



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

**CONSTRUCTOS SOCIOCULTURALES DE LA IMAGEN CORPORAL
EN LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE CANCEROLOGÍA (INCan)**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

P R E S E N T A

EMMELINE MARTÍNEZ SEGOVIA

TUTOR DE TESIS

DRA. ALEJANDRA MONROY LÓPEZ



MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

No sé cómo expresar el profundo agradecimiento que siento hacia mi madre por apoyarme en cada momento de mi vida; desde los más felices hasta los más complicados, sin duda su presencia me ha ayudado a lograr mis metas y seguir adelante, sin importar cuantas veces quiero dejar de intentarlo.

*A mi familia por estar pendiente de este proceso; en especial a mi sobrina
Fernanda por vivir esta experiencia conmigo.*

*A mi mascota Cano, que no le alcanzó la vida para asistir a mi examen profesional, pero que, siempre estuvo a mi lado en esas largas noches de
insomnio.*

A Pino, por haberle cambiado horas de juego para finalizar este proyecto.

Agradecimientos:

Esta tesis no se hubiera podido realizar sin el valioso testimonio de las pacientes, a ellas les agradezco infinitamente su participación y confianza.

Le agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por hacerme acreedora a una matrícula dentro de sus instalaciones. Muestro con orgullo y respeto su escudo.

A la Escuela Nacional de Trabajo Social por mostrarme que me encontraba en la profesión correcta. A aquellos maestros que me abastecieron de los conocimientos necesarios para poder ser una buena profesionista, pero sobre todo por enseñarme a amar lo que hago.

Agradezco profundamente a mi directora de tesis, la Dra. Alejandra Monroy Lòpez, por su infinita paciencia, y por el compromiso que mostró a mi trabajo, ella hizo nacer en mi el interés por la investigación cualitativa. Sus logros académicos y calidad humana se volvieron mi modelo a seguir. Mi respeto, y admiración a toda su carrera y en especial a su forma de ver la vida.

A mis sinodales, la Dra. Aurora Zavala Caudillo, la Mtra. Martha Patricia Flores Ayón, la Mtra. Norma Cruz Maldonado y la Lic. Alma Miriam Bermúdez Espinosa por haberme brindado su tiempo y conocimientos sobre el tema. Gracias.

A mí estimada consejera, colega y amiga, Helena por el apoyo que me dio para poder culminar la tesis.

A mi queridísimo amigo Adamo, que nunca me permito bajar la guardia ante las adversidades de la vida.

A todas esas personas que conocen el esfuerzo que hice por culminar de la mejor manera la tesis. A ellos que de alguna manera me animaron a concluirla. Gracias.

ÍNDICE

Introducción	6
Antecedentes	10
Justificación	20
CAPÍTULO I	
LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS	
1.1 Propósito General	22
1.2 Propósito Específico	22
1.3 Metodología, técnicas e instrumentos	22
1.3.1 Selección de las participantes	23
1.3.2 Técnica de recolección de la información	25
1.3.3 Procedimiento de análisis	26
1.3.4 La entrevista con profundidad	27
1.4 Consideraciones éticas	28
1.5 Observaciones Metodológicas	29
CAPÍTULO II	
CÁNCER DE MAMA (MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL)	
2.1 Cáncer	32
2.2 Cáncer de mama	33
2.2.1 Historia del cáncer de mama	33
2.3 Tratamiento del cáncer de mama	34
2.3.1 Mastectomía	34
2.3.2 Radioterapia	38
2.3.3 Quimioterapia	39
2.4 Connotación histórica del seno femenino	39
2.4.1 El pecho nutritivo	40
2.4.2 El pecho erótico	40
2.4.3 El pecho como estímulo publicitario	41
2.4.4 El pecho femenino y el cáncer de mama (Patología del pecho)	41
2.5 Autoconcepto y Feminidad	42
2.6 Nociones conceptuales de la imagen corporal	44
2.6.1 Antecedentes de la imagen corporal	44
2.6.2 La imagen corporal	46
2.6.3 Factores que influyen en la formación de la imagen corporal	48
2.6.3.1 Pertenencia a una cultura determinada	48
2.6.3.2 Experiencias interpersonales	48
2.6.3.3 Características personales	48
2.7 Antropología Simbólica	49

CAPÍTULO III	
CONCEPCIÓN SOCIOCULTURAL DE IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA	
3.1 Características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama mastectomizadas	52
3.2 Percepción de la imagen corporal en mujeres mastectomizadas	53
3.3 Elementos que las mujeres mastectomizadas le atribuyen a un cuerpo perfecto	55
CAPÍTULO IV	
LOS SENOS COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL EN LA RESIGNIFICACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS	
4.1 Presencia simbólica del pecho femenino	62
4.2 Significados socioculturales de la ausencia del seno femenino	66
4.3 Mutilación sociocultural del cuerpo femenino	70
4.4 Presencia sociocultural del seno femenino	74
CAPÍTULO V ADAPTÀNDOME A UN NUEVO CUERPO	
5.1 Afrontamiento de la enfermedad	79
5.2 La reconstrucción de la mama: una opción para resignificar su imagen corporal	82
DISCUSIÒN	85
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ANEXOS	100

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las enfermedades de mayor incidencia a nivel mundial; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), su problemática es mayormente visible en países en desarrollo. En México, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres, representa 11.34% de todos los casos de cáncer, el grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad.¹

El cáncer de mama compone una problemática que, de acuerdo con varios autores y autoras afecta de manera especial la esfera psicosocial de quien lo padece, pues sus formas de tratamiento más frecuentes, la quimioterapia, la radioterapia, la hormonoterapia y la cirugía (mastectomía), en conjunto generan gran impacto en el estilo de vida y en la imagen corporal de las mujeres que padecen la enfermedad. Por su parte la mastectomía; que es un procedimiento importante en el tratamiento del cáncer de mama, constituye una mutilación física y un cambio agresivo en el cuerpo de las mujeres, ya que los significados que cada mujer da a sus senos están siempre ligados a los valores culturales y sociales existentes.

Diversos autores apoyan lo antes mencionado, como Montes no solo el tratamiento trae consigo diferentes sintomatologías agudas; como la caída del cabello, sino que además de los efectos colaterales, se encuentra el impacto emocional que ejerce la pérdida de un seno, originando en ellas el miedo a la desfiguración física, la pérdida del atractivo y de la propia identidad femenina. (Montes, 2006).

Por su parte Barcia menciona un aspecto importante dentro del presente estudio, en donde refiere que “las mamas de la mujer son consideradas un símbolo esencial de la feminidad desde tiempos remotos. La sociedad les ha conferido gran cantidad de valores y simbolismos a lo largo de la historia y a lo ancho del vasto mundo”. Añade ésta autora que para las mujeres supone un gran trauma psicológico al enfrentarse simultáneamente al problema oncológico y a la pérdida de las mamas. (Barcia, 1985).

¹ Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud. RHNM, 2003.

Para muchas mujeres son los senos un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; el pecho también está relacionado con la maternidad y la lactancia, y para algunas mujeres padecer la enfermedad supone renunciar a sus deseos de tener hijos.(Anderson y Johnson,1994).

Bajo este panorama, el abordaje sobre la pérdida de un seno constituye un área de estudio en la salud que adquiere importancia; la necesidad de estudiar los constructos sociales referentes a la imagen corporal en mujeres mastectomizadas tiene su origen en la investigación denominada *Percepción de las pacientes con cáncer de mama sobre su enfermedad, una vez que el costo de su tratamiento ha sido subsidiado por el Programa de Protección contra Gastos Catastróficos dentro del instituto Nacional de Cancerología en el 2010*, durante las entrevistas con profundidad las pacientes mencionaban que fue de gran impacto haber perdido uno o ambos senos durante el tratamiento, externaban la inconformidad que tenían con su cuerpo y sobre todo la nula feminidad que en ellas había debido a la ausencia que éste representaba, pues lo consideraban como uno de sus *atributos* físicos. Estas narraciones dieron pauta a las preguntas de investigación ¿Qué sucede con los constructos sociales de las mujeres que ante la experiencia de cáncer de mama se ven sometidas a la extirpación del seno?, ¿Qué implicaciones socioculturales se manifiestan respecto a la pérdida del seno respecto a su imagen corporal?

Por lo antes mencionado, en la presente investigación se describe y analizan los aspectos simbólicos e implicaciones socioculturales existentes alrededor del seno, órgano que permea los constructos sociales de la imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

El estudio es de corte cualitativo; la metodología es propia de dicho enfoque; se integró en dos fases: la documental y de campo; en la primera se desarrolló el marco teórico-conceptual a partir de la consulta de lecturas relacionadas con el tema, se elaboró la guía de entrevista, así como la revisión de expedientes clínicos para seleccionar a las pacientes que integrarían la muestra. La segunda fase, la de campo, comprendió la ejecución de cinco entrevistas con profundidad que se llevaron a cabo en el Instituto Nacional de Cancerología y

por medio de las visitas domiciliarias; el objetivo de dicha técnica; es para la recolección de información acerca de las experiencias de vida de las pacientes respecto a su enfermedad.

El estudio contribuirá a la generación de conocimiento científico sobre el impacto de la mastectomía en los constructos socioculturales de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama, esto dentro del campo de la investigación; respecto al ámbito profesional en Trabajo Social se requiere el desarrollo de una metodología de intervención en el área oncológica para crear planes, programas o proyectos estratégicos y de intervención que den respuesta a la necesidad de las pacientes para ser atendidas desde una perspectiva biosociocultural y no solo médica.

Por otro lado, la investigación se estructura de la siguiente manera: en el capítulo I se presenta el método del estudio, se exponen los propósitos generales y específicos, las técnicas e instrumentos empleados en la fase de campo y documental así como el proceso de recolección y análisis de la información.

En el capítulo II se ubica el marco teórico-conceptual, se establecen las connotaciones e historia sobre el cáncer, su tratamiento, la concepción de mastectomía, la historia de la palabra “seno”, así como las nociones conceptuales de imagen corporal y los factores que inciden en su percepción, finalmente se da un esbozo sobre la teoría de la antropología simbólica.

El capítulo III se señala el número y características sociodemográficas de las pacientes entrevistadas, en el se analiza y se da a conocer la visión que las mujeres entrevistadas tienen sobre su imagen corporal después de haber sido mastectomizadas, así como los elementos que las pacientes le atribuyen a un cuerpo perfecto.

El IV capítulo muestra la importancia simbólica y cultural que tienen los senos, la ausencia de éstos y la mutilación de la imagen corporal de las pacientes entrevistadas.

Por último, en el capítulo V se aprecian los sentimientos que permean el proceso de adaptación de las mujeres entrevistadas con su nueva imagen así como la reformulación de sus planes de vida.

Se finaliza con un apartado de discusión, una sección de conclusiones, de observaciones metodológicas, una más de recomendaciones, y la bibliografía correspondiente.

ANTECEDENTES

Actualmente se han realizado una serie de investigaciones con enfoque social, tanto a nivel nacional como internacional, esta selección de estudios permitió clarificar ciertas líneas de producción de conocimiento que se han privilegiado o han tenido mayor foco de atención, pues han permitido dar a conocer las vivencias y sentimientos de las pacientes con cáncer de mama, así como de la mastectomía.

A continuación se mostrará un panorama de los estudios que tienen mayor afinidad al proyecto que aquí se plantea, se describirán los aspectos más relevantes de cada una de las investigaciones revisadas.

La primera de ellas el estudio de Blanco-Sánchez (2010) titulada *Vivencias de las mujeres mastectomizadas .Un estudio fenomenológico* realizado con mujeres en Barcelona, que tiene como objetivo comprender las vivencias de las mujeres tras haberse practicado una mastectomía, analiza qué lleva a unas a reconstruirse la mama y a otras no hacerlo. Los autores utilizaron una metodología de investigación cualitativa de trayectoria fenomenológica, realizaron 29 entrevistas en profundidad, las mujeres fueron contactadas en hospitales en Barcelona, las edades con las que trabajaron tuvieron un rango de edad entre los 29 y 69 años de edad. Cabe desatacar que es una investigación en el contexto español, se realiza desde la facultad de medicina y desde la enfermería, y pretende explicar qué sucede con estas mujeres para realizar una mejor intervención hospitalaria, la incidencia del cáncer es diferente al caso de México ya que el cáncer en España produce al año 6000 muertes y son diagnosticados 16 000 casos al año. El estudio da aportes que serán muy relevantes y algunos de ellos coincidentes con los primeros resultados planteados en este proyecto, pues lo autores explican que hay una imagen corporal mutilada por la pérdida de una o ambas mamas, y esto impacta la participación de la mujer en acontecimientos sociales, en su estilo de vida y el vestido. Este estudio se enfoca prioritariamente en la experiencia traumática de las mujeres tras haberse llevado a cabo una mastectomía; explican que la mutilación corporal relacionada con el cáncer de mama despierta en la población un gran número de reacciones psicológicas de fuerte

impacto emocional; habitualmente se relaciona con términos tales como el dolor, sufrimiento, muerte, desesperación, claudicación, desfiguración corporal, y pérdida de la feminidad. Para los autores la mastectomía viene a acarrear un trauma psíquico importante; el estudio está centrado en identificar los problemas psicológicos de estas mujeres mastectomizadas entre los que citan sentimientos de mutilación y alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, pérdida de sensación de feminidad, disminución del atractivo y función sexual, ansiedad, depresión, indefensión, culpa, miedo a la recurrencia y al abandono. La mastectomía afecta profundamente a la autoestima de la mujer, reduciendo su satisfacción con su cuerpo, y señalan que una vez que pierde la mama aparece el proceso de reelaboración de la identidad femenina. El estudio da aportes únicamente en tanto los significados individuales que otorgan las mujeres, pero no da cuenta de ninguna relación con respecto a la cultura en la que se encuentran insertos, si bien señalan que la realidad se basa en percepciones y que son diferentes para cada persona, y estas percepciones cambian con el tiempo, explican que aquello que conocemos tiene significado solamente en una situación, explican que de esa situación surge el significado. Los autores concluyen un resultado muy interesante, mencionan que las jóvenes universitarias de clase social media y las mayores de 40 años con estudios primarios sí se reconstruyen la mama, y las universitarias de clase social media-alta y alta no se la reconstruyen. Los autores encuentran que las mujeres universitarias que son de clase social media-alta y alta no suelen reconstruirse aún cuando su situación económica no sería un inconveniente para hacerlo, y explican que para ellas es menos importante tener o no un pecho, lo importante es la vida y la salud, ellos expresan que posiblemente esto esté relacionado con lo que las diferentes mujeres valoran como importante a la hora de negociar su relación de pareja. Aunque no profundizan en ello, esto sí permitiría dar cuenta de profundas diferencias culturales con lo que respecta al caso de México.

Otra investigación denominada *Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía*, realizada en Costa Rica en 1985, por los trabajadores sociales Pierre Thomas Claudet, Hernández Flory Saborío, en donde resumen los hallazgos en las repercusiones psicosociales de la

mastectomía, que constituye no sólo un problema de carácter biológico, sino también un malestar desde el punto de vista emocional y social. Además identificaron el papel del busto en la condición de la mujer, como algo característico de este sexo, por lo que a algunas de las entrevistadas no les interesaba haber perdido una parte de su cuerpo para poder estar sana, por otro lado algunas mujeres tuvieron un envejecimiento acelerado a raíz de la mastectomía. También destaca la poca o ninguna ayuda social y psicológica proporcionada por los servicios de salud a las mujeres que padecieron el cáncer de mama, dedicándose a la aplicación de los métodos de cura y evitando tener una atención de calidad con la paciente; provocando que éstas se sientan poco atendidas de manera integral por el personal, quienes dejan de lado el apoyo emocional y psicológico que deberían brindarles como parte de su tratamiento.

Esta investigación es importante ya que fue realizada por trabajadores sociales en donde retoman la importancia del seno como parte fundamental de la construcción de imagen corporal. Por otro lado, resalta la importancia de atender a los mujeres con cáncer de mama de manera integral, dicho aspecto es fundamental para la actual investigación.

Otra investigación fue *La construcción biocultural del padecimiento* la cual se realizó en Argentina durante el período de febrero 2001 a febrero 2002, ésta surgió por las reflexiones originadas a partir del trabajo interdisciplinario en la atención del paciente oncológico, por ABT Analía de la Facultad de Humanidades y Artes U.N.R, el cual tuvo como objetivo rescatar el aporte que la Antropología puede efectuar en la asistencia al paciente oncológico y su grupo familiar, a partir de la experiencia que tuvieron en la participación en un equipo de Oncología y Cuidados Paliativos; donde pudieron acceder a la experiencia del padecimiento y representaciones sociales en torno al mismo. Se llevó a cabo en el Servicio de Oncología y Cuidados Paliativos de un Hospital Público dependiente de la provincia de Santa Fe. La recolección consistió en la realización de entrevistas semiestructuradas efectuadas a 54 pacientes (29 mujeres y 25 varones) asistidos en el Servicio de Oncología y Cuidados Paliativos, el grupo de informantes mujeres tuvo un promedio de

edad de 50 años y el rango abarcaba de los 28 a los 74 años; por su parte el grupo de varones informantes tenía un promedio de edad de 53.6 años y el rango abarcaba de los 22 a los 72 años. En las entrevistas se efectuaron preguntas abiertas, organizadas con base a los ejes centrales que construyeron los objetivos de esta investigación, es decir, con aquellos aspectos vinculados a la experiencia del cáncer. Los núcleos centrales sobre los que se indagó fueron: motivo de la primera consulta al médico, aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, información suministrada por el médico tratante, motivo de la derivación, localización del tumor, tratamientos realizados, cambios y efectos a partir de los mismos; cambios en la vida cotidiana a partir de la enfermedad y causas a las que atribuye la aparición del cáncer. Los resultados de ésta investigación arrojan que, desde la perspectiva antropológica priorizan un enfoque relacional, en el cual los procesos salud/enfermedad/atención se abordan en tanto experiencia colectiva y donde resulta importante conocer el modo en que el sufrimiento es vivido, percibido y enfrentado por los propios sujetos y red familiar social. Además la experiencia del padecimiento debe ser analizada en relación con los distintos sistemas de atención, comunitarios y biomédicos. Desde este enfoque se trato de articular las diferentes dimensiones presentes; biológicas, socioculturales económicas y políticas. Algo muy importante y la base de esta investigación son las concepciones y percepciones del enfermo acerca de su estado; ya que lo consideran de vital importancia cuando se trabaja en la asistencia de estos pacientes, así como también las explicaciones construidas sobre su origen. (ABT Analía, 2004)

Esta investigación se retomó porque el enfoque de la antropología médica ha demostrado ser una perspectiva adecuada para el estudio de las representaciones y prácticas que los propios enfermos construyen en torno al cáncer; por tal motivo se eligió la Teoría de la Antropología Simbólica, pues ésta permite entender los significados que cada paciente le asigna a su seno y por ende a su imagen corporal.

Por otra parte Clara V. Giraldo, elabora en el 2008 una investigación denominada la *Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de*

mama en Colombia, cuyo propósito es comprender las representaciones sociales para un grupo de mujeres de la Ciudad de Medellín, la influencia en su prevención y en las prácticas de auto-cuidado. Éste se encuentra basado en un estudio cualitativo con 19 entrevistas semi-estructuradas con mujeres que no han presentado esta enfermedad y aquellas mujeres que eran diagnosticadas con cáncer de mama en el estadio I y IV, el promedio de edad para ambas poblaciones fue de 18 y 69 años con diferentes características étnicas, educativas, ocupacionales y socio-económicas a fin de responder la heterogeneidad de la población. Se pudo observar que las representaciones sociales trascienden en diversas opiniones, imágenes y actitudes; éstas con un sistema cognoscitivo lógico y lenguaje particular que descubren y ordenan la realidad. Por ello, se afirma que estas representaciones sociales crean conocimientos científicos y populares, estos a su vez determinan el comportamiento cultural. Los resultados arrojan que el cáncer de mama es visto como una enfermedad catastrófica que acarrea pérdidas importantes con efecto emocional destructor, como el miedo y la desestabilización del proyecto de vida, sobresaliendo el temor al abandono de la pareja, involucrando el mundo afectivo y sexual y deteriorando su autoestima; porque el cáncer compromete órganos que son, especialmente, erógenos y atractivos para ellas. Se encontró que no hay preocupación por la pérdida de la intimidad si no se ha iniciado la vida sexual, “cercenar” la mama significa el principio de la sexualidad y de la vida en pareja, algo que puede implicar una forma de ir muriendo. Adicionalmente se desestabiliza el proyecto de vida, lo que da lugar a un giro definitivo a las relaciones y del estilo de vida. Involucra también, un efecto emocional destructor como el miedo a no saber afrontar la enfermedad y sus consecuencias como la metástasis, la deformación, el dolor, la quimioterapia y la muerte. Asimismo, el aislamiento funge como ese deseo de esconderse de los otros cuando sufra los efectos secundarios del tratamiento. (Giraldo, 2008).

Dicha investigación se tomó en cuenta porque reafirma que las concepciones culturales que se le asigne a cierta parte del cuerpo están directamente ligadas a la red de creencias y valores que culturalmente han sido heredadas al paso de los años, dicha afirmación también se retoma en el presente estudio.

Finalmente, en Europa; Báñez Milagros y Blasco Tomás, en el 2003, realizaron en España una investigación llamada *Inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer*, donde resaltan la importancia de brindar una intervención psicológica a las pacientes con cáncer, especialmente el de mama, cuyo objetivo es ayudar a éstas a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento; disminuyendo sus sentimientos de soledad y abandono, reducir la ansiedad que genera el tratamiento. Se utilizan tres estrategias: información-educacional, apoyo instrumental y el más importante; el apoyo emocional; que consiste en la demostración de amor, cariño y pertenencia a un grupo, con éste se estimula a la paciente para que hable con alguien sobre las preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad. Este soporte emocional ayuda a mejorar o restablecer la autoestima, transmitiéndole a la paciente que es valorada y querida; al mismo tiempo permite mejorar las relaciones interpersonales del mismo. Este apoyo puede ser dado por la familia, amigos y profesionales de la salud o por otras personas que han pasado por la misma experiencia. De igual manera se hizo una propuesta de intervención psicosocial, la cual determina que tipo de terapia es la más adecuada. Es por ello que se analizaron a fondo los elementos característicos de las terapias afectivas o cual de las modalidades es mejor; la duración más adecuada tanto de las sesiones como de los tratamientos, qué momento es el más adecuado para iniciar el tratamiento (después del diagnóstico, después de una intervención quirúrgica, al cabo de un mes, o a los tres meses, etc.); la periodicidad de las sesiones y delimitar si cada tipo de cáncer debe de ser abordado de manera diferente. Ante estos parámetros, el autor Spiegel (1992) identificó que aquellos autores que aplicaron una terapia de tipo combinado; (grupal educacional y apoyo social en el cáncer de mama, en un estadio avanzado) lograron una menor alteración emocional, mejores respuestas al afrontamiento de la enfermedad y menor síntoma de dolor aumentando la supervivencia, esto durante el tratamiento, al final del mismo y a los ocho meses. (Báñez, 2003)

A pesar de que dicha investigación tiene un enfoque meramente psicológico, el cual no se retoma en ningún capítulo de esta tesis, se agregó dentro de los

antecedentes porque marca la importancia de crear espacios de escucha como parte del tratamiento en las pacientes con cáncer, si bien dicha función es propia de un psicólogo, sin embargo dichas sesiones pueden ser parte de proyectos ejecutados por Trabajadores Sociales.

