



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Construcción de cáncer de mama: una enfermedad emocional o fisiológica.  
Un análisis cualitativo”

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A (N)

**Alma Rosa Zitlalpopoca Zacapa**

Director: Lic. Gerardo Abel Chaparro Aguilera

Dictaminadores: Lic. Irma Herrera Obregón

Lic. Laura Castillo Guzmán



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2017

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios**

*Por sostenerme en cada momento de mi vida,  
por los padres y hermanas que me dio,  
por toda mi familia de origen,  
pero sobre todo, por la vida y por mantener mi fe.*

### **A mi padre**

*Por pese a tu historia haber querido  
hacerlo de manera diferente,  
por integrarnos en eventos importantes  
como Navidad, por los valores  
y por tus bellas palabras antes de partir con Dios.*

### **A mi madre**

*Por tu fuerza, valentía y perseverancia,  
por enfrentar la vida y enseñarme cómo hacerlo,  
por levantarte a cada caída y levantarme con solo una  
palabra y con tu sonrisa, por superarte día a día y ser mi ejemplo,  
pero sobre todo por tu amor incondicional y por tu paciencia.*

### **A mis hermanas**

*Por el apoyo constante en todo mi proceso,  
por los regaños, las aventuras, los consejos,  
por compartir el pan, la sal, las alegrías y las penas.*

### **Adelina**

*tu perseverancia, no conformismo,  
constancia y valor muchas veces  
fueron mi ejemplo, gracias por ello y  
por sostener nuestra fe.*

### **Marisa**

*Por enseñarme que hay un mundo diferente,  
por la trova, las fiestas, las confianzas,  
la complicidad, la sensibilidad, por la dureza y la flaqueza,  
por poner mis pies en la tierra con tus consejos y  
por insistir tanto en mis estudios.*

### **A las tres (mi madre y hermanas)**

*por su apoyo incondicional para la realización de este proyecto.*

**A Manuel**

*Por los momentos compartidos (buenos y malos)  
por las bellas cartas y canciones, las comidas, las veladas,  
por curar mis manos con tanta paciencia  
cuando no podía usarlas,  
pero sobre todo, gracias por el intento,  
me quedo solo con lo bueno.*

**A mis sobrinos**

*Carlos y Emilio por su presencia y por su existir,  
porque sin saberlo, con su sonrisa y palabras espontaneas  
alegraron y cambiaron muchas veces mi día.  
Gracias por llegar a esta vida*

**Emilio**

*Gracias por tu interés y por estar al pendiente de la culminación de esta tesis.*

**A Gabriela Revueltas**

*Por tus constantes porras y  
por tu acompañamiento en mi proceso,  
pero sobre todo por confiar en mi como persona,  
como mujer y como profesionista.*

**A Margarita Rivera,**

*Agradezco enormemente su paciencia  
en la realización de esta tesis,  
porque su disposición y entrega  
me motivaron a concluir este trabajo*

**A mi asesor**

*Gerardo Abel Chaparro,  
por tomar mi proyecto,  
por la entrega y disposición  
y por enseñarme algo nuevo.*

**Al grupo de las 7**

*Iliana, Enedina, Gabriela, Olivia, Paty y Sandy Arana  
por todas y cada una de las aventuras,  
que vivimos juntas en Iztacala.*

## ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAP. I. CÁNCER DE MAMA A TRAVÉS DE LA MEDICINA ALÓPATA.....	11
1.1 Definición.....	11
1.2 Etiología y factores de riesgo.....	14
1.3 Diagnóstico.....	17
1.4 Tratamiento y prevención.....	19
CAP. II. MEDICINA PSICOSOMÁTICA.....	25
2.1 Qué es la medicina psicosomática.....	25
2.2 Causas psicosomáticas del cáncer de mama.....	35
2.3 Trabajos alternativos.....	47
2.4 Tratamientos.....	55
CAP. III. CONSTRUCCIÓN DE CÁNCER DE MAMA.....	64
3.1 Metodología.....	64
3.2 Objetivos.....	67
3.3 Resultados.....	67
3.4 Análisis de resultados.....	67
CONCLUSIONES.....	103
INSTITUCIONES DE CÁNCER DE MAMA.....	106
BIBLIOGRAFIA.....	108
ANEXOS.....	112

# RESUMEN

En la actualidad el cáncer de mama se ha convertido en la primer causa de muerte en nuestro país, siendo el más frecuente en las mujeres, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia en este tipo de cáncer está aumentando en el mundo debido al aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales, por lo que se ha establecido el 19 de octubre como el día mundial contra el cáncer de mama para tratar de hacer conciencia de la importancia de la detección temprana.

En la primer parte de este trabajo se habla del cáncer de mama desde una perspectiva fisiológica, desde que es, las causas diagnóstico y sus posibles tratamientos.

En la segunda parte del trabajo se habla de la medicina psicosomática, que es, el enfoque que tiene con respecto a las causas del cáncer de mama, la forma en que ha abordado esta problemática, así como los tratamientos propuestos por esta.

En la tercera parte se presenta la metodología, en la cual se entrevistaron a 10 mujeres que padecen o han padecido cáncer de mama y por medio de sus historias de vida se trata de analizar cómo se da la construcción de este padecimiento.

En la cuarta parte se concluye sobre la importancia del cuerpo y las emociones en todo ser humano, en la importancia de escuchar y sentir nuestro cuerpo, de concientizar sobre lo que estamos sintiendo y poder manejarlo de forma más sana, así como de la importancia que tiene el psicólogo en este proceso.

Por último se comparte un listado de Instituciones especializadas en atención de cáncer de mama y que pueden ayudar a las mujeres cuando presentan este padecimiento, no solo de forma médica sino de forma psicológica e incl económica y con prótesis, además de trabajar en campañas para a la prevención de dicha enfermedad.

# INTRODUCCIÓN

En esta época, el hecho de vivir con prisa y urgencia puede conducir a la gente a llevar una vida angustiante, lo cual no permitirá vivir sanamente e impedirá detectar a tiempo enfermedades crónicas que pueden provocar la muerte. Una de ellas, es el cáncer de mama, el cual es un padecimiento adquirido en su mayoría por el sexo femenino; esta enfermedad se construye a partir de diferentes factores, como son: ambientales, alimentación, ritmo de vida, antecedentes familiares-herencia, así como la propia historia de vida de la persona.

Esta enfermedad puede considerarse en algunas ocasiones de tipo crónico y es uno de los tantos tipos de cáncer que existen en la actualidad. Es importante decir que neoplasia es sinónimo de tumor, así la oncología (oncos=tumor), es el estudio de los tumores o más exactamente el estudio de las neoplasias (Delgado, 1995; cit. en Sánchez, 2000).

Cualquier definición de cáncer debe considerar: 1) la propiedad de un crecimiento incontrolable de células que se originan a partir de tejidos normales, y 2) la cualidad de matar al huésped mediante extensión local o diseminación a distancia metástasis.

El cáncer puede definirse como la proliferación anormal de células transformadas, que no responden apropiadamente a los sistemas fisiológicos de regulación del crecimiento. Como resultado del proceso proliferativo, las barreras tisulares pueden ser penetradas *invasión*; se pierden diversas funciones regulatorias *destrucción* y ocurren nuevas formaciones tumorales en sitios distantes al tumor primario *metástasis*, (Sosa, 1988, cit. en Sánchez, 2000). Consiste en un crecimiento anómalo de los tejidos vecinos metástasis. Este trastorno se caracteriza por una aparición más o menos súbita, por una evolución insidiosa (puede transcurrir mucho tiempo desde que se produce la primera célula cancerosa hasta que se manifiestan los primeros signos de la enfermedad) y por un curso impredecible (algunos tumores remiten espontáneamente, mientras que otros progresan con extraordinaria rapidez). (Latorre y Beneit, 1994)

Generalmente las definiciones están destinadas a resumir los aspectos más relevantes del cáncer. Todas ellas subrayan las características de la neoplasia. La definición de Willis también subraya el crecimiento excesivo e inordinado autónomo respecto a los estímulos reguladores normales. Estas visiones sobre el cáncer lo consideran como una enfermedad histica integrada por células que se han hecho hasta cierto punto independientes de las fuerzas del huésped que realizan el control del crecimiento en condiciones normales. Las características normales de una célula y sus modelos de crecimiento están determinados genéticamente y por el ambiente previo y presente. Las células neoplásicas han

sufrido un cambio hasta el punto de convertirse en “asóciales”, su entorno, incluyendo las células vecinas, les afecta con menor intensidad. Así, una de las principales cuestiones al considerar la naturaleza básica de una neoplasia es si existe una pérdida parcial o completa de los mecanismos de control de crecimiento impuestos externamente (Vincent, 1988). La mayoría de las neoplasias pueden dividirse en 3 categorías: *tumores benignos* que no invaden ni producen metástasis; *tumores invasores* que no causan metástasis (carcinoma in situ) y *tumores metastásicos*.

La clasificación por grados de un cáncer, intenta establecer algún estimado de su agresividad o nivel de malignidad según la diferenciación citológica de las células tumorales y el número de mitosis dentro del tumor.

Es importante decir que en todo el mundo, la incidencia ajustada en cuanto a la edad informada varía en unas tres veces, mientras que las tasas para ciertos sitios anatómicos, en particular, esófago e hígado, varían por más de 100 veces. En cambio, la incidencia de ciertos cánceres, entre los cuales destaca el de colon, a menudo queda de manifiesto en el transcurso de dos a tres decenios después de la migración, mientras que este cambio en otros cánceres, señaladamente el de mama, requiere más de una generación. De hecho, los pacientes que son diagnosticados con este padecimiento generalmente creen que la palabra cáncer es sinónimo de sentencia de muerte, por lo que no les es fácil asimilar el proceso y en ocasiones entran en una fuerte depresión; no obstante cabe mencionar que actualmente más de la mitad de las personas diagnosticadas con este padecimiento se curan. Es así, como la familia jugará un papel importante, ya que el apoyo de ellos ayudará a un mejor restablecimiento.

Puede decirse que el impacto del cáncer es en sí complejo y muy significativo, por ser una enfermedad con repercusiones en el aspecto biológico, socioeconómico y emocional del paciente y su entorno.

Esta enfermedad podría deberse a los estilos de vida producidos en los últimos 50 años, ya que han modificado los patrones de enfermar y de morir, por lo que el panorama epidemiológico de la población se transformó de tal forma que actualmente las enfermedades crónico degenerativas como el cáncer de mama, se convirtieron ya en un problema importante de salud pública.

Este tipo de cáncer es una de las enfermedades más temidas por las mujeres, ya que afecta y modifica muchos aspectos de la vida de las pacientes, cómo son: su estado de salud, emocional, económico y/o aspecto físico si es que se tiene que llegar a extirpar el seno.

Por lo general el cáncer de mama es: en el lado izquierdo, en los cuadrantes externos, en mujeres sin hijos, en mujeres que no han amamantado, bilateral y sucesivo en el 4% o más de los casos, se clasifica para determinar la extensión

anat6mica de la enfermedad actual y la tendencia tumoral a la progresi3n, de manera que pueda instaurarse un tratamiento adecuado (Torres, 1994).

Este tipo de c1ncer puede ser actualmente una enfermedad curable gracias al diagn3stico temprano y a los grandes avances en el campo quir6rgico, la quimioterapia y la radiaci3n.

En la actualidad no se ha encontrado una causa espec6fica de c3mo se desarrolla el c1ncer mamario, pero algunos factores m6ltiples pueden ayudar a detectar este padecimiento; es as6 c3mo algunos de los factores de riesgo son:

- Mala alimentaci3n o una dieta rica en grasas
- Sobrepeso
- A mayor edad m1s propensas
- Menopausia tard6a
- Inicio temprano de la menstruaci3n
- Antecedentes familiares: herencia
- Un aborto en el primer embarazo
- No embarazarse antes de los 30 a1os
- El uso prolongado de anticonceptivos

No obstante es err3neo pensar en el c1ncer de mama c3mo consecuencia de una sola causa. El desarrollo de esta enfermedad representa un proceso con m6ltiples etapas, probablemente afectado por diferentes factores en cada estadio del proceso.

Tambi3n existen razones para creer que factores psicol3gicos pueden predisponer al c1ncer. Entre los factores de esta 6ndole cuya influencia en el riesgo de c1ncer es m1s probable son: la p3rdida de personas, la desesperaci3n, la depresi3n, el desamparo, las dificultades para expresar las emociones y el uso de actitudes inadecuadas para afrontar las tensiones vitales (Bammer y Newberry, 1985 y Baum y col. 1997; cit. en S1nchez, 2000).

El estr3s puede afectar tambi3n la promoci3n de un proceso canceroso, a trav3s de su supresi3n de la vigilancia inmunol3gica. Estos defectos estar6an muy probablemente mediados por las hormonas sensibles al estr3s, en particular las glucocorticoides, las catecolaminas y la hormona del crecimiento. El bloqueo, asociado al estr3s de ciertas c3lulas inmunol3gicas, tales como los linfocitos NK y los macr3fagos (c3lulas que poseen una capacidad antitumoral espont1nea), podr6a aumentar la probabilidad de que determinadas c3lulas cancerosas eludieran la acci3n de las defensas del organismo. Podr6a decirse as6 que, en cuanto se cede a la desesperaci3n y al temor, la compleja cadena de la respuesta inmunitaria, con sus cientos de operaciones precisamente sincronizadas, se descompone, entonces deja de trabajar con gran celo y se comienza a enviar los neurop3ptidos que se relacionan con las emociones negativas, los cuales se fijan a las c3lulas inmunitarias y la respuesta pierde su eficiencia.

Es por lo expuesto anteriormente que no deben descartarse los factores psicosomáticos dentro de la problemática de cáncer de mama, incluso, la medicina convencional ha reconocido a través de su experiencia que el factor humano desempeña un papel complejo en el proceso de las enfermedades, esto tendría que ver con el ¿por qué algunos individuos ante la misma situación o tensión se enferman mientras otros se conservan perfectamente sanos? O bien ¿por qué el mismo evento provoca reacciones diferentes en diversos individuos?

Actualmente resulta imposible pensar en ninguna enfermedad cuyo mecanismo causal sea tan simple como anteriormente se suponía, incluso en las enfermedades infecciosas, que eran resultado, según se creía, de un estricto equilibrio entre la agresividad de los microorganismos y el arsenal defensivo del organismo agredido. Las cuestiones planteadas surgen en casos como en el que algunos investigadores que incubaron virus del catarro lo colocaron directamente sobre la mucosa que recubre la nariz de algunas personas y descubrieron que sólo el doce por ciento de los sujetos del experimento contrajo la enfermedad. No lograron incrementar esta proporción cuando expusieron a los sujetos a corrientes de aire frío, cuando sumergieron sus pies en agua helada para que les diera escalofríos, ni cuando hicieron otras cosas puramente físicas (Chopra, 1994).

Por ello, debemos conceptualizar al ser humano como un ser completo y total, así veremos que lo que constituye a la persona, además de su masa corporal y sus funciones fisiológicas, es el factor humano: la experiencia, sus aflicciones, sus alegrías, los momentos traumáticos y las largas horas en que no sucede nada especial, pero específicamente ¿qué se entiende por factor humano en el origen de las enfermedades?, se refiere a las emociones y sentimientos, positivos y negativos, alegría y tristeza, entusiasmo y depresión, se refiere también a la pena, la ansiedad, la frustración o los sentimientos de felicidad, de impotencia, de esperanza y de satisfacción; de hecho la observación clínica humana habla a favor de la influencia del factor humano en la somatización; por ejemplo, hace alusión a los efectos inmunosupresores del estrés. Esta afirmación se basa en la acción de los estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmunológico, expresada a través de fenómenos alérgicos, infecciones, enfermedades autoinmunitarias y la formación de neoplasias cánceres (Valdés y Flores, 1985; cit. en Cruz, 2001), aunado a lo anterior, se encuentra que “los minutos de la vida se acumulan en silencio y como los granos de arena que deposita un río, pueden llegar a acumularse en formaciones que irrumpen a la superficie bajo la forma de enfermedades” (Chopra, 1994).

Lo anterior puede ejemplificarse con un estudio realizado por el psiquiatra William Green en los años 60's, evidencia la influencia de las emociones en la somatización. Green estudió la vida de tres pares de mellizos idénticos. Los resultados manifestaron que un mellizo de cada grupo había contraído leucemia

después de experimentar algún trauma psicológico que no había sufrido él otro mellizo. De igual modo, estudios hechos en los controladores del tráfico aéreo, que sufren fuertes tensiones, indican que con mucho tienen índices más elevados de alta presión, sanguínea, úlcera y diabetes que el resto del personal del aeropuerto (Dubos, 1975; cit. en Cruz, 2001).

Cabe mencionar además que los conflictos emocionales también poseen afinidades selectivas de acuerdo con las cuales se aflige a ciertos órganos internos. Inclusive, podría decirse que a cada estado emocional corresponde una respuesta fisiológica característica, de hecho sería importante poner énfasis en la manera de escuchar la queja de los que padecen la dolencia, por ejemplo, tener presente que el hombre que se lamenta de que su cabeza está como “hinchada, inflada, va a estallar, arde, da golpes”, se acusa y confiesa sin saberlo y por eso lo hace mediante su cuerpo, su propia actitud existencial al sacar su trastorno a través de un lenguaje corporal, más certero y franco que su palabra, expresa su deseo en términos simbólicos: “soy un obsesivo y estoy harto de ser así, esta inflación de mi pensamiento me hace un daño intolerable”. Al recurrir a esto, el paciente comunica su mensaje en una lengua extraña para él y por desgracia, a menudo también para él médico, ya que solo usa su cuerpo enfermo como lenguaje.

Es importante mencionar que otro aspecto involucrado en las enfermedades psicosomáticas es el deseo que tiene la persona de ser vista como enferma. Hay personas que sufren la pesadilla de no tener ningún nombre para su dolencia, lo cual implicaría la posibilidad de no tener en realidad ninguna enfermedad (Chopra, 1995). Puede decirse que, la intervención que tiene el ser humano en la enfermedad queda más clara cuando se estudia a los neurotransmisores, los cuales, como su nombre lo indica, son compuestos químicos que transmiten los impulsos nerviosos. Estos actúan en nuestros cuerpos como “moléculas comunicadoras” mediante las cuales las neuronas del cerebro pueden platicar con el resto del cuerpo. Los neurotransmisores son los mensajeros que marchan al cerebro, y de él, al resto del cuerpo, para comunicarle a cada uno de los órganos que tenemos dentro lo referente a nuestras emociones, nuestros deseos, recuerdos, intuiciones y sueños. Nada de ello está confinado sólo en el cerebro (Chopra, 1994).

