncer. Las consecuencias en la identidad de la mujer, que debe realizar dichos tratamientos se caracterizan principalmente por otorgarse y por ser reconocida por los demás, la condición de paciente oncológico. Formará parte de un grupo, que, como bien la mujer con cáncer de mama lo sabe, es rechazado por la sociedad a través de un autoaislamiento y hetero aislamiento. El

---

<sup>39</sup>Gaskin, Thomas; Doss, Marilyn; Kelly, Patricia Ann y McGee Colburn, Jane: “Rehabilitación” En: “La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas.” Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1993.

distanciamiento a mediano plazo es el mecanismo inconsciente que el grupo social inmediato a la mujer encuentra para canalizar el miedo que le produce la situación.

## **6.1 – El espacio personal**

En la estigmatización que sufre la mujer que padece cáncer de mama, encontramos otro factor: la invasión que sufre en su espacio personal. Este último es definido por Goffman, como el *“espacio en torno a un individuo, en cualquier punto dentro del cual la entrada de otro hace que el individuo se sienta víctima de una intrusión, lo que lleva a manifestar desagrado y, a veces, retirarse.”*<sup>40</sup>

*“El mantenimiento de nuestros cuerpos crea vínculos sociales, expresa relaciones sociales, y las reafirma o las niega.”*<sup>41</sup> Frente a esta afirmación de Turner, nos encontramos con el cuerpo de una mujer donde se ha extirpado un seno, y donde sus relaciones sociales se han visto afectadas. Nuestros cuerpos crean vínculos y los niega. Para una mujer mastectomizada, su cuerpo comienza a crear vínculos con el personal médico que verá diariamente, y con sus pares, con esas mujeres que están pasando por la misma experiencia. La mujer con cáncer de mama, desde el diagnóstico, pasando por la cirugía, el tratamiento, hasta la rehabilitación sufre una invasión en su espacio personal. Son muchas las personas que intervienen en todo este período, especialistas y profesionales a consultar, y estudios a realizarse.

---

<sup>40</sup> Goffman, Erving: *“Relaciones en público”* Alianza, 1974. Pág. 47.

<sup>41</sup> Turner, op. cit., pág. 232.

Por otro lado, negará algunos de sus vínculos ya establecidos, muchos de los cuales es imprescindible reformular para su recuperación, como es el caso de su pareja. Así también sus compañeros de trabajo y amigos, que muchas veces por miedo a no saber cómo actuar frente a tan temible enfermedad prefieren apartarse hasta encontrar a la misma persona que dejaron antes de la operación.

Si consideramos a Foucault<sup>42</sup>, este nos plantea el poder que se establece sobre la materialidad del cuerpo, *“producto de las relaciones políticas y de poder. Es producido con el fin de ser controlado, identificado y reproducido.”* Para Foucault, nuestros cuerpos están sometidos a una vigilancia cada vez mayor, por parte de instituciones profesionales, ocupacionales y gubernamentales. *“La regulación del cuerpo”* se hace en interés de la salud pública, la economía y el orden político. Esto se refleja en categorías como “enfermedad” que son construcciones socioculturales que *“describen la condición de la persona más que la de su carne, huesos...”*

Hablamos de vigilancia y de control, prácticas que necesariamente invaden el espacio personal de los individuos. Más aún cuando hablamos de **controlar el cuerpo** para que una enfermedad como el cáncer no avance. Para ello prácticas como la quimioterapia que invade la totalidad del cuerpo, o la radioterapia son impuestas como únicas vías para salvar la vida, olvidándose muchas veces que existe una persona con necesidades que responden a su calidad de vida durante los tratamientos.

---

<sup>42</sup> Turner, op. cit., pág. 61 - 87.