A continuación, se enuncian las investigaciones realizadas en México.

La investigación realizada en el 2012 por Rincón, M. E., Pérez, M. A., Borda, M. & Martín, A. denominada *Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama*, se realizó en México; dicho trabajo señala que el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama puede alterar el aspecto físico de las pacientes y producirles importantes secuelas psicológicas. Lo que hicieron en este estudio fue tratar de comprobar el nivel de satisfacción con el resultado estético en relación con la autoestima o la imagen corporal de las pacientes, dichos aspectos difieren según el tipo de cirugía realizada (mastectomía unilateral o reconstrucción mamaria). Trabajaron con 72 pacientes; emplearon una encuesta psicosocial, la escala de autoestima de Rosenberg (EAR), el cuestionario de calidad de vida de la EORTC (QLQ-BR23) y el test de medición del grado de satisfacción corporal. Los autores concluyen que en general las pacientes reconstruidas mostraron una mayor satisfacción estética, así como una mayor autoestima y un menor deterioro de su imagen corporal. (Rincón, 2012).

Es un hecho que las pacientes intervenidas quirúrgicamente mejoran la concepción de su imagen corporal, pues la mayoría recobra la confianza después de perder su seno, por tal motivo se citó dicha investigación.

Finalmente la investigación realizada por Olivares Diana, Vaca Rita, Monroy Alejandra, Martínez Emmeline titulada *Percepción de las paciente con cáncer de mama sobre su enfermedad, una vez que el costo de su tratamiento ha sido subsidiado por el Programa de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, dentro del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) en el 2010*, fue crucial para dar pie al tema de investigación de la presente tesis, ya que, por ser una de las primeras investigaciones realizada en el INCan, se analizó el sentir de 15 mujeres entrevistadas sobre su enfermedad en diferentes

categorías; como la vivencia, tratamiento, percepción y afrontamiento de esta enfermedad; los relatos de éstas mostraron el sentido que las mujeres le dan a su experiencia, las transformaciones que dicha enfermedad induce en su vida cotidiana y los reordenamientos individuales y colectivos que eso implicó. Las categorías de análisis de tal investigación deben de ser considerados en el tratamiento médico de tal diagnóstico; se pudo abrir un panorama amplio sobre la importancia y necesidad que la paciente con diagnóstico de cáncer de mama presenta ante el hecho de ser visto como un ser biopsicosociocultural, por lo que consideraron de suma importancia que exista un trabajo conjunto entre el especialista médico y el trabajador social, ya que se pudo comprobar que el aspecto social de cada paciente influye directamente en la eficacia de su tratamiento. Por medio de las entrevistas con profundidad se pudo conocer la forma en que vive, percibe, trata y afronta su enfermedad la paciente con cáncer de mama una vez que el costo de su tratamiento fue subsidiado económicamente; se logra rescatar la percepción que ellas tienen en cuanto a la enfermedad ya que, aunque éste es considerado un factor determinante para seguir con su tratamiento, no es un elemento importante en la forma de afrontar la enfermedad; lo que sí es de interés conocer; son aquellos sentimientos involucrados así como las vivencias entorno al cáncer de mama; dichos constructos se generan dependiendo de la historia de vida de cada paciente, y por tanto del significado que cada una le da a la enfermedad. Un aspecto importante que se encontró, es que; aunque se ha dicho que la autoexploración no es un método eficaz de detección del cáncer; para las pacientes entrevistadas fue esta técnica la que propició la detección de la enfermedad en sus inicios. A la mayoría de las pacientes, el primer doctor que las revisó les dio un diagnóstico erróneo de fibrosis quística y “bolitas de leche”, sin embargo a través de los estudios de biopsia y mastografía se les confirmó el diagnóstico de cáncer de mama. La mayoría de las personas entrevistadas fueron intervenidas quirúrgicamente, teniendo pérdida total de una o ambas mamas, lo cual significó un proceso difícil para las pacientes, ya que desde el punto de vista cultural y social, una mujer sin alguna parte de su cuerpo, específicamente el seno, representa cierto grado de inferioridad respecto a las demás mujeres. Algunas de ellas refirieron sentir todavía la presencia de su seno (miembro fantasma), al realizar actividades como bañarse y cambiarse de

ropa. Por otra parte, las pacientes tuvieron que postergar los planes de vida que a corto y largo plazo tenían, trayendo como consecuencia tristeza y desesperación en ellas, en donde el apoyo familiar y de amigos llegó a ser pieza clave en este proceso de enfermedad, incluso su práctica religiosa, ya que influye de manera importante en la actitud positiva con la que la paciente maneja todo aquello que necesariamente involucra su enfermedad. Es importante mencionar que todas las creencias familiares y particulares que se tengan sobre el cáncer permearán, en general, la percepción que tuvieron de dicha enfermedad. Ahora bien, esta percepción que las propias pacientes externan, muestran la necesidad que tienen de ser tratadas de forma integral, haciéndose importante para ellas el ser vistas como un ser biopsicosociocultural, ya que la evolución que tiene no sólo depende de la asistencia médica que le proporcionen, sino que se deben tomar en cuenta todos aquellos factores que influyen en su vida cotidiana, como lo son sus relaciones familiares, laborales, religiosas y sociales. (Olivares, et. al 2009).

Desde el marco de este proyecto se sostiene que no es posible pensar la experiencia de cáncer de mama sin la ausencia del seno y la revisión de lo que esta pérdida implica para las identidades femeninas.

Todos los estudios citados muestran dos aspectos importantes, el primero de ellos; que el cáncer de mama es una enfermedad que trae consigo ansiedad y temor a la muerte, el segundo, en donde la mastectomía causa un impacto devastador en las mujeres que padecen la enfermedad; en dicho proceso se encuentran inmersos diferentes factores como: la cultura y educación familiar, aspectos que determinan la forma de ver su imagen corporal; dichas investigaciones no dejan de lado aquellos elementos externos que juegan un papel importante en el proceso salud-enfermedad, tales como: el nivel económico, la actividad laboral y experiencias personales.

Estos estudios permiten ver que el interés con respecto al cáncer de mama se ha centrado en descifrar la experiencia desde el sujeto pero para lograrlo se han procurado explicaciones psicológicas clínicas, y es comprensible cuando se observa que los objetivos han sido en función de brindar una mejor atención hospitalaria; sin embargo ningún estudio ahonda en el eje temático de la

presente investigación ni mucho menos analizado desde la perspectiva de trabajo social, pues la formación integral de este profesional contribuye a brindar atención desde una visión biopsicosocial lo cual le permite conocer la perspectiva cultural, valores, conocimientos y las necesidades de las pacientes, con el fin de realizar acciones congruentes y respetuosas hacia ellas y a sus necesidades. De ahí la necesidad de retomar dichas aportaciones y plantearlas desde un ámbito totalmente social, incluyendo aquellos elementos que no son palpables como los sentimientos, valores, creencias y la propia cultura; que en conjunto aportan significados al proceso de salud-enfermedad al igual que el tratamiento oncológico.

JUSTIFICACIÓN

La investigación que aquí se propone, expondrá la importancia que tiene el seno en la reconfiguración de los constructos socioculturales de la imagen corporal; esto mediante el intercambio de significados sobre el cuerpo; describirá la relación con otros sujetos que contribuyen a reforzar o perpetuar ciertos valores sobre el cuerpo y la manera en que participan la constitución de ideales femeninos y las prácticas sociales que orientan dichos significados.

También aportará conocimientos en cuanto al valor simbólico que hay sobre el cuerpo en mujeres a las que se les ha extirpado un seno y también sobre los significados con respecto al cáncer de mama; mostrará el valor privilegiado del seno en contextos específicos, como la autovaloración, el ser o no femenina, identificarse como mujeres, etc. Aspectos que son difíciles de dejar a un lado después de haber pasado por esta enfermedad.

La tesis se realizó por una profesionalista de Trabajo Social cuya perspectiva sociocultural hace que la investigación se diferencie de los estudios anteriormente consultados, pues da prioridad al estudio de la reconfiguración de la imagen corporal una vez que se vive una experiencia como el cáncer.

El sentir de las pacientes frente a la pérdida del seno es, en este proyecto, un eje constitutivo para realizar un análisis de lo social por la estrecha relación que se tiene con la cultura pues es el lugar de donde las mujeres toman los significados que llevan a la práctica y repiten en la interacción social. También se plasma la importancia de analizar los procesos de producción simbólica y social. De esta manera se plantean las siguientes preguntas y objetivos de investigación:

¿Cuáles son los constructos socioculturales que tienen las mujeres acerca de su imagen corporal después de haber sido mastectomizadas?

¿Qué implicaciones socioculturales se manifiestan respecto a la pérdida del seno femenina?

Con tales referencias se considera necesario explorar y analizar la representación sociocultural que tiene el pecho femenino en relación con la imagen corporal de la mujer mastectomizada; al conocer tal percepción se tendrán más elementos que podrán propiciar un enfoque integral del proceso de atención que se da en beneficio de la salud de la paciente, con la finalidad de lograr que ella sea vista como un sujeto biopsicosociocultural, conjuntado tanto la atención médica como la social, ya que la evolución que tenga no solo depende de la asistencia médica que le proporcionen, sino que, necesariamente se tendrán que tomar en cuenta todos aquellos factores que influyen en su vida cotidiana, como lo son sus relaciones familiares, laborales, religiosas y sociales.

Además de aportar conocimiento sobre el tema, dicho estudio pretende justificar la importancia y obligación que tiene el trabajador social por realizar investigaciones que le ayuden a entender los significados que posee la enfermedad para cada persona, con el fin de elaborar estrategias, proyectos y diseño de modelos de atención integral que permitan mejorar el proceso de salud-enfermedad; así como ser elemento necesario y vanguardista dentro de todas las instituciones de salud.

CAPÍTULO I

LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

1.1 PROPÓSITO GENERAL

Analizar los constructos simbólicos e implicaciones socioculturales de la imagen corporal frente a la pérdida del seno femenino en las pacientes con cáncer de mama que han sido mastectomizadas en el Instituto Nacional de Cancerología durante el 2012.

1.2 PROPÓSITO ESPECÍFICO

- Indagar cómo perciben su cuerpo las mujeres que han sido sometidas a la mastectomía por cáncer de mama.
- Identificar los significados socioculturales que le atribuyen las mujeres al pecho después de haber sido intervenidas quirúrgicamente.
- Conocer como afrontan la pérdida de un seno las pacientes mastectomizadas.

1.3 METODOLOGÍA, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La metodología seleccionada para realizar esta investigación es de tipo cualitativa, pues a través de ella se busca comprender la complejidad de los fenómenos sociales a partir de los significados que las personas les conceden.

Es una investigación con diseño no experimental, transversal y descriptivo, ya que permite profundizar en la perspectiva de la población estudiada sobre la concepción simbólica del seno, así como conocer el efecto de la mastectomía en los constructos socioculturales de la imagen corporal de las pacientes, esto por medio de la entrevista con profundidad, cuyo propósito es analizar lo que las pacientes dicen, piensan, sienten y viven respecto a su imagen corporal después de haber perdido un seno.

Es importante hacer énfasis que se eligió la investigación cualitativa porque permite conocer las vivencias de las personas en el proceso salud-enfermedad que se gestan en el área de la salud, y que la participación del trabajador social

en la investigación muestra la necesidad de percibir a cada individuo de manera particular, permitiendo a la investigadora mirar a las pacientes desde una perspectiva holística y de este modo encontrar el origen de los problemas que afectan al ser humano y que suelen mirarse como una estadística o problema social, sin averiguar cuáles son los orígenes de esos comportamientos.

1.3.1 SELECCIÓN DE LAS PARTICIPANTES

La muestra no probabilística de sujetos tipos (Hernández e, 2003), se obtuvo de la población atendida en el Instituto Nacional de Cancerología y registrada en la bitácora del servicio de cáncer de mama. Posteriormente se buscaron a las candidatas en la base de datos del Instituto (INCAnet), Para seleccionar a las pacientes se utilizó como criterios de inclusión: mujeres, con residencia en el Distrito Federal y zona conurbada que hayan sido mastectomizadas durante los meses de enero a diciembre del 2012 y cuyo rango de edad oscile entre los 30 y 50 años de edad. Como criterio de exclusión se consideraron: mujeres que habiéndose sometido a mastectomía en el 2012 hayan tenido otro diagnóstico oncológico segundo primario, que sean extranjeras y que hayan recibido tratamiento oncológico en otra institución.

Fueron seleccionadas y entrevistadas cinco mujeres que reunían los criterios antes mencionados, número suficiente para obtener y profundizar en la información que se necesitaba para esta investigación. A continuación se da una breve reseña de cada una de las mujeres que aceptaron participar en esta investigación. Es importante mencionar que las pacientes fueron entrevistadas, aun no concluían con su tratamiento oncológico, por lo que se desconoce la evolución del mismo.

Mónica

La paciente tiene 45 años, es católica, su grupo familiar está compuesto por su esposo y sus tres hijos de 20, 23 y 26 años respectivamente, todos estudiando en la universidad. Vive en una casa propia con todos los bienes y servicios para cubrir sus necesidades básicas. Tiene estudios a nivel profesional

incompletos y su ocupación ha sido siempre la de ama de casa; en ciertas ocasiones suele ayudar a su marido en el negocio que tienen en su casa que les otorga los recursos económicos para vivir con comodidad. En junio del año 2012 recibió el diagnóstico de cáncer en su mama derecha, en etapa IIB, debido a esto inició un tratamiento con quimioterapia. Fue sometida a una mastectomía simple y finalmente iniciará la radioterapia

Thelma

Nació el año 1962, cuando se le entrevisto tenía 50 años de edad. Terminó la preparatoria. Es de religión Católica. Su grupo familiar está constituido por su marido, con quién está casada hace 16 años y su hija de 15 años de edad. Toda la familia vive en una casa propia con los servicios básicos. Sus ingresos económicos están representados por el sueldo de su marido, que les permite satisfacer sus necesidades básicas. Se le diagnosticó cáncer en su mama izquierda, debido a esto fue sometida a una mastectomía simple, tendrá tratamiento con quimioterapia, y radioterapia.

Helena

Helena de 35 años, no tiene hijos o hijas, antes de recibir el diagnóstico oncológico vivía con su pareja desde hace un año. La religión que profesa es la católica. Concluyó la secundaria, sus ingresos económicos los obtiene como empleada del comercio informal, no refiere antecedentes oncológicos, sin embargo, nunca se había hecho autoexploración de senos por temor a descubrir alguna anomalía, hasta que un día bañándose se percata de un absceso en su seno. Recibió el diagnóstico de cáncer en su mama izquierda, en etapa IIB. Se sometió a mastectomía simple, posteriormente inició la quimioterapia para completar seis ciclos

Gloria

Gloria con 30 años de edad, es soltera, católica, terminó la secundaria con mucho esfuerzo pues cuenta que en su familia había muchas carencias por lo que empezó a trabajar desde muy joven para subsidiar los gastos de sus tres

hermanos y los de sus papas. Es empleada de una tienda de ropa en donde lleva muchos años laborando. Vive con su familia de origen en el Municipio de Chimalhuacán, Estado de México. Menciona que en su familia no hay antecedentes oncológicos, sin embargo atribuye la aparición de la enfermedad a un golpe que recibió en su seno Fue diagnosticada con cáncer de mama IIB, en el seno izquierdo, es sometida a mastectomía simple, recibirá 4 quimioterapia.

Ana

Ana de 40 años de edad, es cristiana, soltera, tiene estudios de secundaria. Vive en un departamento, el cual heredó de sus padres, trabaja como costurera. Menciona que su abuela materna murió de cáncer de hígado, de ahí el miedo a dicha enfermedad. La paciente refiere que desde hace un año había sentido una “bolita” en su seno, pero no acudía al médico por temor. En el 2012 recibe el diagnóstico de cáncer de mama, se somete a una mastectomía simple.

1.3.2 TÉCNICA DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

La técnica de recolección de información que se utilizó fue la entrevista con profundidad cuyo instrumento fue la guía de entrevista semiestructurada. En algunas de las dimensiones y temas, estos recursos permitieron que las mujeres entrevistadas expresaran libremente sus sentimientos acerca de la concepción simbólica de sus senos, la pérdida de éste a consecuencia de la mastectomía y como esta pérdida reconfigura su imagen corporal

Los instrumentos de recolección de información utilizados fueron: la guía de entrevista compuesta por un rubro de datos generales de la paciente y posteriormente las preguntas que servirían de guía durante la ejecución de la entrevista con profundidad (anexo 2) esta última fue elaborada por la investigadora, las preguntas fueron diseñadas de acuerdo a lo que se quería conocer y por la experiencia ya existente acerca del tema

La recolección de la información fue realizada en dos momentos. En la primera etapa se contactó vía telefónica a las pacientes, según los casos, para dar a

conocer los objetivos de la investigación e invitarlas a participar. En la entrevista, se le solicitó a cada una de las mujeres firmar un consentimiento informado (anexo 1) en donde se mostraba un recuadro para el llenado de sus datos personales, una vez firmado y revisado dicho formato se llevó a cabo la entrevista con profundidad. Los principales temas a tratar en estas entrevistas fueron: percepción del cáncer de mama, autoconcepto de la imagen corporal y significados del seno antes y después de la cirugía.

Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 90 minutos. En el desarrollo de la misma, la investigadora realizó preguntas abiertas con el fin de ir completando la información que se requería de acuerdo a la guía temática preestablecida y sugirió temas, sobre los cuales las mujeres fueron motivadas para que expresaran sus sentimientos y pensamientos, de una forma libre e informal. En los casos en que las pacientes no deseaban profundizar en algún tema, no estaban en la obligación de hacerlo. Las mujeres informantes fueron entrevistadas hasta que se alcanzó la saturación, es decir, la información que aportaban en el transcurso de cada entrevista no entregaba nuevos elementos o contenidos y se producía la repetición de sus discursos.

Las entrevistas fueron realizadas en un lugar privado, confortable, elegido en común acuerdo, permitiendo la expresión de las mujeres entrevistadas. El horario también se acordó de acuerdo a la disponibilidad de cada una de ellas. Como respaldo se utilizó una grabadora de audio, previo el consentimiento verbal de cada una de las informantes. Luego de cada entrevista se realizó la transcripción textual de la grabación, con el fin de no perder información que pudiera ser relevante para la investigación. Es importante destacar que fueron utilizados nombres ficticios para resguardar las verdaderas identidades de las participantes.

1.3.3 PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS

Toda la información obtenida fue procesada inmediatamente después de cada entrevista. Es por ello que el análisis se realizó simultáneamente con la recolección de la información.

El análisis de la información consistió en estudiar los contenidos expresados de forma directa e interpretar su significado, en lo expuesto por las mujeres entrevistadas, se buscó el sentido de sus palabras y se obtuvieron categorías y subcategorías, para la clasificación, resumen y análisis. Esta técnica permitió la comprensión de los significados atribuidos por las mujeres que han sido mastectomizadas, con respecto a sus experiencias de vida después de la cirugía.

Para el análisis de los datos se llevó a cabo el siguiente plan de trabajo: en primer lugar se realizó la transcripción, lectura y revisión de las entrevistas, junto con la organización de los datos recolectados, lo que permitió la codificación de los datos en las categorías ya establecidas, la identificación de diversos aspectos referentes a estas. Las categorías que se incluyeron en el análisis de este estudio fueron: la imagen corporal y el papel del seno en la construcción sociocultural de éste, y la adaptación a la nueva imagen corporal.

Finalmente se analizó la información a partir de las categorías de manera individual y a través de su comparación entre sí. Se identificó el sentir de las pacientes y sus inquietudes respecto al tema de investigación con ello, se logra describir e interpretar los resultados, con el fin de obtener una visión lo más completa posible, lo que permitió elaborar las conclusiones y recomendaciones para el personal de salud que asiste a estas mujeres,

1.3.4 LA ENTREVISTA CON PROFUNDIDAD

Para la recolección de información de esta investigación, fue necesaria la aplicación de la entrevista con profundidad² la cual es una técnica de recolección de información subjetiva.

La entrevista es una técnica muy utilizada por el trabajador social, pues al utilizarla se construye una relación única con el sujeto mientras ésta se lleva a cabo;, implica la escucha con todos los sentidos por parte del investigador.

² Diversos autores la denominan entrevista a profundidad o entrevista profunda; en la presente investigación se hará alusión a ésta como *entrevista con profundidad*.

La entrevista, es una situación que coloca al investigador en una intensa comunicación y señala que entrevistar; no significa extraer del otro información, es construir un marco de sentido compartido de tal manera que fluya un diálogo en el que tanto entrevistador como entrevistado aprenden.

Para Reguillo la entrevista es esa situación de interacción en la que se juegan las competencias comunicativas de un investigador. Es un encuentro íntimo, donde es posible colocar “debates centrales para comprender a la sociedad, la comunicación, los procesos de identidad, los sentidos de pertenencia y las tensiones entre el cambio y la continuidad.” (Reguillo, 1998)

Se trabajaron las entrevistas bajo ejes temáticos basados en la imagen corporal y la relación que tiene el seno en la formación de éste; dichos ejes se orientaron a la exploración, estos fueron suficientemente flexibles para profundizar en las experiencias y significados que las mujeres relataron. Para Elliot Mishler (1986) citado por Rivas (1996) es posible explorar y construir datos con profundidad a pesar de que la entrevista se desarrolle bajo un esquema de intercambio más estructurado. Desde una exploración de tipo semiestructurada se puede propiciar el surgimiento de sentidos y significados de carácter subjetivo que recuperen la particularidad sobre la temática en cuestión. (Rivas, 1996)

Se emplearon preguntas abiertas por cada categoría de análisis, que permitieron detectar los significados en torno a la ausencia del seno femenino e identificar el origen de tales significaciones para concebir a la imagen corporal. Amuchástegui explica que éste tipo de preguntas puede favorecer el hecho de profundizar, no sólo en las percepciones de las mujeres, sino puede permitir ver otros factores que reproducen dichos significados. (Amuchástegui; 1996)

1.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En toda investigación es fundamental que el investigador mantenga una postura ética y más aún, si se trabaja con seres humanos; por lo cual se estructuró una carta de consentimiento (anexo I) que firmaron cada una de las mujeres, con ello aceptaban participar en la investigación.