Por otra parte, con respecto a este tipo de enfermedad psicosomática, algunas características pudieron ser identificadas, como son: una tendencia a conservar un resentimiento y enojo antes de expresarlo y una marcada inhabilidad a perdonar; las víctimas del cáncer no son efectivas en el formar y mantener relaciones más íntimas a largo plazo con otras personas, probablemente son más solitarios sin los sistemas de apoyo social; se asumen en una mayor autocompasión, la cual podría ser considerada como norma; también estas personas tienden a tener poca

autoestima. Así el individuo propenso al cáncer “pone una cara feliz y niega cualquier sentido de pérdida, enojo, angustia, desilusión o desesperación. Mientras vive una vida interna de autocompasión, inseguridad y un cierto grado de soledad. Otra investigación ha descrito a la persona propensa al cáncer como agradable, dócil y pasiva o es en extremo expresiva o inexpresiva del enojo.

Fernández (1989; cit. en Sánchez, 2001), menciona que hay dos modalidades de personalidad precancerosa; la primera se caracteriza sobre todo por su limitación en el tiempo, al tener cortada la ruta hacia el futuro; y la segunda, por tener una vida espacial demasiado limitada, confinada y estrecha. Son muchos los autores que admiten que un trauma psicológico agudo puede intervenir como agente desencadenante de un cuadro canceroso, de manera sobresaliente cuando la vivencia es traumatizante, se produce en el contexto de una situación de aislamiento o de incomunicación.

Algunas otras observaciones han demostrado que pacientes que sufren de cáncer de mama por metástasis y que, además, son personas asertivas, violentas e irascibles, viven más que las afectadas de la misma enfermedad pero que son pasivas (Dossey, 1986; cit. en Cruz, 2001).

Puede observarse así que, las emociones influyen en general en la somatización e influyen también en el restablecimiento y/o mejoramiento de la salud. Tener esto presente podrá ayudar, además, en la prevención de la somatización. Sin embargo, lo anterior no es definitivo para que alguien enferme de cáncer, por lo que se considera realizar estudios más largos para poder encontrar aquellos aspectos de la personalidad que se relacionen con la progresión de la enfermedad y específicamente con el objetivo de la presente investigación “identificar el proceso de construcción del padecimiento que ha tenido lugar en personas con cáncer de mama”.

# I. CÁNCER DE MAMA A TRAVÉS DE LA MEDICINA ALÓPATA

El cáncer de mama es un padecimiento adquirido con más frecuencia por el sexo femenino, uno de los tantos tipos de cáncer que existen en la actualidad, pero uno de los más temidos por las mujeres, ya que en algunas ocasiones puede considerarse de tipo crónico, para entenderlo es importante definir su significado.

## 1.1 Definición

La palabra cáncer se deriva del griego Karkinos que significa cangrejo y se cree fue utilizada por vez primera por Hipócrates; él atribuyó este padecimiento a exceso de bilis negra. El cáncer se conocía desde la antigüedad, hay evidencias que indican que los tumores en momias egipcias que datan de 5000 años representan los primeros crecimientos malignos humanos conocidos, si bien hay pruebas anatomopatológicas de tumores óseos que ocurrían en dinosaurios y otros animales prehistóricos (Cecil, 1994).

Es importante decir que la historia ha hecho sinónimo tumor y neoplasia; por neoplasia debemos entender “crecimiento nuevo”, según Willis (Stanley y Vinay, 1987; cit. en Sánchez, 2000), es una masa anormal de tejido cuyo crecimiento excede y no está coordinado con el de tejidos normales y que persisten en la misma forma excesiva, luego que cesa al estímulo que provocó el cambio. La pérdida de capacidad de respuesta a los controles de crecimiento normal es fundamental para el origen de todas las neoplasias, cabe aclarar que la oncología (oncós=tumor) es el estudio de los tumores o más exactamente, el estudio de dichas neoplasias, (Delgado, 1995; cit. en Sánchez, 2000)

Harrison (1994), comenta que habitualmente se utilizan de forma indistinta los términos de cáncer, neoplasia y tumor, tanto en el ámbito profesional como en el lenguaje popular, y que la enfermedad que denominamos cáncer se define por cuatro características que describen la forma en que las células cancerosas actúan de un modo distinto a las células normales de las que proceden.

1. Clonalidad. El cáncer se origina de una única célula progenitora que prolifera y da lugar a un clon de células malignas.

2. Autonomía. El crecimiento es regulado de forma adecuada por las influencias bioquímicas y físicas normales del ambiente.
3. Anaplasia. Existe una ausencia de diferenciación celular normal y coordinada.
4. Metástasis. Las células cancerosas tienen la capacidad de crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo.

Aparte de estos términos, es importante entender los siguientes conceptos, ya que ayudaran a tomar una buena decisión de tratamiento.

*Tumor.* Cualquier masa anormal de crecimiento de tejido se denomina tumor. Un tumor maligno es un cáncer y puede diseminarse a los tejidos cercanos y a otras partes del cuerpo. Un tumor benigno no es canceroso; sólo aumenta de tamaño en forma local y casi nunca pone en peligro la vida, a menos que afecte el funcionamiento normal de los órganos adyacentes.

*Sitio primario.* Este es el sitio del cuerpo en donde el cáncer se desarrolla por primera vez. Los sitios primarios comunes incluyen piel, pulmones, colon, próstata, mama y ganglios linfáticos.

*Metástasis.* Este término se refiere a la diseminación de la enfermedad desde el sitio primario hacia otra parte del cuerpo. Si un cáncer se hace metastático, aún sigue llamándose por el nombre del sitio primario afectado. Por ejemplo, el cáncer ovárico que se disemina al pulmón aún se considera cáncer ovárico, no cáncer pulmonar.

*Grado.* El grado se refiere a las características de las células cancerosas cuando se observan al microscopio. En un extremo de la escala se encuentran los cánceres de grado 1, que en general son menos activos. En el otro extremo se encuentran los cánceres de grado IV, que suelen ser agresivos y se desarrollan con rapidez.

*Estadio.* Describe hasta dónde se ha diseminado un cáncer en particular y es muy importante al elegir entre las diversas opciones de tratamiento. En general, hay cuatro estadios del cáncer (I al IV). Los números más bajos indican que el cáncer se ha diseminado menos. Los cánceres en estadio alto también suelen ser de grado alto. Se emplean distintos sistemas para la determinación del estadio. En uno de los más comunes se examinan tres aspectos del cáncer:

1. Tamaño del tumor.
2. Si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos.

3. Si se observa diseminación a otros órganos del cuerpo por medio de la sangre (metástasis).

*Marcadores tumorales.* Son productos químicos secretados o producidos por tipos específicos de cáncer. Los marcadores tumorales se pueden detectar en la sangre, en otros líquidos del cuerpo o en el tejido tumoral. Estos marcadores pueden ayudar a los médicos a entender o detectar ciertos tipos de cáncer y son valiosos para ayudar a seleccionar la terapia anticancerosa, para vigilar la eficacia del tratamiento y detectar la reaparición de la enfermedad. Algunos ejemplos de marcadores tumorales incluyen los receptores de estrógeno en cáncer de mama y el antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés) asociado con el cáncer de próstata.

Cabe señalar además que cualquier definición de cáncer debe considerar

- 1) la propiedad de un crecimiento incontrolable de células que se origina a partir de tejidos normales y
- 2) la cualidad de matar al huésped mediante extensión local o diseminación a distancia (metástasis).

Es por esto que el cáncer de mama se definiría como “un tumor cuyas células han perdido sus mecanismos de control normales y que por ello adquiere un mecanismo de reproducción descontrolado”; puede desarrollarse a partir de cualquier tejido dentro de cualquier órgano, a medida que las células del cáncer crecen y se multiplican, van formando una masa de tejido canceroso que invaden los tejidos adyacentes y pueden propagarse por el cuerpo (metástasis). El cáncer de mama es una enfermedad en la cual, se encuentran células neoplásicas en los tejidos del seno y en los ganglios de la axila. Cada seno tiene entre 15 y 20 secciones llamadas lóbulos, los cuales a su vez se dividen en secciones más pequeñas llamadas lobulillos, y estos, a su vez, se conectan por tubos delgados llamados conductos (Disaia y Creasman, 1991, cit. en Barbosa, 2001).

El tipo más común de cáncer de mama es el carcinoma ductal, el cual comienza en las células de los conductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o los lobulillos se denomina carcinoma lobular y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas que otros tipos de cáncer de mama. El cáncer inflamatorio de mama es un tipo de cáncer poco frecuente en el cual la mama está caliente al tacto, enrojecida e inflamada.

El cáncer de mama es en sí, una formación anormal en el seno, de un tejido cuyos elementos sustituyen invasoramente los tejidos anormales, es además considerado uno de los principales problemas de salud pública y el causante de

aproximadamente 5,000 decesos al año, por lo que se calcula que cada 2 horas muere una mujer por este mal (López, 1998; cit. en Barbosa, 2001).

Según datos reportados por la Secretaría de Salud, en el 2000, el cáncer de mama era la segunda causa de muerte en nuestro país, detrás del cáncer cérvico-uterino y tan solo esta enfermedad ocasionó la muerte a más de 3000 mexicanas, fundamentalmente mayores a 40 años, pero para el 2006, el cáncer de mama desplaza al cáncer cérvico uterino para ubicarse como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Anualmente se estima una ocurrencia de 20,444 casos en mujeres, con una incidencia de 35.4 casos por 100,000 mujeres y para el 2010, se reportaron 7422 muertes por tumores malignos en el Distrito Federal, de estos 669 corresponden a cáncer de mama en mujeres en edad productiva y 299 por cáncer cérvico uterino, con una tasa de mortalidad de 14.5 x 100000 habitantes de cáncer de mama y de 6.5 de cáncer cérvico uterino por cada 100, 000 habitantes y para el 2013, se registraron 5,405 defunciones en mujeres con una tasa de 16.3 defunciones por 100,000 mujeres. Las entidades con mayor mortalidad por cáncer de mama son Coahuila (24.2), Sonora (22.6) y Nuevo León (22.4). Tal vez es por ello que sea la enfermedad más temida y la preocupación de especialistas en la salud.

## **1.2 Etiología y factores de riesgo**

Aun cuando se han realizado estudios que identifican factores de riesgo, actualmente no hay una causa específica de cómo se desarrolla el cáncer mamario, pero algunos factores múltiples pueden ayudar a detectar este padecimiento, tales como:

- Mala alimentación o una dieta rica en grasas. Las grasas derivan en producción de colesterol y los ésteres del colesterol son otra forma de hormonas que pueden estimular el tejido mamario. El papel desempeñado por la dieta y la nutrición en el cáncer ha sido objeto de numerosos estudios de investigación y ha producido también una importante controversia, sin embargo, el análisis epidemiológico de las variaciones internacionales en la incidencia de cáncer y las comparaciones de los tipos y frecuencias de cáncer en los grupos de población con diferentes hábitos dietéticos, han permitido obtener pruebas de que los cánceres que aparecen en la mayor parte de los órganos están influidos por la dieta.

- Sobrepeso. Algunos estudios de población muestran que la obesidad favorece el cáncer de mama, en ellos se ha detectado que el 70% de las pacientes que sufren de cáncer de mama son obesas, de ahí que el sobrepeso se asocie

con un riesgo más alto de cáncer de seno en todos los estudios, especialmente para las mujeres después de la menopausia.

- Edad. El cáncer de mama es inusual antes de los 30 años, pero después se incrementa invariablemente a lo largo de la vida. En E.U. la edad en que las mujeres tienen cáncer es entre los 40 y 50 años pero curiosamente en México es de 10 años antes y aún no se sabe por qué. En 1999 el grupo de edad que presentó la cifra más elevada de casos fue de 45 a 49 años, según la Secretaría de Salud, pero en el 2000 se aprecia un aumento significativo en la franja que va desde los 35 años y esa tendencia continua.

- Menopausia tardía. Dejar de menstruar después de los 45 años, en muchas ocasiones se presenta en mujeres cuya menopausia es a los 55, ya que al igual que en la menstruación temprana se prolonga el tiempo de exposición a las concentraciones de estrógenos del ciclo menstrual.

- Inicio temprano de la menstruación. Empezar a menstruar antes de los 12 años. Los factores menstruales comprenden un grupo de asociaciones que atribuyen un papel importante al ovario en activo en la génesis del cáncer de mama.

- Factores genéticos. Aunque todos los familiares de pacientes con cáncer de mama presentan un riesgo de padecer un cáncer de este tipo es con la madre o algún familiar en línea directa, abuela materna o hermana, que padezcan o hayan padecido cáncer de mama que aumenta el factor de riesgo, en comparación a la población en general, por tanto la probabilidad de que una mujer de 30 años cuya hermana o madre hayan sido diagnosticadas de cáncer de mama presente un cáncer de mama hasta los 75 años se sitúa entre el 8 y 10%. Hasta un 5% de todas las pacientes con cáncer de mama pueden haber heredado una anomalía genética específica que contribuye a su cáncer de mama. Este factor se asocia con el 10% de los cánceres en general.

- Un aborto en el primer embarazo. Que un embarazo no haya llegado a buen término alrededor de los 30 años. Se ha considerado a este un factor de riesgo en el desarrollo de cáncer de mama, no obstante cabe aclarar que no hay muchos datos al respecto.

- No embarazarse antes de los 30 años. En comparación con las mujeres cuyo primer embarazo se produjo antes de los 18 años de edad, el riesgo relativo de cáncer de mama es doble en las mujeres cuyo primer embarazo se produce después de los 24 años de edad, y cuádruple si se produce después de los 30 años, por lo tanto, las mujeres que tienen su primer hijo después de los 30 años representan un riesgo ligeramente mayor que las nulíparas, pero también la nuliparidad y menor número acumulado de meses de lactancia incrementan el riesgo de cáncer mamario porque todos estos factores prolongan el tiempo de exposición a las concentraciones máximas de estrógenos del ciclo menstrual.

- El uso prolongado de anticonceptivos. Sobre todo antes del primer embarazo, y solo cuando se han utilizado dosis altas por tiempo prolongado, por ejemplo, el uso de anticonceptivos orales durante períodos superiores a los 10 años puede incrementar las probabilidades de que una mujer padezca un cáncer antes de los 45 años de edad y se ha observado que el uso de anticonceptivos orales durante períodos superiores a los 4 años antes del primer embarazo llevado a término aumenta el riesgo relativo de cáncer de mama a edad temprana hasta un 1.7%. El mayor riesgo derivado del uso de anticonceptivos orales puede ser superior en mujeres con historia de cáncer de mama en un pariente de primer grado, pero no se han demostrado interacciones con otros factores de riesgo subyacentes. Tradicionalmente a las mujeres con historia previa de cáncer de mama no se les ha administrado tratamientos de sustitución con estrógenos, aunque actualmente se está replanteando esa política.

Según la American Cancer Society, existen otros factores de riesgo asociados con el desarrollo del cáncer del seno, como son:

- Sexo: El solo hecho de ser mujer es el factor de riesgo principal del cáncer de mama (también puede afectar a los hombres pero la probabilidad es mucho menor).
- Grupo étnico: Las mujeres blancas tienen ligeramente mayores probabilidades de padecer de cáncer de mama que las mujeres de etnias con piel negra.
- Historia personal de cáncer de mama: Una mujer con cáncer en un seno tiene mayores posibilidades de que se le origine un nuevo cáncer en el otro seno o en otra parte del mismo seno.
- Historia de biopsias anormales de seno.
- Terapia hormonal reconstitutiva (HRT): Es aparente que el uso a largo plazo de la terapia hormonal reconstitutiva combinada (estrógenos junto con progesterona) después de la menopausia puede aumentar el riesgo de cáncer de mama.
- Amamantar y el embarazo: Algunos estudios indican que la lactancia materna reduce ligeramente el riesgo de cáncer del seno, especialmente si el periodo de lactancia es de 1 ½ a 2 años.
- Alcohol: El uso de alcohol está claramente relacionado con un ligero aumento en el riesgo de cáncer de mama.

Además de las influencias predisponentes ya mencionadas, hay otros factores de riesgo tales como ambientales y geográficas, ya que existen diferencias entre los países respecto a la tasa de incidencia y mortalidad por cáncer mamario; la mayor frecuencia se observa en los países occidentales, ricos, y la menor incidencia se detecta en mujeres asiáticas, no obstante, las mujeres japonesas y

sus hijas que emigran a Hawai y al sur de California muestran un aumento en el riesgo de cáncer de mama. (Vincent, 1988; Stanley, Robbins, 1994; Harrison, 1994; Lawrence, 1995; Merck, 2000)

Lo anterior indica que, es erróneo pensar en el cáncer de mama como consecuencia de una sola causa, ya que el desarrollo de esta enfermedad tiene múltiples etapas, probablemente afectadas por diferentes factores en cada estadio del proceso.

### 1.3 Diagnóstico

La primera manifestación clínica generalmente es la presencia de un nódulo firme, no doloroso, movable o adherido a la piel o a los planos profundos. Con menor frecuencia la lesión se presenta como un nódulo axilar metastásico o con dolor en la columna vertebral, también por metástasis, generalmente esta suele ser encontrada por la paciente y puede conducir al diagnóstico de una enfermedad maligna o benigna. Una masa palpable puede ser lisa y de consistencia de caucho (por ejemplo, un carcinoma). (Lawrence, Maxine, Stephen, 1996).

La detección temprana depende del autoexamen hecho por mujeres en intervalos mensuales y un control médico anual, esta consulta con el médico es de suma importancia, ya que al explorarla podrá detectar algún exceso en la mama y revisar sus radiografías (mastografía) que podrá llevarlo a diagnosticar adecuadamente la enfermedad.

Cualquier cambio en los senos puede indicar un problema, estos cambios pueden ser:

- Un nódulo que generalmente está solo, es firme y en la mayoría de los casos indoloro.
- Un endurecimiento en el seno.
- Una porción de la piel del seno que se inflama y aparece diferente.
- Las venas en la superficie de la piel se hacen más prominentes en un pecho que en el otro.
- El pezón se invierte, aparece un salpullido, o algún tipo de descarga o sangrado del pezón.
- Aparece una depresión en algún lugar de la piel del seno (González, 1991, cit. en Barbosa, 2001).

Puede decirse que la prueba diagnóstica más confiable para el cáncer de mama es la *biopsia abierta excisional*. Cuando se toma la muestra adecuadamente por el cirujano y se examina por el patólogo, tal prueba no deberá proporcionar resultados falsos negativos o falsos positivos. *La biopsia con aguja*

*grande* (aguja con mandril) es una técnica diagnóstica aceptada, en la cual una porción del tejido se obtiene con una aguja larga cortante. La citología por *aspiración con aguja fina* es una técnica muy útil en la cual las células de un tumor de mama se aspiran con una aguja pequeña (habitualmente del número 22) y se examinan por él patólogo. La *ultrasonografía* se efectúa principalmente para diferenciar lesiones quísticas de lesiones sólidas y no es diagnóstica de malignidad. Cuando se identifica una anomalía sospechosa mediante la mamografía simple y no puede palparse por él clínico, se deberá efectuar a la paciente *biopsia de localización mamográfica*.