Este poder se refleja en las disciplinas establecidas para el cuerpo. Turner plantea que se ha producido una secularización del cuerpo. Del cuerpo objeto “*de un discurso sagrado de la carne*”, nos trasladamos al cuerpo objeto de un discurso médico “*el cuerpo es una máquina que debe ser controlada.*”<sup>43</sup>

Nos encontramos con una actitud, médica principalmente, que desconoce a la mujer persona, la mujer imagen, la mujer pareja. No se trabaja con la mujer como persona que sufre en su integridad, sino al objeto de estudio que es el seno, como si fuera totalmente ajeno a la mujer que lo posee.

## **6.2 – Duelo y muerte social**

*“Se trata de un auténtico “duelo” por la función desaparecida (sexual, estética, simbólica o reproductora), por las satisfacciones psíquicas que proporcionaban dichas funciones y por la pérdida de expectativas en el terreno sexual y en lo más hondo de su “feminidad””*<sup>44</sup>

El duelo puede ser definido como “*la vivencia penosa y dolorosa que causa todo lo que ofende a nuestro impulso vital*”<sup>45</sup>. Así encontramos la pérdida de uno mismo en el envejecimiento, o la pérdida de una parte de uno como es el seno y con todo lo que ello implica.

El duelo por la salud perdida, es el primer impacto que recibe la mujer.

---

<sup>43</sup> Turner, op. cit., pág. 64.

<sup>44</sup> Florez Lozano, José Antonio: “La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos.” Edika Med. Barcelona, 1995. Pág. 10.

Esto se refleja en la **muerte social**. Esta existe *“toda vez que una persona deja de pertenecer a un grupo dado, ya sea por límite de edad y pérdida de funciones...”*<sup>46</sup> Como ya se mencionó nos enfrentamos a ritos de exclusión en los casos de mujeres con cáncer de mama. Dichos ritos invaden los ámbitos laborales, familiares, etc. La mujer experimenta una muerte social ya que siente la pérdida de sus funciones sexuales, reproductivas, estéticas, etc. Así también ha perdido determinados espacios a causa de ciertas dificultades para realizar diferentes tareas por la mastectomía, la quimioterapia, o la radioterapia. El caso de la discriminación laboral en muchos casos por la pérdida del cabello es frecuente.

### **6.3 – Cáncer de mama y sexualidad**

Una reformulación de la vida sexual comienza para la mujer luego de la mastectomía.

*“Para aquellos diagnosticados con cáncer, hay a menudo un impacto en la imagen del cuerpo y en la sexualidad. La resección quirúrgica o el efecto de la radioterapia en las partes del cuerpo que están directamente involucradas en la función sexual pueden llevar a una persona a sentirse menos deseada sexualmente.”*<sup>47</sup>

El estigma que siente la mujer también se manifiesta en las dificultades para expresarse en la intimidad, para vestirse y participar en actividades que exijan la escasez de ropa, en todos

---

<sup>45</sup> Thomas, Louis- Vincent: *“La muerte una lectura cultural”* Fondo de Cultura Económica, 1977. Pág. 123.

<sup>46</sup> Thomas, Louis-Vincent: *“Antropología de la muerte”* Fondo de Cultura Económica, México, 1983 Pág. 53

<sup>47</sup> Rabinowitz, Bárbara: *“Impacto psico-social del cáncer de mama”* Primer Serie de Actualizaciones para profesionales de la Salud. Unión Internacional contra el Cáncer. Suiza, 2000. Pág. 29

aquellos ámbitos que signifiquen mostrar su pecho de un solo seno, o que sin mostrarlo llegue a sugerirlo.

*“...la agresión física que supone en lo más sublime de su femineidad (el seno) origina un cierto miedo a sí misma, un componente de extrañeza y vergüenza que lleva a la mujer a evitar cualquier tipo de contacto sexual.”<sup>48</sup>*

La mastectomía, provoca una sensación de deformidad física, de “asimetría corporal”, lo que repercute negativamente en el autoconcepto y autoestima de la mujer. A esto se debe sumar la desacreditación que experimenta la mujer por no cumplir con los requisitos de feminidad que la sociedad y ella misma se ha impuesto.