Este consentimiento hace referencia a los siguientes aspectos: objetivo del estudio, libertad para incorporarse y abandonar el relato en el momento que desee, resguardar la confidencialidad de la información, asegurar su anonimato y solicitar su autorización para grabar la entrevista.

El investigador, en la aplicación de la entrevista, mantendrá en todo momento una actitud respetuosa, seria y cordial, así como la emisión de cualquier juicio de valor o prejuicio sobre su estado físico, psicológico, social y económico del paciente.

Se le informará a la paciente sobre la posibilidad de presentar los resultados de la investigación ante eventos académicos, cuya finalidad será en la contribución de propuestas para mejorar la atención de calidad y calidez hacia el paciente.

1.5 OBSERVACIONES METODOLÓGICAS

En este apartado se expondrán los motivos por los que es importante realizar investigaciones sociales desde la perspectiva de Trabajo Social con corte cualitativo.

Por una parte, la investigación, se asume como un elemento clave para la intervención social, así como la generación de conocimiento cuyo objetivo es la satisfacción de las necesidades de la población, también permite conocer la realidad en la que se ve inmerso el sujeto de estudio. Finalmente, la investigación es reconocida como parte constituyente del método profesional y también como método complementario al Trabajo Social.

Desafortunadamente en la academia no existen formulaciones teóricas y metodológicas que le den sustento al tema de interés de este trabajo, con esto hago alusión a la necesidad actual que hay para que el trabajador social sea generador de teoría no solo en el campo oncológico sino en todo lo social; crear conceptos y conocimientos que sean utilizadas por otras disciplinas, con ello logrará dejar de ser un consumidor de teorías sociales externas a su profesión.

Por otro lado, el gremio tomaría mayor valor ante otras disciplinas del orden social pues las investigaciones realizadas tendrían el mismo nivel de validación específicamente cuando se realizan con enfoque cualitativo, el cual permite conocer verdaderamente la realidad social y cuya interpretación global solo es percibida por el profesionalista de Trabajo Social.

Bajo este panorama expondré el motivo por el cual retomo la Teoría de la Antropología Simbólica, pues por un lado, es la teoría que más elementos de análisis me proporcionó para la investigación, ya que me permitió entender el valor simbólico, social y cultural que las pacientes le atribuyen al seno, el cual da sentido a la formación de su imagen corporal después de la mastectomía. Por otro lado, la metodología tradicional de Trabajo social caso, grupo y comunidad no tenía vinculo alguno con el tema de interés, pues la investigación es de orden social y no un proceso de intervención, en donde si es factible utilizar la metodología propia de la profesión.

También es importante mencionar que, en la actualidad, algunas instituciones no conceden mucho espacio a la investigación y a la elaboración de metodología social y por otro, me parece que los trabajadores sociales se adaptan a esas circunstancias; y la investigación poco a poco (salvo excepciones), va cayendo en desuso, es por esta razón que vemos peligrar el desarrollo eficiente del trabajo social profesional y su razón de ser. Este punto lo retomo pues al realizar mi servicio social dentro del Instituto Nacional de Cancerología se me requirió realizar un protocolo de investigación en donde logre reforzar los conocimientos adquiridos en mi formación profesional y ponerlos realmente a la práctica, ya que en dicha institución es primordial realizar investigaciones en donde el trabajador social se vea inmerso en dichos procesos. Actualmente se desarrollan diversas investigaciones que no precisamente tienen que ver con este tema de estudio pero si aportan nuevos conocimientos a los diferentes diagnósticos oncológicos lo que permitirá tener los sustentos necesarios para poder diseñar estrategias de intervención, esta labor es indispensable en el quehacer profesional independientemente del área de inserción laboral.

Finalmente me gustaría exponer la experiencia que adquirí al realizar las entrevistas con profundidad, pues no solo es realizar las preguntas y obtener información; se necesita adquirir habilidades para lograr abrir y cerrar emociones que la paciente reprime, o que simplemente ignoraba. Considero que es una técnica cuyo objetivo es “ganar-ganar”; ya que el investigador obtiene los datos necesarios para sustentar su trabajo, y la paciente logra externar su sentir que, muy probablemente reprimía o que no sabía cómo expresarlas.

Haber escuchado a las pacientes sobre su forma de vivir la enfermedad y lo que ellas esperan del personal de salud, es información de primera mano que, sin duda, podría convertirse en próximas estrategias de intervención en donde realmente se toma en cuenta al sujeto.

CAPÍTULO II CÁNCER DE MAMA (MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL)

A continuación se detallan los conceptos que dirigen la investigación; muestra el concepto de cáncer y sus fases, la historia de ésta enfermedad; el tratamiento de la enfermedad; como la mastectomía y sus tipos; definición de quimioterapia y radioterapia; connotación y antecedentes históricos del seno femenino y de la imagen corporal, se termina con la descripción de la Teoría de la Antropología simbólica, la cual será el sustento para el análisis de las entrevistas.

2.1 CÁNCER

La palabra cáncer es un término genérico que se designa a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo; también se conoce como “tumores malignos” o “neoplasias malignas”. Una característica que posee el cáncer es la multiplicación rápida de células anormales cancerosas que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos; a este proceso se le conoce como metástasis. La metástasis es la principal causa de muerte por cáncer.

El cáncer comienza con la transformación de una célula normal a una célula tumoral y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Se ha explicado desde un discurso médico que estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y tres categorías identificadas de agentes externos; el primero, *carcinógenos físicos* como las radiaciones ultravioleta e ionizantes; después *carcinógenos químicos* como los asbestos, los componentes del humo de tabaco, las aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) o el arsénico (contaminante del agua de bebida); y los *carcinógenos biológicos*, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos. (Sebastián, 2003).

2.2 CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama (CA MAMA) es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular de distintos tejidos de la glándula mamaria.

El cáncer o carcinoma de mama suponen más del 90% de los tumores malignos, pero al menos nueve de cada diez tumores o bultos de las mamas no son malignos (Pérez, 1995).

Para Saéz (2004) las fases en las que se puede encontrar los tumores al momento del diagnóstico que hace el médico son:

Etapa 0: el tumor puede considerarse benigno (cáncer in situ).

Etapa I: cuando el tumor tiene menos de 2 cm de diámetro y no se ha extendido fuera de la glándula mamaria, ni ha afectado a los ganglios.

Etapa II: comprende que el tumor que mide de 2 a 5 cm y ya se ha extendido a los ganglios que están en la axila, pero en una cantidad menor de tres ganglios afectados.

Etapa III: significa que el tumor mide más de 5 cm. y se ha extendido a más de tres ganglios de la axila o a otros tejidos cercanos al pecho.

Etapa IV: es cuando el tumor canceroso se ha extendido a otros órganos del cuerpo.

2.2.1 HISTORIA DEL CÁNCER DE MAMA

La descripción más antigua del cáncer proviene de Egipto, desde 1600 a.C, aproximadamente. El papiro Edwin Smith describe ocho casos de tumores o úlceras del cáncer que eran cauterizadas con una herramienta llamada "la horquilla de fuego". El escrito dice que para la enfermedad: «No existe tratamiento». Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión.

Durante la edad media, se comienza a brindar ayuda a las pacientes que habían sido sometidas a una mastectomía y que, a consecuencia, sufrían una

descompensación de su estado emocional; principalmente por el temor de la reaparición de la enfermedad.

No fue sino hasta el siglo XVII, que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el que se lograron avances, y se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares; al respecto, los cirujanos franceses Jean Louis Petit y Benjamín Bell fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales (mastectomía radical). Su senda de comprensión y avance fue seguida por William Stewart Halsted, quien inventó la operación conocida como "mastectomía radical de Halsted", procedimiento que ha sido popular hasta los últimos setenta años. Actualmente dicha enfermedad cuenta con diversos métodos para extirpar el cáncer de mama. (Brandan, 2010).

2.3 TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

Tradicionalmente el tratamiento del cáncer de mama se basa en la cirugía. Esto conlleva, en la mayoría de los casos, la amputación del seno, además de la limpieza quirúrgica de los ganglios de la axila en cuyo trayecto se produce casi siempre, la diseminación de las células cancerosas. Existen diversos tipos de cirugía para tratar la enfermedad, las decisiones acerca de la cirugía dependen del tipo de cáncer encontrado.

2.3.1 MASTECTOMÍA

La mastectomía es la cirugía más frecuente, consiste en la extirpación de todo el tejido del seno y algunas veces de los tejidos adyacentes, si bien la mastectomía se refiere a la extirpación de todo el tejido mamario. Se reconocen los siguientes tipos de mastectomía: total o simple, radical modificada y radical.

- **La mastectomía simple o total** consiste en la extirpación total del tejido mamario y del pezón; el cirujano no realiza la disección de los ganglios axilares, sin embargo, en algunos casos se extirpan ganglios linfáticos porque se encuentran ubicados dentro del tejido mamario. Este tipo de mastectomía es pertinente para mujeres que tienen varias o amplias zonas afectadas por el carcinoma, y para mujeres que solicitan mastectomía preventiva, es decir, extirpación de la mama para evitar cualquier posibilidad de tener cáncer de mama.

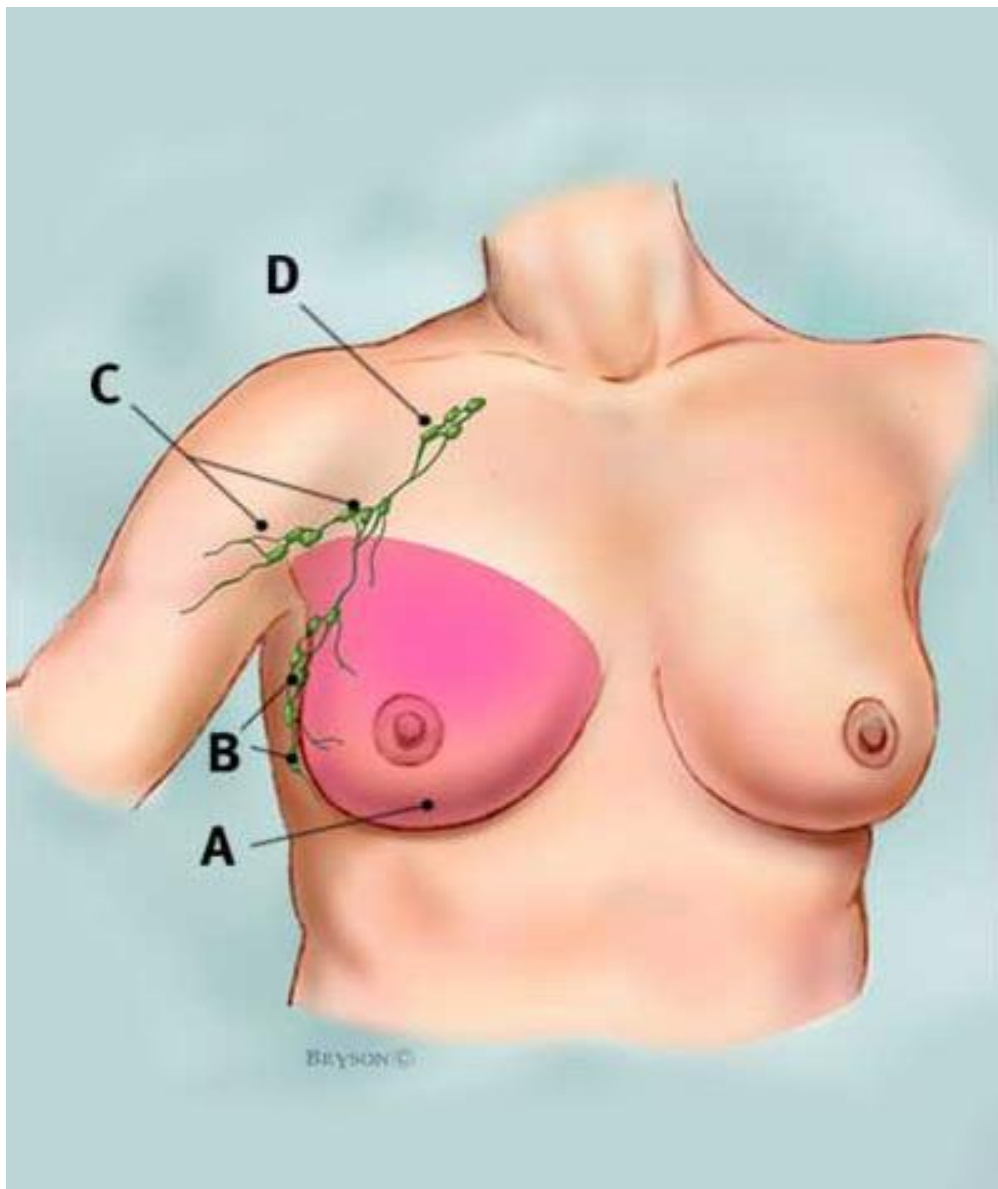


Figura 1 Mastectomía simple

(A) El área resaltada con color rosa indica tejido extirpado durante la mastectomía. **(B)** Ganglios linfáticos axilares: niveles I, **(C)** Ganglios linfáticos axilares: niveles II, **(D)** Ganglios linfáticos axilares: niveles III.

- **La Mastectomía radical modificada** consiste en la extirpación del seno, de la mayoría de los ganglios linfáticos axilares y, con la membrana que recubre los músculos del pecho. En la disección de ganglios linfáticos axilares, se extirpan los niveles I y II de esos ganglios (Ilustración B y C). Éste tipo de cirugía se realiza a las pacientes con cáncer de mama invasivo, y se les realiza un examen de ganglios linfáticos para determinar si las células cancerosas se propagaron fuera de la mama.

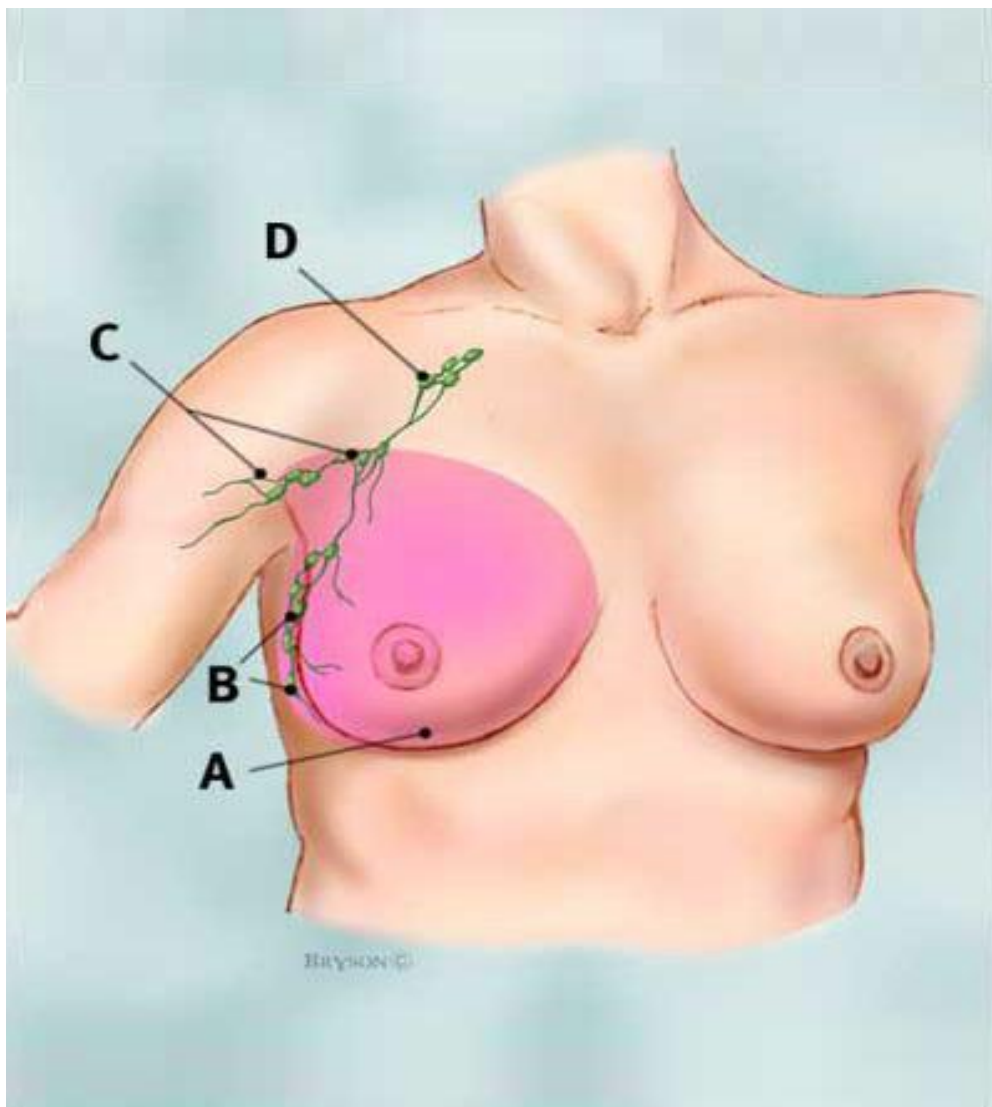


Figura 2 Mastectomía radical modificada

(A) El área resaltada con color rosa indica tejido extirpado durante la mastectomía **(B)** Ganglios linfáticos axilares: niveles I **(C)** Ganglios linfáticos axilares: niveles II. **(D)** Ganglios linfáticos axilares: niveles III.

- **La Mastectomía radical** consiste en la extirpación del seno, los ganglios linfáticos y músculos del tórax; es el tipo más extenso de mastectomía, se extirpa la totalidad de la mama, se extirpan los niveles I, II y III de ganglios linfáticos axilares (B, C y D en la ilustración) Cuando el cáncer se ha propagado, el cirujano retira los músculos de la pared torácica situados bajo la mama, En la actualidad, éste tipo de cirugía es poco habitual, porque se ha comprobado que la mastectomía radical modificada tiene la misma eficacia y es menos antiestética.

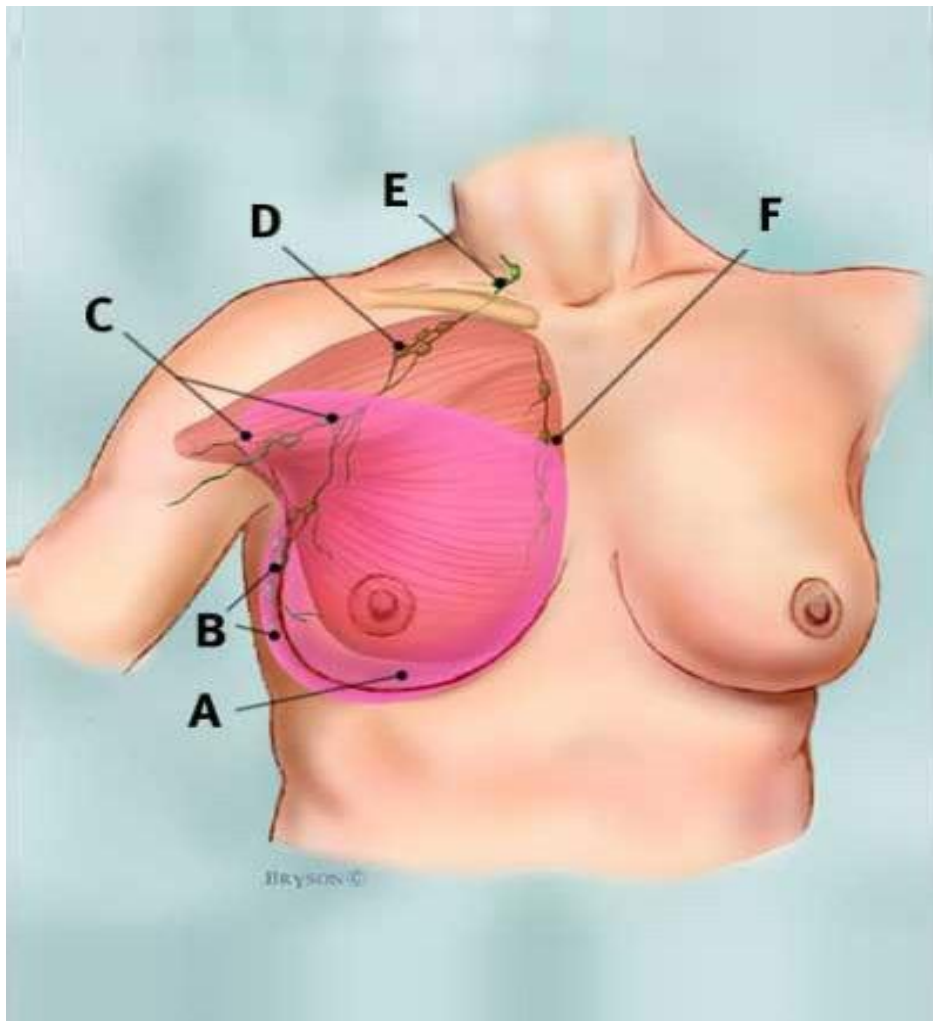


Figura 3 Mastectomía radical

(A)El área resaltada con color rosa indica tejido extirpado durante la mastectomía, (B) Ganglios linfáticos axilares: niveles I, (C) Ganglios linfáticos axilares: niveles II, (D) Ganglios linfáticos axilares: niveles III, (E)Ganglios linfáticos supraclaviculares, (F) Ganglios linfáticos mamarios internos.

La literatura señala que el tratamiento quirúrgico condiciona dos tipos de vivencias: uno es el significado de la extirpación del cáncer para una pronta recuperación, y el otro la mutilación física, que acarrea cambios en el esquema corporal (Olivares, 2004).

Las publicaciones existentes indican que las repercusiones emocionales del tratamiento quirúrgico son variables; según la deformidad corporal que provoca, la función afectada y su significado emocional. La mastectomía inicialmente tranquiliza a la mujer por la idea de que el tejido maligno se debe extirpar, pero también implica reacciones de depresión, ansiedad, preocupación por la imagen corporal, disminución de la atención, aumento de la introversión, sensación de la presencia del seno extirpado, (miembro fantasma) etc. Esto genera una modificación en las relaciones familiares, sexuales, sociales y profesionales, especialmente en menores de 45-50 años. (González, 2002).

2.3.2 RADIOTERAPIA (RT)

La radioterapia se utiliza para reducir el tamaño de un tumor lo más que se pueda antes de una cirugía o también se puede administrar después de la cirugía para prevenir la reaparición del cáncer, específicamente, la radioterapia daña el ADN de las células cancerosas y al hacer esto, impide que dichas células crezcan y se dividan. Para ciertos tipos de carcinoma, la radiación es el único tratamiento posible, pues hay cánceres que no se pueden extirpar con cirugía. Al igual que la quimioterapia, la radioterapia puede tener muchos efectos secundarios y esto depende de la parte del cuerpo que recibe la radiación así como la frecuencia con la que se realice. Suele haber pérdida de cabello, dolor en la piel, enrojecimiento y ardor en la misma,, también se reporta muerte del tejido cutáneo, picazón, fatiga y malestar, dificultad para degustar, náuseas, vómitos, falta de apetito, suelen producirse edemas, y los pacientes se vuelven susceptibles a las infecciones.(Saéz,2004).