En él 47 por ciento de los casos la lesión inicial se sitúa en el cuadrante superoexterno, él 22 por ciento están en la región de la areola, el 14 por ciento en el cuadrante superointerno, y el 7 por ciento en el cuadrante inferointerno. Su diseminación se hace fundamentalmente por los vasos linfáticos siguiendo la vía lateral hacia los ganglios linfáticos axilares, la vía transpectoral hacia los ganglios supraclaviculares o la vía interna hacia la cadena mamaria, principalmente en el primero, segundo, tercero y sexto espacios intercostales. Más rara vez invaden los ganglios linfáticos contralaterales o subdiafragmáticos (Pelayo, Arias, Pérez y Carbonel, 1986).

Los cánceres se denominan según él tipo de tejido en el cual se desarrollan. Dependiendo del tejido, el cáncer se comporta de distinta manera. La mayoría corresponden a alguno de los siguientes grupos:

*Carcinoma*. Este es el grupo más amplio de tumores cancerosos y abarca del 80 al 90% de todos los casos. Este tipo de cáncer se desarrolla a partir de las células que cubren el cuerpo (piel) y que constituyen y recubren los órganos internos. La mayoría de los carcinomas afectan a un órgano que secreta algo, como él tejido de la mama o el pulmón.

*Sarcoma*. Este cáncer se produce en el tejido conectivo del cuerpo, el cual incluye huesos, tendones, cartílagos, grasa, músculos y vasos sanguíneos.

*Linfoma*. Cáncer que se desarrolla a partir de células de glándulas linfáticas del sistema inmunológico. Por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin se encuentra dentro de este grupo.

*Leucemia*. Se desarrolla en la médula ósea y puede extenderse a otras partes del cuerpo, incluyendo los ganglios linfáticos.

Si se encuentra que hay presencia de cáncer se llevan a cabo pruebas que estudian las células cancerosas, las decisiones sobre cuál es el mejor tratamiento se toman de acuerdo con el resultado de estas pruebas, ya que proveen información sobre:

- Qué tan rápido crecería el cáncer

- Las probabilidades de que el cáncer se disemine rápido en el cuerpo.
- Qué tan eficaces resultan ciertos tratamientos.
- Las probabilidades de recidiva (regreso) del cáncer.

El proceso para determinar si las células cancerosas se diseminaron dentro de la mama o hasta otras partes del cuerpo se llama *estadificación*. La información reunida en el proceso de estadificación determina el *estadio* de la enfermedad.

Las tres maneras en que el cáncer se disemina en el cuerpo son las siguientes:

A través del tejido. El cáncer invade el tejido normal que lo rodea.

A través del sistema linfático. El cáncer invade el sistema linfático y circula por los vasos linfáticos hasta otros lugares en el cuerpo.

A través de la sangre. El cáncer invade las venas y los capilares, y circula por la sangre hasta otros lugares en el cuerpo.

Cabe mencionar que es importante conocer el estadio de la enfermedad y el diagnóstico ya que en base a ello se tomará la decisión de tratamiento.

#### **1.4 Tratamiento y prevención.**

Cuando ya se ha diagnosticado el cáncer de mama, el tratamiento dependerá fundamentalmente del estadio de la enfermedad. En los estadios I y II está indicado el tratamiento quirúrgico, con o sin la aplicación de otros métodos terapéuticos específicos complementarios. Mientras que en los estadios IIB, IIIA y IIIB, el tratamiento indicado es mastectomía radical con radioterapia (Ra) y quimioterapia (QI) preoperatoria. Sin embargo, dichos tratamientos dependen en gran medida del tipo, tamaño, localización y extensión del tumor: la edad de la paciente; proximidad de la menopausia y otros factores, (Peterson, 1987, cit. en Barbosa 2001).

Hay diferentes tratamientos disponibles para las pacientes de cáncer de mama. Algunos tratamientos son estándar (el tratamiento actualmente usado) y otros se encuentran en evaluación en ensayos clínicos. Un ensayo clínico de tratamientos es un estudio de investigación que procura mejorar los tratamientos actuales u obtener información sobre tratamientos nuevos para pacientes de cáncer. Cuando los ensayos clínicos muestran que un nuevo tratamiento es mejor que el tratamiento estándar, el tratamiento nuevo se puede convertir en el tratamiento estándar.

Se usan seis tipos de tratamiento estándar:

1. *Cirugía*. La mayoría de las pacientes de cáncer de mama se someten a cirugía para fin de extirpar el cáncer de la mama. Habitualmente se extirpan algunos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo y se observan bajo un microscopio para verificar si contienen células cancerosas.

A las pacientes tratadas con cirugía para preservar la mama, también se les puede extirpar algunos de los ganglios linfáticos de abajo del brazo para someterlos a una biopsia. Este procedimiento se llama disección de ganglios linfáticos. Se puede realizar al mismo tiempo que la cirugía para preservar la mama o después. La disección de ganglios linfáticos se realiza a través de una incisión separada.

2. *Biopsia del ganglio linfático centinela seguida de cirugía*. Es un procedimiento para extraer el ganglio linfático centinela durante una cirugía, este es el primer ganglio que recibe el drenaje linfático de un tumor, donde es posible que el cáncer se disemine desde el tumor. Se inyecta una sustancia radiactiva o un tinte azul cerca del tumor. La sustancia o el tinte fluye a través de los conductos linfáticos hasta los ganglios linfáticos. Se extrae el primer ganglio que recibe la sustancia o el tinte. Un patólogo observa el tejido bajo un microscopio para verificar si hay células cancerosas. Cuando no se detectan células cancerosas, puede no ser necesario extraer más ganglios linfáticos. Después de la biopsia del ganglio linfático centinela, el cirujano extirpa el tumor (cirugía para preservar la mama o mastectomía).

3. *Radioterapia*. La radioterapia es un tratamiento para el cáncer en el que se usan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. Hay dos tipos de radioterapia. *La radioterapia externa* usa una máquina fuera del cuerpo que envía radiación al área donde se encuentra el cáncer. *La radioterapia interna* usa una sustancia radiactiva sellada en agujas, semillas, alambres o catéteres que se colocan directamente dentro del cáncer o cerca del mismo. La forma en que se administra la radioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se está tratando.

4. *Quimioterapia*. Es un tratamiento del cáncer en el que se usan medicamentos para interrumpir el crecimiento de las células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o impidiendo su multiplicación. Cuando la quimioterapia se administra por boca o se inyecta en una vena o músculo, los medicamentos ingresan en el torrente sanguíneo y afectan a células cancerosas de todo el cuerpo (quimioterapia sistémica). Cuando la quimioterapia se coloca directamente en el líquido cefalorraquídeo, un órgano o una cavidad corporal como el abdomen, los medicamentos afectan principalmente las células cancerosas de esas áreas (quimioterapia regional). La forma en que se administre la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se está tratando.

5. *Terapia con hormonas*. Es un tratamiento para el cáncer por el que se extraen las hormonas o se bloquea su acción y se impide el crecimiento de las células cancerosas. Las hormonas son sustancias elaboradas por las glándulas del cuerpo que circulan por el torrente sanguíneo. Algunas hormonas pueden hacer crecer ciertos cánceres. Si las pruebas muestran que las células cancerosas ofrecen sitios donde pueden adherirse las hormonas (receptores), se utilizan medicamentos, cirugía o radioterapia para reducir la producción de hormonas o impedir que funcionen. La hormona estrógeno, que hace crecer algunos cánceres de mama, es elaborada en su mayor parte por los ovarios. El tratamiento para impedir que los ovarios elaboren estrógenos se llama ablación ovárica. La terapia hormonal con tamoxifeno a menudo se suministra a pacientes con estadios tempranos de cáncer de mama y a pacientes de cáncer metastásico de mama (cáncer que se diseminó hasta otras partes del cuerpo), y puede aumentar la posibilidad de padecer cáncer de endometrio, por lo que deben someterse a un examen pélvico todos los años para verificar si hay signos de cáncer, la terapia hormonal con un inhibidor de la aromatasa se administra a algunas mujeres posmenopáusicas que padecen de cáncer de mama hormonodependiente.

6. *Terapia dirigida*. Es un tipo de tratamiento para el que se utilizan medicamentos u otras sustancias para identificar y atacar células cancerosas específicas sin dañar las células normales. La terapia con anticuerpos monoclonales es un tratamiento para el cáncer para el que se utilizan anticuerpos producidos en el laboratorio a partir de un tipo único de células del sistema inmunitario. Los anticuerpos monoclonales se pueden usar en combinación con la quimioterapia como terapia adyuvante.

Es de suma relevancia mencionar que, después del o los tratamientos recibidos, en caso de optar por cirugía, está se diseña de acuerdo al tipo de lesión y extensión de la enfermedad, siendo preferible realizar una mastectomía radical con disección de ganglios axilares. Por su parte la quimioterapia es un tratamiento de agentes químicos, ésta se aplicó inicialmente al uso de sustancias químicas que afectan desfavorablemente al agente causal sin perjudicar al paciente. Este tratamiento presenta factores adversos colaterales como fatiga, pérdida de apetito, pérdida del pelo, náuseas, vómito, diarrea, cambio en el color de la piel y efectos negativos como ansiedad y depresión, disminución de la inmunidad, cambios en las enzimas hepáticas y frigidez temporal (Burish y Bradley, 1983; citado en López, 2000). La radioterapia es la aplicación terapéutica de las radiaciones electromagnéticas de corta longitud de onda, la cual destruye el tejido maligno. La radiación afecta también el tejido normal causando algunos efectos secundarios como son: fatiga, irritación y pérdida del pelo en la zona radiada (Ibíd.).

Es importante decir que después de una mastectomía radical estándar o modificada es posible reconstruir la mama si se implanta una prótesis. La mayoría de los cirujanos plásticos han colocado una prótesis llena de solución salina en

lugar del implante de gel de silicón. Alternativamente, puede utilizarse tejido autólogo para la reconstrucción. La técnica autóloga más popular es el colgajo del recto del abdomen (colgajo TRAM, siglas en inglés) que se efectúa al girar el músculo recto abdominal con la grasa añadida y la piel, para formar una mama y lo más reciente es la contribución que los cirujanos del Hospital de Bellvitge han desarrollado, es una técnica pionera en el mundo para reconstruir totalmente la mama en la misma intervención. No sólo colocan la prótesis, como hasta ahora, sino que reconstruyen el pezón y la areola con piel de la espalda. Así, evitan el trauma estético que supone para la mujer y que deba pasar de nuevo por quirófano para terminar la reconstrucción.

Todas las pacientes que sufren mastectomía deberán recibir la opción de reconstrucción de la mama por lo que los doctores deben comentarlo con las pacientes ya que ofrece un elemento psicológico importante para la recuperación (Lawrence, Maxine, Stephen, 1995).

Cabe mencionar que antes de comenzar un tratamiento, los pacientes podrían considerar el hecho de tomar parte en un ensayo clínico, el cual, como ya se comentó, es un estudio que trata de dar respuesta a ciertas preguntas de carácter científico, como por ejemplo si un medicamento es mejor que otro. Estos ensayos se basan en estudios anteriores y lo que se ha aprendido en el laboratorio. El propósito de todo esto es encontrar mejores métodos para ayudar a los pacientes con cáncer. Durante estos ensayos se obtiene información acerca de los nuevos tratamientos, sus riesgos, su eficacia y si trabajan o no. Cuando estos experimentos demuestran que el nuevo tratamiento es mejor que el empleado hasta ese momento, este puede convertirse en el tratamiento “estándar”. Los pacientes que participan en los ensayos clínicos también ayudan a mejorar la forma en que se tratará el cáncer en el futuro. Aunque los ensayos clínicos no conduzcan a tratamientos nuevos eficaces, a menudo responden a preguntas importantes y ayudan a avanzar en la investigación.

Algunos ensayos clínicos sólo incluyen a pacientes que todavía no recibieron tratamiento. Otros ensayos prueban los tratamientos para los pacientes cuyo cáncer no mejoró. También hay ensayos clínicos que prueban nuevas maneras de impedir que el cáncer recidive (vuelva) o de reducir los efectos secundarios del tratamiento de cáncer, actualmente se están realizando estudios clínicos con terapia biológica y con el trasplante de médula ósea.

Todos estos tratamientos son temidos por la mayoría de las pacientes, por los efectos colaterales que traen consigo y evitan llevarlos a cabo. Sin embargo, otras pacientes se dan cuenta de la importancia que tienen los tratamientos, de su efectividad y de que estos tratamientos tan agresivos van a llegar a eliminar el cáncer.

Sin embargo, aun cuando se han realizado estudios que identifican factores de riesgo como tener una antecedente familiar, un primer embarazo a término después de los 35 años, menarquía temprana (antes de los 12 años), menopausia tardía (después de los 50 años), alguna enfermedad fibroquística severa, un cáncer cérvico-uterino, estrógenos en dosis altas y prolongadas e incluso una mala alimentación, lo cierto es que no hay respuestas concretas, debido a esto, la Secretaría de Salud y organismos privados como es el caso del Grupo de recuperación Total Reto, por medio de campañas, folletos y pláticas de orientación advierten de lo importante que es tomar conciencia del cuidado de la salud y en especial tratándose de una enfermedad que, como ésta, es asintomática por mucho tiempo.

Por ello, los doctores recomiendan que como medida de prevención, las mujeres realicen un autoexamen de mamas cada mes, este debe realizarse una semana después de la menstruación y de preferencia en la mañana; la exploración física debe comenzar con una inspección visual, frente a un espejo, con los brazos arriba, con las manos sobre las caderas, presionando firmemente sobre ellas y con un examen manual con la yema de los dedos.

A cada mujer, se le debe estimular para que practique dicho examen mensual y hacerse el anual con el médico, además de una mamografía al año e informarse sobre los síntomas más evidentes de esta enfermedad, que son elementos clave para detectarla a tiempo.

En este caso, hay evidencias que deben encender los focos de alerta para una mujer, para de inmediato contactar a los médicos especialistas, ya sea él ginecólogo o él oncólogo, ya que en la actualidad, a pesar del gran número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, no se justifica la creencia popular de que el cáncer sea sinónimo de muerte, porque en esta época se estima que más de la mitad de las personas diagnosticadas con cáncer se curan. En Estados Unidos existen 8 millones de sobrevivientes de cáncer y este número está aumentando, ya que son más las personas que viven con esta enfermedad que las que mueren a causa de la misma.

Cabe señalar que esto dependerá también de la etapa del cáncer y de la precocidad del diagnóstico.

Sin embargo, no solo se sufre físicamente la enfermedad sino también anímicamente, ya que su estructura familiar y social se modifica radicalmente en presencia de la enfermedad y muchas mujeres se deterioran psicológicamente y se sienten impotentes ante su sufrimiento. Es por ello que las mujeres afectadas por el cáncer, ven modificado su estilo de vida por las consecuencias psicológicas que trae consigo la enfermedad (Barbosa, 2001).

Según datos estadísticos del INEGI en el censo de 2010, señala que aproximadamente el 52% de la población Mexicana corresponde al género

femenino y para el 2015 esta diferencia se ha acentuado hasta llegar a 3.4 millones más de mujeres que de varones, lo cual genera preocupación ya que la morbilidad y mortalidad que representa el cáncer de mama dentro del grupo de mujeres es de gran magnitud, además de haberse convertido para el 2016, en la primer causa de muerte, según datos de la Secretaría de Salud; por lo que amerita ser atendido con intervenciones que permitan minimizar la problemática y detectar en el grupo de riesgo las lesiones con calidad y con carácter preventivo.

## II. MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Dado que el ser humano es inevitablemente, un ser social al mismo tiempo que ser biológico y ser psicológico y siendo lo que enferma la totalidad humana, en toda enfermedad coexisten fenómenos de orden biológico, psicológico y social. En la enfermedad, como en la salud, se integran en todas las manifestaciones vitales humanas estos tres modos de abstracción. No obstante, la llamada “medicina científico natural”, preocupada únicamente en objetivar anomalías orgánicas, soslayó este hecho hasta los años 30 del pasado siglo en que comenzó a operarse un notable cambio del pensamiento médico y el advenimiento del nuevo paradigma, generalmente denominado “Medicina Psicosomática”, pero ¿qué es la medicina psicosomática?, esto se explica a continuación.

### 2.1. ¿Qué es la medicina psicosomática?

Hace ya muchos años que la palabra “Psicosomática” se introdujo en Medicina para denotar las profundas influencias que experiencias vitales, estados emocionales e incluso procesos cognitivos, tienen para bien o para mal, en la salud y en el funcionamiento del cuerpo humano. Hoy en día, el pensamiento psicosomático trata de superar visiones parciales y abstracciones reduccionistas, buscando la integración de manifestaciones biológicas y sociales en una comprensión unitaria del ser humano (1).

Es importante decir que la psicosomática o la medicina psicosomática se dedica al estudio de las interrelaciones entre la mente (psique) y el cuerpo, es decir, a responder la pregunta sobre cómo los procesos mentales (psíquicos) afectan al cuerpo o de qué forma los procesos físicos se manifiestan a nivel mental (o psíquico), es decir, estudia la relación mente-cuerpo y valora la importancia que el estrés y los factores psicológicos tienen en la aparición, evolución y tratamiento de las enfermedades físicas.

La Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicología Médica define a la medicina psicosomática como “una orientación de la medicina que se caracteriza por incluir en cada acto médico y en cada juicio clínico la consideración de emociones inconscientes que contribuyen a que cada paciente configure una persona enferma en una determinada situación.

---

(1) <http://definicion.de/psicosomatico/#ixzz4FMAyKXIs>

La medicina psicosomática defiende la doctrina de la unidad de cuerpo y alma del enfermo, quien se encuentra inmerso en una red de relaciones sociales, en otras palabras, una teoría acerca de las relaciones biopsicosociales. Describe de qué forma y en qué medida la aparición, el curso o la superación de enfermedades físicas (desde el resfriado hasta el cáncer) están determinados en cierto grado por procesos biológicos, psicológicos y sociales. Las enfermedades psicosomáticas, en sentido estricto, son aquellas cuya manifestación y desarrollo están bajo la influencia demostrable de factores psicosociales. Ello significa que no cada persona que sufre asma está enferma psicosomáticamente y que tampoco es cierto que el diabético padece una enfermedad puramente física.

La medicina psicosomática es un precepto terapéutico, que defiende que los conceptos biomédicos, psicoterapéuticos y socioterapéuticos son segmentos de una misma medicina integradora (que con frecuencia se denomina “integral”)

Según Dunbar (1936), el criterio de la salud psicosomática “es el mantenimiento por el organismo del equilibrio homeostático dentro de sí y respecto al ambiente”

La teoría cerebral de la emoción ha tenido numerosos precursores; el principal fue Descartes, quien planteó que la glándula pineal era la parte corporal donde el alma ejercía sus funciones (Delay, 1964). El adjetivo psicosomático fue introducido en la literatura médica durante una fase de transición en la ciencia y práctica médicas y en la evolución de la sanidad.