#### **6.4 - La familia y el ámbito laboral**

El cáncer invade también a la familia, no solo el cuerpo de la paciente. El modelo familiar donde es la mujer quien cuida de los restantes miembros de la familia se fragmenta, ahora es la mujer quien necesita del cuidado de ellos. Surge la necesidad de una reorganización de la dinámica familiar, como forma de enfrentar la ruptura de ese eje fundamental del rol femenino. Sin embargo, dicha reorganización, no deja fuera a la mujer en sus quehaceres tradicionales, la mayoría de las mujeres deben sumar a su cuidado personal, el cuidado tradicional que realiza con respecto a los miembros de la familia.

---

<sup>48</sup>Flórez Lozano, José Antonio: “La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos” Edika Med, 1995, Barcelona. Pág. 85.

En el ámbito laboral, surgen los problemas de empleo, ya que aquella que busca trabajo, debe considerar los cuidados relativos a su condición, donde existe una importante cantidad de actividades restringidas. Aquellas que ya tienen trabajo deben reformular su ambiente y forma de trabajo, adecuándolo a sus posibilidades, lo cual no resulta viable en la mayoría de los casos.

Las tareas domésticas, a pesar de estar restringidas en algunos aspectos, escapan a dicha reorganización, continuando bajo la órbita de la mujer.

Y en todos estos ámbitos, la mujer que ha sufrido una mastectomía debe enfrentar el estigma que esto significa. *“Una mujer que sufrió una mastectomía o un delincuente sexual (...), están obligados a presentarse falsamente en casi todas las situaciones, callando sus secretos no convencionales porque los demás ocultan los convencionales”*<sup>49</sup>

A estas readaptaciones debemos sumar las dificultades económicas que muchas pacientes, sobre todo las usuarias de salud pública, deben enfrentar. Los tratamientos son largos y caros, muchos de ellos diarios como es la radioterapia. Los controles son periódicos, los especialistas a consultar son muchos al igual que los remedios, que exigen una continuidad de hasta cinco años como los anticancerígenos.

---

<sup>49</sup>Goffman, Erving: “Estigma”. La identidad deteriorada Amorrortu editores. Buenos Aires, 1995. Pág. 93

## 7 - Cáncer de mama: un desafío para el Trabajo Social

Son pocas las experiencias registradas en esta área específica de la salud, por tal razón contaré con las experiencias existentes en nuestro país, en el Hospital de Clínicas y en el Instituto Nacional de Oncología.

El aumento de la incidencia del cáncer de mama en nuestro país como en el mundo, requiere de una intervención más eficaz en diferentes niveles.

Teniendo presente las dimensiones de intervención profesional, y los diferentes niveles, podemos considerar que una intervención definida como **asistencial** puede requerirse en una primera etapa. Hacemos referencia a la necesidad de orientar a la mujer, brindando la información necesaria para enfrentar su enfermedad. De esta forma se ofrece también un espacio que muchas veces la mujer no encuentra en los especialistas que la atienden y buscan cumplir su función. La actitud de escucha y el respeto son fundamentales en dicha instancia.

En este nivel es posible articular lo asistencial con una intervención **promocional** y **educativa** para que la mujer utilice sus propios recursos para enfrentar la situación vivida. Se debe trabajar con ella definiendo objetivos claros y a corto plazo, asimismo los pasos a seguir para alcanzar dichos objetivos. De esta forma la mujer puede actuar como sujeto con capacidad de autogestión y de cambio a pesar de su enfermedad, superando miedos y aumentando su autoestima. Es clave la comunicación y la información certera sobre su salud, sobre los tratamientos y su eficacia para poder tomar decisiones junto a los médicos sobre tratamientos y cirugías posibles de ser aplicados. Cómo lo expresa el Dr. Ruben Cesarco *“los pacientes deben*

*saber tanto como los médicos acerca de su enfermedad y deben ser parte del equipo de salud que toma las decisiones.*<sup>50</sup>

En este momento la constitución de su **red social personal** definida como el *“microsistema interaccional extendido, compuesto por aquellas personas con que el individuo mantiene contactos y vínculos sociales”*<sup>51</sup> se convierte en variable fundamental para la rehabilitación.