2.3.3 QUIMIOTERAPIA (QT)

El uso de medicamentos para combatir el cáncer, se pueden administrar por vía oral o por medio de inyección intravenosa o intramuscular. Se puede administrar los fármacos quimioterapéuticos diferentes al mismo tiempo o uno después del otro. Los pacientes pueden recibir radiaciones antes, después o mientras están recibiendo quimioterapia. La quimioterapia se administra con mayor frecuencia en ciclos, los cuales pueden durar desde un día, hasta una semana o más. Por lo regular hay un período de descanso en el que no se administra quimioterapia entre cada ciclo, que puede durar, días, semanas o meses. Muchos de los efectos que conocemos del cáncer tiene que ver con el tratamiento; la quimioterapia suele dañar o destruir las células que se encuentran en la sangre, caída el cabello y el revestimiento del tubo digestivo, estas condiciones hacen que las pacientes sean más propensas a tener infecciones, se agoten, sangrados en actividades cotidianas, dolor, boca seca, úlceras o hinchazón en la misma; pérdida de apetito, disminución de peso, malestar estomacal, vómitos y diarrea. (Saéz, 2004.)

2.4 CONNOTACIÓN HISTÓRICA DEL SENO FEMENINO

A continuación se muestra como, desde épocas pasadas el seno juega un papel importante dentro de la sociedad; se retoma a la autora Yalom, (2007) pues es quien aporta mayores elementos al tema de interés.

Los senos femeninos, por añadidura, trascienden la relación particular de la mujer con su cuerpo. A lo largo de la historia y en todo el mundo; la sociedad le ha conferido a éste gran cantidad de valores y simbolismos. Marilyn Yalom (1997) en su investigación sobre la historia del pecho, recoge y sistematiza la historia del pecho femenino, estructurándola en cuatro vectores a partir de los cuáles se le ha representado en Occidente: el pecho como reclamo erótico, el pecho nutritivo, el pecho como estímulo a la publicidad y la patología del pecho. Según la autora, esta representación se ha hecho, primordialmente desde la óptica de los hombres y de las instituciones.

2.4.1 EL PECHO NUTRITIVO

Yalom (1997) expresa que, al igual que a la sexualidad femenina y el resto de su cuerpo, el pecho ha sufrido connotaciones dicotómicas: “bueno” o “malo”. El pecho “bueno” sería el encargado de alimentar al bebé, al tiempo que, simbólicamente, representaría la parte nutritiva de la mujer en relación a la sociedad. La concepción del pecho “malo” tuvo su origen en la Revolución Francesa, en donde se personifica en la imagen de una mujer (Marianne) con los pechos desnudos simbolizando la consigna “¡Libertad, Igualdad y Fraternidad!”. A partir de entonces se identificó a la madre que amamanta con la “ciudadana responsable”, en oposición a la nodriza, comúnmente utilizada por la aristocracia. Con dicha imagen se enfatizó el ideal igualitario con la imagen de una mujer que ofrenda sus senos a todos los ciudadanos. La autora señala en su libro que el pecho nutritivo, sinónimo de abundancia, fue venerado como signo de supervivencia del pueblo judío, y significó “nutrición espiritual” en la tradición cristiana. La desaparición de las nodrizas ocurrió gracias a la influencia del protestantismo inglés que creía que el amamantamiento era un deber intransferible de la madre.

2.4.2 EL PECHO ERÓTICO

La batalla entre algunas religiones por mantener la relación entre senos y maternidad se ve modificada, pues a partir de la segunda mitad del año 1400 surge la idea de pecho erótico; “el pecho como referencia al placer y campo de juegos del deseo masculino, se simbolizó por el cuadro de la amante de Carlos VII; pintada como Madonna, pero mostrando a una dama de la corte cuyo pecho se ofrece como fruta para deleite del observador y no para el niño que está distraído sentado en su falda”.

A partir de entonces surge la guerra entre los predicadores y la moda; que impone el ensalzamiento de los senos. En Francia e Inglaterra se diseñan corsés y corpiños que fuerzan los omóplatos hacia atrás, elevando y proyectando el pecho hacia delante, con los pezones luchando por sobresalir.

En el siglo XX hubo breves períodos en los que estuvieron de moda los pechos pequeños; uno de ellos fue en la década de los años 20 y otro fue al final de los años 60, cuando se impuso la moda unisexo al amparo de la modelo de Twiggy³Estas épocas tuvieron en común los movimientos femeninos que aspiraban al logro de una mayor igualdad con el hombre.

Durante los períodos conservadores, como fueron la etapa posterior a la segunda guerra mundial, y las épocas en las que gobernaron políticos republicanos como Reagan y los Bush, la imagen de la mujer/objeto sexual con pechos voluminosos para mayor placer del hombre, volvió a imponerse. Al mismo tiempo, y como consecuencia de ese hecho, también se impusieron los implantes mamarios. (Yalom, 1997)

2.4.3 EL PECHO COMO ESTÍMULO PUBLICITARIO

En los últimos cien años, la presión del mercado ha explotado todo lo que se podía extraer del pecho femenino cuyo objetivo es lograr beneficios comerciales. Para la mujer, esto ha significado someterse a los requerimientos de la imaginación masculina y a las demandas publicitarias que muestran la imagen de cuerpo femenino ideal, el que deber de estar conformado de grandes pechos en un cuerpo pequeño, esbelto y unas caderas estrechas. Este modelo dictatorial corporal ha logrado que la mujer se trace expectativas no realistas pues no todas las mujeres cumplen con ese tipo de demanda. La autora resume su investigación bajo la siguiente premisa:

...al principio fue el pecho, y el pecho era sagrado, pues nadie habría sobrevivido sin él. Luego, a lo largo de la historia de Occidente, el pecho se ha ido incorporando como símbolo, multitud de significados distintos hasta, de hecho, llegar a significarlo todo...

2.4.4 EL PECHO FEMENINO Y EL CÁNCER DE MAMA (PATOLOGÍA DEL PECHO)

El cáncer de mama es una de las enfermedades más comunes en las mujeres, y dada la importancia simbólica del pecho como atractivo sexual femenino, la

³ Súper modelo que impulsa la belleza de sus colegas por tener pechos pequeños, esto durante los años 60's.

extirpación de uno o ambos puede tener una repercusión traumática en la vida sexual de la mujer. Por una parte, pueden sentirse inseguras de su imagen y de su poder de atracción hacia su compañero. Por otro lado, en algunos casos, la posibilidad de ejercer la maternidad es nula, debido al diagnóstico oncológico.

Actualmente el pecho es el máximo exponente de la feminidad por lo que una mastectomía es vista como la pérdida de la imagen corporal, con amplias repercusiones físicas, que en ocasiones, se asocia en muchas mujeres a secuelas psíquicas derivadas de la pérdida de la identidad femenina que modifica el desarrollo emocional de las mismas.(Yalom,1997).

En conclusión y con base a lo que dice la autora, los senos son un órgano cuyas significaciones culturales, en la sociedad occidental, están ligadas a la maternidad, el erotismo y la sexualidad. Por lo tanto, a pesar de no ser órganos reproductores, forman indiscutiblemente parte de la anatomía sexual de la mujer. Más aún en esta época de globalización, donde los medios de comunicación dictan las normas de belleza a través de la moda, las revistas para hombres, la publicidad, la televisión y el cine, pautas que conceden gran importancia a los senos.

A diferencia de otras culturas, por ejemplo en el antiguo oriente, las mujeres solían fajarse los senos para que pasaran desapercibidas, pero con el paso del tiempo y durante el proceso de occidentalización; la situación es ahora otra, los senos han alcanzado un grado nada despreciable de erotización (Masters, 1995).

2.5 AUTOCONCEPTO Y FEMINIDAD

Para Pearson, el autoconcepto implica una autoevaluación de todo lo que, según el propio individuo, ha sido, es y aspira ser. Incluye hechos tangenciales, como medidas físicas y descripciones del tamaño y forma del cuerpo, así como también los juicios sobre la conveniencia de los propios valores o deseos. Entonces autoconcepto es la suma total de las valoraciones y evaluaciones del yo, que representan la propia individualidad. El autoconcepto está determinado

por las interacciones que mantiene la persona con los otros y las reacciones que presentan los demás frente a éste. Éste se suele dividir en dos componentes: autoimagen y autoestima. (Pearson, 1993).

El concepto se relaciona estrechamente con los aspectos biológicos que determinan el hecho de ser hombre o mujer, y las determinaciones socioculturales que esto implica para cada individuo y según la sociedad en la cual se desenvuelva. Existen mandatos y roles específico para hombres y mujeres en cada sociedad o cultura, que indican la normalidad de los individuos y que determinan la masculinidad y la feminidad.

Según Masters, es más fácil mantener el equilibrio social, si las conductas adoptadas por cada individuo corresponden con las expectativas de la sociedad, otorgando de este modo un cierto grado de estabilidad en los detalles de la vida cotidiana. La adecuación a las normas culturales y sociales preconcebidas denota adaptación y salud, en tanto que los desvíos de éstas demuestran anormalidad, e incluso, enfermedad, lo que influye también en el autoconcepto que la persona forme de sí misma.

Por lo tanto, existen roles sexuales o de género definidos culturalmente determinados para hombres y mujeres. Los roles sexuales son expectativas de conductas adscritas que definen derechos y obligaciones de las personas, por el sólo hecho de ser hombre o mujer. Todo esto se refiere a la expresión de la masculinidad o feminidad de un individuo al tenor de las reglas establecidas por la sociedad, es la manifestación externa de la identidad sexual. Los términos, masculinidad y feminidad aluden al grado en que una persona se ajusta a las expectativas culturales sobre la conducta y la apariencia que deben mostrar los hombres y mujeres. Por su parte, la mujer asume como metas significativas para ella, el matrimonio, la maternidad, el cuidado de los hijos, de los ancianos y enfermos de la familia, ya que estas actividades constituyen el primordial foco de las expectativas de nuestra sociedad para el desempeño del rol tradicional de la mujer. Estos roles vienen configurados, primordialmente por fuerzas psicosociales, determinando la imagen que tenga cada individuo de sí mismo y del valor que se otorgue a partir de los cánones sociales establecidos. (Masters, 1995).

Como se pudo observar Masters aporta demasiados elementos de interés para la presente investigación, pues todo lo que las mujeres piensan sobre si mismas se relaciona con su historia de vida, lo cual les permite asimilar o no su estado de salud y por ende las repercusiones que conlleva padecer cáncer de mama.

Si bien es cierto, el autoconcepto y la imagen corporal son conceptos que no se pueden separar, el primero de ellos hace referencia a lo que cada persona piensa de sí misma, por su parte, la imagen corporal es la proyección de lo que cada persona cree que es ó debe de ser.

Dicha afirmación da pauta al siguiente concepto que está relacionado con eje temático de la presente investigación.

2.6. NOCIONES CONCEPTUALES DE LA IMAGEN CORPORAL

Si bien existen diversas connotaciones para describir a la imagen corporal, a continuación se podrá apreciar cómo ha evolucionado el concepto según la época y cultura.

2.6.1 ANTECEDENTES DE LA IMAGEN CORPORAL

Existen numerosos términos utilizados en éste campo que tendrán algunas similitudes conceptuales, o incluso sinónimos, pero que no han sido consensuados por la comunidad científica de ahí su diversidad etimológica para referirse a lo mismo; por ejemplo: imagen corporal, esquema corporal, satisfacción corporal, estima corporal, apariencia, y apariencia corporal.

Una de las primeras definiciones del concepto de imagen corporal es la de Paul Schilder quien establece que la imagen corporal es la representación de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, cómo nos parece nuestro cuerpo. (Schilder, 1983)

Para Thompson la imagen corporal se puede definir dependiendo de la orientación científica del investigador, o del aspecto concreto de la imagen corporal que se va a investigar. Para él, la imagen corporal que cada individuo

tiene es una experiencia fundamentalmente subjetiva que puede o no tener sentido con la realidad. (Thompson, 1990)

Por su parte Heinberg (1998), muestra una gran diversidad de creencias sobre el concepto de imagen corporal los cuales clasifica en tres rubros:

- **Imagen perceptual:** es la referida a los aspectos perceptibles con respecto a nuestro cuerpo. Alude a la información sobre tamaño y forma de nuestro cuerpo y sus partes.
- **Imagen cognitiva:** contiene pensamientos, auto-mensajes y creencias sobre nuestro cuerpo.
- **Imagen emocional:** incluye los sentimientos sobre el agrado o satisfacción con nuestra figura y con las experiencias que nos proporciona nuestro cuerpo.

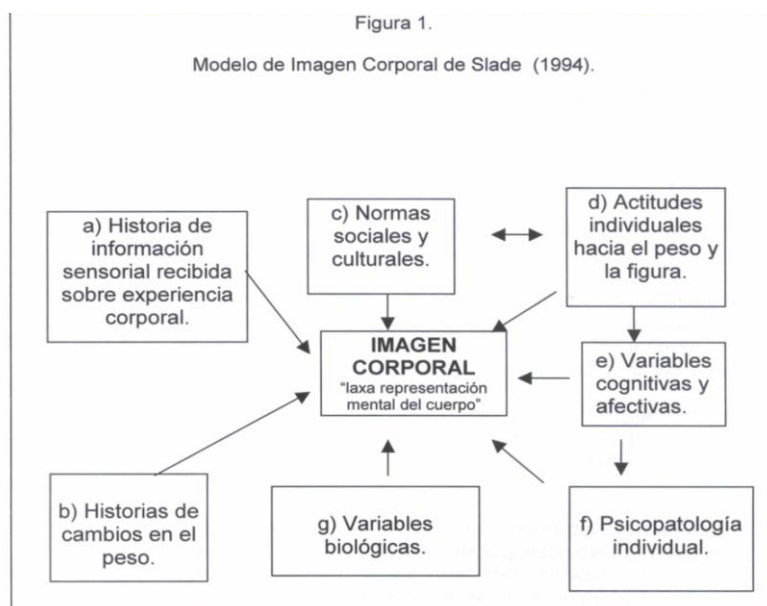
Para Altabe la imagen corporal es la percepción y experimentación del propio cuerpo y su relación significativa, es el cómo uno mismo se percibe; desde que se nace existen influencias sociales que matizan la auto percepción del cuerpo. (Altabe 1998)

Por otro lado, para Tantleff-Dunn la imagen corporal no es fija o estática, más bien es un constructo dinámico, que varía a lo largo de la vida en función de las propias experiencias, de las influencias sociales, en la forma en la que se procesa la información y la forma de percibir el mundo está influenciada por la forma en la que se siente y piensa sobre nuestro cuerpo. (Tantleff-Dunn, 1998),

Thompson (1990) amplía el término de imagen corporal, además de los componentes perceptivos y cognitivo-emocionales ya mencionados antes, el autor incluye un componente conductual cuyo objetivo es conocer el origen de las concepciones del cuerpo y el grado de satisfacción con el mismo. Por ejemplo evitar situaciones donde se vea el cuerpo desnudo o comprar ropa que simulen ciertas partes del cuerpo.

Para Slade, la imagen corporal es una representación mental amplia de la figura corporal, su forma y tamaño, está influenciada por factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos que varían con el tiempo. Este

autor ha elaborado un modelo explicativo sobre la imagen corporal, en la Figura 1 puede verse una adaptación del mismo. (Slade, 1994)



En España, Raich de la Universidad Autónoma de Barcelona propone una definición integradora de imagen corporal:

Es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.(Raich, 2000).

Ante ello, la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente, percibe y actúa en relación a su propio cuerpo (Raich,1996).

Estos autores definen la imagen corporal como un fenómeno en el que se integran los procesos fisiológicos con los psíquicos y los sociales; de ahí la importancia para abordar el concepto.

2.6.2 LA IMAGEN CORPORAL

En dicho apartado se retoma la concepción de la imagen corporal desde la perspectiva de José Carlos Aguado Vázquez, quien aporta elementos

importantes para poder entender y analizar dicho concepto el cual es importante para el tema de estudio.

El vocablo imagen hace referencia a una experiencia cuyo registro fundamental es visual. Sin embargo, lo que entendemos por imagen corporal involucra al conjunto de los registros perceptuales, a los sentimientos y al proceso de integración cultural.

Otro aspecto que es necesario recalcar sobre la imagen corporal es, en realidad un proceso en constante movimiento relacionada con la experiencia del sujeto, este proceso de simbolización corporal está relacionado íntimamente con el contexto sociocultural y el universo ideológico particular de cada persona. Los estilos de crianza, el tipo de familia, la cultura, el significado social de los nuevos sujetos, el privilegio de ciertas relaciones frente a la cosmovisión, entre otras, determinan la simbología que el sujeto le asigne al cuerpo. Este proceso a través del cual se le asigna significado a un cuerpo y que es el principio de la identidad de los sujetos es, típicamente un proceso ideológico. La imagen corporal se configura a partir de un proceso ritual en el que se van delineando (significando) evidencias sobre el cuerpo del sujeto que contienen un sentido cultural y que se “anclan” en el cuerpo a partir de la experiencia, por ello involucra la sensación, la percepción, su afectividad y su proceso cognitivo; es decir, su corporalidad. En esta concepción los procesos culturales son siempre inclusivos de los procesos físico-orgánico-biológicos y psicológicos. Bajo éste panorama, la imagen corporal se estructura no sólo por la función fisiológica ejercida, sino por el significado de esa misma función. Ésta imagen corporal se ha modelado por la cultura es decir por una red de significados; aquellos valores simbólicos que se le asigna al cuerpo y que se pueden corregir conforme a las prácticas sociales del individuo. (Aguado, 1992)

Se retoma a Aguado porque le añade al concepto de imagen corporal un elemento indispensable: *el valor simbólico* que se le da al cuerpo o a una parte de el, que en esta investigación es precisamente lo que se quiere conocer, en este caso, el valor simbólico recae en el seno femenino el cual define la concepción de imagen corporal.

Bajo este tenor, la imagen corporal es el retrato que la persona hace de su cuerpo; es construida y reconstruida a lo largo de su vida a partir de las experiencias con el mundo exterior. Llegar a amar o aceptar el cuerpo como parte de la sexualidad es algo fundamental. Una cosa es la imagen pública y otra es la realidad del cuerpo desnudo. Su aceptación o rechazo influye de manera decisiva en las relaciones con una misma y el exterior.

2.6.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Para Raich (2006), los factores que influyen en la formación de la imagen corporal están estrechamente relacionados con la cultura. Tales factores se enuncian a continuación:

2.6.3.1 Pertenencia a una cultura determinada: en ella lo fundamental es el concepto de belleza, en donde la cultura enseña qué es lo bello y qué es lo feo. A lo largo de la historia esta concepción ha sido diferente, y en la actualidad las distintas sociedades que existen marcan patrones físicos, de imagen corporal y de belleza “ideales.”

2.6.3.2 Experiencias interpersonales: Además de la estética imperante transmitida por los medios culturales en que nos desarrollamos, existen otros factores, en ocasiones mucho más eficaces, que influyen en nuestra imagen corporal como:

- La familia; porque que enseña desde muy pequeños cómo deben de arreglarse, comportarse; qué es lo bello y qué no. Asimismo se aprende a través de lo que se observa.
- Las amistades, ya que pueden criticar o brindar halagos y reconocimiento, permeando la imagen que uno tenga de sí mismo.

2.6.3.3 Características personales: A pesar de vivir en la misma cultura, no todos se ven afectados de la misma manera ni en la misma magnitud. Algunas personas demuestran que no se ven afectadas ni por la presión cultural, ni por las burlas, simplemente tratan de aceptar lo que su cuerpo proyecta.

Bajo este panorama se entenderá a la imagen corporal como una representación mental que la persona tiene de su propio cuerpo, que está directamente vinculada a la percepción. El estudio de la imagen para el tema de investigación ha mostrado como la cirugía suele afectar la percepción del propio cuerpo, ya que implican cambios que pueden afectar la autoestima y la sexualidad de las mujeres que son mastectomizadas. Tal y como menciona Schover, la pérdida de la mama por una mastectomía tiene efectos más devastadores que los tratamientos para otros tipos de cáncer, debido al valor que la sociedad le otorga a los senos en términos de atractivo sexual. (Schover, 1995).

2.7 ANTROPOLOGÍA SIMBÓLICA

La Teoría de la Antropología Simbólica nace entre los años 1970 y 1980 en Estados Unidos, Francia e Inglaterra, sus orígenes son justificados por la necesidad de conocer la relación existente entre los símbolos como un sistema cultural que permea la influencia en las acciones sociales de los sujetos.

La teoría tiene a dos autores que aportan demasiados elementos para comprender la importancia del estudio de los aspectos simbólicos; el primero de ellos es Víctor Turner quien destaca la importancia que atribuye el análisis del símbolo como parte sustancial del examen de valores y normas de una sociedad, además menciona que, esta teoría distingue tres niveles de significación: uno donde es expresado verbalmente por los integrantes de la sociedad en que se produce, otro cuando se emplea dicho símbolo durante el ritual y por último la relación que el símbolo guarda con otros en el campo del sistema simbólico. Estos tres niveles son necesarios para entender el papel de los símbolos en la cultura. Además destaca lo que dicen los participantes y sus explicaciones tomándolas como fuente de datos.

De acuerdo con el autor, el estado normal de la sociedad es la presencia de conflictos y contradicciones, y no la existencia de una integración solidaria y armoniosa. En su obra "La selva de los símbolos" estudia sobre todo, la afectividad de los símbolos dentro de los procesos sociales. Para Turner los

símbolos moldean la manera en que los miembros de una sociedad sienten y piensan el mundo. (Turner, 1982).

El segundo autor es Clifford Geertz, quien menciona que esta teoría se aproxima a los sentidos que los individuos imprimen a sus actos en una cultura determinada, es decir, el hombre da significado a su existencia. Para él, la cultura es un sistema de concepciones expresadas en formas simbólicas por medio de las cuales los hombres se comunican, perpetúan y desarrollan sus conocimientos y actitudes a lo largo de la vida. Por ello la cultura es un sistema cuyo papel fundamental consiste en socializar un significado del mundo y de esta forma, hacerlo comprensible desde una perspectiva particular. Para él, la cultura tiene una visión semiótica, que busca e interpreta los significados. Geertz, considera que en la cultura se encarna en símbolos públicos, que son utilizados por los miembros de una sociedad para comunicarse entre sí. Éste se preocupa por investigar como los símbolos modelan las maneras en que los miembros de una sociedad sienten y piensan en el mundo. (Geertz, 1987).

Bajo este panorama se concluye que, mientras para Geertz los símbolos son ante todo “vehículos de cultura”, para Turner estos actúan como fuerzas en los procesos sociales. Ambas posturas son importantes y van a la par, pues todo lo simbólico se adquieren según la cultura que se adopte; la cual permitirá interpretar el mundo exterior; tal y como la afirma White, quien expone que los símbolos constituyen la *unidad básica de toda conducta humana*. Es decir, ya no se estudia de manera general un suceso, sino se estudia de manera explícita aquello que nos resulta importante desde la perspectiva simbólica, y que ese simbolismo es la clave con la acción social y la dinámica cultural que se tenga con el entorno. (White, 1940).