La clínica psicosomática se desarrolla en Estados Unidos como una extrapolación de los descubrimientos de Freud en la histeria de conversión, las primeras ideas concretas referentes al paciente como un todo personal proceden de él. En sus estudios sobre la histeria Freud mostró que un conflicto psíquico podía dar lugar a una somatización o disfunción física y en 1893, publicó un trabajo sobre histeria e intentó desarrollar nuevas técnicas para tratar problemas que presentaban a la vez componentes fisiológicos y psicológicos. Poco después, Groddeck, en Baden-Baden y Hollos y Feereenczi (cit. por Flanders, 1950) en Budapest, se interesaron especialmente en los efectos de los factores psicológicos en el diagnóstico y curso de varios síndromes patológicos diferentes. Los primeros psicosomatólogos eran mayoritariamente internistas psicoanalizados, como Schur, el médico personal de Freud y Félix Deutsch, autor de un interesante tratado sobre “El Misterioso Salto de la Mente al Cuerpo”, problema esencial de la Psicosomática, gradualmente el adjetivo psicosomático penetró en la literatura germana y entre la segunda y tercera décadas del siglo XX, Félix Deutsch intentó definir el significado de Medicina Psicosomática.

En los últimos años de la tercera década George Ddrape intentó introducir la voz psisoma para destacar que cuerpo y psique podrían considerarse una unidad. El adjetivo psicosomático fue empleado por primera vez en lengua inglesa por

Dunbar. A partir de entonces ha habido muchas definiciones encaminadas todas ella a evitar la dicotomía entre cuerpo y espíritu. La orientación psicosomática en medicina va alcanzando cada vez mayor relieve, hasta que para los años 30 cuenta ya con su propio órgano de expresión y con una asociación de ámbito nacional. Pronto la formación psicosomática es parte integral inescapable del entrenamiento de los psiquiatras americanos, entre los que van saliendo especialistas notables en psiquiatría del Hospital General. En 1948 Kaufman y Margolin, con su "Teoría y práctica de la medicina Psicosomática en el Hospital General" sientan las bases de lo que hoy en día denominamos, más apropiadamente, "Psicoterapia en Medicina" o aplicación de técnicas psicoterapéuticas para aliviar al enfermo corporal y para incrementar la eficacia de tratamientos puramente orgánicos.

La medicina psicosomática constituyó el primer intento de investigar, dentro del ámbito médico, las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. El término "psicosomático" fue acuñado y atribuido oficialmente a Christian August Heinroth, Heidelberg en 1818 y con el quiso dar cuenta de las relaciones entre los procesos psicológicos y las estructuras somáticas. Históricamente se han descrito dos momentos en la evolución de la medicina psicosomática. El primero comprende entre 1935 y 1960 y se caracteriza por la notable influencia del psicoanálisis. De hecho, en esta fase, la medicina psicosomática se centró, fundamentalmente, en el estudio de la etiología y patogénesis de la enfermedad física desde una perspectiva abiertamente psicodinámica.

Se asumía que las causas de algunas enfermedades orgánicas concretas se encuentran en ciertas características de personalidad, conflictos interpersonales y el modo de responder a dichos conflictos. Si se suma una cierta vulnerabilidad orgánica, constitucional o adquirida, a la presencia de los tres factores antes mencionados, el resultado será una enfermedad específica. Se califica como psicosomático al trastorno psicológico que genera un efecto físico, provocando alguna consecuencia en el organismo. Puede decirse, por lo tanto, que una afección psicosomática se origina en la psiquis y después ejerce cierta influencia en el cuerpo. Dicho de otra manera, calificar una enfermedad o una dolencia como psicosomática supone atribuirle una causa emocional.

Las enfermedades psicosomáticas son los trastornos corporales cuya causa es psíquica. Entre los trastornos psicosomáticos clásicos destacan cierto tipo de úlceras, colitis, asma bronquial, la hipertensión arterial y la anorexia nerviosa. Según uno de los representantes más relevante de este momento, Alexander (1934-1968), las alteraciones de salud más importantes que podían considerarse de naturaleza psicosomática serían el asma, la neurodermatitis, la úlcera de

duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión esencial y la diabetes.

A partir de 1965 se observa un cambio de orientación en esta disciplina. Se abandona progresivamente la formulación psicoanalítica para explicar la enfermedad, se busca una base científica más sólida de conocimiento equiparable a la de la medicina y se plantea la necesidad del desarrollo de técnicas terapéuticas eficaces para el tratamiento de la enfermedad psicosomática. Este cambio de orientación queda plasmado en los objetivos que, según Lipowski le corresponderían a la medicina psicosomática, los cuales son:

1. El estudio del papel de los factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano.
2. Una aproximación holística a la práctica de la medicina.
3. Una relación con la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo.

Cabe mencionar que en sus aplicaciones concretas, podemos distinguir la Psicosomática como ciencia básica, como orientación médica y como práctica clínica.

Como ciencia básica, tiene por objeto observar e interpretar las relaciones entre estados, procesos y acontecimientos psicológicos y biológicos, tal como son influenciados por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad. Pertenece claramente al grupo de las ciencias naturales, es tributaria del método experimental, y formula a nivel teórico modelos neutros súper impuestos a los sistemas conceptuales de la Psicología y de la Biología.

Como orientación médica, surge en reacción a las tendencias reduccionistas de la medicina moderna, representando una actitud o estado de opinión que insiste en considerar al paciente en su totalidad, atendiendo no sólo a los datos meramente biológicos sino también a sus circunstancias sociales y estados psicológicos.

Afín a lo que se ha denominado Antropología Médica, la Medicina Psicosomática es sumamente práctica y se apoya en los postulados que derivan tanto de la moderna experimentación científica como de la sabiduría clínica milenaria.

Por su parte Jeammet en 1990, resume también los objetivos de la medicina psicosomática y Psicología de la Salud, los cuales son:

1. Conocer los diferentes modos de expresión de la angustia.

2. Saber a partir de qué momento hay tensión y por qué razones un determinado contexto puede tener un papel patógeno.
3. Saber buscar en el origen de una descompensación psicosomática una situación de pérdida afectiva o de herida narcisista.
4. Comprender por qué los cambios de estado social y fases de crecimiento por las cuales pasa todo individuo constituyen periodos de crisis que amenazan la homeostasis biopsicosocial.
5. Conocer las características de los grandes perfiles de personalidad / patrones de conducta.
6. Saber qué tipo de organización psíquica vuelve al sujeto más vulnerable a la enfermedad.
7. Comprender qué peculiaridades del desarrollo infantil pueden favorecer un tipo concreto de organización.

Sin embargo, a pesar de su importancia, su ámbito resulta difícil de definir, ya que no existe “el psicósoma” como órgano, ni tampoco enfermedades psicosomáticas, en el sentido en que hay, por ejemplo, enfermedades hepáticas o respiratorias. Pero sí encontramos con frecuencia situaciones en las que el proceso psicosomático, presente en todas las enfermedades, alcanza tal magnitud que parece indicada una intervención de tipo psicológico, tanto para beneficiar la evolución del proceso patológico, como para acelerar la rehabilitación y prevenir las recidivas. El “psicósoma” no es un órgano ni un sistema, sino un término abstracto aplicable a una manera integrada de funcionar, un proceso continuo en el que fenómenos biológicos son susceptibles de expresión psíquica y viceversa. El concepto actual de Patología psicosomática está íntimamente ligado al de multifactoriedad patogénica, así como a razonamientos que implican la jerarquización de factores etiológicos externos en su juego interactivo con factores internos de vulnerabilidad individual. Así pues, la medicina psicosomática actual debe separarse del pensamiento “precientífico” al explicar las relaciones somatopsíquicas, aunque este último adquiera cada vez más peso e importancia en las formas de medicina alternativa, por ejemplo en el animismo, la creencia en los milagros y similares.

Pueden manifestarse en casi todas las personas en relación con situaciones vitales especialmente preocupantes. Son de naturaleza pasajera y expresión de unos reflejos fisiológicos y psicosomáticos. Estos síntomas desaparecen, por regla general, en poco tiempo, sobre todo si cambia la situación externa que los provoca. Las reacciones psicosomáticas se observan en casi todas las personas

y en ningún caso indican una predisposición a sufrir problemas mentales más graves.

Los trastornos psicósomáticos, según Luban, Paldinger, Kroger y Laederach (1997) pueden clasificarse en los siguientes grupos principales:

1. Síntomas de conversión. Un conflicto neurótico se excluye por razones de defensa de las vivencias psíquicas, manifestándose a través de las percepciones del cuerpo; se ha “somatizado”. La manifestación del síntoma puede entenderse como un intento de solucionar el conflicto. Algunos ejemplos los encontramos en las parálisis histéricas, las parestesias, la ceguera y la mudéz psicógena, los vómitos o los fenómenos dolorosos.
2. Síndromes funcionales (somatomorfos). Este grupo está formado en su mayor parte por “pacientes problemáticos” que acuden al médico con un cuadro de molestias cambiantes y con frecuencia difusas que pueden afectar el sistema cardiocirculatorio, el tracto gastrointestinal, el aparato locomotor, los órganos del sistema respiratorio o el sistema urogenital. Alexander (1934-1968) describió estos fenómenos físicos como signos que acompañan a las emociones sin carácter de expresión, dándoles la denominación de neurosis orgánicas.
3. Enfermedades psicósomáticas en sentido estricto (psicosomatosis). Están producidas por una reacción física primaria frente a una vivencia conflictiva, acompañada de transformaciones morfológicas objetivables y una enfermedad orgánica.

Desde el punto de vista de la medicina histórica (ibid), este grupo comprende los siete cuadros patológicos clásicos de la psicósomática: asma bronquial, colitis, úlceras, hipertensión esencial, hipertiroidismo, neurodermatitis, artritis reumatoides y úlcera duodenal.

Además de esta clasificación existen otras:

- Trastornos psicógenos.- fenómenos psíquicos primarios sin participación del organismo o sólo sugestionada (reacciones hipocondriacas).

- Trastornos psicofisiológicos.- fenómenos fisiológicos producidos por emociones o estados psíquicos comparables.
- Enfermedades psicosomáticas en sentido estricto.- generalmente condiciones psicodinámicas específicas para la manifestación de una enfermedad orgánica concreta asociada.
- Trastornos somáticos.- reacciones psíquicas frente a enfermedades

Es importante decir que mientras que la orientación psicosomática en medicina requiere la adecuación de la relación médico-enfermo a las condiciones sociales, culturales y psicológicas de un paciente determinado, la investigación psicosomática se ocupa de establecer los mecanismos fisiológicos a través de los cuales variables del funcionamiento mental o del entorno pueden influir en las patogénesis de entidades clínicas médicas. Bajo este aspecto, se ha definido la Psicosomática como “una ciencia de tipo integrativo, cuyo objeto consiste en observar y jerarquizar las relaciones entre las tendencias, estados, procesos y acontecimientos psicológicos y los biológicos, tal y como son influenciados por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad”

Cabe mencionar que la mayoría de los pacientes que acuden a una consulta médica presentan una sintomatología física predominante que sirve de presentación. Traducen sus conflictos y tensiones mentales en síntomas físicos, con lo cual no son capaces de percibir subjetivamente y formular en palabras los principales determinantes psíquicos de su enfermedad física, como tampoco encontrar una solución a corto plazo. No se quejan del miedo, la ambivalencia o los problemas de relación, sino que exigen ser liberados de síntomas físicos concretos, cuyas raíces no sospechan que estén en la historia individual de su vida, por lo que la tarea actual de la psicosomática consiste en formular lo que Von Bertalanffy, ha denominado “Modelos neutros superimpuestos a los sistemas conceptuales de la biología y de la psicología” (2). A un nivel de abstracción inferior, trata de formular de manera empírica leyes que rigen las relaciones entre un acontecimiento psicológico y otro fisiológico coincidente en el tiempo (psicofisiología), entre procesos o funciones psicológicas y actividad neuroendocrina e inmunológica (psiconeuroendocrinología y psiconeuroinmunología) y

---

(2) [www.psiquex.com/tecnicas/pdf](http://www.psiquex.com/tecnicas/pdf)

entre influencias socioambientales y respuestas psicoorgánicas (aspectos psicosociales del estrés).

Alexander (1934-1968) planteó que los síntomas psicósomáticos aparecen sólo en órganos inervados por el sistema nervioso autónomo y no poseen ningún significado psíquico específico (como ocurre con la histeria de conversión), pero son resultados finales o estados fisiológicos prolongados que son los acompañantes de ciertos conflictos inconscientes reprimidos. También existen ciertos factores predispuestos de tipo genético constitucional orgánico (multifactorial), además de los factores psíquicos implicados, en los cuales la energía psíquica reprimida es descargada fisiológicamente (Delay, 1964). Para la patología psicósomática, es considerable la importancia de que el lenguaje emocional dependa de mecanismos cerebrales, en la medida que permite considerar los trastornos corporales consecutivos a la emoción como expresión de una perturbación de los centros reguladores del equilibrio neurovegetativo y de la homeóstasis del medio interior, producida por factores psicológicos como el miedo, la angustia, la cólera, pero que no se distingue en sus manifestaciones, de los mismos síndromes producidos por una agresión cerebral de naturaleza completamente distinta que interesen al mismo dispositivo neurofisiológico. Interesantes fueron las contribuciones de Engel (1968) quién creía que era necesaria una aproximación global a la enfermedad psicósomática, creando así, el modelo Biopsicosocial en el que se contemplan factores externos como la cultura y aspectos ecológicos y factores internos como la genética, la historia del individuo su constitución, etc.

En presencia de un asma, una hipertensión, una úlcera, un glaucoma, una colitis, una diabetes, en los que se hallan factores emocionales, resulta siempre difícil determinar si éstos son únicamente elementos de una constelación etiológica o si desempeñan un papel preponderante. La emotividad es muy desigual, según los individuos y la misma desigualdad se encuentra en lo que respecta a las manifestaciones psicósomáticas (Ayala, 1950).

Por otro lado, cabe mencionar que el síndrome somático, que en patología psicósomática es la expresión de algo más profundo tiene, como hemos visto, la característica de su falta de permanencia, su movilidad, pudiéndose abstraer normas tanto para prever sus cambios, como para explicar fenomenológicamente su nacimiento y desaparición. Labhardt (ibid, (2)), analiza las consecuencias de la somatización y de la angustia:

1. El trastorno psicossomático constituye parte de la angustia misma o es un síntoma concomitante de ésta; así, por ejemplo, la sudoración, las palpitaciones, la mímica angustiada.
2. El trastorno psicossomático surge en lugar de la angustia, cuya presencia no es comprobable ni subjetiva, ni objetivamente. El síntoma presente posee unas veces carácter expresivo y representativo ( así, el vértigo como expresión de angustia vital general); otras veces, carácter de equivalencia (sudoración, diarrea)
3. El síntoma psicossomático unido a la angustia posee una función defensiva. Cuando el síntoma está presente, la angustia desaparece; si el síntoma, en cambio, es reprimido, la angustia se manifiesta de nuevo. Se observa, por ejemplo, en la ingestión compulsiva de alimentos, conducente a la obesidad y que posee una función regresiva aminoradora de la angustia (al igual que sucede con las obsesiones en el sector de la psiconeurosis).
4. Angustia a consecuencia de un acontecer corporal, lo cual conduce casi siempre a un círculo vicioso entre angustia-síntoma corporal y angustia de nuevo.

Puede decirse que, llegado el momento, la enfermedad se instala en el cuerpo independientemente de su causa emocional. La colitis ulcerosa, por ejemplo, señalada como una enfermedad psicossomática, puede implicar la aparición de úlceras importantes que requieran de una intervención quirúrgica, aun cuando el paciente haya tratado con terapia su problema psicológico.

Debe tomarse en cuenta además el papel que la parte emocional juega en esto, Ruesch (1948) informó que los pacientes psicossomáticos mostraban una "personalidad infantil" caracterizada por una deficiente capacidad simbólica de expresión emocional, marcada dependencia y expresión a través de canales somáticos y de acción. Por su parte, McLean coincide en señalar, además su aparente incapacidad para verbalizar emociones, especulando en torno a lo que denomina "lenguaje del órgano", un mecanismo por el cual en situaciones de estrés esta incapacidad tendría su cauce expresivo a través de la somatización y propone un modelo neuroanatómico explicativo que señala que existe una desconexión interhemisférica (bloqueo) en estos pacientes que impide la conexión entre el sistema límbico y el neocórtex, con lo cual, las emociones no son bien traducidas simbólicamente a palabras y la actividad neuronal asociada es derivada

hacia otros sistemas de control (sistema neuroendocrino, sistema neuromuscular, sistema inmunitario, etc.).

Ya en la década de los cincuenta, tanto Horney como Kelman repararon en el peculiar estilo cognitivo de estos pacientes y lo que es más importante, diferenciaron la estructura que caracteriza a los alexitímicos de los rasgos propios de las neurosis, atribuyendo el trastorno a un mecanismo de defensa. Más tarde, Marty y Múzan observaron en estos pacientes una característica de personalidad denominada “la pensée opératoire (pensamiento operativo)”, caracterizada por una reducida capacidad de fantasía, así como un lenguaje y un peculiar estilo cognitivo orientado hacia los detalles externos, además de un tipo de pensamiento limitado a la reproducción de los detalles de acciones pasadas sin añadir matiz subjetivo alguno a su descripción.

El análisis de las condiciones del trastorno psicosomático pretende concebir la enfermedad como el resultado de diversos factores. Se refiere, primero, al análisis de las condiciones que han provocado y mantienen la enfermedad y, segundo, al análisis de los factores terapéuticos que contribuyen a superar la enfermedad.

Resumiendo, podemos definir la Medicina Psicosomática como “una manera de practicar la medicina que tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente en el diagnóstico, tratamiento y prevención de toda enfermedad”.

Es importante decir que así como ocurre con otros conceptos de la ciencia y la psicología, el término psicosomático suele usarse con frecuencia en el habla cotidiana, aunque no siempre con mucha precisión. De hecho, para ciertas personas, cualquier enfermedad o síntoma en medio de una situación de estrés resulta psicosomático, como si se tratara de una simple ecuación que se repite una y otra vez. Lo cierto es que, como se menciona más arriba, incluso para los profesionales puede ser difícil encontrar las raíces de ciertos trastornos que parecen estar conectados con el plano emocional.

De todos modos, existen una serie de relaciones que la ciencia ha establecido entre la depresión, el estrés y la ansiedad, por ejemplo y ciertos cambios en el organismo, dado que dichos males afectan diferentes hormonas, tienen influencia directa en varias enfermedades y nos vuelven más susceptible al dolor. Por citar un ejemplo siempre vigente, el cáncer parece estar vinculado con el estrés: ha

sido demostrado que su influencia puede abarcar desde el origen de la enfermedad hasta su desarrollo.