Por esta razón, podemos definir la **orientación familiar** como otro objetivo a plantearse el trabajador social, como *“... el conjunto de técnicas encaminadas a fortalecer las capacidades evidentes y las latentes, que tienen como objetivo el fortalecimiento de los vínculos que unen a los miembros de un mismo sistema familiar, con el fin de que resulten sanos, eficaces y capaces de estimular el progreso personal de los miembros y de todo el contexto emocional que los acoge.”*<sup>52</sup>

La orientación nos permite manejar recursos externos a la mujer y a la familia que ayuden a solucionar temporal o de forma permanente algún problema familiar que incida en el tratamiento de la enfermedad de la mujer. Por ejemplo el caso de jubilaciones transitorias o pensiones por incapacidad durante la rehabilitación de la mastectomía, los boletos subsidiados para transporte urbano, las prótesis que brinda DISSE en caso de ser afiliada la mujer, las canastas de INDA, etc.

---

<sup>50</sup> Entrevista realizada al Dr. Ruben Cesarco, Director de la Unidad de Medicina Psicosocial del Hospital Maciel. Revista Noticias N° 102, pág. 33. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 1999. Pág. 33.

<sup>51</sup> Solar, María Olga: *“La Red Social Personal”*, fotocopia de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Material brindado en MIP III, año 1999.

<sup>52</sup> Quintero, Velásquez, Angela María: *“Trabajo social y procesos familiares”* Editorial Lumen/Humanitas. Buenos Aires, 1997. Pág. 80

A nivel micro nos enfrentamos con aspectos emocionales que encuadran nuestra intervención y que derivan específicamente del espacio de la entrevista. La entrevista en profundidad y abierta, puede ser la más adecuada como técnica cualitativa para escuchar a la paciente y adquirir el conocimiento necesario sobre recursos, necesidades y potencialidades de la misma.

A nivel intermedio nos encontramos con una intervención **grupal e institucional**. Con respecto a la primera es de resaltar los variados grupos de autoayuda de mujeres con cáncer de mama que se han originado últimamente. Encontramos claros ejemplos en las mutualistas CASMU, IMPASA, mutualistas del interior, así como en el ámbito de salud pública, específicamente en el Instituto Nacional de Oncología.

Dichos grupos cumplen principalmente una función de sostén emocional para las pacientes, dando respuesta a la necesidad de agrupamiento con personas de su misma categoría. El grupo ayuda a no sentirse tan sola y estigmatizada. Sin embargo, es necesario que los objetivos de estos grupos superen este nivel de autoayuda, de forma que no resulten grupos aislados de la sociedad, ya que sus integrantes pueden encontrar en el mismo las necesidades afectivas atendidas y no buscarlas en ámbitos como el familiar. Se debe delimitar las funciones de los diferentes grupos en cuanto a roles a cumplir, actividades, y necesidades a satisfacer. Deben así brindar a las pacientes información, actividades recreativas, actividad laboral, actividad física, entre otras.

En estos ámbitos, el trabajador social debe promover como otro objetivo de su intervención, la organización de agrupamientos sociales que los sujetos son capaces de realizar

para dar respuesta a sus necesidades y enfrentar la problemática que viven, en este caso el cáncer de mama.

La coordinación inicial se hace imprescindible para lograr la consolidación de estos grupos. Se orienta en el proceso grupal natural que todo grupo debe experimentar para superar los primeros obstáculos que se presentan, trabajando sobre ellos para convertirlos en herramientas de aprendizaje. De esta forma se apoya al grupo para superar los nudos conflictivos que pueden poner en riesgo su funcionamiento en las primeras etapas.

En nuestro país, los grupos de mujeres con cáncer de mama desarrollan acciones tales como la realización de talleres diversos, charlas informativas para la mujer y la familia, actividades manuales, recreativas, entre otras.