Finalmente y a manera de resumen se puede decir que los seres humanos son seres que fabrican y utilizan símbolos. Comprenden al mundo, y dan forma a sus vidas a través de la construcción de significados, los cuales se asignan a objetos, al entorno, a los seres y a las experiencias. Trazan conexiones entre los elementos del mundo a través de patrones simbólicos, y crean formas complejas de acción y narrativa simbólica. Lejos de ser aspectos que

simplemente refleja una realidad material, los símbolos permean las relaciones políticas, económicas y sociales.

Se utilizó como Teoría de esta investigación a la Antropología Simbólica, ya que por el tipo de estudio permite conocer el enfoque simbólico que hay en torno al cuerpo de las mujeres mastectomizadas, así como acercarse a la comprensión de la creación, estructuración e interpretación de los símbolos y su significación en los diversos ámbitos.

CAPITULO III

CONCEPCIÓN SOCIOCULTURAL DE IMAGEN CORPORAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Para poder analizar la concepción que las mujeres con cáncer de mama tienen sobre su imagen corporal, fue necesario su estudio desde la perspectiva sociocultural, ya que permite entender el conjunto de apreciaciones o referencias que las mujeres entrevistadas tienen de sí mismas.

Bajo este panorama, se argumenta que la percepción que cada mujer tenga sobre su imagen corporal después de haber sido mastectomizada, depende de la visión cultural y el significado que le atribuya a cada parte de su cuerpo, en este caso, a la pérdida de la mama. (Shavelson y Bolus, 1982).

Entonces la imagen corporal es la representación que las mujeres se forman de su cuerpo a través de una secuencia de percepciones y respuestas de las experiencias de vida en la relación con el otro. Esta concepción se ha ido desarrollando todos los días, enriqueciendo, bloqueando u ordenando las concepciones del cuerpo, ello de acuerdo al tiempo y etapa de vida en el que se encuentre cada mujer. (Schilder, 1989).

En este capítulo, se estudian los constructos que las pacientes entrevistadas tienen sobre su cuerpo; reiterando que se llevó a cabo bajo la perspectiva cultural, social y el valor simbólico que le asignan particularmente al seno.

Dicho análisis se completó a partir de la observación de gestos y actitudes que se mostraban con ciertas preguntas de la guía de entrevista; y de la ejecución de la entrevista con profundidad, todas realizadas en el trabajo de campo.

3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

En el presente capítulo se hace un breve análisis del perfil sociodemográfico de las pacientes entrevistadas, lo que permitirá entender el por qué de cada respuesta; con el fin de mantener el anonimato de las mujeres que aceptaron colaborar, los nombres de las pacientes fueron cambiados por unos ficticios.

Es importante destacar que sin la buena disposición de estas mujeres la investigación no hubiera sido posible. Su contribución fue fundamental, ellas constituyen la esencia de este estudio. Ellas son sobrevivientes del cáncer de mama.

Las mujeres que fueron entrevistadas oscilan en el rango de edad de 31 y 50 años de edad. Las cinco pertenecen a un nivel socioeconómico medio, una de ellas cuentan con estudios profesionales, tres estudiaron hasta la secundaria; una más cuenta con estudios de preparatoria. De las cinco, dos son amas de casa, las otras tres son empleadas. Cuatro de ellas comparten su adscripción con la religión católica, solo una es cristiana. Las cinco fueron diagnosticadas con cáncer *in situ*⁴ en el seno *derecho o izquierdo*, dos de las cinco mujeres elegidas están casadas y aun permanecen con sus parejas, las otras tres eran solteras. De las cinco mujeres elegidas dos han sido madres. Tres de ellas ya han pasado o se encuentran en la menopausia. Solo tres de ellas desean reconstruirse el seno.

Una vez señalados dichos aspectos, se da inicio al desarrollo de las categorías de análisis.

3.2 PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS

La imagen corporal es el concepto interno que tenemos sobre nuestro aspecto, púes más allá de sus características físicas, éste refleja la percepción subjetiva de lo físico. La imagen que cada uno tiene de sí mismo se basa en cuestiones emocionales, culturales y sociales, así como en la propia experiencia personal.

Las pacientes que fueron entrevistadas muestran sus comentarios bajo la misma línea de percepciones sobre lo que es la imagen corporal, tal y como ellas lo expresan:

Gloria: *es lo que nos hace diferentes a los hombres, es la forma en que uno mismo se ve y por tanto proyecta.*

⁴ El cáncer se limita a los conductos o los lobulillos del tejido mamario y no se ha diseminado al tejido circundante de la mama.

Mónica: *es la manera en la que te ves, y por tanto es visible para los demás. Aquello que te hace ser juzgada por su simple apariencia, es distinguir lo bonito de lo feo.*

Otros elementos importantes para definir la imagen corporal tienen que ver con la edad, la moda, la forma de sentirse consigo mismo en un particular momento de la vida; la salud y cómo la percibe su familia, sus amigos y la sociedad en general. Dichos aspectos se reafirman por los comentarios de las pacientes:

Mónica: *ahora que ya tengo mis buenos años puedo decir que no me importa tanto mi apariencia, pero si esto me hubiera pasado antes de casarme o tener hijos definitivamente estuviera devastada.*

Ana: *tener cáncer de mama es lo peor que me ha pasado en la vida, soy soltera y ya mayor de edad, siento una presión porque no he hecho varias cosas que son necesarias y parte del ser mujer, como casarme y tener hijos.*

Con estas declaraciones se reafirma que la visión de las mujeres con cáncer de mama en referencia a su imagen corporal es diversa; pues se trata de un concepto complejo y subjetivo que se va alterando a lo largo de la vida y puede ser modificado por situaciones ajenas e inesperadas; en éste caso, el haber sido diagnosticadas con cáncer deterioró el valor que cada mujer tenía antes de experimentar dicha enfermedad. Dos pacientes lo expresan así:

Gloria: *el único atractivo que tenía eran mis pechos, ahora sin ellas no creo volver a sentirme atractiva.*

Ana: *tener cáncer simplemente te cambia la vida, a eso agrégale que te extirpen un seno para que te “mejores”, creo que eso empeora como me siento con mi cuerpo.*

Para Charmaz, la naturaleza y el origen del sufrimiento después de la mastectomía se relaciona con lo que ella llama la *pérdida del yo*. Las personas que tienen una enfermedad crónica frecuentemente experimentan un desmoronamiento de la imagen que tenían de sí mismo, y no desarrollan nuevas formas de verse, las experiencias y significados sobre los cuales

habían construido imágenes positivas de sí mismos ya no están disponibles para ellas. Entonces se tiene de frente una pérdida acumulada de los elementos de sí que los hacía sostenerse. (Charmaz, 2006).

A continuación se analiza la categoría que busca conocer los elementos que las pacientes entrevistadas le atribuyen a un cuerpo perfecto.

3.3 ELEMENTOS QUE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS LE ATRIBUYEN UN CUERPO PERFECTO

Botella y Grañó (2008), realizaron un estudio que evidencia los efectos negativos de las representaciones que la cultura construye en torno al cuerpo ideal femenino y como éste se relaciona directamente con la estima corporal.

Los ideales de belleza en un cuerpo perfecto; constituyen patrones relacionados con la apariencia física que suponen una construcción social del concepto de imagen corporal; y que son establecidos por las distintas sociedades, las mismas que establecen ciertos patrones físicos y del ideal de imagen corporal. Algunas pacientes refieren dicha concepción de la siguiente manera:

Helena: *desde muy chica me enseñaron que un cuerpo perfecto es tener bastante pecho y ser delgada.*

Gloria: *tener un cuerpo perfecto es tener las medidas 90-60-90, estar bien dotada; con esa idea crecí y aún lo creo.*

Si bien, la presión de los estándares culturales lleva a las mujeres a una posición de inconformidad respecto a su cuerpo que repercute en su percepción y vivencias negativas, focalizando su atención y preocupación en la opinión de los demás, convirtiéndose en juezas de sí mismas.

Para Schilder, estas concepciones se han ido gestando por los estímulos externos, adquiridos desde la infancia y de las experiencias que han alcanzado a lo largo de la vida; por otro lado, éste tipo de opiniones positivas o negativas

pueden mostrarse por todo el cuerpo en general o solo por alguna parte específica del mismo. (Schilder, 2000),

Las opiniones de las mujeres entrevistadas muestran lo que Schilder exponía, pues el ambiente sociocultural enseña cómo debe de ser un cuerpo femenino y los atributos que más se deben de valorar y dar un significado simbólico de gran importancia (Schilder, 1983). Dicho análisis se confirma con los siguientes comentarios:

Gloria: *en mi familia todas se han puesto alguna talla mas de pechos, me enseñaron a valorarme de acuerdo a mi apariencia física y en el tamaño de mis pechos.*

Thelma: *desde siempre se ha marcado la importancia del pecho, recuerdo que en la secundaria te ponían apodos si no tenías grandes pechos.*

Bajo este panorama se puede observar la gran carga social que existe para las mujeres al querer tener una imagen perfecta, esa misma imagen, que sin duda, se ve afectada cuando alguna mujer es diagnosticada con una enfermedad como el cáncer de mama, cuyo tratamiento requiere “amputar” *aquél elemento que distingue a las mujeres de los hombres; esa pequeña o gran masa muscular que las hace sentir con más o nula autoestima*; pues muchas de las expectativas de vida tienen bastante relación con el físico de la imagen corporal femenina; expectativas que se encuentran truncas por no cumplir con el cuerpo ideal y menos después de haber pasado por una mastectomía. Las pacientes se expresan así respecto a las afirmaciones antes mencionas:

Ana: *no ha sido nada fácil tratar de retomar mi vida como si nada hubiera pasado, un día despiertas y ya no tienes ese algo que te hacía sentir mejor frente al resto de las mujeres.*

Helena: *el no tener mi cuerpo completo me hace sentir inferior frente a otras mujeres y nada atractiva para los hombres.*

Haber sido mutilada del seno no es cosa menor, esto en relación con el valor simbólico del seno; pues una mujer no se siente menos mujer por perder un

riñón o la vesícula. Prestar atención a la pérdida del seno colocará la posibilidad de hablar de los significados que se han depositado en éste y que se visibilizan ante la inminente y nada voluntaria pérdida. Por otra parte, abre la puerta para dar cuenta que si hay una ruptura en la percepción de las mujeres que lo viven, en la idea que tienen de sí mismas, en lo que ven los otros de ellas; pues no solo se articulan significados sobre el ser más o menos mujer, ya que dicha falta en el cuerpo puede ser sentida como anormalidad.

Finalmente se continúa con el análisis del capítulo titulado *los senos como elemento fundamental de la imagen corporal*, en donde se muestra la importancia que tiene en la vida de las mujeres entrevistadas haber perdido un seno.

CAPÍTULO IV

LOS SENOS COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL EN LA RESIGNIFICACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS

El cáncer de mama constituye un evento inesperado y doloroso para las mujeres entrevistadas que lo padecieron, la enfermedad no solo afectó su salud, sino su autoestima respecto a la concepción corporal que tenían de ellas, ya que la extracción total de una o ambas mamas les hace sentirse inferior hacia las otras mujeres. Esto ha impactado radicalmente en su vida por el atributo cultural que a lo largo de su existir le han otorgado al seno, cuya ausencia es sinónimo de nula feminidad, valor como mujer e incapacidad biológica para amamantar.

Como se ha ido mencionado cada persona concibe de diferente manera su cuerpo y otorga un significado simbólico a una parte específica de la propia anatomía física; la cual se ha ido constituyendo como tal a lo largo de la vida, esto a través del contexto social, cultural y todo lo simbólicamente importante para el sujeto. En este caso, lo simbólicamente importante para las mujeres entrevistadas fueron los senos, pues ellos representa una parte fundamental de su apariencia y los antiguos ideales de belleza física son ahora imposibles de lograr. Las siguientes narrativas lo confirman:

Gloria: *mis senos me hacían más atractiva, por ellas me sentía mujer, me daban cierto estatus entre mis amigas, en mi familia y con mi novio.*

Helena: *los senos me daban seguridad, porque yo no soy muy bonita, pero como tenía bastante pecho lograba acaparar las miradas masculinas. Eso realmente me hacía sentir muy bien.*

Por otro lado, las mujeres mastectomizadas conciben al seno femenino no solo como un elemento orgánico del cuerpo femenino, sino como una *marca que te diferencia de los hombres*, por ello la pérdida del seno significa, no solo la esperanza de vivir sana y libre del cáncer; significa perderlo todo como mujer, desde su feminidad hasta la posibilidad de concebir una familia.

Se encontró que, tras la cirugía; las pacientes han generado dos tipos de valoración:

a) La primera hacia sí misma:

Éste tipo de valoración recae directamente en la pérdida del seno, lo que provoca en la mujer que ya no se sienta atractiva, tal y como lo expresan a continuación:

Helena: *cuando me veo, no me siento que tenga ningún encanto y eso es para mí un grandísimo problema. Trato de aceptarlo, pero no hay manera.*

Gloria: *inseguridad y poca autoestima, eso fue lo que obtuve después de la cirugía, no me siento bonita.*

Al mismo tiempo, la pérdida de valor propio por ausencia de un elemento de imagen corporal desencadena pensamientos conscientes o inconscientes que transitan del siguiente modo: *mi pecho no vale, mi cuerpo no vale, yo no valgo*, algunas pacientes lo expresan de la siguiente manera:

Ana: *antes veía más cosas positivas en mí, pero ahora no, parece que voy descubriendo cada vez más defectos en mi cuerpo.*

Gloria: *ahora que no tengo mis senos, siento que me hace falta algo que me define como mujer, para mí siguen representando el atractivo perdido que puedo recuperar pero que ya no será igual y su pérdida significa poca probabilidad de poder encontrar a un hombre.*

b) El segundo es dirigido hacia el otro:

En éste aspecto lo que le sucede a la mujer consigo misma se desplaza al medio que la rodea, es decir, el estado en que ha quedado su físico de acuerdo con las expresiones, manifestaciones u opiniones de quiénes están a su lado, en especial de su pareja, familiares o amigos. Ellas encuentran demasiado vigilantes de lo sucede a su alrededor, sometiéndose en cierto modo a las manifestaciones de los demás. Experimentan un miedo exagerado al rechazo, llegando a interpretar cualquier manifestación verbal o gestual como una

descalificación, lo que puede llevarlas a negarse a volver al trabajo tras la recuperación. Algunas de ellas guardaron en secreto la enfermedad y la propia intervención; las pacientes lo mencionan así:

Mónica: *hasta ahora he contado que estaba depresiva y no he dicho el motivo aún, tengo miedo al rechazo de las personas o que sientan lastima por mi; algunos amigos ponían cara de tristeza al verme enferma, ese tipo de expresiones es a lo que me negaba a recibir.*

Ana: *mi familia no se entero de mi enfermedad hasta que me operaron, ya teníamos bastantes problemas como para agregar uno más. De hecho, ni en mi trabajo se enteraron porque yo no quería pedir permisos para ir al doctor, simplemente no quería que se enteraran.*

Para dos de las pacientes entrevistadas fue fundamental el apoyo de sus parejas; sus esposos las apoyaron en todo momento, sin embargo este tipo de acompañamiento no minimizaba el que ellas se sintieran incompletas; las pacientes lo externan de la siguiente manera:

Mónica: *mi esposo siempre me apoyo, y siempre me decía que para él no solo soy un pecho, sus palabras me hacían sentir bien por un momento, porque después me sentía incompleta.*

Thelma: *pienso ahora que me siento insegura porque no sé si mi marido me va a seguir queriendo de la misma manera.*

Las mujeres entrevistadas se muestran muy inseguras debido a que ponen en duda su capacidad de significar algo para el sexo opuesto, en cuyo caso no saben cómo comportarse delante de ellos; asimismo, comentan cómo les da seguridad sentirse atendidas y satisfechas en el terreno amoroso. Algunas pacientes lo narran así:

Thelma: *si no me gusta nada a mí misma ¿Cómo cree que le voy a gustar a mi marido? No tener el pecho me resta espontaneidad sexual frente a él.*

Gloria: *no sé cómo reaccionar ante la posibilidad de una relación, no sé si se dará cuenta de que me falta un pecho.*

Los sucesos expuestos pueden agudizarse en aquellas que no tienen pareja y desean tenerla, en cuyo caso manifiestan una inquietud particular ante la idea de una primera mirada a su cuerpo desnudo y, si inician un nuevo contacto en ese período, nunca encuentran el momento para lo que consideran una verdadera “*confesión*” que a continuación de paso a una intimidad física. Las pacientes expresan su sentir acerca de la pérdida de ese miembro tan importante:

Helena: *me siento mutilada, con dos grandes cicatrices.*

Thelma: *siento que algo me hace falta, me arreglo pero es difícil tratar de ocultar mi malestar por andar en la calle con una prótesis.*

Gloria: *me sentía muy mal al ver y corroborar que jamás podría volver a sentirme segura al lado de mujeres totalmente femeninas.*

Ana: *volteas a ver esos cuerpos voluminosos, atractivos, me miro y no encuentro nada de lo que antes fui, ya no me siento una mujer completa.*

Si bien; las declaraciones muestran que, la pérdida del seno, es por una parte la esperanza de vivir sana y libre del cáncer, pero por otro lado significa perderlo todo como mujer, desde su femineidad hasta la posibilidad de concebir una familia. La ausencia de ese miembro tan importante, no solo modifica su vida sino que cambia de manera radical la forma en la que se percibían antes de ser sometidas a una mastectomía. Los siguientes comentarios lo afirman:

Mónica: *la forma en la que veía mi cuerpo está dividida en dos; antes y después de la cirugía*

Gloria: *a veces, cuando tengo el valor de mirarme al espejo veo un cuerpo que no quiero reconocer como mío, si antes no era atractivo, ahora menos.*

Por otro lado, la construcción de la imagen corporal también se ve afectada por otras alteraciones físicas que curren tras la intervención y que la propia mujer

tiende a disimular; el primero de ellos llega después de la cirugía; que al practicarse deja claro que en donde ahora hay una cicatriz, existía un seno; las pacientes lo expresan así:

Mónica: *para mí fue un infierno mirarme al espejo y verme con el brazo inflamado y sin el pecho.*

Helena: *tuve sentimientos encontrados, por un lado estaba feliz por haber atacado al cáncer, pero por otro lado era infeliz por perder mis dos pechos.*

Un aspecto importante es el relacionado con *la caída del cabello*, la cual es consecuencia de la quimioterapia, que provoca respuestas negativas en las pacientes, pues la pérdida capilar es igual de temida que la propia extirpación, debido a la imposibilidad de disimularse. No obstante, alguna de las mujeres entrevistadas se rapan y no les importa mostrarse de esa manera, algunas lo afrontan con más serenidad, después de cierta aceptación del problema estético que ello supone. La pérdida de cejas y pestañas complican aún más el problema, pues piensan que su rostro pierde definición. Las pacientes se expresan de la siguiente manera respecto al tema:

Thelma: *por el simple hecho de usar mascaradas en la cabeza; las personas se imaginaban que tenía cáncer.*

Gloria: *Preferí cortarme todo el cabello a que se fuera cayendo por el tratamiento.*

Ana: *con la quimioterapia mi piel se veía seca y demacrada, llego el momento en el que me sentía como un maniquí, sin cejas, sin cabello, sin autoestima.*

Mónica: *mi familia me regalaba pelucas de colores y a veces bromeábamos sobre la enfermedad. Fue difícil.*

Helena: *yo preferí raparme después de ver como se me caía el cabello. Muy rara vez me ponía pelucas, no tenía ánimo para usarlas.*

Como se ha visto, a lo largo de todo el capítulo, la ausencia de los pechos fragmenta el ideal de la imagen corporal; repercute en la autoestima de las

pacientes y en la capacidad de poderse desenvolver en pareja; ello permite reconocer emociones poco valoradas durante el tratamiento médico y que deben de ser tomadas en cuenta para una recuperación integral.

4.1 PRESENCIA SIMBÓLICA DEL PECHO FEMENINO

En este apartado se estudiaron las concepciones simbólicas que las mujeres aportan respecto al seno femenino; se retoman autores que hablan al respecto lo cual dio sustento a la investigación.

Schilder menciona que el imaginario que cada persona tiene sobre su cuerpo es el resultado de los mensajes transmitidos por la cultura, pues no existe comportamiento natural en el hombre, en donde éste factor no se encuentre presente. La adquisición de los significados simbólicos no se dan de manera aislada, no son únicamente de orden individual, no le pertenecen únicamente a cada una de esas mujeres a las que se les ha extirpado un seno y han vivido cáncer de mama; los significados sobre el cuerpo son producidos en y desde la cultura, pues se van actualizando en la interacción con el entorno; es así como la cultura produce los significados acumulados, generados hacia algo en particular pues toda esa interacción social es simbólica y significativa. (Schilder, 2000) Ante ello, algunas pacientes opinan al respecto.