## **2.2 Causas psicosomáticas del cáncer de mama**

Existen diversas y numerosas teorías y métodos que han pretendido explicar el origen y cura de las enfermedades, solo que predomina una visión fragmentaria, patriarcal, ahistórica, racional, mecanicista, con evidentes intereses hegemónicos y económicos. Sin duda, han surgido avances en la detección y tratamientos de las enfermedades, pero han quedado rebasados por la explotación excesiva e irracional y por el proceso cambiante de los sujetos en espacios geográficos e históricos. (Calvo, 2004).

El cuerpo de la mujer y en realidad cualquier cuerpo ha sido concebido por la medicina psicosomática desde el lugar de la alopatía y en particular desde la psiquiatría impregnada por el aroma psicoanalítico como un rasgo propio de la histeria. Fue hasta el siglo XX que se admitió que las tensiones y las preocupaciones pueden impedir la curación o favorecer el desarrollo de enfermedades aun cuando no se encontró ningún análisis de los procesos fisiológicos ni la particularidad de enfermedades susceptibles, los factores sociales o psicológicos. (Dongier, 1971).

Como vimos anteriormente, la medicina psicosomática se dedica al estudio de las interrelaciones entre la psique o mente y el cuerpo, es decir, cómo los procesos psíquicos o mentales afectan al cuerpo o de qué manera los procesos físicos se manifiestan a nivel mental. Concibe que la sintomatología física de un paciente es la traducción de conflictos y tensiones mentales, que el sujeto no puede percibir subjetivamente y expresar en el lenguaje verbal, siendo así, el sujeto reprime su condición por las exigencias reales o imaginarias del entorno social. Cuando la presión interna, producto de apetitos, instintos, necesidades y fantasías son excesivas y no satisfechas, se liberan en forma de síntoma, propio del neurótico. (Luban, Paldinger, Kroger y Laederach, 1997). El miedo huye hacia la neurosis, por no aceptar la realidad y no tener la disponibilidad de asumir nuevos riesgos, contemplar otras posibilidades, lo cual produce soledad. Puede decirse que esta teoría se resume en el dominio de la mente sobre el cuerpo, por instintos que la razón no puede controlar y son reprimidos y se alojan en el inconsciente y desde allí actúan.

El tema sería, entonces ¿cuándo hablamos de enfermedades meramente orgánicas y cuándo de enfermedades psicosomáticas?, o ¿es tal la fragmentación del ser que de vez en vez aparece lo emocional o mejor dicho lo mental en la enfermedad? Desde la medicina alópata o psicosomática se habla de que existen diferentes niveles, donde hay emociones normales que no tienen resonancia en la funciones fisiológicas, los trastornos funcionales, como consecuencia de un estado emocional agudo o crónico que afecta las funciones orgánicas y las enfermedades psicosomáticas en donde los conflictos psíquicos lesionan un órgano; al respecto, es importante mencionar que en ocasiones las enfermedades son silenciosas y asintomáticas, como en algunos casos de cáncer de mama, esto sucede por la pérdida de capacidad de experimentar dolor, de manera que el cuerpo y sus mensajes de alerta son olvidados, esto puede deberse a las características fundamentales de la personalidad psicosomática que señala el psicólogo Sergio Asencio Martínez (2011), en su estudio de enfermedades psicosomáticas y cáncer, las cuales son:

1. Relaciones objétales marcadamente carentes de afecto.
2. Pensamiento operativo, caracterizado por ser exageradamente pragmático y descriptivo, carente de subjetividad y sin afectos.
3. Alexitimia. Dificultad extrema en describir los estados emocionales. Este rasgo ha sido documentado por Sifneos (cit. en González de Rivera, 2003) y está relacionado con el punto anterior.
4. Normalidad psíquica aparente, con buena adaptación social y ausencia de síntomas neuróticos o caracterológicos.
5. Tendencia a gesticulación corporal o facial, manifestaciones sensorio-motrices inespecíficas o quejas de dolor físico, en momentos de estrés psíquico en que habitualmente se producen síntomas psíquicos.
6. Inercia de las asociaciones, con respuestas cortas y terminales, escasa elaboración y omisión de detalles dramáticos o dolorosos.
7. La incapacidad del sueño y de la actividad onírica para neutralizar experiencias traumáticas. Los sueños en enfermos psicosomáticos son típicos (o bien son el exponente de una actividad fisiológica automática y sin significado psicológico, o bien están llenos de ansiedad e incompletos) en el sentido de que no cumplen su función de formar una fantasía o solución positiva del conflicto psicológico.

Por supuesto, no todos los pacientes con alteraciones de tipo psicosomático presentan estas características de personalidad. Sin embargo, es cierto que un importante subgrupo de enfermos con procesos somáticos presenta estos rasgos. Rivera, M. (2002), dice al respecto que el sujeto racional niega la posibilidad de enfrentar sus sentimientos y lo que busca su mente y debido a que todo deber ser útil abandona sus recuerdos, tan solo es necesario ser actual y su vida se basa en la satisfacción de tres instintos:

- a) El apetito de estímulo y sensación, es decir, la necesidad de razonar
- b) El apetito de reconocimiento y
- c) El apetito de ser parte de una organización aún sin identificarse con ella.

El trabajo del sujeto racional es individualizado y actúa con rituales estereotipados, llevando al cuerpo a su máximo uso, llegando a producir las actividades que desempeñe la pérdida de noción del tiempo, de las propias necesidades como el hambre y sueño, sensaciones y sentimientos. La racionalidad desprecia el dolor y el objetivo de su vida gira alrededor de la economía. La competencia devora el cuerpo racional y la autoestima e identidad son heridas. Los mensajes del cuerpo son acallados en ocasiones desde la infancia y las problemáticas del cuerpo se cruzan con el bajo rendimiento en la educación y un bajo crecimiento. Y los sujetos pueden vivir así, durante años o toda su vida, con un cuerpo enfermo, pero que no es incapacitante, donde incluso la enfermedad es un instrumento de control, posesión, chantaje o de excusa para no hacer o concluir labores en la vida. Los breves instantes de logros económicos, de reconocimiento o placer no calman los largos periodos de soledad, tristeza e impotencia, no aquietan el pensamiento acelerado que domina el cuerpo.

En lo que respecta al cáncer, sufrir de este, significa para el paciente, sus familiares y muchas veces el médico que le trata, desarrollar ideas mágicas sobre la enfermedad, en ocasiones, este se vive como algo misterioso, como un castigo, una fatalidad que conduce irremediabilmente hacia la muerte después de producir sufrimiento y dolor. Se corre el riesgo de que los enfermos sean estigmatizados y aislados, en lugar de obtener las atenciones necesarias y adecuadas para cada uno (Luban, Paldinger, Kroger y Laederach, 1997). La medicina psicosomática ha contemplado el análisis de procesos cognitivos y emocionales, en relación a la imagen que la mujer tiene de su cuerpo, como parte de la identidad, el desarrollo

del deseo sexual y su satisfacción y formas de relación que pueden dar lugar a trastornos ginecológicos, que reflejan las dificultades de adaptación entre los conflictos por necesidades instintivas y las normas ideales sociales, se sabe que una emoción es capaz de alterar el sistema endocrino hormonal y el sistema límbico-hipotalámico, con conexiones con las glándulas suprarrenales así como con los centros vegetativos periféricos. (Calvo, 2004).

Pero ¿por qué una persona desarrolla un cáncer? Partiendo de que habitualmente se producen células atípicas o anómalas en los seres humanos y el sistema inmunológico las detecta y se encarga de eliminarlas sin consecuencia alguna para la persona, ¿qué es lo que falla en estos casos? ¿el sistema inmunológico no las detecta? o si lo hace, ¿por qué no se deshace de ellas y en cambio permite que se reproduzcan?

Las primeras referencias que vincularon los factores psicológicos con el cáncer aparecieron en el s. XIX, cuando Snow (1893, citado por Cooper, 1988) observó que en un total de 250 historias clínicas de pacientes con cáncer, que había analizado en el Hospital de Londres, en 156 casos, había precedentes de problemas afectivos, relacionados específicamente con pérdidas, en la aparición del trastorno.

En un tratado sobre estrés (Bonet; Luchina, 1998) los investigadores postulan que “el estrés produce sus efectos sobre diferentes respuestas psíquicas y somáticas, a su vez hemos observado los efectos de situaciones estresantes sobre el sistema nervioso central y las respuestas somáticas, en particular la respuesta inmune, encargada de la defensa. Se piensa que una de las razones de la variación en la duración de la respuesta depende de la capacidad del individuo para enfrentar un evento, más que a la duración o severidad del estresor”

Por otro lado, autores como Eysenck (1995) y Grossarth-Maticek (1991), intentan demostrar que diferentes tipos de reacción al estrés pueden asociarse consistentemente a determinados trastornos físicos. Realizan un estudio y revisión de la evidencia prospectiva sobre ciertas variables de personalidad que ejercen algún efecto en el desarrollo y desenlace de una enfermedad.

La revisión considera el efecto de variables como hostilidad y enfado, supresión emocional, depresión, fatalismo y pesimismo sobre enfermedades coronarias, cáncer y Sida, presentan un modelo que integra todas estas variables en un esquema conceptual global, además, identifican distintas variables que ejercen cierto efecto moderado sobre la relación que existe entre ciertos aspectos de personalidad y la salud.

Así, en el estudio sobre las relaciones entre variables psicológicas y cáncer, algunos investigadores se han centrado en buscar meras asociaciones

descriptivas entre ciertos rasgos de personalidad y el padecimiento del cáncer. Y ha sido otro grupo de autores el que ha establecido la relación existente entre ciertas emociones y la función inmune. En concreto, Levenson y Bemis (1995) analizan los resultados de distintos estudios que investigan dos hipótesis. La primera plantea que ciertas variables psicosociales afectan al padecimiento y progresión del cáncer. La otra, estudia la posibilidad de que ciertos factores psicológicos afectan al sistema inmune, que a su vez puede contribuir al padecimiento y progresión del cáncer. Las variables psicosociales examinadas incluyen estados afectivos, estilos de afrontamiento o estrategias defensivas y rasgos de personalidad, así como acontecimientos estresantes.

Por su parte, Contrada y col. (1990) ofrecen un modelo explicativo de la influencia psicológica en el cáncer bastante completo e interesante de ser estudiado. Las variables psicosociales sobre las que se centran las hipótesis de su influencia en el cáncer, son principalmente:

- 1.- El estrés psicosocial.
- 2.- Las emociones de ansiedad, ira, depresión.
- 3.- Dimensiones de personalidad como alexitimia, agresividad, neuroticismo, personalidad resistente al estrés, etc.
- 4.- El apoyo social y afectivo.
- 5.- Estilo de afrontamiento represivo y evitativo

Es necesario recalcar que este grupo de variables psicosociales se evalúa siempre desde una perspectiva multicausal, en la consideración de la enfermedad oncológica. Se tienen en cuenta estos factores psicológicos como un elemento más que puede tener alguna influencia y determinación en el curso de la patología cancerosa, pero de ninguna manera, se está orientando este tipo de investigaciones en el sentido de proponer que cierto tipo de personalidad podría ser la responsable (considerada ella sola, aisladamente) de la aparición del cáncer en un paciente.

La enfermedad oncológica siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas, más o menos identificadas. El interés por conectar los aspectos médicos con los psicológicos ha llevado a la aparición de la Psicooncología, disciplina que estudia la relación entre procesos psicológicos y patología neoplásica, así como la utilidad de las intervenciones psicológicas para tratar la problemática asociada al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

En el campo de la Psicooncología se han establecido dos líneas amplias de trabajo en lo que se refiere a la enfermedad neoplásica. Por una parte, se ha estudiado el papel que las variables psicológicas pueden jugar como agentes de influencia directa o indirecta en el cáncer y por otro, se ha intentado establecer las consecuencias psicológicas que el cáncer y sus tratamientos tienen para la persona. Con respecto al primer aspecto, que se refiere al análisis de la influencia

de ciertas variables psicológicas en la enfermedad oncológica, se han desarrollado a su vez, dos líneas de estudio: la primera se centra en la investigación del papel que los aspectos psicológicos desempeñan en la etiología y desarrollo del cáncer, en concreto se hace especial hincapié en determinados factores emocionales y de personalidad. La segunda, se centra en poner de manifiesto las relaciones entre variables psicológicas y el ritmo de progresión del cáncer ya diagnosticado. Más en concreto, se plantea la posibilidad de que determinadas dimensiones psicológicas puedan tener un papel pronóstico en la enfermedad ya declarada.

Son muchos los investigadores que a lo largo de los siglos han observado cierta relación entre el cáncer y algunas características de personalidad, sin embargo problemas metodológicos y teóricos impiden establecer conclusiones claras al respecto. Aun así, existe un concepto que intenta resumir las principales variables de personalidad que se habían relacionado con el desarrollo y progresión del cáncer, éste es el de “patrón de conducta o personalidad Tipo C. (Durá, E; Ibáñez, E. 2000). La personalidad tipo C se plantea como una constelación de variables que pueden considerarse como características de las personas que tienden a padecer cáncer. Las variables que han conseguido un mayor apoyo empírico son las siguientes:

- Depresión
- Desamparo-desesperanza
- Pérdida o escaso apoyo emocional
- Bajo afecto negativo
- Inexpresividad emocional

La *depresión* es el estado psicológico descrito con mayor frecuencia en los primeros estudios sobre personalidad proclive al cáncer. Aunque la mayor parte de estudios presentan evidencias a favor, problemas metodológicos presentes en los mismos no permiten afirmar tajantemente que esta variable juegue un papel importante en la aparición de los tumores, si bien puede ser un factor adicional en el desarrollo y progresión clínica de los mismos.

Más consistente parece ser la relación postulada entre *desamparo-desesperanza y cáncer*. Esta variable fue uno de los factores asociados con el desarrollo de melanomas, y también se ha encontrado que es un buen predictor tanto en el surgimiento del cáncer de mama como de las recaídas de la misma enfermedad (Greer, S; Morris, T; Pettingale, KW. 1979). También en los estudios prospectivos realizados por el grupo de Grossarth-Maticek se ha encontrado que las reacciones de desamparo ante acontecimientos vitales estresantes son predictores del surgimiento del cáncer.

Otro conjunto de factores que parecen contribuir a la carcinogénesis es el referido a la ruptura del apoyo social, entre ellos, *la pérdida* de personas significativas. Sin embargo, dado que las pérdidas, tanto en la infancia como en la vida adulta, se asocian con la depresión, es difícil establecer una relación directa entre ruptura del apoyo social por pérdidas afectivas, y aparición del cáncer. Con todo, una serie de estudios se han centrado en el análisis de esta variable,

encontrando que la pérdida o ausencia de buenas relaciones con los padres puede ser un buen predictor del cáncer. (Shaffer, 1982), o bien que los enfermos que tienen una recidiva o recurrencia de la enfermedad, presentan un mayor número de pérdidas recientes que los que no la presentan (Greene, WA. 1954). Además, en trabajos en los que se aplica tratamiento psicológico para potenciar los vínculos de apoyo social, se incrementa notablemente la supervivencia en mujeres con cáncer de mama metastático.

Un cuarto factor que conformaría la Personalidad Tipo C según Contrada y col. (1990) es la relación que se establece entre un *afecto negativo bajo* y un alto afecto positivo; es decir, la dificultad que presentan las personas proclives al cáncer de manifestar sus emociones negativas (ira, cólera, agresividad, etc.) en contraste con su alta expresividad de emociones positivas (amor, cariño, solidaridad, etc.). Diversos autores han relacionado la represión de las emociones negativas y la alta manifestación de reacciones emocionales positivas con el posterior desarrollo del cáncer o con un peor pronóstico de la enfermedad.

Respecto al quinto factor relacionado con el patrón de conducta Tipo C, *la deficiente expresividad emocional*, se han encontrado resultados contradictorios. Existen algunos estudios que indican una menor frecuencia de expresión de la ira, antes del diagnóstico, en enfermas cuya biopsia dio lugar a un diagnóstico de cáncer de mama. Pero también se ha encontrado cierta evidencia de que la expresión de emociones puede incidir negativamente en el desarrollo del cáncer. Para explicar estos resultados se ha planteado que el hecho de que los enfermos de cáncer subestimen, por lo general, sus estados emocionales, puede llevar a estados de desorganización personal y, en consecuencia, a mostrar una mayor labilidad emocional.

Puede decirse que son numerosos los estudios científicos que han intentado averiguar si existe una relación entre los factores psicosociales relacionados con el estrés y la evolución del cáncer. El doctor Yoichi Chida (2008), por su parte, evaluó la posible relación entre el estrés y el cáncer utilizando métodos metaanalíticos, los resultados del estudio indican que los factores psicosociales relacionados con el estrés están asociados con una incidencia de cáncer mayor en poblaciones inicialmente sanas. Además se asociaron también con una menor supervivencia en pacientes diagnosticados de cáncer y con una mayor mortalidad por cáncer. El estudio relaciona la depresión, la personalidad propensa al estrés, las respuestas emocionales negativas o la mala calidad de la vida con una mayor incidencia de cáncer, estos análisis sugieren que los factores psicosociales relacionados con el estrés tienen un efecto adverso sobre la incidencia del cáncer y sobre la supervivencia de los pacientes con cáncer. En lo que respecta al cáncer de mama, en un estudio publicado en el año 2004 en la revista International Journal of Cancer, el profesor Mats Lambe, encontró que el riesgo de cáncer de mama se incrementa entre las mujeres que han perdido a su único hijo

en los primeros años de vida, en dicho estudio se investigó la relación entre el trauma sufrido por la muerte de un hijo y el riesgo de cáncer de mama, en un grupo de 27000 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, la investigación concluye que las mujeres que perdieron a su único hijo en los primeros años de vida (de 1 a 4 años), tenían una incidencia de cáncer de mama casi tres veces más alta que aquellas que no habían pasado por este evento traumático.