Muchos de ellos son llamados grupos de autoayuda. Sin embargo no cuentan con una metodología de trabajo como otros grupos insertos en esta categoría y que funcionan en nuestro entorno. Se intenta no basar el trabajo del grupo únicamente en el relato de emociones y experiencias, necesarias por cierto en algunas etapas vividas por los integrantes, sino tener objetivos que apunten a determinada tarea. El grupo ayuda, como lo expresa una paciente, entre otras cosas a conseguir una prótesis o una peluca, que *“se trata de una necesidad muy especial porque se trata de sobrevivir dignamente y de recuperar frente a la sociedad la posición de igual y no de estigmatizada.”*<sup>53</sup>

En el ámbito institucional queda mucho aún por hacer. La tradicional falta de reconocimiento profesional del trabajador social en ámbitos tales como el médico, debe dejar de ser un obstáculo cuando hacemos referencia a problemas como el cáncer de mama.

La “**medicalización**” definida como “*procesos de ampliación de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene sobre áreas de la vida social...*”<sup>54</sup> debe de dejar de ser una constante para dar lugar al trabajo de otros profesionales sin invadir su ámbito disciplinario.

Es el trabajo interdisciplinario el camino para cambiar la concepción del Trabajo Social como “apoyo”, para transformarlo en otra de las profesiones base para un abordaje integral del problema que significa el cáncer de mama.

“*Ganar credibilidad en cuanto a nuestra participación y buscar herramientas para demostrar que esa credibilidad era efectiva...*”<sup>55</sup> De esta forma expresaba la Asistente Social del Hospital Clínicas su objetivo profesional, expresando también que de esta forma se han ido ganando espacios. Espacios donde los médicos pierden su rol, su rol de “calmar el dolor” y salvar la vida, meta primera en estos casos. Sin embargo muchas de las mujeres con cáncer de mama resisten a la operación o a un tratamiento a causa de condicionantes sociales como las necesidades básicas insatisfechas o por determinadas creencias o preocupaciones, donde se hace necesaria la presencia de un Trabajador Social.

La formulación de proyectos viables económicamente (exigencia fundamental en la coyuntura existente) y eficaces para atender la problemática del cáncer de mama es un imperativo para los profesionales que trabajan en este campo.

---

<sup>53</sup> Entrevista realizada a una paciente operada de cáncer de mama. Montevideo, 1999.

<sup>54</sup> Mitjavila, Myriam: “Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización” Cuadernos del CLAEH n° 62. Montevideo, 1992. Pág. 37 – 46.

<sup>55</sup> Tomado de la entrevista realizada a la Asistente Social Cristina Segredo. Hospital de Clínicas, Departamento Oncológico. Montevideo, 2000.

Se están implementando en Uruguay como en muchas partes del mundo, programas de voluntariado. Estas experiencias permiten cubrir aspectos no atendidos en el ámbito médico o profesional que son cubiertos con voluntarios. Estas personas, son pacientes ya recuperadas en ciertos casos, o personas dispuestas a ayudar desinteresadamente y nucleadas en organizaciones o grupos.

En lo que concierne a este aspecto del voluntariado, se hace necesario programar dichas acciones de forma que no invadan campos profesionales, pero sí logren una articulación de tareas con los mismos. Se deben aprovechar estos recursos humanos con los cuales se ha empezado a contar en el campo de la salud. La formación, el seguimiento, la evaluación y la sistematización del trabajo de las voluntarias se hacen necesarias para una práctica social transformadora. Se debe tener presente que muchas veces estas voluntarias suelen ser el nexo entre paciente e institución a través del seguimiento que pueden realizar.

La sensibilización de médicos y enfermeras se hace parte de nuestra intervención recordando la ética profesional con la cual nos regimos: respeto por los valores de la persona y principalmente por la intimidad de la mujer. Recordemos que la mujer con cáncer de mama vive una invasión a su intimidad y a su feminidad. Muchas veces las mujeres son un paciente más y no recordamos que trabajamos con una persona.