Mónica: *lo que escuchas de pequeña referente al ideal de mujer y del cuerpo es lo que apropias como normal, fuera de eso no imaginas otras cosas.*

Gloria: *la educación de las mujeres de mi familia es verse bien para el otro no para uno mismo.*

Para Garcia el significado simbólico del seno no es de orden psíquico, sino que se encuentra en el acto social; es decir que la propia sociedad es quien marca los estándares de lo que debe ser valorado. (Garcia, 1990). Las pacientes refirieron que es *la misma sociedad quien les ha marcado a lo largo de los años la importancia del seno.*

Berger y Luckmann plantean que hay una sedimentación, esto es, una acumulación de símbolos compartidos que pertenecen al orden de lo social. El

seno femenino ha poseído una marcada carga simbólica por su fuerte asociación e inscripción con las identidades femeninas. El seno se presenta como esencial en el cuerpo de la mujer y constitutivo de su identidad, en un primer momento por la función nutricia de lactar y después como un elemento erótico. (Berger y Luckmann, 1966). Algunas pacientes se expresan así ante las afirmaciones antes mencionadas:

Helena: *el seno te define como mujer de lo contrario nos confundiríamos con los hombres*

Thelma: *el seno es importante no solo para hacernos sentirnos femeninas, también es importante para amamantar*

Para Tejerina y Florencio, el seno aparece como el símbolo primordial de la feminidad y posee tres vertientes: el primero *significar con su presencia la condición de la mujer*, el segundo, como *aspecto externo de elemento de belleza* y el tercero; *la manifestación íntima de un contenido erótico*. Los tres, en su conjunto son pilares en la construcción simbólica del seno, y es a través de la presencia de éste que se visibiliza la feminidad; sin embargo no es el único significado que se *revela* cuando éste se encuentra ausente debido al cáncer de mama, también se auto revalora la concepción de imagen corporal que se tenía. (Tejerina y Florencio, 2007) Algunas pacientes refieren lo siguiente:

Mónica: *ves tu cuerpo diferente, como algo que ya no es parte de ti, algo que no reconoces.*

Gloria: *la cirugía te cambia todo lo que pensabas de tu cuerpo, sabes que te van a cortar un pecho, solo te imaginas como lucirá, pero cuando te ves, sientes que ves un cuerpo que no es el tuyo.*

Otro aspecto importante es la concepción simbólica del seno, que se va gestando desde el ámbito familiar en el que la persona se desarrolla, pues aprenderá a asumir e interpretar el valor que le designa cada parte del cuerpo o dicho de otra forma, la anatomía adquiere significado de acuerdo con los mensajes procedentes del otro y del significado que aporta a esos significantes

el sujeto en cuestión. En esta línea, la mama se convierte en un signo y cobra distinta importancia en cada mujer; su significación es de carácter personal y se asocia con aquellas palabras que se recibieron respecto a ésta zona. Las mujeres entrevistadas lo expresan así:

Ana: *en mi familia todas tienen grandes pechos y por eso yo también esperaba tenerlos en esa misma proporción.*

Mónica; *soy la única de todas las mujeres de mi familia que no heredó eso de tener los pechos grandes.*

Sin menoscabar los constructos referente al significado que se den a los senos, estos siempre irán ligados a los valores que la cultura les dé a los mismos. Estos significados se les han atribuido a lo largo de la historia, y mediante los cuales varones e instituciones se han apropiado de ellos, y raramente han expresado los sentimientos de las mujeres. En este caso, la percepción de la mujer mastectomizada referente a su seno depende del sentido que se le dé al órgano extirpado y de lo significativo que haya sido en su vida, en su autoestima y su sexualidad. Tales significaciones se van a mostrar claramente en la opinión de las pacientes entrevistadas:

Helena: *los senos son parte importante para mí, quedarme solo con uno fue como quedar incompleta, físicamente ya no soy atractiva y no es porque yo lo piense sino porque así es.*

Ana: *nunca me he sentido bonita, quizá mis senos hacían que los hombres se fijaran en mí.*

Bajo éste panorama, es lamentable que el seno se describa como un elemento sexual y de suma importancia no solo para el sexo opuesto, también para las mujeres. Sin embargo, el atributo sexual del pecho no es en absoluto universal; en distintas culturas de África y del sur del Pacífico, donde las mujeres han ido con los pechos al aire desde tiempos inmemoriales, por lo que éste no ha adquirido el significado predominantemente erótico que ha alcanzado en Occidente; pues esas culturas tienen sus propios fetiches: los pies pequeños de China, la nuca en Japón, las nalgas en África y en el Caribe.

Como se ha venido explicando a lo largo de la investigación, el seno es simbólicamente importante para las pacientes entrevistadas; dicho valor se gesta en la niñez, dentro de la familia, la cultura y desde la sociedad; por ello la pérdida del mismo reconfigura el constructo del ideal de su imagen corporal, dicho aspecto da pie a la siguiente categoría de análisis en donde las féminas expresan su sentir ante la pérdida de la seno.

4.2 SIGNIFICADOS SOCIOCULTURALES DE LA AUSENCIA DEL SENO FEMENINO

La presencia de los senos ha sido aparentemente dada, por default en el paquete anatómico de las mujeres. Se debe cuestionar qué aspectos se les atribuyen, no sólo los significados que poseen, sino qué se logra simbólicamente con ellos, ya que dichas concepciones se revelan ante la ausencia de los mismos, no sólo es hablar de la cualidad nutricia que tienen (aspecto íntimamente relacionado con la figura de la madre); sino que las pacientes se identifican a través de ellos como mujeres y ser mujeres por los senos, esto significa estar completas y pertenecer a las mujeres normales.

La atención y significación sobre el seno no se da de manera idéntica en cada mujer, hay que considerar el momento en el que se presenta la enfermedad, es decir, qué etapas de vida y circunstancias hay alrededor de la mujer que hoy lo enuncia y las condiciones que vivía cuando fue extirpado el seno; si tenían hijos pequeños, pareja, qué tipo de trabajo tenían; la educación recibida y los valores colocados sobre el cuerpo y sobre sí mismas.

Las mujeres relatan en su discurso que con la ausencia del seno se pierde feminidad, sexualidad y en algunos casos la maternidad. Las pacientes lo expresan de la siguiente manera:

Gloria: *muchas personas prefieren la salud que recuperar el seno, pero para mí es importante.*

Thelma: *a pesar de que mi esposo me dice que a él no le importa mi apariencia, yo no me siento segura de mostrarme desnuda ante él.*

Ana: *el médico me mencionó que había poca posibilidad de tener hijos después de haber tenido cáncer. La oportunidad de ser madre se me ha arrebatado.*

Estas enunciaciones permiten analizar la estrecha relación que se genera entre ser mujer, ser femenina y tener senos. Perder uno es dejar de ser mujer, es sinónimo de *anormalidad*, es *verse monstruosas*, es *sentirse como Frankenstein*, *deformes*, es concebirse como un *rompecabezas*, y es lidiar con esa imagen que, ahora el cuerpo muestra.

Cuando se mutila el seno de las mujeres, pareciera que no sólo es cercenado éste, también se cercena la imagen que tienen de sí mismas, la percepción se altera pues algunas pacientes externan que *pasaron meses sin mirarse a un espejo*; se describen *amargadas*; existe una negación del cuerpo desnudo frente al espejo, pues es posible ver el daño que ha sufrido, que ni siquiera con las prótesis es posible cubrir; *la ausencia más que hueco es percibirse como un cuerpo plano como una continuación del abdomen*.

También aparecen otras pérdidas que tienen que ver con la identidad de las mujeres, la pérdida de confianza en ellas mismas, pues afirman que *dejaron de ser lo que eran*, se ven arrebatadas de las concepciones que tenían de sí mismas, la manera en que solían verse, la forma de relacionarse corporalmente con los otros y la seguridad que otorga el sentirse completas, se esfuma.

Para las pacientes entrevistadas, estar en el mundo sin un seno amplía la posibilidad de *ser abandonadas*, es un pronóstico de *ser violentada por el otro al ser descalificada como no-mujer*; como un *ser carente e incompleta*; significa que *el otro pierda interés en ellas*, *la amenaza de que la pareja se marche*; estar sin un seno puede significar que su pareja *tenga una amante*; es sinónimo de *inseguridad*, es *poder masculino ejercido sobre ellas*. Algunas pacientes lo ejemplifican a continuación:

Ana: *dejas de ser femenina, sientes que dejas de ser mujer, la mayoría de la ropa es para que tus pechos luzcan, y pues te sientes rara porque solo tienes*

pecho de un lado y del otro no, te sientes deforme, yo me sentía como un jorobado, por eso estoy en espera para que me reconstruyan mi seno.

Gloria: *no solo importaba mi dolor, ni mi sentir, me importaba como me iba a mirar la gente, me aterraba la idea de mostrarme desnuda ante un hombre.*

Thelma: *mi esposo me ayudo a no sentirme tan mal, aunque a veces pienso que estaría bien si él busca a una mujer completa, no se lo recriminaría.*

Por otro lado, están las mujeres que sienten menos valor de sí frente a las otras mujeres, pues les *recuerda a la mujer que solían ser y el cuerpo que se solía tener*, hay una conciencia de la edad y del cuerpo que se tiene; que además del ausente seno, ha cambiado. Estar sin un pecho tiene que ver con las otras mujeres, y no cualquiera sino *las mujeres completas y más jóvenes*, sentir menos valor ante ellas por eso. Las pacientes entrevistadas lo expresan de la siguiente manera:

Mónica: *verme rodeada de mujeres que tienen la fortuna de no tener cáncer me hacía sentir chiquita, no son ellas las que te tratan mal, es uno mismo y las ideas que ya se tienen.*

Ana: *yo marque mi distancia con mis amigas, por una parte no quería que sintieran lastima de mi y otra porque me daba cierta tristeza no poder estar completa como ellas.*

Se encontró que las mujeres que no tenían pareja; a partir de la pérdida del seno han anulado la intimidad sexual y les es difícil volver a tener una pareja, desean volver a *tener relaciones sexuales, no morir sin volverlo a hacer*, pero *no será hasta que se reconstruyan el pecho, no se sienten seguras así*; algunos comentarios al respecto por parte de las pacientes, se enuncian a continuación:

Ana: *yo me sentía menos, veía a las mujeres jóvenes y me sentía que no valía nada, (llanto) decía ¿quién me va a querer así?, y luego ya estoy grande, pero ahora ya no me preocupo, porque si no me toca casarme ni modo, ahora lo que pienso es viajar, si ya no pude criar una familia, tener un hombre, hijos.*

Gloria: *estando completa me costaba trabajo poder tener una relación estable, ahora que me hace falta un seno dudo que logre estar en pareja*

La ausencia del seno tiene que ver también con lo masculino, pues son un atributo admirado por los hombres, en donde la pérdida de uno o ambos hace sentir a las pacientes menos atractivas para ellos; la valía que se construye socioculturalmente en ellas tiene como andamios; la edad, el cuerpo que poseen, el estado civil y si lograron procrear. Algunas pacientes lo expresan de la siguiente forma:

Helena: *¿quién me va a querer así? Mi cuerpo está incompleto Ya no soy una jovencita para encontrar a una pareja tan rápido.*

Thelma: *no es lo mismo no tener un seno a los treinta años que a los casi cincuenta A pesar de que mi esposo e hijos me apoyan es complicado no sentirse poco atractiva.*

Es importante señalar que el papel del hombre es determinante, es decir, las parejas de las pacientes que estaban casadas no fueron abandonadas por ellos; hay parejas que procuran el bienestar de ellas al decirles que *no son un seno*, aunque ellas no lo sientan así. También hay casos en donde los esposos abandonaron a sus parejas argumentando que no podían con esa situación. Algunas pacientes agradecen que su pareja no las hayan dejado; ellas lo expresan así:

Mónica: *el apoyo de mi esposo me hizo valorar mi salud y no tanto mi apariencia. Aunque no te voy a negar que me daba pavor pensar que me podía dejar.*

Thelma: *pensé que mi esposo me iba a abandonar, mi sorpresa fue otra al ver todo su apoyo y comprensión.*

Es importante mencionar que se encontró a una mujer que aceptó el cuerpo que ahora tiene, la única que *no desea reconstruirlo* y que se ha *apropiado de esas cicatrices que le dejaron en el cuerpo, marcas que no esconde y muestra*

a las otras, cuerpo que ahora le parece bello, sentirse la misma aunque le hayan quitado el pecho; la paciente a la que se describe lo externa así:

Thelma: *creo que sentirme realizada como mujer y haber tenido el apoyo de mi esposo me ayudó a aceptar mi cuerpo, después de todo estoy viva y para mí eso es lo único que cuenta, no me siento más ni menos que las demás mujeres, soy una sobreviviente del cáncer; podre ver a mis nietos crecer y envejecer con mi pareja, eso es lo más importante para mí*

¿En qué radican tales diferencias de significación?; la respuesta reside en la seguridad construida sobre sí misma a lo largo del tiempo sobre su cuerpo, belleza y sobre lo que se ha sido. A esta significación también corresponde la capacidad de aceptación de la pérdida en la vida cotidiana, lo que implica no cuidar lo que los otros piensen sobre ellas; se deben mostrar y exponer sus cuerpos a los otros, tener intimidad y revelarse como lo que sé es; la misma; lo único que se perdió fue un pecho.

En este apartado se analizaron los factores que cambian la percepción que cada mujer tiene sobre su imagen corporal, dichas concepciones tienen que ver con el ideal corporal que se han marcado a lo largo de su vida y que se reconfiguran a raíz de la enfermedad. Dicho capítulo da enlace a la siguiente categoría denominada *mutilación sociocultural del cuerpo femenino*, en donde se analiza el sentir de la paciente con respecto a su imagen corporal después de haber perdido su seno

4.3 MUTILACIÓN SOCIOCULTURAL DEL CUERPO FEMENINO

El cuerpo es terreno de lo simbólico, necesario para la construcción de la identidad, y, en la actualidad se tienen cuerpos situados y moldeados en diferentes contextos.

La feminidad es la distinción cultural históricamente determinada que ha caracterizado a la mujer a partir de su condición genérica, ésta se ha definido de manera contrastada, excluyente y antagónica frente a la masculinidad del hombre. De esta manera la feminidad es un conjunto de atributos de las mujeres adquirido y modificable; se espera que ellas realicen actividades,

tengan comportamientos, sentimientos, pensamientos y relaciones específicas a través de las cuales se realicen como mujeres.

Lagarde reconoce que la feminidad se define como el ser de y para otros; menciona que es evidente la desestructuración de la identidad femenina patriarcal, pues se están generando nuevas identidades femeninas, y se aspira a que incluso, algún día desaparezca la categoría “mujer” aunque esto atente contra el orden social que ha visto la subordinación de la mujer de forma naturalizada. (Lagarde, 1990).

Ser mujer y padecer cáncer de mama no es algo de poca importancia, pues la enfermedad es mirada desde formas muy particulares, tiene sus propias construcciones y su propio lenguaje. *Ser mujer y enfrentar cáncer de mama habla de otras batallas, no es sólo ir contra la enfermedad; misma que se ha posado silenciosamente en el cuerpo y que hay que estar vigilando constantemente; también es una batalla contra esos que miran y señalan a las mujeres que alguna vez se encontraron completas físicamente y se sentían femeninas, y ahora se convirtieron en mujeres enfermas e incompletas.* Si bien, pareciera que el cáncer solo es un problema de salud pública; sin embargo, atenderlo implica la mutilación del seno, el que ha estado estrechamente ligado a la constitución subjetiva de la identidad femenina, entonces, no solo se mutila el seno, también se mutilan las concepciones creadas al entorno del mismo.

La mama no es solo una glándula que recibe influjos hormonales, sino que es una parte del cuerpo a la que se le presta mucha atención en nuestra cultura y, aunque se halle oculta y no se observe directamente, se sabe de su presencia, volumen, forma, etc., modificándose sus implicaciones estéticas de acuerdo con los gustos de cada época. Esto da a entender que es un órgano valioso desde el punto de vista erógeno (erótico), siendo para muchas la expresión de su propio valor y poderío. Tales extremos pueden comprobarse en las entrevistas, en cuyo espacio se registran distintas actitudes referidas a la imagen de ésta zona; de ahí la importancia que tienen los senos no solo por producir sensaciones eróticas, sino por la valoración que la portadora le asigna y, a la importancia que le dan las mujeres debido a su posesión o desaparición. La mastectomía, es sinónimo de la eliminación del seno, lo que conlleva la

pérdida de esta parte tan valorada, lo que provoca la ruptura del “imaginario corporal”. Este hecho diferencia al cáncer de mama del resto de los tumores que no suelen presentar tales complicaciones. Las pacientes entrevistadas asocian la carencia del pecho con una pérdida de *feminidad* tal y como lo explican:

Gloria: *Miré mi pecho y pensé: ya no eres tan mujer, me hacía falta algo.*

Ana: *Los senos son los que te marca como mujer, de lo contrario serias un hombre, ser mujer es tener pechos, y por lo tanto eres femenina.*

Se puede observar la generalización de la representación que se asigna a los pechos de las mujeres, pues éstos han sido considerados como un atributo exclusivo del sexo femenino y que funcionan como deleite para los hombres. Los conceptos familiares sobre la importancia del seno, la sociedad, así como los medios de comunicación otorgan un nivel de atracción que les permite autodefinirse, vivir y expresar su feminidad. Se constata lo señalado con las siguientes aportaciones:

Helena: *provengo de una familia cuya femineidad se marca por el tamaño de senos que tengas.*

Gloria: *desde que empecé a crecer siempre fui muy coqueta, me ponía mis escotes, usaba ropa interior sexy, y todo porque mis pechos me hacían sentir mucho más atractiva hacia los hombres.*

Las mujeres no se sienten atractivas al faltarle un seno y hallarse a veces, calva, sin cejas, sin pestañas y con más peso; *se encuentran desfiguradas, han dejado de ser bellas y no se ven con capacidad suficiente para seducir*; en palabras de las pacientes entrevistadas, esto se traduce de la siguiente manera:

Ana: *con la cicatriz y la calvicie, me desapareció también la feminidad.*

Mónica: *¿cómo piensa que puede haber algo de intimidad entre mi esposo y yo siendo un adefesio?*

Se detecta un aspecto importante de la “feminidad”, la cual es sentirse o no deseada. Estos sentimientos florecen después de haber sido mastectomizada ya que, si las mujeres no conciben que tiene un cuerpo atractivo, le costará mucho trabajo sentirse deseadas y por ende, femeninas, las pacientes lo expresan así:

Ana: *ya no me veo bonita y pienso que por eso no tengo demasiadas ganas de estar con alguien.*

Gloria: *yo siempre estuve muy orgullosa de mi pecho, muchas veces iba sin sostén por la calle. Quedarme sin él fue terrible para mí; al principio no me lo podía creer y luego no me sentía bella ni tampoco podía pensar que algún hombre quisiera estar conmigo, ni siquiera con quien era mi pareja.*

Por lo tanto, el “ser femenina” se identifica en muchas mujeres *con estar pendientes de su cuerpo; cuidarse, arreglarse, etc.*, esto para *hacerlo deseable siempre al sexo opuesto*. En éste sentido, se comprende que para ellas *perder el seno es equivalente a perder parte de la “feminidad”* e incluso, más allá, algunas mujeres *sienten que pierden su propia identidad*, dos pacientes lo externan de la siguiente manera:

Mónica: *ya no me siento la misma.*

Gloria: *si quiero volver a sentirme mujer, sentirme bonita tengo que reconstruir mi pecho así solo reconstruiré mi autoestima.*

Hay que añadir a lo expuesto el necesario cambio de vestuario que tiene que darse en estas pacientes, pues al tener que ocultar la ausencia del pecho o la prótesis, no pueden usar libremente las prendas ajustadas o con escote; teniendo que usar ropa ancha, con vuelos o pliegues. Las mujeres entrevistadas comentan al respecto:

Helena: *no me sentía femenina porque iba con un sujetador que parecía el de mi abuela.*

Ana: la mastectomía te impide vestirse igual y limita la elección ropa interior coqueta.

A manera de conclusión del tema antes expuesto se afirma que la extirpación de la mama constituye una pérdida que desencadena la elaboración de un proceso de duelo, que permitirá a la mujer reconstruir su nueva imagen corporal.

El duelo es la respuesta normal a una pérdida, ya sea de un ser querido, como algo físico o simbólico. Los sentimientos originados por esta pérdida serán más intensos cuanto más importante sea el objeto perdido para la persona. Sin embargo, cada individuo responde a una pérdida de manera diferente y no existe una forma correcta de duelo, por lo tanto la persona elabora su duelo en relación con lo que ha perdido y la búsqueda de cómo recuperarlo. Existen diversos tipos de pérdida: de objetos externos, de un entorno conocido, de una persona cercana, de un aspecto del yo y pérdida de la vida. La pérdida de un aspecto del yo o de uno mismo, se refiere a la pérdida de una parte del cuerpo o una función psicológica o fisiológica, por ende la mastectomía se clasifica en este tipo de pérdida, generando un estado de duelo y una alteración permanente de la imagen corporal y del concepto que la paciente tiene de sí misma. (Potter y Perry, 1996).

4.4 PRESENCIA SOCIOCULTURAL DEL SENO FEMENINO

Al observar el cuerpo femenino, no solo se vislumbra una realidad biológica, se observa una realidad simbólica y cultural alrededor del mismo, por ello se vuelve necesario explorar los significados que las personas atribuyen a sus cuerpos y los efectos que esa valoración tiene sobre la manera en que organizan su vida sexual.(Lamas, 2002). Algunas pacientes reafirman lo que Lamas comenta al respecto:

Gloria: los senos siempre han sido parte importante en la vida de las mujeres, pero no fue hasta que me diagnosticaron cáncer que su ausencia significa mucho para mí, mucho más en la parte sexual, porque los hombres es en lo único que se fijan.

Helena: *Siempre he sabido lo que significa para mí los pechos pero ahora con mayor fuerza, pues perderlos me reafirma lo necesarios que son en la vida de las mujeres, bueno, en mi vida.*

Para Barquet, el seno femenino históricamente ha tenido un lugar relevante en la vida social y política de los grupos humanos, ha poseído una marcada carga simbólica por su fuerte asociación e inscripción con la identidad femenina. El seno se presenta como esencial en el cuerpo de la mujer y constitutivo de su identidad, en un primer momento por la función nutricia de lactar; en dicho acto se genera una estrecha relación afectiva que la madre establece con su hijo a través del seno, es una relación afectiva y sensorial de una aparente fuerte unión sentimental. (Barquet,2002).

Por su parte Tejerina y Florencio mencionan que, el seno es un símbolo primordial de la feminidad y posee tres vertientes: el primero es dar un significado con su presencia a la condición de la mujer, el segundo aspecto, es el elemento de belleza y finalmente se resalta la manifestación íntima de un contenido erótico. Los autores expresan que lo que ha quedado como permanente y exaltado es el sentido del seno femenino como símbolo de las facetas de la mujer: el de la belleza y el de la sexualidad. (Tejerina y Florencio, 2007). Los autores añaden otra forma de mirar el seno femenino al afirmar que:

Los senos son espejos sensibles que reflejan la situación de la mujer; desde luego, todas las relacionadas con sus funciones íntimas, (los médicos la llaman variaciones hormonales): los días anteriores al período, las gestaciones y la lactancia. Los primeros pasos de niña adolescente se muestran en el florecer de los senos. El adelgazamiento y los aumentos de peso repercuten siempre sobre los senos y, en general, todas las alteraciones en la alimentación se hacen notar sobre la piel y consistencia de los mismos La vida emocional repercute de manera notoria. Puede decirse que todo cuanto sucede a la mujer es detectado en cierta medida por los senos en forma de dolor, erotismo.