En otro estudio realizado por investigadores pertenecientes al departamento de salud pública de la Universidad de Helsinki y dirigidos por la doctora Kirsi Lillberg ([www.onirogenia.com/entrevistas/el-origen-emocional-de-la-enfermedad](http://www.onirogenia.com/entrevistas/el-origen-emocional-de-la-enfermedad)) en el año de 2003, investigaron la relación entre los eventos estresantes de la vida y el riesgo de cáncer de mama, se registraron un número de 180 casos de cáncer, la investigación concluye que el divorcio o separación, la muerte del marido y la muerte de un familiar o amigo cercano, se asociaron con un mayor riesgo de cáncer de mama. Sobre esta misma postura, a comienzos del s. XX, en el libro de Evans “sobre un estudio psicológico del cáncer” (1926, citado por Cooper, 1988) señala que una de las causas principales de esta enfermedad podría ser la pérdida de un motivo de amor o de una relación emocional importante (uno puede tener amor por una persona, un animal, su trabajo, una situación concreta, etc). Desde entonces y hasta la fecha muchísimos autores, cómo Cooper, 1988; Eisenach, 1987; Holland, 1990; LeShan, 1959; Levenson y Bemis, 1991; Levy y Heiden, 1990; Stoll, 1986; Cox y Mackay; 1982, Temoshok y Heller 1984; Hu y Silberfard, 1988; Martinez y Barreto, 1990, solo por mencionar algunos, han llevado a cabo revisiones teóricas al respecto que han permitido corroborar la implicación de los factores emocionales y/o psicológicos en el cáncer (3).

Por su parte los trabajos de Bacon, Renneker y Cutler , 1952 y de Blumberg, West y Ellis (1954) proponen como características predictivas del cáncer de mama una dificultad emocional para descargar la agresividad, frustración o ira, entre otras características; mientras que en los trabajos de Schmale e Iker, 1964; Bahnson y Bahnson, 1966 y, sobre todo los del grupo de Leshan y col. (Leshan y Worthington, 1955; Leshan, 1959; Leshan 1966), además de volver a poner énfasis en la dificultad de expresión de las emociones negativas, también apuntaron la ausencia de elaboración de pérdidas o separaciones de seres queridos y la presencia de sentimientos de desamparo, desesperanza, indefensión y de depresión (apoyado por Carver *et al.*, 1994). De hecho, consideran que algunos acontecimientos adversos, particularmente el divorcio, y la

---

(3) <https://cancerunarevolucion.wordpress.com>

muerte de un ser querido ocurrido durante el posoperatorio de una intervención quirúrgica de cáncer de mama, provocaron un rebrote del tumor

Por su parte, el doctor Vicent Guillem (2003) cuya labor reside tanto en analizar muestras de pacientes con linfomas, leucemias, cáncer, etc. como en averiguar si existe predisposición genética a ellas o si ciertos fármacos (inclusive la quimioterapia) son responsables de toxicidades y de cierto tipo de leucemia, menciona además que, el cáncer de mama se debe a conflictos de separación (muerte, divorcio...) y asocia la mama izquierda (en mujeres diestras) con la separación con hijos o madre y la mama derecha con conflictos de separación con la pareja. Dependiendo de cuál sea el tejido afectado (glándula mamaria o conducto de la leche), la zona alterada del cerebro y el desarrollo de la enfermedad serán diferentes.

Al respecto Angélica Castell (2016) en su revista virtual "Cáncer, relación emocional" menciona que esta enfermedad se manifiesta en una persona que sufrió una herida grave en su infancia (de uno de los padres o de los dos) y tuvo que vivirla en aislamiento. Las heridas emocionales importantes que pueden causar enfermedades graves son: el rechazo, el abandono, la humillación, la traición o la injusticia y que algunas personas pueden haber sufrido varias de estas heridas durante su infancia.

Menciona que en general, la persona que padece de cáncer es del tipo que desea vivir en el amor, amor que rechazó por completo al albergar durante mucho tiempo ira, resentimiento u odio hacía uno de sus padres y que muchos rechazan incluso a Dios por lo que vivieron o viven, un día, cuando la persona llega a su límite emocional, todo estalla en su interior y entonces aparece el cáncer. Se puede manifestar después de que la persona haya resuelto el conflicto o bien durante el bloqueo. El cáncer está principalmente ligado a emociones inhibidas, profundo resentimiento, a veces muy viejo, con relación a algo o una situación que me perturba aún hoy y frente a la cual nunca me atreví a expresar mis sentimientos profundos. Aun cuando el cáncer puede declararse rápidamente después de un divorcio difícil, una pérdida de empleo, la pérdida de un ser querido, etc, habitualmente es el resultado de varios años de conflicto interior, culpabilidad, heridas, penas, rencores, odio, confusión y tensión. Viven desesperación, rechazo de sí mismo. Lo que sucede al exterior es solo el reflejo de lo que sucede en el interior, el ser humano siendo representado por la célula y el medio de vida o la sociedad, por los tejidos. Con mucha frecuencia, la persona afectada de cáncer, es una persona que ama, servicial, muy atenta y bondadosa para su entorno, sumamente sensible, sembrando amor y felicidad alrededor de sí

mismos, se confortan en encontrar satisfacción en el exterior en vez del interior de ellos, ya que muestran una débil estima de sí mismos. Si viven muchas emociones fuertes, de odio, culpabilidad, rechazo, estarán en muy fuerte reacción (igual que la célula), incluso se sentirán responsables de los problemas y sufrimientos de los demás y querrán auto destruirse, pareciera que el pensamiento fuera “estoy resentida para con la vida, es demasiado injusta, juego a la víctima de la vida y me vuelvo pronto víctima del cáncer”. Suele ser el odio hacía alguien o una situación que “roerá el interior” y que hará que se auto destruyan las células. Este odio está profundamente hundido en el interior de su ser y frecuentemente no tiene consciencia de que existe.

En lo que respecta al cáncer de mama, la autora dice que, los pechos representan la feminidad y la maternidad. Este tipo de cáncer suele indicar ciertas actitudes y pensamientos profundamente arraigados desde la tierna infancia. Desde los años 60, en ciertos lugares del mundo, la mujer se afirma más, toma su lugar en la sociedad y quiere ir hacia delante. Entonces puede tener dificultad en expresar sus verdaderos sentimientos, en encontrar un equilibrio entre el papel de madre y de mujer cumplida. Estos conflictos interiores profundos la atormentan como mujer que busca el justo equilibrio. Se ha descubierto que este tipo de cáncer generalmente viene de un fuerte sentimiento de culpabilidad interior hacía uno mismo o hacía uno a varios de sus hijos: ¿Por qué ha nacido? ¿Qué hice para tenerlo? ¿Soy bastante buena madre o mujer para cuidar de él? Todas estas preguntas aumentan el nivel de culpabilidad, la llevan a rechazarse y aumenta el temor a que la rechacen los demás. Debe recordar siempre que: “el amor por su hijo siempre es presente pero que sus pensamientos son muy poderosos y que debe vigilarlos”. Si se juzgó con demasiada severidad, toda su ira y su rechazo se amplificarán y sus emociones estarán “expulsadas” al nivel de sus pechos, que se vuelven el símbolo de su “fracaso”. Un cáncer del pecho quiere pues ayudarla a tomar consciencia de que vive una situación de conflicto, tanto de cara a sí misma como a alguien más, que está vinculada a un elemento que forma parte de su espacio vital, de su “nido”. En un sentido más amplio, el “nido” puede agrupar a su cónyuge, su hogar, sus hermanos y hermanas, particularmente si viven bajo el mismo techo. Es pues, frente a la familia lo que históricamente podría llamarse el clan, que tiene la sensación o el temor de que haya derrumbamiento.

La autora considera que el cáncer de mama izquierdo designa todas las dificultades afectivas y las emociones inhibidas en sí como mujer y más le vale aceptar a la mujer y la madre en sí misma y los sentimientos interiores que vive con relación a cada uno de ambos papeles. En el seno derecho, el cáncer indica a la mujer responsable y lo que se espera de ella (lo que pretende hacer con esta mujer “exterior”). El cuerpo habla y los senos también, es la mujer misma la que debe decidir la importancia concedida a este símbolo femenino y sexual. La búsqueda de un equilibrio es importante y el cuerpo se ajustará energéticamente en consecuencia de las decisiones tomadas por la mujer en el porvenir. Todo está en la actitud, el amor y la aceptación de sí.

Para Louise L. Hay (2001) el pensamiento juega un papel importante en la aparición de cualquier enfermedad, considera que lo que creemos acerca de nosotros mismos se convierte en la verdad para nosotros y que todos somos ciento por ciento responsables de todo lo que ocurre en nuestra vida; lo mejor y lo peor. Cada pensamiento está creando nuestro futuro. Cada uno de nosotros creamos nuestras experiencias a través de nuestros pensamientos y sentimientos. Lo que pensamos y las palabras que pronunciamos crean nuestras experiencias. Afirma que creamos las situaciones y luego entregamos nuestro poder al culpar a la otra persona de nuestra frustración. Ninguna persona, ningún lugar y ninguna cosa tienen poder sobre nosotros, ya que “nosotros” somos los únicos pensadores en nuestra mente. Creamos nuestras experiencias, nuestra realidad y a todo el mundo que existe en ella. Cuando creamos paz y armonía y equilibramos nuestras mentes, lo encontramos en nuestra vida.

Considera así que creamos todas las llamadas “enfermedades” de nuestro cuerpo. El cuerpo, como todo lo demás en la vida, es reflejo de nuestros pensamientos interiores y de nuestras creencias. El cuerpo siempre nos está hablando, sí sólo tomáramos el tiempo necesario para escucharlo. Cada célula dentro de nuestro cuerpo responde ante cada uno de los pensamientos y ante cada palabra que pronunciamos.

Los continuos modos de pensar y hablar producen comportamientos y posturas y salud o enfermedad.

No todos los equivalentes mentales son ciento por ciento ciertos para todo el mundo. Sin embargo, nos dan un punto de referencia para iniciar nuestra búsqueda de la causa de la enfermedad; con el cáncer de mama, por ejemplo, los senos representan el principio de la maternidad. Cuando se presentan problemas con los senos, generalmente, significa que estamos “sobreprotegiendo” a una persona, un lugar, una cosa o una experiencia.

Parte del proceso de la maternidad consiste en permitir que el niño “crezca”. Necesitamos saber cuándo debemos apartarnos, cuándo permitir que el niño tome

las riendas y sea él mismo. La sobreprotección no prepara a la otra persona a manejar sus propias experiencias. En ocasiones, nuestra actitud “prepotente” elimina la nutrición en una situación determinada. Si existe cáncer, entonces hay un gran resentimiento desde mucho tiempo atrás, generalmente se sienten profundamente ofendidos y con un profundo secreto o dolor que corroe.

Por su parte, la revista salud.ccm.net, en su artículo “¿puede el cáncer ser provocado por causas psicológicas?” menciona como riesgos de contraer cáncer de mama los siguientes factores:

- No expresar sus sufrimientos podría influir en la aparición de la enfermedad. Numerosas personas, víctimas de traumatismos violentos, o de una crisis por estar en paro por ejemplo y que no han podido llegar a expresar las dificultades y las angustias por las que han pasado durante ese periodo, han desarrollado un cáncer poco después, aunque también cabe mencionar que no todos los que han pasado por estas duras pruebas desarrollan un cáncer.
- Un estado depresivo puede constituir un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad. Las personas afectadas por una depresión crónica desde hace varios años, a menudo tristes y cansadas, pueden tener una probabilidad más alta de desarrollar un cáncer.
- No llegar a mostrar sus debilidades y no expresar sus emociones reprimiéndolas cuando se presentan las dificultades, puede hacer más frágil el psiquismo y puede permitir la aparición de ciertas manifestaciones o enfermedades como por ejemplo el cáncer.

Se puede considerar así que las cargas y los peligros emocionales y vitales, a los que se ve expuesto el paciente con tumor, están determinados por la cantidad y variedad de los tumores, la incerteza de su desarrollo, la propia personalidad, así como por los prejuicios y los comportamientos erróneos en el entorno del paciente. (Luban-Plozza y colabs. 1997)

Es importante mencionar que el cuerpo es la expresión de la memoria corporal, es decir, de la representación de los estilos de vida que se construyen históricamente en un espacio y geografía en específico. Para lograr cambiar esa memoria corporal que se entrelaza con la memoria histórica es necesario que el sujeto se enfrente con su condición, donde su cuerpo ha sido abandonado en una vida llena de apegos, fantasías, competencia, hipocresía, vanidad, resentimiento y frustraciones, así el sujeto va descubriendo que lo que hace y siente en su vida no es suyo, pertenece a los deseos de los otros, de quienes ha buscado aceptación y reconocimiento escondiéndose en la forma, sin mostrar su verdadera esencia (Calvo, 2004). Puede concluirse que hoy en día no existe un consenso que afirme que el estrés favorece la evolución del cáncer y que aunque nadie

pueda afirmar con exactitud la influencia de los factores psicológicos en la aparición de este, es cierto que determinadas situaciones podrían constituir un terreno favorable para la aparición de él y no tener en cuenta la implicación del psiquismo en el desencadenamiento de una enfermedad, sea cual sea, en especial en el cáncer, sería hoy en día un error, muy al contrario, incitar a los enfermos a comprender mejor su funcionamiento psicológico podría contribuir a ayudarlos más.

Para los médicos que practican la medicina psicosomática, el cáncer nunca aparece por azar, la historia personal del paciente interviene en el proceso de la enfermedad. Para estos facultativos, el cáncer es la consecuencia de un conflicto psicológico violento, que no se ha expresado y que se ha vivido la mayor parte del tiempo en la más absoluta soledad, Traumatismos violentos, el paro, un divorcio, una ruptura, problemas familiares o profesionales se encuentran a veces, según ciertos psiquiatras y psicólogos, ciertos meses o años antes de que empiece la enfermedad y en el caso de que el conflicto biológico esté causado por una situación de conflicto psicológico o emocional, la resolución de ese conflicto sería el primer paso para la curación del cuerpo. Esto abre la vía a que sea el propio enfermo él que más puede hacer por su curación, mediante la identificación del conflicto psico-biológico relacionado con su enfermedad y su resolución, para que de esta forma se activen los procesos de regeneración naturales de los que nuestro organismo dispone. Desde esta perspectiva, la terapia física o farmacológica no estaría enfocada en la destrucción de las células cancerosas, sino en la colaboración con el propio organismo para que la vuelta a la normalidad suceda de la forma más rápida posible, minimizando las posibles complicaciones que se puedan producir durante el proceso.

### **2.3 Trabajos alternativos**

La guerra contra el cáncer ha resultado ser un fracaso colosal a pesar de los millones de dólares invertidos en investigación y tratamiento. Para la mayoría de los cánceres en los adultos, las terapias ortodoxas – la quimioterapia, la radiación y la cirugía – virtualmente no resultan curativas, aunque pueden de alguna manera alargar el tiempo de vida. Sólo entre 2 y 3 por ciento del casi medio millón de americanos diagnosticados con cáncer cada año son salvados por la quimioterapia, según el Dr. John Cairns de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. (cit. en Walters, 2006) dos de cada tres pacientes de cáncer morirán a causa de esta enfermedad o a causa de la terapia empleada en el transcurso de cinco años desde su diagnóstico. (Walters, 2006).

Desilusionados con los tratamientos normales contra el cáncer, los cuales a menudo tienen efectos colaterales devastadores y generalmente costos elevados, miles de pacientes están volviendo a las terapias no tóxicas o alternativas. Frecuentemente llamadas complementarias no ortodoxas o no convencionales, estas terapias incluyen métodos nutritivos, con hierbas, metabólicos, fortalecedores del sistema inmunológico, biológicos, farmacológicos no tóxicos, además de los métodos psicológico-conductuales. Si bien las terapias alternativas son muy variadas, todas ellas están arraigadas en la idea de que un cuerpo verdaderamente saludable no ha desarrollado cáncer. Los médicos alternativos creen que la causa del cáncer se encuentra a menudo en la alteración del sistema inmunológico o en un desequilibrio corporal que permite que el tumor se desarrolle.

Las terapias alternativas comparten ciertos rasgos comunes. Son relativamente poco tóxicas, a diferencia de la quimioterapia y la radiación que destruyen a las células normales. Estas terapias apuntan a limpiar el cuerpo, estimular sus defensas naturales y su capacidad para destruir tumores. Poseen niveles de seguridad relativamente altos en comparación con los tratamientos ortodoxos. Muchas o la mayoría de las terapias alternativas combinan dietas especiales, complementos vitamínicos, minerales y enzimas, desintoxicación, oxigenación, estimulación inmunológica y regímenes psicológicos o espirituales para promover una curación gradual.

Para los médicos tradicionales, el cáncer es una enfermedad localizada que debe ser tratada de manera también localizada. Cortando el tumor, irradiándolo o invadiendo el cuerpo con drogas tóxicas, el médico ortodoxo busca destruir el tumor y así salvar al paciente. Pero la mayoría de las veces, el cáncer sigue presente y ha desarrollado metástasis (es decir, se ha extendido a otra parte del cuerpo). El método convencional, la alopática, se basa en una filosofía médica primitiva, ataca a la enfermedad "enemiga" de manera agresiva. A menudo, el paciente resulta devastado durante el proceso, mientras que el cáncer y sus causas subyacentes permanecen.

Por el contrario, el médico alternativo considera al cáncer como una enfermedad sistémica, la cual involucra al cuerpo entero. Desde este punto de vista, el tumor es meramente un síntoma y la terapia apunta a corregir las causas desde la raíz. En lugar de atacar al tumor de manera agresiva, muchas terapias alternativas se centran en la reconstrucción de la inmunidad natural del cuerpo y el

fortalecimiento de su habilidad inherente para destruir las células del cáncer. Varias terapias alternativas también incluyen medidas naturales para atacar directamente y destruir al tumor, ya sea mediante hierbas, enzimas u otros.

Muchos pacientes de cáncer considerados “terminales” o “desahuciados” por sus médicos convencionales comenzaron a usar terapias alternativas, se recuperaron totalmente y viven bien cinco, diez, veinte años o más después de recibir sus fatales diagnósticos. Otros pacientes que siguen protocolos alternativos experimentan tiempos de sobrevivencia prolongados, alivio del dolor y el sufrimiento.

Las terapias alternativas contra el cáncer no resultan efectivas en todos los casos, muchos mueren. No existen soluciones mágicas, no hay garantías. Desafortunadamente no hay estadísticas confiables acerca de los resultados obtenidos a través de los tratamientos alternativos. Algunas de las terapias funcionan durante algún tiempo para algunas personas.

Cabe mencionar que la medicina complementaria y alternativa (MCA) es cualquier sistema de cuidados para la salud y médicos, así como prácticas o productos, que se considera no pertenecen a la atención convencional. Los tratamientos convencionales tienen su base en la evidencia científica de estudios de investigación.

- La medicina complementaria se refiere a tratamientos que se usan junto con tratamientos médicos convencionales, como el uso de acupuntura para ayudar con los efectos secundarios del tratamiento del cáncer.
- La medicina alternativa se usa en vez de los tratamientos médicos convencionales.
- La medicina integrativa es todo un método de atención que combina la medicina convencional con prácticas de las MCA que se hayan mostrado más prometedoras.

Aunque los reclamos hechos por los proveedores de tratamientos con MCA acerca de sus beneficios puedan parecer prometedores, no se sabe si muchos de los tratamientos con MCA encierran peligros o si funcionan bien. Solo porque un producto es natural no significa que está libre de peligros.