En la masificación de la salud, una mujer pierde su individualidad dentro de la dinámica hospitalaria caracterizada por largos períodos de espera, lugares incómodos, muchas veces junto a pacientes graves y personal insuficientemente preparado para cubrir las necesidades emocionales de la mujer. Por otra parte la *“sobreespecialización y la media de tiempo dedicado*

a cada paciente...” y la “ ... fuerte tradición paternalista en la relación médico – paciente, donde el médico es el que decide todo”<sup>56</sup> son algunos aspectos evaluados por los propios médicos como negativos en la evolución de la enfermedad y en la autoestima de la mujer. Según lo indicó una paciente: “...no te dicen que se te va a caer el pelo, y esta es una etapa muy dura, donde hay una pérdida de identidad para la persona.”<sup>57</sup>

A nivel macrosocial se deben elaborar políticas sociales de salud que tengan su fundamento en la práctica profesional. En el caso de mujeres con cáncer de mama deben formularse políticas de prevención a escala nacional dado que cada vez es mayor el porcentaje de incidencia de dicho cáncer en la población femenina.

Se deben brindar las condiciones mínimas para que la mujer cuente con los recursos humanos y económicos para una rehabilitación eficaz. De esta forma, los trabajadores de la salud sean médicos, enfermeras o trabajadores sociales, contamos con las herramientas necesarias para trabajar hacia otro tipo de necesidades, una vez cubiertas las necesidades materiales y afectivas.

Se requieren políticas sociales que involucren a toda la sociedad, para superar el estigma que significa el cáncer, a través de un mayor conocimiento de la enfermedad y de una desestigmatización de la misma. Promover así la detección precoz del cáncer. Políticas sociales que atiendan a la familia de la mujer en su totalidad y brinden amortiguadores para enfrentar estas situaciones.

---

<sup>56</sup> Idem nota 50.

<sup>57</sup> Entrevista realizada a una paciente de la mutualista IMPASA. Artículo “Más allá del miedo” Revista “Noticias” N° 102. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo, 1999. Pág. 32.

Al trabajar con un problema como el cáncer, no solo nos enfrentamos con población en riesgo, sino también con pacientes terminales. Con estos pacientes, donde los tratamientos no han dado los resultados esperados y la esperanza de vida se ha extinguido, también hay mucho por hacer profesionalmente en Trabajo Social.

En estas situaciones, la política hospitalaria considera pertinente que el paciente sea trasladado a su casa, dejando el lugar a otro paciente posible de ser tratado y recuperado. ¿Pero, que clase de muerte le espera a este paciente? Considerando principalmente el ámbito de Salud Pública, nos enfrentamos con pacientes en muchos casos sin apoyo familiar y sin recursos económicos. El Trabajo Social debe buscar los medios necesarios para brindar a estas pacientes una calidad de vida digna y una muerte digna. En estos casos el trabajo de los voluntarios es un recurso con el cual contamos para llevar a cabo la intervención profesional, dada la falta de personal para estos ámbitos.

No en vano hablamos de la interdependencia de los niveles de intervención en trabajo social. En el problema del cáncer de mama ésta se expresa claramente. No podemos realizar un trabajo a nivel micro (con individuos y familias), sin contar con los recursos institucionales de la comunidad o las políticas sociales existentes en nuestro país. Así también, para implementar acciones a nivel institucional debemos enmarcarnos en las políticas sociales existentes y, para formular estas políticas, considerar las necesidades individuales de quienes viven el problema.

Se debe partir de las necesidades y demandas de la población-objetivo para formular proyectos y elaborar políticas que atiendan dichas demandas. Los grupos de mujeres con cáncer

de mama se están convirtiendo en un movimiento con identidad propia, con demandas específicas y en un recurso con el que se puede contar para emprender acciones.

En el caso de las instituciones de salud que atienden a las pacientes, son muchas las acciones a desarrollar en las mismas, dependiendo en gran medida de factores externos tanto económicos como políticos. El Trabajador Social debe enfrentar estos obstáculos y buscar caminos que permitan ir sensibilizando a la población, y trabajar con los escasos recursos que existen.