Bajo este panorama se encuentra una estrecha relación entre lo biológico, la carga social y la relación que la paciente establece consigo misma. La pregunta es ¿qué sucede con la ausencia de este *espejo sensible*? Se tiene en un

primer nivel lo funcional-nutricio del seno femenino, pero también se encuentra lo que el seno femenino otorga a las mujeres al sentirse completas y tener un cuerpo femenino estético, y así mismo, marca la diferencia social de ser una mujer o un hombre; las pacientes reafirman lo antes señalado por los autores de la siguiente manera:

Mónica: *los senos son parte importante en la vida de una mujer pues no solo sirven para amamantar, es parte esencial de nuestra anatomía.*

Helena: *los senos marcan la diferencia entre ser hombre o mujer.*

Por otro lado Tejerina y Florencio explican que hay que asegurar la función nutricia en el seno, así como utilizar los llamados sujetadores o sostenes para el mantenimiento de la estética del seno cuyo uso es inaugurado cuando la adolescencia se hace presente, momento que es acompañado muchas de las ocasiones por las instrucciones de las madres quienes son las encargadas de la educación de lo femenino, esto coloca en evidencia que la mera presencia del seno no basta, hay que cuidarlos; también se habla de un tamaño estético adecuado que sea proporcionado con el resto del cuerpo, también se distingue el fuerte papel que ha tenido la mama como órgano erótico, así mismo no es posible dejar de lado las imágenes de cuerpos ideales y las cirugías plásticas que apuestan por pechos con silicón. (Tejerina y Florencio, 2007). Las pacientes expresan dichas afirmaciones de la siguiente manera:

Helena: *Desde que era una niña me enseñaron lo importante que es tener pechos grandes y a saber lucirlos*

Gloria: *¿Qué es lo primero que miran los hombres? Los senos, no miran otra parte de tu cuerpo que no sean los pechos.*

Bajo éste panorama se puede observar que hay una fractura en la carga simbólica que se deposita en el seno, pues las pacientes no logran poseer un cuerpo sexuado femenino con la ausencia del seno; elemento esencial que es físico y simbólico, es el mismo que da identidad de género, y la expresión femenina.

Por su parte Lamas, afirma que en nuestra sociedad, los senos son considerados en la construcción del cuerpo femenino uno de los principales cimientos en que se asienta la imagen femenina. (Lamas, 2002). Las pacientes afirman lo que Lamas expone:

Thelma: *Lo que te caracteriza como mujer son los senos, después el poder procrear, pero de inicio son los senos los que te hacen mujer.*

Gloria: *Si no tienes pechos entonces podrían confundirte con un varón.*

Blanco-Sánchez, expresa que el ideal estético del cuerpo de la mujer ha sido tradicionalmente un valor mucho más importante para la mujer que para el hombre, por esta razón, para el autor, las mujeres están más discriminadas y presionadas socialmente con el mantenimiento de su cuerpo. De ahí que las pacientes entrevistadas le atribuyan un todo al seno, pues como ellas mismas han expresado; *es el seno lo que las diferencia de los hombres, las hace femeninas, el tamaño del propio pecho las hace lucir más o menos atractivas hacia los hombres.*

Por otro lado, éste tipo de cargas simbólicas se han ido gestando desde el lugar de origen y se han reafirmado dentro de la sociedad; de ahí se afirma que las concepciones son meramente culturales. (Blanco-Sánchez, 2010)

Estas aportaciones dan paso al siguiente capítulo titulado: *Adaptándome a un nuevo cuerpo*; en el se muestran los recursos que las pacientes utilizaron para volver a sentirse seguras, sobrellevar la enfermedad y aceptar la nueva imagen de su cuerpo.

CAPÍTULO V ADAPTÁNDOME A UN NUEVO CUERPO

Se decidió llamar a este capítulo “Adaptándome a un nuevo cuerpo” porque las pacientes entrevistadas reflejaron verbalmente su sentir sobre el proceso de la enfermedad en la que se vieron inmersas, en donde la recuperación de su salud era igual de importante que la pérdida del seno que por ende reconfiguro de manera sociocultural su imagen corporal.

De esta forma, la mastectomía afectó áreas concretas de la imagen corporal, tales como la actitud ante el propio cuerpo desnudo y la autovaloración del atractivo físico. Estos se han manifestado a través de sentimientos negativos; cuando las pacientes se miran desnudas ante el espejo o cuando las ve su pareja; estas mujeres experimentan sentimientos de vergüenza, falta de atractivo, desagrado, y han llegado a reaccionar de forma negativa ante sus parejas.

La asimetría resultante de la mastectomía, junto con las secuelas propias del tratamiento oncológico; como la caída del cabello, etc; van a repercutir negativamente en el sentimiento del atractivo de la mujer, debido a la importancia que tienen estos atributos físicos, en los patrones y valores de belleza femenina estandarizados.

Sin importar el tiempo transcurrido de la mastectomía, a las pacientes se les hace muy presente dicho evento, esto porque el cuerpo ha sufrido cierta alteración y la persona afectada pasa por un proceso de aceptación en donde se reformula o se reafirma el valor simbólico y del significado que representa el pecho. En los estadios iniciales, las pacientes externalizan *su temor al mirarse en el espejo tras realizar el cotidiano aseo personal*, ello porque les resulta difícil la confrontación de las modificaciones corporales originadas después de la cirugía, los siguientes comentarios muestran el temor a vislumbrar la mutilación:

Ana: *cuando me vestía y me acercaba al espejo, en automático cerraba mis ojos Me daba miedo mirarme*

Mónica: *Tardé como seis meses en volverme a mirar, fue muy duro, cuando por fin lo hice lloré y eso porque había olvidado mi toalla y salí del baño y por error me mire.*

Por otro lado; algunas pacientes intervenidas muestran diferentes sentimientos después de la cirugía, haciendo referencia al gran impacto que la mastectomía les causo:

Helena: *yo no quise descubrir la cicatriz en el espejo hasta varias semanas después de operarme, aunque mi médico me había explicado lo que había hecho en el quirófano. Cuando lo hice, me quedé helada. Faltaba una parte de mí.*

Thelma: *la imagen que ese espejo me devolvía me provocaba una grandísima tristeza, no podía mirarla. Era terrible para mí mirar mi cuerpo. Pensaba que la vida era muy dura con las mujeres.*

Evidentemente, las pacientes tendrán que apoyarse en diversas estrategias para lograr una estabilidad emocional ante la pérdida de su seno y aceptación de lo que ahora es su nueva imagen para que puedan recuperar los planes de vida pospuestos por la enfermedad.

5.1 AFRONTANDO LA ENFERMEDAD

Las formas de afrontar la enfermedad se relacionan con lo que las mujeres han aprendido desde el hogar y su interacción con el exterior, los el tiempo que se toman para resolver alguna situación y la actitud frente a los mismos.

Están las mujeres que piensan que tienen que enfrentar la realidad de inmediato como cualquier otro problema, afrontar lo que a ellas *les toca* pues no se puede *rodear ni saltar la enfermedad*, hay que *tomar el toro por los cuernos no darle la vuelta, o poner el cuerpo a disposición de los que tienen el conocimiento; los médicos*. Algunas pacientes se expresaron al respecto así:

Thelma: *es impresionante cuando te dicen que tienes cáncer, lo primero que pregunte fue: ¿y cómo le vamos a ganar?*

Gloria: *me decía el médico que era una gran posibilidad que se me extirpará el seno; y a pesar de que sentí mucho miedo, le dije que lo hiciéramos ya.*

Por otro lado, también se encuentran las mujeres que niegan enfrentar el cáncer cuando es recién diagnosticado. Es una constante cuando ellas expresan *la poca conciencia que tuvieron de la enfermedad y del tratamiento que vendría*, relatan *cómo sin pensarlo se dieron cuenta de que ya les habían extirpado el seno y del comienzo de las quimioterapias*, sin saber muy bien lo que eso implicaría y las consecuencias que tendrían, esto se origina porque en el discurso médico se les hace hincapié en la premura de darle frente a la enfermedad, debido a que el tumor crece de manera acelerada y puede llegar a expandirse. Las pacientes narran esta experiencia de la siguiente forma:

Mónica: *solo oía al doctor hablar y hablar, no entendía lo que decía. Siento que me ausente y no entendía nada de lo que me decía.*

Ana: *el problema no solo fue tener cáncer, también me enfrentaba al tratamiento al que había de someterme, cuando escuche que tenían que amputarme un seno, fue cuando reaccione, no lo podía creer*

Otra forma de afrontamiento de la enfermedad se sostiene en la aceptación del designio de Dios; expresan que es *una decisión arbitraria de ése ser superior que no debe ser cuestionada ni negada, él tiene sus razones para hacerlo*; razones que las mujeres tratarán de dar sentido, y mucho de este sentido se construye cuando ellas revisan sus antecedentes familiares, encontrando algo cuestionable. Las pacientes lo narran así:

Thelma: *yo no sé si les da pena (a las otras mujeres con cáncer), no debemos de ocultarnos, hay que darle gracias a Dios que nos quitaron lo podrido, que no nos afecte si nos han quitado uno o si nos quitaron los dos pechos, qué bueno que te quitaron los dos, porque así, estamos más sanas. A mí me quitaron uno, pero Dios no lo quiera pero puede llegar otra vez; imagínate otro proceso de cáncer. Y aunque se nos quemó el coco, hay que salir; ¡qué importa qué estemos pelonas!*

Ana: *No tenía conocimiento de que en mi familia había antecedentes de cáncer, ni modo, me toco a mí, por algo pasan las cosas, al principio es muy doloroso pero debes de aprender a luchar por tu vida, por la familia y agradecer a Dios por todo lo bueno y malo que pasa.*

Se encontró una peculiar forma de afrontar la enfermedad y es a través de la negación, *hay que negar la experiencia, hay que olvidar que el cáncer sucedió y pretender ser la misma; la que se era antes, y para lograrlo hay que tratar de verse como antes.* Esto remite a la negación del cuerpo que ahora se tiene, y para ello *hay que ocultarlo, hay que reproducirlo lo más parecido a como se era antes, y verse normal implicaría encontrarse de nuevo completa, usar prótesis para ser aceptadas por el otro, para no incomodarlo;* cuando la incomodidad está en ellas mismas. Negar la experiencia es hacer como si el cáncer para la paciente no hubiera pasado, es darle la vuelta a la página y esperar incorporarse a la vida que se tenía sin dificultad alguna, sin haber enfermado, como si tal experiencia no hubiera impactado nada en su vida. Una paciente lo describe de la siguiente manera:

Gloria: *Haber tenido cáncer fue una experiencia inesperada, pero tengo que seguir mi vida, no puedo detener mis proyectos por la enfermedad ni tampoco andarme autocompadeciendo por no tener mi seno, me operaré y como si no hubiera pasado nada.*

Aunque se trate de negar la experiencia, y se haga la vida *normal*, hay algunos puntos de quiebre, casi como marcas que a algunas pacientes les recuerda que el cáncer estuvo ahí, así como las revisiones médicas anuales, la *recaída* y muerte de algunas conocidas; éstos aspectos les revive la experiencia oncológica.

Es importante mencionar que para negar la experiencia hay que negar las emociones, es decir controlarlas, negar el dolor, el sufrimiento, la tristeza, evitar el llanto o realizarlo de manera privada; para no querer mostrar que está doliendo la enfermedad; esto para no angustiar a los otros, pues mostrar las emociones implicaría el quiebre de ellas y el de quienes las observan, las pacientes afirman que *hay que ser fuertes y para conseguirlo hay que ocuparse*

en otras actividades, no pensar en la enfermedad, hay que evitarse a sí mismas.

La aceptación, es una forma de afrontar, de salir adelante, creer que está en ellas mismas la cura al igual que el tratamiento médico. Esto da pauta a desarrollar la siguiente categoría, la cual muestra a la reconstrucción mamaria como una opción para recuperar la imagen corporal.

5.2 LA RECONSTRUCCIÓN DEL SENO: UNA OPCIÓN PARA RESIGNIFICAR LA IMAGEN CORPORAL

Con la mutilación del seno; no solo se muestra la ausencia del mismo, sino la mutilación de la propia imagen corporal. Da Silva (2010) señala que la mastectomía implica someterse a un gran sufrimiento, no solo del orden físico, también del orden social, pues existe cierto tipo de vestimenta que socialmente está diseñada para mostrar los atributos femeninos, en especial el seno; por lo que después de la cirugía, dicha vestimenta no está acorde al nuevo cuerpo; por otro lado, el adaptarse al uso de las prótesis mamarias implica modificar el tipo ropa al que las mujeres estaban acostumbradas, tienen que usar prendas que las hace sentir nada atractivas ni deseadas.

Se identificaron hasta ahora tres discursos diferenciados en relación con la significación que hay sobre la reconstrucción de seno. Uno de esos discursos está relacionado con la salud, que sugiere en una paciente *no practicarse la cirugía* pese a las contradicciones sociales que empujan a estar completa, y que se refuerza al conocer casos en los que la vida se ve en peligro por la intervención quirúrgica, la paciente lo expresa de la siguiente manera:

Thelma: *He sabido de mujeres que quedan en la plancha, y mueren por la necesidad de querer volver a lucir como antes, yo no quiero eso.*

Otro tipo de discurso y que se articula con el anterior es el de la penalización de la cirugía reconstructiva, ello por parte de los familiares, pues la consideran como un acto banal, y de mera estética, no se deja de lado, aquel sentir relacionado con la oportunidad que Dios les ha dado al seguir con vida, una de

las pacientes cree que someterse a la cirugía reconstructiva es *desafiarlo*; dicho argumento se muestra a continuación:

Mónica: *los doctores me dijeron que tenía la opción de reconstruirme la mama, pero yo no quise porque mi prioridad era recuperar mi salud y ahora que tengo esta nueva oportunidad estoy agradecida con Dios. Por eso no pienso en reconstruirme, ya tengo mi vida hecha, lo único que necesito es estar sana. El físico para mí ya no es importante, hace algunos años si lo hubiera sido.*

Por otra parte se encuentra el discurso de conseguir a través de la reconstrucción de seno la normalidad y el sentirse completas. Las pacientes lo externan de la siguiente manera:

Helena: *Si pienso en reconstruirme y aunque sé que no quedare igual, al menos no me voy a sentir tan mal, será como tapar el hueco que deja esta enfermedad.*

Ana: *Me da miedo pensar en la reconstrucción, ni cuando tenía mis pechos pensaba en cirugías estéticas, pero creo es necesario para tratar de vivir con normalidad.*

Gloria: *Todavía no me realizaban la mastectomía y yo ya estaba pensando en la reconstrucción, creo es algo necesario y justo después de los estragos que deja la enfermedad.*

En los relatos de las mujeres se pudo observar que la etapa de vida en la que cada una se encuentra es fundamental, pues las pacientes que no deseaban reconstruirse el pecho son mujeres que de alguna manera han logrado realizar una vida en pareja y procrear, en donde recuperar la salud es el principal motor de sus vidas. Por otro lado, las pacientes que sin duda se someterían al proceso de reconstrucción oscilan entre los 30 y 40 años, cuya necesidad es sentirse completas, darle a su cuerpo simetría, sentirse aceptadas y obtener miradas favorables por el sexo opuesto y así poder tener una vida familiar. Es clave entender que hay una búsqueda de estas pacientes por volver a la normalidad, y esto sólo se conseguiría a través de la reconstrucción mamaria; para ello fue importante cuestionarse ¿Qué significa la normalidad en las

pacientes entrevistadas? En estas mujeres implica volver a estar con una pareja en la intimidad sexual, verse en el espejo y no rechazar la imagen que les devuelve el espejo, tocarse y sentirse completas.

Como se pudo observar, el desarrollo de los capítulos IV y V reflejan las concepciones socioculturales que cada paciente entrevistada tiene sobre sí misma; en donde quedan a la luz “el conjunto de valores, creencias y conocimientos que se tiene para explicarse el universo donde se vive (Fernández, 1982). Esto revela las actitudes y conductas que las pacientes externaron anteriormente, dándole un valor simbólico bastante representativo a su imagen corporal y por ende a sus senos, de ahí el dolor e impotencia ante la pérdida de una parte primordial de su cuerpo, de su vida y de la propia esencia de ser mujer.

DISCUSIÓN

¿Cómo ser femeninas sin un seno?, ¿Qué hicieron las mujeres para contrarrestar esta desfavorable condición? Ocultaron la falta del seno con prótesis mamarias, evitaron los encuentros íntimos, se maquillaron el rostro más de lo habitual, usaron pestañas postizas, gorras y pelucas.

La imagen corporal es la representación simbólica del cuerpo, que se va gestando durante la niñez y en la adolescencia, donde resulta trascendental para el desarrollo del ámbito biopsicosociocultural de la persona; en este caso de las pacientes entrevistadas. La imagen del cuerpo constituye una parte muy importante de la autoestima de muchas personas. Vivimos en una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud, no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física.

Esta investigación apuesta por indagar cuales son las reconfiguraciones en la percepción de la imagen corporal de las mujeres entrevistadas; ya que éstas se permean de acuerdo al grado de significación que le atribuyen a los senos y por ende dichas concepciones permiten comprender si hay cambio o no en la forma de percibir su cuerpo.

Bajo este panorama; las mujeres entrevistadas reconfiguraron su imagen corporal a partir de la pérdida de su seno y esto las hizo ver de otra forma su cuerpo; la idea de ser femeninas toma otra forma, su cuerpo ha cambiado. Antes de ser intervenidas quirúrgicamente; las pacientes mostraban un cuerpo que podía o no gustar en mayor o menor medida; un cuerpo que podría tener grasa y tener inconformidades estéticas; pero era un cuerpo completo. A ese cuerpo femenino lo han *mutitado, cercenado. Una sociedad que a la falta de un pecho le llama incompleto y ya no eres mujer*, una cultura que totaliza a la mujer por el cuerpo que tiene y por lo que ha perdido.

Para darse cuenta de la concepción y reconfiguración de la imagen corporal hay que construir el relato del pasado, buscar esos puntos de quiebre que las mujeres reconocen como hechos importantes en sus vidas, los cambios que ellas revelan de sí, una forma de estar y percibirse distintas, hay que precisar

en los eventos que atentaron el continuo de la vida cotidiana. La reconfiguración de la imagen corporal femenina tiene que ver con los procesos y transformaciones de éste.

La naturaleza y el origen de tal sufrimiento se relacionan con *la pérdida del yo*. Las personas que tienen una enfermedad crónica; frecuentemente experimentan un desmoronamiento de la imagen que tenían de sí mismos, y no desarrollan nuevas formas de verse, las experiencias y significados sobre los cuales habían construido imágenes positivas de sí ya no están disponibles para ellas. Entonces se tiene de frente una pérdida acumulada de los elementos de identidad que las hacía sostenerse.

CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación, se puede concluir que las mujeres sometidas a una mastectomía son víctimas de una agresión no sólo en la esfera biológica, sino también a nivel emocional, lo cual tiene un fuerte impacto en su valor como mujeres y, específicamente, en la percepción de su imagen corporal.

El cáncer y la mastectomía constituyen un acontecimiento biográfico en la vida de la mujer, un hecho que cambia y forma parte de su vida, dejando de ser sólo una enfermedad o un acontecimiento meramente biológico y aislado, ya que influye en todos los ámbitos de la vida de las mujeres.

Los senos son considerados por las mujeres un símbolo propio y visible de su identidad femenina, que en la cultura occidental se relaciona al amamantamiento y, ha adquirido a través de los medios de comunicación, un gran valor erótico y sexual. Este significado se ha hecho evidente en el transcurso de la investigación. Sin embargo, la mastectomía representa un medio para mantener la vida frente al diagnóstico de cáncer de mama, a pesar de constituir una mutilación corporal que degrada la imagen del cuerpo y el autoconcepto en general de las mujeres víctimas de este cáncer.

El análisis de los discursos pone en evidencia que la mastectomía; genera en las mujeres la necesidad de adaptarse a una pérdida corporal que requiere la elaboración de una nueva imagen corporal, comprometiendo en este proceso todas las esferas de su existencia. Este cambio en su cuerpo implica tanto la reconfiguración de su autoimagen, como transformaciones afectivas que se relacionan con su autoestima o la percepción de sí mismas a partir de la influencia cultural que ejerce la sociedad en la cual se encuentran inmersas.

Por otro lado, la sexualidad de las mujeres; es un ámbito que también suele verse perturbada luego de la mastectomía; ya que las mamas son un rasgo anatómico fuertemente ligado al atractivo físico, belleza y la seducción; es un símbolo de feminidad.

La elaboración de una nueva imagen corporal que sea grata para la mujer y el fortalecimiento de la autoestima depende de los recursos de afrontamiento con

los que cuentan las pacientes para enfrentar la enfermedad. Si estos recursos; ya sean personales o del entorno, no son suficientes para resolver la crisis que enfrentan, las mujeres no lograrán configurar una imagen corporal satisfactoria para ellas y su nivel de autoestima disminuirá, repercutiendo directa y negativamente en la expresión de su sexualidad; más aún si ellas no perciben la comprensión y el apoyo de su pareja, familia y entorno social. La pareja fue un factor fundamental en todo el proceso, su apoyo y comprensión se traduce en una confianza mutua que permite a la mujer aceptar su nueva realidad corporal, configurar una nueva imagen y fortalecer su autoestima, todo esto se traduce en que la paciente se desinhiba y exprese sus sentimientos favoreciendo el reinicio de la actividad sexual y sobre todo, forma parte del eje fundamental en la recuperación emocional de ellas.

Una categoría de análisis de este estudio; es el proceso de duelo ante la pérdida del seno que cruza todas las dimensiones en la vida de la mujer luego de la mastectomía. El dolor emocional provocado por la pérdida del seno genera una serie de sentimientos como; angustia, miedo e inseguridad, los que inician un proceso de duelo como un intento para aceptar la pérdida y adaptarse a la nueva realidad luego de sobrevivir al cáncer de mama. Es durante este proceso que la mujer debe reestructurar su imagen corporal actual y lograr fortalecer su autoestima fuertemente agredida con la enfermedad y su tratamiento. Para todas las mujeres informantes, la mastectomía es y fue vivida como un *proceso de duelo, una pérdida dolorosa*, de la que sólo algunas han reorientado su energía emocional para la superación y otras aún viven este proceso. Se observó que en las mujeres que aún se encuentran viviendo el duelo surgen sentimientos de desagrado y angustia al mirarse o tocarse la zona operada, sentimientos propios de la etapa de duelo que experimentan.

Un aspecto que no fue abordado de manera directa fue la identidad de género, pues el cáncer de mama; a pesar de haberse presentado en hombres, la cifras en estos son mínimas por lo que se considera es una enfermedad propia de la mujer que no puede ser contrastada con los hombres, sin embargo es un enfoque importante que puede dar origen a nuevas investigaciones. Al respecto se puede rescatar información valiosa en donde las pacientes mencionan que

los senos les brindan feminidad y las diferencia de los varones; recordemos que los cánones establecidos por la sociedad occidental determinan que la feminidad está dada físicamente por los senos cuya función principal es el amamantar. A esto se suma, como requisito para la feminidad, la dedicación de la mujer al cuidado de los hijos y de la familia en general.

El desempeño del rol social en las mujeres que padecen cáncer de mama se ve afectado, ya que en una primera instancia, deben destinar tiempo a exámenes y tratamiento, viéndose obligadas a dejar de lado sus actividades cotidianas, y luego de la mastectomía, surge la necesidad de los cuidados propios del brazo que debe tener la mujer para evitar complicaciones. Todas estas dificultades las limitan y pierden su autosuficiencia en el desempeño de los quehaceres, influyendo esto directa y negativamente en su autoestima y en ellas mismas.