En lo que respecta al cáncer de mama existen varias terapias alternativas para tratar este, que si bien no son la piedra fundamental del tratamiento de esta enfermedad, son muy recomendadas por médicos alrededor del mundo para una recuperación más temprana.

1. Visualización e hipnosis. Esta terapia alternativa es similar a la meditación en muchos puntos, ya que busca conseguir un estado mental en el que nos sintamos relajados y despreocupados, con la mente “en blanco”. Generalmente, se utiliza alguna grabación o se asiste a una sesión guiada por una persona.

2. Biofeedback. Cuando los pacientes reciben una noticia como el hecho de que tienen cáncer de mama y todo el proceso -de médicos, cirugías, tratamientos- pone al cuerpo en el modo de lucha o huida, si no se puede controlar lo que el cuerpo genera en estos momentos –se acelera el pulso, recorre un sudor frío, tiembla– sí se puede controlar la respuesta a esos estímulos, eso es el llamado biofeedback.

En esta terapia alternativa, generalmente se utilizan electrodos en varias partes del cuerpo para medir la respuesta del cuerpo al estrés. De esta forma se llega a un estudio más cabal de lo que se debe hacer para aliviar esa respuesta corporal. Se genera una especie de “control” sobre el cuerpo que ayuda a manejar mejor la situación. Si bien esta terapia no tiene un notorio cambio en el desarrollo de las células cancerígenas, si lo tiene en el estrés y en cómo se maneja esta enfermedad, así como también a manejar el dolor fruto de ella.

3. Terapias expresivas-creativas. Ya sea escuchar (o tocar) música, pintar, leer, escribir o cualquier actividad artística que guste desarrollar, juegan un papel fundamental en el bienestar emocional y en el control del estrés. Además, es una buena forma de distraerse y abstraerse de los problemas, tan efectiva como puede serlo la meditación.

Estas terapias alternativas son un paso más allá en el tratamiento del cáncer de mama, indispensables para sentirse mejor y recuperarse pronto.

4. Aromaterapia y aceites esenciales. La aromaterapia es el uso de aceites esenciales provenientes de las plantas (flores, hierbas o plantas) como tratamiento para mejorar el bienestar físico, emocional y espiritual. Los pacientes con cáncer usan la aromaterapia principalmente como cuidado médico de apoyo para mejorar la calidad de vida, para disminuir el estrés y la ansiedad. La aromaterapia se puede usar en combinación con otros tratamientos complementarios, como la terapia de masaje y la acupuntura, así como también con los tratamientos estándar; trabaja mediante el envío de mensajes químicos a la parte del cerebro que afecta los estados de ánimo, humores y emociones. La forma más frecuente de uso de los aceites esenciales es por inhalación o aplicándolos en forma diluida en la piel. En las pruebas de inocuidad de los aceites esenciales, se han encontrado muy pocos efectos secundarios negativos. Se encontró que los aceites de lavanda y los del árbol del té tienen efectos parecidos a los de

las hormonas. Cabe mencionar que los productos de aromaterapia no necesitan la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos porque no se les atribuyen efectos médicos específicos.

5. Terapia cognitivo-conductual. Es un tipo de psicoterapia que ayuda a los pacientes a modificar el comportamiento al cambiar la forma en que piensan y sienten acerca de ciertas cosas. La TCC podría ser útil en el tratamiento de los efectos secundarios del cáncer y su tratamiento. Las intervenciones sobre el pensamiento y la conducta se enfocan en los pensamientos e imágenes positivas en lugar de pensamientos y comportamientos negativos. Los pacientes podrían adquirir el sentido de control y mostrar capacidades para manejar la enfermedad y sus síntomas. La TCC mostró ser prometedora para el tratamiento del insomnio en pacientes de cáncer, además también se puede usar en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático en pacientes de cáncer. Este método se enfoca en resolver problemas, enseñar técnicas para hacer frente a los problemas y proveer al paciente con un entorno solidario.
6. Hipnosis. Es un estado parecido al del trance que le permite a la persona estar más al tanto y más enfocado en las cosas y abierto a las sugerencias. Cuando una persona está hipnotizada, se puede concentrar con más claridad, sin distraerse, en un determinado pensamiento, sentimiento o sensación.
7. Terapia manual del linfedema. El tratamiento manual del linfedema es un masaje que ayuda al desplazamiento de los líquidos que se acumulan en los brazos y piernas hacia los ganglios linfáticos donde pueden drenar.
8. Gi gong. es un componente de la medicina tradicional china en el que se combina el movimiento, la meditación y la respiración controlada. El propósito es mejorar la energía o fuerza vital que mantiene en equilibrio la salud espiritual, emocional, mental y física de la persona. Algunos ensayos clínicos, la mayoría con un número pequeño de pacientes con cáncer, han mostrado que el Gi gong puede mejorar su calidad de vida y la fatiga relacionada con el cáncer.

En los estudios se muestra que los valores religiosos y espirituales son importantes para la mayoría de las personas. Muchos pacientes de cáncer confían en sus creencias religiosas y espirituales para que les ayuden a lidiar con la enfermedad. Algunos proveedores de salud ven el bienestar espiritual y religioso como un aspecto de la medicina complementaria y alternativa.

9. Tai chi. Es una forma de ejercicio para la mente y el cuerpo con meditación, con base en la medicina tradicional china, que usa una serie de movimientos corporales lentos y respiración controlada. El tai chi se practica para mejorar el

equilibrio, la flexibilidad, la fuerza muscular y la salud en general. Algunos ensayos clínicos, la mayoría con un número pequeño con pacientes de cáncer, han mostrado que el tai chi puede mejorar su calidad de vida y la fatiga relacionada con el cáncer.

10. Yoga. El yoga es un antiguo sistema de prácticas que se utilizan para equilibrar la mente y el cuerpo mediante el ejercicio, la meditación (pensamientos enfocados) y el control de la respiración y las emociones. El yoga está en estudio como una forma de aliviar el estrés y tratar los problemas del sueño en pacientes de cáncer.
11. Acupuntura. En el tratamiento con acupuntura, se introducen agujas de acero inoxidable, por lo general de 0.22 a 0.25 mm de diámetro, en los puntos de acupuntura correspondientes para estimular los meridianos afectados. La génesis de la acupuntura se remonta a la antigua filosofía tradicional china, hace 5000 años a. C. la construcción y destrucción de los cuerpos se atraviesa con la cultura, que nos permite dar lectura al proceso de vida de los sujetos y sus padecimientos, explorando cómo se entiende la vida y qué se hace, cuál es la construcción interior, si existe una conciencia histórica o inmediata, cuáles son las formas y estilos de vida. Lo anterior se expresa en la calidad del tejido sanguíneo, el tamaño y condición de los órganos, es sistema inmunológico, la temperatura del cuerpo y el estado emocional, la acupuntura unifica al ser y al cosmos que comparten los mismos elementos; el cuerpo es un documento que habría de leer a través de los doce meridianos que expresan la condición de los órganos y otros ocho meridianos extraordinarios, que se entrelazan en una red de cooperación interna. Los doce meridianos representan al riñón, vesícula biliar, corazón, intestino delgado, bazo-páncreas, estómago, pulmón, intestino grueso, vejiga, constructo de corazón y triple calentador. Cada meridiano se constituye por puntos donde confluye la energía o *ki*, entendida como el tejido sanguíneo y los fluidos corporales.

Es importante mencionar que en la “teoría de los cinco elementos sobre la generación de energía para la vida” se afirma que en la relación del sujeto como un microcosmos con el macrocosmos existe una relación entre el fuego-tierra-metal-agua-madera, de intergeneración, interdominancia y contradominancia. En la primera relación intergeneración, de la madera nace el fuego, del fuego la tierra, de la tierra el metal, del metal el agua y del agua la madera. En la segunda relación de interdominancia, el fuego funde el metal, el metal corta madera, la madera penetra la tierra, la tierra absorbe agua y el agua apaga el fuego. En la tercera relación de contradominancia, la madera domina el metal, el metal domina

el fuego, el fuego domina al agua, el agua domina la tierra y la tierra domina la madera. A la vez cada elemento se relaciona con dos órganos del cuerpo y éstos entre sí; así, el fuego se relaciona con el corazón y el intestino delgado, el metal con el pulmón e intestino grueso, la madera con el hígado y vesícula biliar, la tierra con el bazo y el estómago y el agua con el riñón y la vejiga. El corazón y el intestino delgado producen alegría, el pulmón e intestino generan la tristeza, el hígado y la vejiga provocan ira, el bazo y el estómago causan ansiedad y el riñón y la vejiga originan el miedo.

El corazón representa la elección, es por ello que allí yace la alegría. El bazo simboliza la concepción, receptivo a ideas, pensamientos y costumbres. El cerebro posibilita el procesamiento de información e instrucciones para actuar. El pulmón recoge energía del bazo, para conjuntamente con la piel y el tacto hacer posible la conciencia, la rectitud y el abandono de ideas añejas. El intestino grueso se encarga de la eliminación y la descarga. El riñón representa vigilancia, quietud y audición. La vejiga elimina los fluidos tóxicos y permite la fluidez de sangre purificada e ideas. El hígado junto con la vesícula biliar concentra la asertividad. Órganos sexuales se encuentran cargados de creatividad.

Y es así como en conjunto, a su ritmo, con plena armonía el propio cuerpo genera y es efecto de la felicidad y viceversa, por lo que si algún órgano se ve afectado simultáneamente, el resto de los órganos también, generándose una imparable desarmonización en donde el cuerpo intenta gritar la violencia de la que es víctima.

Estamos apuntando a cómo se construye la enfermedad, es decir, el principio psicosomático, donde se quebrantan las relaciones armónicas al interior y exterior del cuerpo humano, donde la lectura del mundo de fragmentación competencia y dominio han desequilibrado la vida del planeta y yendo más lejos, del cosmos, que a su vez afecta la armonía entre los órganos y las emociones de los sujetos. La génesis del proceso de la enfermedad la encontramos en tres diferentes niveles, donde las enfermedades transitorias o crónicas las encontramos en la relación de intergeneración y dominancia, donde se deposita una emoción en un órgano, quedándose allí o viaja repercutiendo en el equilibrio de toda la condición corporal. Las enfermedades crónico-degenerativas yacen de la relación de contradominancia, donde el desequilibrio corporal ha llegado al máximo límite de su condición.

Además de las técnicas clásicas de acupuntura, se han diseñado otras técnicas que se utilizan a veces para el tratamiento del cáncer. Estas incluyen la acupuntura de puntos desencadenantes, la acupuntura con láser, la inyección en puntos de acupuntura y las técnicas dirigidas a regiones particulares del cuerpo: acupuntura auricular, acupuntura del cuero cabelludo, acupuntura facial, acupuntura nasal y acupuntura del pie.

Como pudimos ver, puede decirse que la mayoría de estas prácticas se derivan de la filosofía y las prácticas de la medicina china clásica y se fundamentan en la idea de que el cuerpo humano se debe percibir y tratar como un todo, y como parte de la naturaleza; la salud es el resultado de la armonía entre las funciones corporales, entre el cuerpo y la naturaleza, y la enfermedad se presenta cuando se altera esa armonía. Las intervenciones terapéuticas de la MTC, incluso la acupuntura, sirven para restaurar el estado de armonía, no obstante existen muchos mitos y conceptos que rodean a las terapias alternativas contra el cáncer, a continuación mencionaremos los más comunes:

- Mito 1. Todas las terapias alternativas contra el cáncer no tienen sentido. Esta es la posición oficial de la industria del cáncer, que está íntimamente asociada a las terapias ortodoxas. Pero los pacientes con cánceres avanzados, con metástasis, considerados médicamente como incurable por sus médicos convencionales, han revertido sus enfermedades mediante el uso de terapias alternativas y en la actualidad están totalmente curados. Son muchos más los pacientes que han podido al menos mantener sus cánceres bajo control y llevar vidas activas y productivas a través de terapias no tóxicas. Algunos médicos alternativos han reunido evidencia clínica que incluye estudios y casos cuidadosamente documentados, para demostrar la seguridad y efectividad de sus métodos. Esta evidencia es habitualmente rechazada por la ortodoxia médica argumentando que no cumple con determinados criterios, tales como pruebas controladas.
- Mito 2. Los terapeutas oncológicos alternativos son charlatanes inescrupulosos, sin licencia ni capacitación en medicina e interesados en hacer dinero fácil.

En un estudio realizado en 1984 en medicina interna, Barrie Cassileth y sus colegas investigadores hallaron que 60 por ciento de los 138 médicos oncológicos alternativos investigados eran doctores en medicina. Del 40%

restante, muchos tenían doctorados en biología, química y otras ciencias relacionadas, además de una extensa trayectoria en investigación.

- Mito 3. Los pacientes que buscan terapias alternativas están guiados por la desesperación. Son ignorantes, incautos o ambas cosas, sin embargo, estudios recientes han demostrado que las terapias alternativas contra el cáncer son más populares entre pacientes opulentos, con buen nivel de educación y que sorprendentemente tienen el respaldo de algunos médicos convencionales.
- Mito 4. Las terapias alternativas contra el cáncer no han sido “demostradas” por consiguiente no son comprobadas ni científicas.

Todos estos ejemplos demuestran el prejuicio construido con respecto a las terapias alternativas, a pesar del apoyo del público y el creciente interés por los métodos alternativos no tóxicos, no invasivos, el sector médico sigue rotulándolas como charlatanería. Las terapias alternativas para tratar el cáncer de mama, si bien no son la piedra fundamental del tratamiento de esta enfermedad, son muy recomendadas por médicos alrededor del mundo para una recuperación más temprana y se usan en un esfuerzo para prevenir las enfermedades, reducir la tensión, evitar o disminuir los efectos secundarios y los síntomas o controlar o curar una enfermedad, sin embargo, es importante que los pacientes de cáncer que consideren someterse a tratamientos complementarios o alternativos, consulten sobre esta decisión al médico, al igual que lo harían con cualquier enfoque terapéutico, ya que algunos tratamientos complementarios y alternativos pueden interferir con el tratamiento estándar o resultar dañinos cuando se usan con el tratamiento convencional.

## **2.4 Tratamientos**

Hay muchos tipos de tratamiento para el cáncer de mama (4). El tratamiento que la paciente recibirá depende de su tipo de cáncer y de lo avanzado que esté. Los principales tipos de tratamiento del cáncer son:

1. Cirugía. Procedimiento en el que un doctor, llamado cirujano, con capacitación especial, extirpa el cáncer de su cuerpo, requiere con frecuencia cortar la piel, los músculos y, algunas veces, el hueso.

---

(4). [www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com)

Hay muchos tipos de cirugía, estos difieren según el objetivo de la cirugía, la parte del cuerpo que requiere cirugía, la cantidad de tejido que debe extirparse y, en algunos casos, la preferencia del paciente. La cirugía puede ser abierta o invasiva en forma mínima.

- En la cirugía abierta, el cirujano hace un corte grande para extirpar el tumor, algo de tejido sano, y quizá algunos ganglios linfáticos cercanos.
- En la cirugía invasiva en forma mínima, el cirujano hace unos pocos cortes pequeños en vez de uno grande. Inserta un tubo largo, delgado, con una cámara pequeña en uno de los cortes pequeños. Este tubo se llama laparoscopio. La cámara proyecta imágenes del interior del cuerpo a una pantalla, la cual permite al cirujano ver lo que está haciendo. Él usa instrumentos especiales de cirugía que se insertan por los otros cortes pequeños para extirpar el tumor y algo de tejido sano.

Ya que la cirugía invasiva en forma mínima requiere cortes pequeños, se lleva menos tiempo en recuperarse que de una cirugía abierta. La cirugía se usa mejor para tumores sólidos que están contenidos en un sitio. Es un tratamiento local, lo que significa que trata solo la parte de su cuerpo que tiene el cáncer. No se usa para leucemia (un tipo de cáncer de la sangre) o para cánceres que se han extendido. Dependiendo de su tipo de cáncer y de lo avanzado que esté, la cirugía puede usarse para:

- *Extirpar todo el tumor.* la cirugía extirpa el cáncer contenido en un sitio.
- *Reducción del tumor.* la operación extirpa algo del tumor canceroso, pero no todo. Reducción se usa cuando, si se extirpara todo el tumor, se podría dañar un órgano o el cuerpo. Al extirpar parte de un tumor se puede ayudar para que otros tratamientos funcionen mejor.

Algunas veces, el cirujano puede extirpar también ganglios linfáticos u otros tejidos cercanos al tumor. Estos tejidos serán revisados al microscopio para ver si el cáncer se ha diseminado.

2. Radioterapia. Tratamiento que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores. La radioterapia no destruye de inmediato las células cancerosas. Se llevan días o semanas de tratamiento antes de que las células cancerosas empiecen a morir. Luego, las células cancerosas siguen muriéndose semanas o meses después de terminar la radioterapia.

La radiación puede administrarse antes, durante o después de la cirugía. Los doctores pueden usar radiación:

- Antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor.
- Durante la cirugía, para que vaya directamente al cáncer sin pasar por la piel. La radioterapia que se usa de esta manera se llama radiación intraoperativa.
- Después de cirugía, para destruir células cancerosas que pueden haber quedado.

La radiación puede también darse antes, durante o después de otros tratamientos del cáncer para reducir los tumores o destruir células cancerosas que pueden haber quedado, tiene efectos secundarios, el más común es la fatiga, por la cual se siente desgaste y agotamiento.

3. Quimioterapia. Tratamiento que usa fármacos para destruir células cancerosas, la quimioterapia funciona al detener o hacer más lento el crecimiento de las células cancerosas, las cuales crecen y se dividen con rapidez.

Cuando se usa con otros tratamientos, la quimioterapia puede:

- Reducir el tamaño de un tumor antes de la cirugía o de radioterapia. Esto se llama quimioterapia neoadyuvante.
- Destruir las células cancerosas que pueden haber quedado después del tratamiento con cirugía o con radioterapia. Esto se llama quimioterapia adyuvante.
- Ayudar a otros tratamientos para que funcionen mejor.
- Destruir las células cancerosas que han regresado o que se han extendido a otras partes del cuerpo.

La quimioterapia puede darse de muchas formas. Algunas formas comunes son:

- Oral. La quimioterapia se administra en tabletas, cápsulas o líquidos que se toman.
- Intravenosa. La quimioterapia se administra en una vena.
- Inyección. La quimioterapia se da por una inyección en un músculo de su brazo, de su muslo o cadera, o directamente bajo la piel en la parte grasa de su brazo, de su pierna o vientre.
- Intratecal. La quimioterapia se inyecta en el espacio entre las capas de tejido que cubren el cerebro y la médula espinal
- Intraperitoneal. La quimioterapia va directamente en la cavidad peritoneal, la cual es el área de su cuerpo que contiene los órganos como sus intestinos, su estómago e hígado.
- Intraarterial. La quimioterapia se inyecta directamente en la arteria que va al cáncer.
- Tópica. La quimioterapia tiene presentación de crema que usted aplica a su piel.