En lo que hace al trabajo interdisciplinario, se considera de fundamental importancia a causa del problema tratado. No podemos trabajar independientemente de los médicos que atienden a la mujer. Muchas veces se hace necesario conocer la magnitud de la enfermedad para adecuar acciones luego de la operación, así como para derivar, según los problemas planteados a partir del diagnóstico médico.

En cuanto a otros profesionales, se hace imprescindible el trabajo con un psicólogo. Nos enfrentamos con mujeres de baja autoestima, con gran angustia y muchas veces deprimidas, donde la negación de la enfermedad u otros mecanismos de defensa son frecuentemente detectados. Por lo tanto, el trabajo en conjunto para una intervención psico - social a nivel micro, donde es clara la intervención terapéutica que debe realizarse, beneficiará a la paciente. Así, contamos con una atención en el aspecto psicológico que nos asegure una contención para el trabajo a realizar con la paciente.

En el caso de los grupos de mujeres con cáncer de mama también se requiere del apoyo del psicólogo para detectar problemas que le competen y no permitir que el grupo sea un mero

receptor de vivencias y experiencias. Éste es un ámbito donde el trabajo articulado del trabajador social con el psicólogo es claramente compatible y favorable.

Recordemos que nos movemos bajo el fundamento del valor de la persona humana, de la dignidad de la persona. Esto nos exige actuar bajo la órbita de determinados principios que orienten nuestra acción.

Trabajamos con la persona, y no para la persona. Hablamos de una persona con capacidad para cambiar su condición y su contexto. Dicha actitud de cambio involucra un proceso educativo – promocional mediante. Proceso que tiene como finalidad el reconocimiento por parte del sujeto de su capacidad para superar el problema vivido, facilitando el reconocimiento de los factores involucrados en dicha situación y estableciendo líneas de acción en vías de su superación.

El respeto debe ser una constante hacia el sujeto con el cual trabajamos. Debemos tener presente, en el caso de cáncer de mama, que nos enfrentamos con una mujer estigmatizada, con determinados valores y creencias. Con una persona que tiene su propio orden de prioridades, donde muchas veces salvar su vida no es lo primero, sino que en realidad, la primer preocupación de esta paciente es la familia, el trabajo. Debemos trabajar con la mujer para aumentar su autoestima y alcanzar a partir de su historia personal y su participación en el proceso, un reconocimiento por parte de ella misma de su derecho a una calidad de vida digna.

## 8 – Conclusiones

Tal como lo expresa Marylin Yalom, el cáncer de mama ha llevado a las mujeres a ocupar ámbitos que antes no ocupaban, con el propósito de concientizar a la población del problema que significa. Esto habla que dicho problema va más allá del ámbito médico. Ha llevado a la mujer actual a ser capaz de cuidar su cuerpo, de conocerlo, y de respetarlo.

La prevención, el tratamiento, y la rehabilitación, etapas de toda enfermedad con las características del cáncer de mama, requieren de la atención médica, pero también de la atención social y emocional. Se han logrado, a nivel de nuestro país, por parte de las propias pacientes, ciertos beneficios (prótesis, pelucas, etc.) que nos demuestran que existen otros aspectos que también son prioritarios para las mujeres.

Desde el Trabajo Social, y teniendo en cuenta los perjuicios que la llamada “medicalización” conlleva hoy en día, estableciendo pautas de normalidad según el patrón salud-enfermedad en todos los ámbitos de la vida social; y las necesidades manifestadas por las propias pacientes, debemos comenzar a ocuparnos del cáncer de mama, tanto en lo que hace al ámbito de la investigación como de la intervención profesional en Trabajo Social.

Así, un trabajo científico, con la debida sistematización de experiencias, contribuirá no solo al enriquecimiento teórico de la acción profesional, sino al reconocimiento desde otras disciplinas del quehacer profesional como necesario e insustituible.

Se ha comenzado a entender que el cáncer de mama es algo más que un problema médico.