Por lo tanto, la capacidad de adaptación de las mujeres a todo este proceso depende en gran medida de las características de su historia de vida, del contexto social y familiar en el cual se desenvuelva. Si la mujer no tiene los recursos adaptativos adecuados, sino se siente comprendida, sino tiene una familia y una pareja que le entreguen el apoyo suficiente para salir adelante, se ve alterado su proceso de adaptación; dado todo lo anterior, la información obtenida a través de esta investigación constituye un elemento que justifica la elaboración de nuevos programas de apoyo y replanteamiento de los ya existentes, considerando las necesidades de las propias mujeres. Los programas de apoyo deben cruzar todo el proceso de la enfermedad, trabajando con la mujer, su pareja y familia desde el diagnóstico y hasta la reincorporación de ésta en su vida cotidiana. El equipo de salud debe implementar en estos programas nuevas estrategias que permitan mejorar los resultados obtenidos durante el proceso de salud-enfermedad, por lo tanto, el rol del trabajador social en este ámbito es de gran importancia, ya que es quien siempre suele acompañar a la mujer en este proceso. Este profesionalista debe estar preparado para prestar una atención integral durante el diagnóstico, el tratamiento y más tarde en la reincorporación de la mujer a su vida; acompañándola y facilitando el tránsito por el proceso de aceptación de la

enfermedad. El trabajador social debe profundizar en aspectos como la calidad de vida de la mujer, sus sentimientos, temores e inhibiciones que suelen surgir en ellas, y favoreciendo, de este modo, la aceptación de la enfermedad y afrontamiento del tratamiento, en especial la mastectomía.

Finalmente, se pone de manifiesto la necesidad de realizar investigaciones que consideren a las mujeres en el campo oncológico, con el fin de conocer el impacto que generan en ellas, sus vivencias y establecer comparaciones que permitan otorgar una atención diferenciada a partir de las necesidades que cada una presenta según sea el caso y su contexto.

Bajo este panorama, se puede decir, que se han cumplido los objetivos planteados inicialmente, comprobándose que la percepción de la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas y las implicaciones socioculturales respecto a la pérdida del seno repercute en la forma de percibirse a si mismas, junto con la incorporación de sus parejas y sus familias, permite tener las herramientas para entregar, como profesionales de la salud, el apoyo emocional necesario y favorecer el proceso de adaptación social de estas mujeres y sus familias, a través de un equipo multidisciplinario comprometido con el logro del bienestar biopsicosocial de la paciente y su entorno.

RECOMENDACIONES

Con la investigación realizada se identificaron aspectos dentro del proceso salud-enfermedad que deben ser atendidos como parte de la propia rehabilitación de las pacientes que han sufrido cáncer de mama. Por ello se recomienda la intervención del trabajador social; éste dota a personas, grupos y comunidades de los recursos necesarios para desarrollar capacidades de afrontamiento y desarrollo en situaciones inesperadas, tal situación es la aparición del cáncer de mama. La singularidad de los profesionales de esta disciplina es su visión multidisciplinaria, es decir que la formación académica los convierte en agentes catalizadores de las problemáticas sociales, y al mismo tiempo, permite aportar conocimientos para la resolución de dicha problemática.

Una recomendación es la injerencia con grupos; pues es uno de los modelos de intervención que más se utiliza en la profesión; es un método que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias constructivas de grupo y a afrontar sus problemas personales (Konopka, 1976).

Esta intervención, específicamente con la creación de grupos de apoyo deben de ser coordinados por el profesionista de trabajo social pues éste tiene una visión integral de las necesidades expuestas por las pacientes entrevistadas; la creación de éste tipo grupo será muy significativo y necesario pues su objetivo será el relatar y compartir códigos y lenguaje existentes referentes a la enfermedad; dichos elementos son comunes entre las mujeres que sobrevivieron al cáncer de mama, pues hay una serie de conocimientos compartidos sobre el campo médico, y la propia enfermedad; conocimiento sobre lo que pasará en el tratamiento y las fases de éste. Las pacientes desean convertirse en guías explicativas para las otras pacientes que comparten un mismo diagnóstico; su experiencia de cerca con la enfermedad puede conducir a las demás pacientes; pues existen sensaciones corporales compartidas como olores y sabores que asocian con la quimioterapia; y los malestares que las condiciones hospitalarias producen. El grupo permitirá la expresión de la depresión y experiencias de soledad que las pacientes presentan durante el proceso de la enfermedad y que ellas mismas desean compartir con las demás.

La creación de grupos de apoyo permitirá que las pacientes se sientan pertenecientes e identificadas con el mismo, les dará sentido escuchar historias parecidas o distintas a las suyas; la participación de las mujeres que ya estén en *otro momento*, las que se encuentren *mas para adelante*; las que ya se hayan reconstruido el seno y las que no; permitirá la retroalimentación de la experiencia en relación a la enfermedad, con ello se logrará que las pacientes aprendan en conjunto. Este grupo podrá ser parte aguas en la creación de otros; todos ellos con el objetivo de afrontar la enfermedad y sobre todo permitirá a las pacientes exponer su sentir y pensar sobre el cáncer de mama.

Un segundo aspecto importante es que el Trabajador Social diseñe un modelo de atención para el cáncer de mama; dirigido a la atención individualizada, pues con ella se garantizará una continuidad en el tratamiento que recibe la paciente, su pareja y familia desde el momento del inicio de la enfermedad hasta el término de ésta, con ello se contribuye decisivamente a mejorar la atención oncológica desde la perspectiva social.

Si bien es sabido, que las pacientes con cáncer de mama han presentado a lo largo de los años una necesidad de atención psicosocial de sí mismas y de su familia que son consecuencia del impacto que en su persona y entorno causa la enfermedad. Para afrontar esta situación, a menudo los recursos personales y familiares que cualquier persona tiene a su alcance en su entorno social no son suficientes y requieren una atención especializada. En este sentido la elaboración de un modelo de atención social integrará las necesidades sociales de la paciente con cáncer de mama y de su entorno familiar. Este modelo deberá partir de una visión integradora de la atención que se proporciona así como estar coordinado con el equipo multidisciplinario de la institución a la que se pertenece.

Por ello, el trabajador social debe proponer la puesta en marcha de actividades destinadas en desarrollar actitudes que promuevan la iniciativa, intercambio, discusión y reflexión de los problemas con los que las pacientes se encuentran. Esto se podrá lograr por medio de la realización de programas de apoyo dirigidas a la atención integral de estas pacientes, tomándolas en cuenta para la realización de los mismos.

Finalmente y como última recomendación se exhorta a los profesionales de trabajo social, a seguir generando conocimiento en el campo oncológico con líneas de investigación como: la persistencia o reaparición del cáncer, afrontamiento de la enfermedad en pacientes en etapa terminal, aceptación del paciente y su familia ante el diagnóstico oncológico, todo ello con el objetivo de generar acciones encaminadas a mejorar el proceso de salud-enfermedad del paciente y de su familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABT, ANALÍA

La construcción biocultural del padecimiento. Reflexiones a partir del trabajo interdisciplinario en la atención del paciente oncológico, Argentina, 2002, pp.13.

AGUADO, VAZQUEZ JOSÉ CARLOS

Cuerpo humano e imagen corporal, notas para una antropología de la corporeidad, Facultad de Medicina/Instituto de investigaciones Antropológicas, UNAM. México, 2004, pp. 23-63.

ALTABE, M., & TANTLEFF-DUNN, S.

Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington, DC: American Psychological Association, 1998, pp.162.

AMUCHÁSTEGUI HERRERA, ANA.

El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación para comprender la subjetividad. México: El colegio de México.1996. pp. 45

ANDERSON, M.S. Y JOHNSON, J. RESTORATION

Of body image and self-esteem for women after cancer treatment. *Cancer Practice*, N 2, Inglaterra, 2004, pp.345-349.

BARCIA, D RUIZ F.

Aspectos psicológicos relacionados con el diagnóstico de cáncer de pecho, la mastectomía y la reconstrucción de la mama. *An. Psiqiat*, 1985; 7: EUA, pp. 283.

BÁREZ, MILAGROS, BLASCO TOMÁS

La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer, *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, España*. 2003, pp 12.

BARQUET, MERCEDES.

Reflexiones sobre teorías de género, hoy. *Umbrales*, CIDES, La paz, Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés. 2002. pp 109.

BERGER Y LUCKMANN

The social construction of reality. Doubleday anchor books, E.U.A.,New York, 1966, pp 50.

BOTELLA LUIS, GRAÑÓ NÚRIA, GÁMIZ MARÍA Y ABEY MARTA.

La presencia ignorada del cuerpo: corporalidad y reconstrucción de la identidad, *revista Argentina de Clínica Psicológica XVII*, Fundación AIGLE, 2008, pp. 245-264.

BLANCO-SÁNCHEZ

Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico. Departamento de enfermería Cerdanyola. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, España.2010. pp.345.

BRANDAN, MARÍA ESTHER, VILLASEÑOR NAVARRO YOLANDA

Detección del Cáncer de Mama: estado de la mamografía en México, revista INCan, N. 3 vol. 27 año 2006, pp. 147-162.

CARVER. C. S., POZO-KADERMAN, C., PRICE, A., NORIEGA, V., HARRIS, S., DERHAGOPIAN, R.P., ROBINSON, D. S., MOFFATT, F.

Concerns about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. Psychosomatic Medicine, E. U. A., 1968, pp.168-174.

CASH, T. F.

Body-image attitudes: Evaluation, investment and affect. Perceptual and Motor Skills, Inglaterra , 1994, pp1- 1170.

CHARMAZ, KATHY C.

Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis Thousand Oaks, CA: Sage, 2006, pp. 224

DA SILVA, M; M. VILLELA. 2003.

Representación del cuerpo en su relación consigo misma después de la mastectomía. Rev Latino-Am Enfermagem, Brasil,2003, pp,299-304.

FERNANDEZ P

Sobre la evolución del concepto de imagen corporal, Tesis doctoral, Madrid, Universidad Complutense, facultad de Psicología, 1982 pp. 234.

GALLEGO, F.

Esquema corporal e imagen corporal. Revista Española de Educación Física y Deportes, 12, 2009, pp. 45-63.

GARCIA, M., MARCÓ, M., FERNÁNDEZ, M.J. Y JUAN, J.

Autoconcepto físico, modelo estético e imagen corporal en una muestra pacientes con cáncer, 1990, Psiquis, nº 20, pp. 15-26.

GARCÍA, ARROYO JM, DOMÍNGUEZ LÓPEZ ML.

Cuerpo, corporalidad y esquema corporal en la mujer mastectomizada (II). An Psiquiat 2007; 23 (5): pp. 241-9.

GIRALDO,MORA CLARA, ET AI

Persistencia de las representaciones sociales del cáncer de mama, Rev. Salud Pública, Colombia, 2009, pp. 514-525.

GEERTZ, CLIFFORD

La interpretación de las culturas, 1987, México, Gedisa.

GIMENEZ GILBERTO

La teoría y análisis de la cultura, Vol 1, CONACULTA, México, 2005, pp.22.

GIMÉNEZ GILBERTO

Comunicación, cultura e identidad. Reflexiones epistemológicas. IV Coloquio Internacional de Cibercultura y Comunidades Emergentes de Conocimiento Local: Discurso y Representaciones Sociales. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, SLP, 2009.

GIMÉNEZ GILBERTO

Estudios sobre la cultura y las identidades sociales. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes\ITESO, 2007.

GIRALDO ESCOBAR SOL ASTRID

Cuerpo de mujer: modelo para armar, Beca de Creación Ensayo-Mujer. Colombia, 2008.

GONZALEZ, I.

Ginecología y sexualidad. Revista Cubana Gen Med Integr, 2002, pp.349-351.

HEINBERG, L., ALTABE, M. Y TANTLEFF-DUNN, S.

Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance. Washington D.C. American Psychological Association. 1998. pp.126.

HERNANDEZ, R; C. FERNANDEZ; P. BAPTISTA.

Metodología de la investigación. 3 ed. México, McGraw-Hill Interamericana. 2003, pp.705.

JOSÉ, M

¿Una pérdida de feminidad?, Guadalajara, Jalisco, México, 2000, p. 8.

KONOPKA, GISELA

Trabajo social en grupo, ed. Euroamericana, 1976, Madrid.

LAGARDE, MARCELA

Cultura feminista y poder femenino; una aproximación conceptual, revista "A" 23/24, UAM, México, 1990, pp 135-150.

LAMAS, MARTA

La antropología feminista y la categoría Género. México: Taurus, 2002, pp.21-47.

MANCILLAS, BAZÁN CELIA

Autoconcepto, emociones y sentido de vida de mujeres con cáncer de mama, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México, 2005, pp.67.

- MASTERS, W; V, JHONSON; R, KOLODNY.
La sexualidad humana. 13 ed. Barcelona, Grijalbo. Vol. 1, 1995, pp.1-200.
- OLIVARES, M.
Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Avances de Psicología latinoamericana (España) 2004, pp 29-48.
- OLIVARES, DIANA, HERNÁNDEZ, ELVIA; SEGOVIA, EMMELINE;; MONROY, LÓPEZ ALEJANDRA; VACA, RITA
Percepción de las pacientes con cáncer de mama sobre su enfermedad, una vez que el costo de su tratamiento ha sido subsidiado por el Programa de Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos dentro del Instituto Nacional de Cancerología en el 2009, México, 2009, pp. 75.
- PEARSON, J; L. TURNER; W. TODD-MANCILLA. 1993
Comunicación y Género; las autopercepciones de hombres y mujeres. España, Paidós. 1993, pp.440.
- PÉREZ GILBERTO
Tratamiento conservador del cáncer de mama. Quimioterapia neoadyuvante. Madrid, 1995, pp. 453
- PIERRE THOMAS CLAUDET
Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía, Rev. Cost. Cienc. Med. 1985: pp. 29-38.
- POTTER, P; A, PERRY.
Fundamentos de enfermería teórica y práctica. 3 ed. Madrid, Mosby. 1996, pp1267.
- RAICH, ROSA MARÍA
Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid, 2000, Ediciones Pirámide, pp.424
- REGUILLO ROSSANA
La magia de la palabra. La entrevista colectiva, un ritual en la comunicación. En *Comunicación y Sociedad* (OECS, Universidad de Guadalajara), núm. 34, septiembre-diciembre, 1998. pp.175-204.
- RINCÓN, FERNANDEZ MARÍA ESTER, PÉREZ, SAN GREGORIO MARÍA ANGELES, BORDA, MERCEDES Y MARTÍN, AGUSTIN
Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, España, Septiembre, 2009, pp41.
- RIVAS, MARTA
La entrevista a profundidad: Un abordaje en el campo de la sexualidad. 1996.

- ROSELL, T
La entrevista en trabajo social, Colección EUGE Biblária, SCCL, Barcelona, 1998.
- ROSELL, T
El trabajo social con grupos en el campo de la salud: el grupo socioterapéutico, Revista de trabajo social y salud, núm. 21, Julio, 1995.
- RUÍZ OLABUÉNAGA, JOSÉ IGNACIO
Metodología de la Investigación cualitativa, Universidad de Deusto: Bilbao. 2003 pp.277-306.
- SAÈZ BRAVO. LORET
Cáncer de Mama, Biocancer 1, 2004. pp.10-24.
- SIGMUD FREUD
Compendio de Psicoanálisis, Obras completas TIII, Madrid: Biblioteca Nueva, 1974, pp.354.
- SCHILDER P.
Imagen y apariencia del cuerpo humano, Buenos Aires, 2000, pp.34.
- SCHILDER, P.
Imagen y apariencia del cuerpo humano. Barcelona: 1983, Ediciones Paidós, pp.135.
- SCHOVER, L; R. YETMAN; L. TUASIN; E. MEISLER; C. ESSELSTYN; R. HERMANN; S. GRUNDFEST; R. DOWDEN. 1995.
Partial mastectomy and breast reconstruction; a comparison of their effects on psychosocial adjustment, body image, and sexuality. Cáncer, Atlanta, E.U.A, 1995. pp.:54-64.
- SEBASTIÁN J, MANOS D, BUENO MJ, MATEOS
Imagen corporal autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial, Madrid, España, 2007; pp.137-61.
- SHAVELSON, R.J. Y BOLUS, R.
Self-concept: the interplay of theory and methods. Journal of Education Psychology, Vol 74, N°1,1982, pp.3-17.
- SLADE, P. D.
What is body image? Behaviour Research and Therapy, 1994, 32 (5), pp497-502.
- TANTLEFF-DUNN, S.
Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance. Washington, DC: American Psychological Association, 1998, pp162.

TEJERINA GONZÁLEZ DE LA RIVERA, FLORENCIO TEJERINA, ARMANDO
El seno femenino. España, 2007.

THOMPSON, J.K
Body image disturbance: assessment and treatment. Nueva York.
Pergamon Press, 1990, pp45.

TURNER, VICTOR
From Ritual to Theatre. The Seriousness of Human Play. Nueva York,
Performing Arts Journal Press. 1985. *On the Edge of the Bush*.
Anthropology as Experience. Tucson, Arizona, University of Arizona Press.
pp. 2-35.

TURNER, VICTOR
Encounter with Freud: The making of a comparative symbologist. En:
Edith L. B. Turner (ed.), Blazing the trail. Way Marks in the Exploration of
Symbol, 1992, Tucson, Arizona, University of Arizona Press. pp. 3-28.

TURNER, BRYAN S.
Social Fluids: Methafors and Meanings of Society". *Body and Society*.
V(9).1. London: Sage Publications. 2003, pp. 1-10.

WHITE, LESLIE
El símbolo. Origen y base de la conducta humana. En: Leslie White (ed),
La Ciencia de la Cultura, 1940,. Buenos Aires, Paidós. pp. 41-55

YALOM, MARILYN,
Historia del pecho, 1997, pp.89-110.

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene la finalidad de aceptar o rechazar la invitación para participar en la investigación *constructos socioculturales de la imagen corporal de las mujeres mastectomizadas en el instituto nacional de cancerología (INCan)*; después de conocer y comprender las implicaciones que conlleva, las cuales se presentan a continuación:

Justificación:

La pérdida de un seno, es considerada por las mujeres con cáncer de mama como una experiencia relacionada con la deformidad, ya que, a la mama se le ha atribuido, a lo largo de la historia, como un órgano sexual de satisfacción meramente masculina, por lo que su ausencia desencadena factores relacionados con la escasa aceptación de su imagen corporal; la baja autoestima les ha hecho sentir la poca valía social que representan así como la pérdida de su feminidad.

Propósito General:

Analizar los constructos simbólicos e implicaciones socioculturales de la imagen corporal frente a la pérdida del seno femenino en las pacientes con cáncer de mama que han sido mastectomizadas en el Instituto Nacional de Cancerología durante el 2012.

Procedimiento:

Su participación consiste en compartir la experiencia acerca del proceso que ha vivido a partir del diagnóstico en una entrevista con profundidad, **esto significa sólo entablar una charla convencional**, que puede durar de 30 minutos a 2 horas. **El número total de participantes en el estudio es de 5 pacientes**. El estudio no implica maniobras diagnósticas, terapéuticas, procedimientos experimentales ni gastos extras, debido a que la finalidad es únicamente observar y analizar las experiencias que nos comparta. **Cabe señalar que se tomarán medidas necesarias para no "agotar" al paciente durante la**

entrevista como hacer descansos cada vez que lo solicite o en caso necesario la paciente podrá escribir su respuesta si así lo desea.

Beneficio:

La paciente no está directamente beneficiado pero su participación promueve a futuro una atención integral a pacientes mastectomizadas por cáncer de mama atendidos en el INCan.

Consideraciones económicas:

La participación del paciente en el estudio no genera ningún costo extra dentro del Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

Derechos del paciente:

Confidencialidad: La investigación a realizar tendrá como eje rector en todo momento el respeto, refiriéndose al reconocimiento del individuo como único, que necesita de comprensión y valoración de sus necesidades e intereses, la información obtenida únicamente se analizará con la finalidad de generar conocimiento y se mantendrá el anonimato de los participantes.

Abandono del estudio: Durante la entrevista tiene la plena libertad de interrumpir el estudio si por alguna razón usted llegará a sentirse agredido o incómodo, dicha situación no generará conflicto alguno con el Instituto Nacional de Cancerología y seguirá recibiendo la atención como cualquier otro usuario.

Claridad y solución de dudas: Si alguno de los puntos previamente mencionados no son entendidos, tiene el derecho de preguntar y que le sean resueltas sus dudas al respecto.

Autorización	
YO _____ he leído y comprendo la información en este documento, mis dudas han sido resueltas satisfactoriamente, he sido informado de los fines de la investigación y conozco la posibilidad de que los datos obtenidos sean publicados o difundidos de manera confidencial, por lo cual:	
Acepto <input type="checkbox"/>	No acepto <input type="checkbox"/>

Testigo 1

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Testigo 2

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

ANEXO 2

GUÍA DE ENTREVISTA

Entrevista No. _____

No. de expediente _____

Propósito: Analizar los constructos simbólicos e implicaciones socioculturales en torno a la pérdida del seno femenino en las pacientes con cáncer de mama que han sido mastectomizadas en el Instituto Nacional de Cancerología durante el 2012.

DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

Nombre _____
Edad: _____
Lugar de origen: _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____
Estado civil: _____
Diagnóstico: _____

DATOS DE LA UBICACIÓN DEL DOMICILIO DE LA PACIENTE

Calle: _____	Colonia: _____
C.P. _____	Delegación: _____
Calles colindantes del domicilio: _____	
Teléfono: _____	

Representación sociocultural de los senos

- Usted, ¿Qué significado le da a los senos?
- ¿Considera que los pechos son el mejor atractivo de una mujer?
- ¿Por qué cree que los pechos son sinónimo de femineidad?
- ¿Qué sintió al verse sin un seno?

Afrontamiento de la mastectomía

- ¿Qué sentimientos la abordaron al escuchar la palabra mastectomía?
- ¿Qué emociones presentó después de la cirugía?

- ¿Qué fue para usted la pérdida de su seno y como lo afrontó?
- ¿Hubo modificaciones en su estilo de vida después de ser Mastectomizada?
- ¿Usted prefiere o planea someterse a la reconstrucción quirúrgica?
- ¿Le tenía miedo a la muerte o a la pérdida de la esencia de lo que significa ser mujer?
- Después de la mastectomía, ¿Qué representan los senos para usted?
- ¿Cómo percibe su cuerpo antes de la mastectomía?

Concepción sociocultural de imagen corporal

- ¿Qué es para usted la imagen corporal?
- ¿Qué elementos le atribuye un cuerpo perfecto?
- ¿Qué opina de su imagen corporal antes de la mastectomía?
- ¿Qué opina de su nueva imagen corporal?
- ¿Cuál es su ideal de imagen corporal?

Adaptándome a un nuevo cuerpo

- ¿Qué tipo de cambios emocionales han surgido con su entorno después de la mastectomía?
- ¿Se tomó algún tiempo en volverse a mirar en un espejo?
- ¿Cuál es la concepción actual de sus pechos?
- En la Actualidad, ¿Cómo percibe su imagen corporal?
- ¿Por qué motivos se sometería a una reconstrucción de seno?