## **9 - Bibliografía consultada y utilizada**

- Baudrillard, Jean: “De la seducción”. Ediciones Cátedra. Madrid, 1989.
- Bland , Kirby I. y Copeland III, Eduard M.: “La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas” Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1993.
- Bock, Philip: “Introducción a la moderna antropología cultural”. FCE, 1997.
- Dwyer, John M.: “El cuerpo en guerra. Nuestro sistema inmunológico”. Ediciones: Pomares - Corredor. Barcelona, 1992.
- Faludi, Susan: “Reacción. La guerra no declarada contra la mujer moderna” Ediciones Anagrama. Barcelona, 1993.
- Fassler, Clara; Hausser, Patricia; Iens, Inés (coordinadoras): “Género, familia y políticas sociales. Modelos para armar”. Ediciones Trilce. Montevideo, 1997
- Feher, Michel; Naddaf, Ramona y Tazi, Nadia: “Fragmentos para una historia del cuerpo humano” Segunda y Tercera Parte. Editado por Ediciones Taurus. Madrid, 1991
- Filgueira, Carlos: “Sobre revoluciones ocultas: la familia en el Uruguay” CEPAL, Montevideo, 1996
- Flores Lozano, José Antonio: “La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos”. Edika Med. Barcelona, 1995.
- Fortuna, Juan Carlos: “La mujer en el Uruguay” Servicio Documental Social, Vol. 8 nº4.

- Goffman, Erving: "Estigma. La identidad deteriorada". Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1995.
- Goffman, Erving: "Relaciones en público". Alianza. Buenos Aires, 1974.
- Gómez Gómez, Elsa (editora) : "Género, mujer y salud en las Américas" Editora: Publicación Científica N° 541. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Salud. Washington, 1993.
- Instituto Nacional de Oncología. Ministerio de Salud Pública: "Cartas de una paciente" Publicaciones de Ripama N°1. Montevideo, 2000
- Martín, M. Kay y Voorhies, Bárbara: "La mujer: un enfoque antropológico" Ediciones Anagrama. Barcelona, 1978.
- Mead, George: "Espíritu, persona y sociedad" Ediciones Paidós. Buenos Aires, sin fecha.
- Mitjavila, Myriam: "Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización" Cuadernos del CLAEH, N° 62. Montevideo, 1992.
- Pauchard Hafemann, Héctor: "La problemática del rol de la mujer y de la madre" En: Revista de Trabajo Social 45. Escuela de Trabajo Social Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile, 1985.
- Primer serie de actualizaciones para profesionales de la salud: "El impacto psico - social del cáncer de mama" Edición en español producida por Lalcec y Fundación Dr. Estevez. Suiza, 2000.
- Porzecanski, Teresa: "El silencio, la palabra y la construcción de lo femenino" Seminario mujer y creatividad. Sin datos.

- Quintero Velásquez, Angela María: “Trabajo Social y procesos familiares” Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires, 1997.
- Sindicato Médico del Uruguay: Revista Noticias N° 102. Montevideo, 2000.
- Sindicato Médico del Uruguay: Revista Noticias N° 103. Montevideo, 1999.
- Solar, María Olga: “La Red Social Personal” Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Marial MIP III.
- Thomas, Louis-Vincent: “Antropología de la muerte” Fondo de Cultura Económica. México, 1983.
- Thomas, Louis-Vincent: “La muerte: una lectura cultural”. Fondo de Cultura Económica, 1977.
- Torregrosa, José Ramón: “Sobre la identidad personal como identidad social” Folleto, sin datos.
- Turner, Bryan: “El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en Teoría Social” Fondo de Cultura Económica – Sociología. México, 1989.
- Vasallo, Juan A.; Barrio, Enrique: “II Atlas de Mortalidad por Cáncer en el Uruguay” Comparación de dos quinquenios 1989 – 1993 y 1994 – 1998. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Montevideo, 1999.
- Yalom, Marilyn: “Historia del pecho”. Tusquets editores. Madrid, 1997
- V Congreso Nacional de Trabajo Social en el Uruguay: “Demandas y oportunidades para el Trabajo Social. Nuevos escenarios y estrategias”. EPPAL. Montevideo, 1993.