4. Inmunoterapia. La inmunoterapia es un tipo de terapia biológica. La terapia biológica es un tipo de tratamiento que usa sustancias producidas por organismos vivos para tratar el cáncer. Una de las razones por las que las

células cancerosas tienen éxito es porque son capaces de esconderse del sistema inmunitario. Ciertas inmunoterapias pueden marcar las células cancerosas para facilitar al sistema inmunitario que las encuentre y las destruya. Otras inmunoterapias refuerzan su sistema inmunitario para que funcione mejor contra el cáncer.

5. Medicina de precisión y terapia dirigida. La medicina de precisión usa la información sobre genes, proteínas y otras características del cáncer de una persona a fin de determinar el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad. La terapia dirigida es la base de la medicina de precisión. Se trata de un tipo de tratamiento del cáncer que actúa sobre los cambios que promueven el crecimiento, la división y diseminación de las células cancerosas. La mayoría de las terapias dirigidas utilizan medicamentos micromoleculares o anticuerpos monoclonales.

Los medicamentos micromoleculares o de moléculas pequeñas son capaces de entrar fácilmente en las células debido a su tamaño pequeño y por ello se usan para que actúen sobre el objetivo o blanco del tratamiento que está en el interior de las células.

Los anticuerpos monoclonales son medicamentos que no pueden entrar a las células con facilidad. En lugar de actuar en el interior, se unen a blancos específicos que se encuentran en la superficie externa de las células cancerosas. Tratan al cáncer de varias maneras y pueden hacer lo siguiente: ayudar al sistema inmunitario a destruir las células cancerosas, detener el crecimiento de las células cancerosas, detener las señales que ayudan a la formación de vasos sanguíneos, llevar sustancias destructoras a las células cancerosas. Causar la muerte de las células cancerosas, Evitar que el cáncer reciba las hormonas que necesita para crecer.

6. Terapia hormonal. es un tratamiento del cáncer que hace lento o detiene el crecimiento del cáncer que usa hormonas para crecer. La terapia hormonal se llama también tratamiento con hormonas o terapia endocrina. está comprendida en dos grupos amplios; es decir, los que bloquean la capacidad del cuerpo para producir hormonas y los que interfieren en la forma como las hormonas se comportan en el cuerpo.
7. Trasplantes de células madre. Los trasplantes de células madre son procedimientos que restauran las células madre que forman la sangre en individuos cuyas células madre fueron destruidas por dosis muy elevadas

de quimioterapia o de radioterapia que se usan para tratar algunos cánceres.

Las células madre que forman la sangre son células que crecen como tipos diferentes de glóbulos de la sangre. Los principales tipos de glóbulos son:

- Glóbulos blancos, los cuales forman parte del sistema inmunitario y ayudan a su cuerpo a combatir las infecciones.
- Glóbulos rojos, los cuales llevan el oxígeno a todo el cuerpo.
- Plaquetas, las cuales ayudan para que coagule la sangre.

Como hemos visto son varios los tratamientos dirigidos al cáncer de mama y casi todas las personas que tienen o han tenido este padecimiento pueden beneficiarse de algún tipo de estos tratamientos y de apoyo. Es importante mencionar que la persona que ha pasado por este proceso necesitará personas a las que pueda acudir para que le brinden fortaleza y consuelo. El apoyo puede presentarse en diversas formas: familia, amigos, grupos de apoyo, iglesias, grupos espirituales o religiosos, comunidades de apoyo en línea u orientadores individuales. Lo que es mejor para la paciente depende de la situación y personalidad. Algunas personas se sienten seguras en grupos de apoyo entre personas que enfrentan la misma situación o en grupos educativos. Otras prefieren hablar en un entorno informal, como la iglesia. Es posible que algunas personas se sientan más a gusto hablando en forma privada con alguien de confianza o un consejero. Sea cual fuere su fuente de fortaleza o consuelo, debe asegurarse de tener un lugar a donde acudir en caso de tener inquietudes.

Bad Dirkheim (cit. en Luban y colaboradores, 1997), asegura que la efectividad del tratamiento puede ser medida en cuatro ámbitos de estudio:

1. Salud psíquica. Se entiende como el estado funcional del paciente, es decir, la capacidad de llevar a cabo actividades normales propias de una persona sana. Entre ellas se encuentran los cuidados personales, la movilidad, el movimiento corporal y las actividades de la vida diaria. Se basa, por una parte, en el equilibrio psíquico, medido con referencia al sentimiento de miedo, depresión y estado de ánimo y por otra, sobre las capacidades para hacer frente a las situaciones problemáticas.
2. Salud social. Se plantean principalmente las cuestiones de la identificación con un papel y la integración social, en concreto en los ámbitos familiares, en el trabajo y la profesión, así como de participación en la vida social.
3. Costes sanitarios. Se resumen las estancias en hospitales, ingresos de urgencia, períodos de incapacidad laboral (ausencia de retribución), exploraciones médicas, tolerancia a los medicamentos y factores relacionados con los costes médicos o sociomédicos)

Para el tratamiento de esta enfermedad es importante se tomen en consideración los puntos ya mencionados, así mismo desde el punto de vista

psicosomático, se propone también la intervención multidisciplinaria del médico especialista, el psicoterapeuta, la farmacoterapéutica, con el enfermo psicosomático y su familia enferma, debido a los trastornos en las interacciones. El tratamiento apunta al nivel cognitivo, es decir, al pensamiento, información y postura irracional frente al síntoma, afectivo, referente a los sentimientos y estado anímico; sintomático, que hace alusión al comportamiento de medidas preventivas de la salud y aspectos sociales o de interacción social familiar. Los métodos y técnicas que propone la medicina psicosomática para lograr intervenir en los niveles mencionados son: la conversación terapéutica, la terapia individual de orientación psicoanalítica, la psicoterapia de apoyo, la terapia local, la terapia conductual, terapia de grupo, la orientación y terapia familiar, grupo de padres, psicoterapia estacionaria, métodos orientados al cuerpo, procedimientos sugestivos y prácticos:

1. Conversación terapéutica. Resalta la conversación con el médico, de manera que el paciente formule en palabras las experiencias conflictivas y emocionales, que le permite estudiar racionalmente el conflicto y liberarse con su solución.
2. Terapia individual de orientación psicoanalista. Mediante la libre asociación en el diván, el paciente resalta los aspectos conscientes e inconscientes de la enfermedad para así lograr reestructurar su personalidad, con la liberación de fijaciones infantiles y la toma de conciencia.
3. Psicoterapia de apoyo. Se busca el fortalecimiento del yo, alentando al paciente a adquirir autonomía bajo los principios del enfoque psicoanalítico.
4. Terapia focal o breve. Se centra en una problemática definida y focalizada por el terapeuta y el paciente. Se determina la participación de conflictos inconscientes en la situación problemática. El tratamiento dura como máximo 20 horas.
5. Terapia conductual. Tiene como objetivo modificar aquellas circunstancias que producen un comportamiento sintomático. Los pensamientos, emociones y comportamiento del paciente y del mundo circundante forman la base de análisis de las condiciones y funciones del comportamiento sintomático o de la enfermedad.
6. Terapia de grupo. Bajo la dirección de gran variedad de modelos terapéuticos, se pretende que la pluralidad de personas, permita conocer al paciente diversas y numerosas experiencias de aprendizaje, creando un sentimiento de amparo, confrontación individual, equilibrio entre autonomía y dependencia, adaptación y autoafirmación.
7. Orientación familiar. Se considera que el trabajo con los familiares influye en la superación y frecuencia de las recidivas de la enfermedad. Se recurre a la conversación de tipo orientativo de confrontación familiar como ayuda terapéutica. La conservación debe durar más de 30 o 60 minutos y se realiza en el domicilio de la familia o en un consultorio. El terapeuta

expresa interpretaciones, guía el descubrimiento de aspectos positivos y cambio de actitudes, para modificar la interacción familiar.

8. Terapia familiar. Los principios sistemáticos de la terapia familiar consisten en cuestionar la función del síntoma en la familia, en donde el paciente psicosomático es el portador de la problemática, permitiendo que no detonen los conflictos interfamiliares.
9. Grupos de padres. La formación de grupo de padres permite la orientación familiar, ofreciendo apoyo en las fases de desesperación y recaídas. Los padres detectan su influencia en el desarrollo de la enfermedad y buscan alternativas de solución.
10. Psicoterapia estacionaria. Interviene en los ámbitos somáticos y psíquicos, mediante el apoyo, confrontación y descubrimiento que el paciente logra con procedimientos de las terapias por el arte, pintura, la música, la Gestalt y la relajación. El tratamiento requiere hospitalización y los métodos terapéuticos se orientan con los principios de la terapia psicoanalítica y del comportamiento.
11. Métodos orientados al cuerpo. Se busca que el paciente encuentre con la experiencia de su cuerpo sentimientos perdidos y rechazados. La experiencia física, permitiría la sucesiva reflexión y expresión verbal ordenada. Tienen lugar la terapia de danza, la relajación funcional, la terapia de movimiento de concentración.
12. Procedimientos sugestivos y prácticos. El entrenamiento autógeno y la hipnosis no tienen la función de descubrir conflictos, sino que se centra en cambiar la sintomatología o el comportamiento del paciente. Los pacientes con guía de la autosugestión aprenden a relajarse y disminuir el tono muscular o la tensión vascular practicando regularmente.

La psicofarmacoterapia también interviene en el tratamiento de la medicina psicosomática por los rasgos ansio-depresivos en los enfermos psicosomáticos neuróticos. Los tres grupos principales de psicofármacos son los antidepresivos, los tranquilizantes y los neurolepticos.

Cabe mencionar que las terapias psicocorporales posibilitan al psicólogo o a cualquier persona e institución trabajar con los pobladores de nuestra sociedad y se definen como “cualquier forma de psicoterapia que utilice sistemáticamente la respiración, el movimiento y el contacto físico (Ortiz, 1993, cit. por Alcaráz, 2002).

Y la participación del terapeuta consiste en “ayudar a la persona a atender y entender los mensajes de su cuerpo y resolver la situación inconclusa que le ha llevado a olvidarse de sí mismo restableciendo el contacto con su cuerpo (Kepner, 1993, cit. por Alcaráz, 2002).

Es importante mencionar que considerar este tipo de tratamiento beneficiaria al paciente ya que incrementan la autoestima, reducen la depresión y a su vez las concomitantes fisiológicas de estrés y permiten que las funciones inmunes y endocrinas retomen el balance homeostático. Así mismo, si el apoyo social permite un afrontamiento del estrés más eficaz podría ayudar a la paciente a evitar las consecuencias emocionales y cognitivas negativas, permitiendo una resolución adecuada de las mismas, incrementando la adherencia al tratamiento y disminuyéndose la recurrencia del trastorno.

Por último, es importante mencionar que no está por demás adquirir nuevos hábitos que faciliten llevar una vida más sana, eliminando aquellos posibles que han podido influir en la aparición de la enfermedad. Entre estos podíamos mencionar:

- El abandono de la ingestión de tóxicos como el tabaco o el alcohol, los medicamentos sin receta, los estimulantes como el café.
- Suprimir el estrés. El estrés es una de las principales causas que originan radicales libres que provocan muchas enfermedades entre las que se encuentra el cáncer.
- Suprimir los factores contaminantes externos, como humos tóxicos, emanaciones, etc.

Adoptar un tipo de dieta en la que predominen los alimentos naturales de origen vegetal y se supriman al máximo los alimentos de origen animal o sus derivados tratados industrialmente. Tampoco son recomendables los alimentos ricos en azúcares refinados, edulcorantes o harinas refinadas o, en general, aquellos que contengan muchos conservantes o colorantes. Así mismo, aunque resulte difícil, puesto que se trata de una enfermedad que genera mucho miedo y angustia personal, una actitud positiva respecto a las posibilidades de curación favorece la recuperación de la misma. El nerviosismo personal o la depresión producen una disminución de las defensas del organismo, lo que no resulta adecuado para superar la enfermedad; también realizar algún ejercicio físico ayudará a tener una mejor calidad de vida, ya que la actividad física reduce la tensión y disminuye el nerviosismo de los enfermos de cáncer al mismo tiempo que constituye un buen recurso para prevenir la depresión o mejorar el estado de ánimo.

Luz Rodríguez (2016), de la organización “órdenes del amor” considera que estos puntos son importantes para prevenir dicha enfermedad así como:

- Cerrar los duelos, sacarlos a la superficie ya sea con ayuda profesional o con algún tipo de actividad creativa.

- Actuar desde el adulto, colocando consciencia en las situaciones de conflicto en las cuales estamos inmersos.
- Expresando emociones en caso de situaciones conflictivas
- Buscar las “impresiones o choques psíquicos” y procurar trascenderlos.

(<http://ordenesdelamor.org/constelaciones-familiares-online/articulos-sistemicos/85-psicosomatica-del-cancer-de-seno.html>)

Con lo ya expuesto puede decirse que los problemas de la condición del hombre y la naturaleza son parte de una construcción social que se materializan en el cuerpo humano. Los cuerpos se enferman y destruyen en la condición cotidiana de vivir. Los hábitos alimentarios, cómo se vive la vida por la distinción y dicotomía asimétrica de los sexos, la alteración y desequilibrio de la naturaleza, el paisaje, el clima, los ecosistemas, las problemáticas económicas y las deficientes políticas de salud se expresan en la forma de vivir y morir de los sujetos. La medicina alópata aun con sus estudios de psicoimmunología que considera la participación del estado emocional de hombres y mujeres, desvincula el proceso de construcción sociohistórico, que es cambiante por su incesante movimiento. Hablar del proceso de construcción del cuerpo y sus formas de salud, enfermedad y muerte se cruzan con las formas de producción, las políticas de salud, la moral, la religión, los valores de la época, es decir, nos invita a intentar comprender con qué lógica, con qué mirada se está leyendo el mundo. (Calvo, 2004)

### **III. CONSTRUCCIÓN DE CÁNCER DE MAMA**

La enfermedad es una realidad humana que para cada persona tiene un significado diferente “afectando la cultura la manera en que el individuo atiende a las diversas sensaciones y las transforma en quejas médicas” (Ortiz, 1991). Por lo que en el diagnóstico no se pueden ignorar los datos no verbales que nos presenta el paciente en el momento de la consulta ya que la enfermedad puede resultar una vivencia, es decir un proceso que se presenta en un ser humano imprimiéndole características personales, por ello “en la investigación cualitativa se estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan y se trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas”. (Taylor, Bogdan, 1996, cit. en Solano, 2014), nos permite rescatar de la persona su experiencia, su sentir, su opinión con respecto a lo que se investiga, conocer sobre sus hábitos, costumbres, cultura, manera de pensar y actuar, en ella se recogen los discursos completos de los sujetos, para proceder luego a su interpretación, analizando las relaciones de significado que se producen en determinada cultura o ideología; por ello, siendo el cáncer de mama una enfermedad vivenciada en su mayoría por mujeres, se decidió utilizar este método para rescatar sus historias de vida y la construcción de su cáncer de mama, así como su sentir experimentado en este proceso.

#### **3.1 Metodología**

La investigación partió de una metodología cualitativa, la cual se interesa por “analizar el sentido que los individuos atribuyen a sus actos y a su entorno y se apoya de la observación, cuestión, escucha, registro y examinación” (Castro, 1996). Como parte de dicha metodología se rescató el método de “historia oral”, en la cual apremia la recuperación de la voz mediante la creación del patrimonio histórico (Fernández, 2002), es importante decir que la historia oral es la especialidad dentro de la ciencia histórica que utiliza como fuente principal para la reconstrucción del pasado los testimonios orales y a pesar de no tratarse de una técnica de investigación nueva, ya que lleva décadas siendo utilizada en distintos ámbitos, supone una aportación bastante innovadora en el conjunto de la historiografía oficial, tanto en su vertiente de la investigación histórica como en lo relativo a la docencia de la propia historia (Mariezkurrena, 2008). La utilización de testimonios directos de personas que participaron como testigos o protagonistas en la gestación de un hecho histórico, ha sido objeto de arduas investigaciones no sólo por la historia sino también por parte de otras disciplinas como la sociología, la antropología, la psicología o la lingüística. El desarrollo de todas estas ciencias sociales coincide a la hora de buscar en fuentes orales unas respuestas que no se

encuentran en fuentes escritas. Como bien sabemos, la memoria realiza siempre un proceso de selección de los recuerdos archivados en la mente humana, debido por un lado al grado de conocimiento de un tema concreto sobre el que una persona es cuestionada, como a la implicación y el nivel de interés que se tenga con ese tema; los recuerdos nos enseñan cómo diversas gentes pensaron, vieron y construyeron su mundo y cómo expresaron su entendimiento de la realidad.

Un testimonio oral da cuenta de las expectativas de las personas, sus emociones, sentimientos, deseos, etc. y de que la vida de una persona es una puerta que se abre hacia la comprensión de la sociedad en la que vive, debido a ello se utilizó este método y se recuperó la historia de vida de 10 mujeres que padecen o padecieron cáncer de mama.

Cabe mencionar que la historia de vida de una persona comprende todo lo que ha vivido desde su nacimiento; sus pensamientos, su ideología, sus valoraciones, sus acciones, hasta la época tomada en consideración, que puede ser un momento de su vida o incluso de su deceso, tomando en cuenta el contexto histórico, político, económico y social en que ella transcurre y la influencias que tuvieron en su toma de decisiones. Para construir la historia de vida de una persona puede apelarse a su relato, contado por escrito, en respuesta a preguntas, al informe de otras personas que lo conocieron, a publicaciones u otros registros, fotos, grabaciones, etc. además de poseer importancia en la psicología, por la formación de la personalidad individual, tiene un gran interés sociológico, pues las vidas individuales en su conjunto son las que caracterizan a las diferentes sociedades (5). Los aspectos que se consignarán en la historia de vida son los que sean relevantes y contribuyan a configurar su esencia personal y social, teniendo en cuenta que lo que se destaque dependerá en mucho de la subjetividad del narrador, quien debe conservar rigor metodológico. En general se eligen historias de personas comunes a quienes la vida ha puesto a prueba y lograron superar las adversidades, de ahí que se elija en mujeres que padecen o padecieron cáncer de mama y a través de este método el lector podrá comprender el proceso de construcción de dicha enfermedad.

- POBLACIÓN

Se trabajó con población de INMUJERES (Instituto Nacional de las Mujeres), que se encuentra ubicado en Izazaga nº 148, col. Centro, la cual es una asociación que trabaja por la equidad de género en México y cuenta con un programa que da atención a mujeres que tienen cáncer de mama, cabe mencionar que no se me permitió trabajar en las instalaciones directamente, por lo que las entrevistas se realizaron con esta población pero por fuera, es decir, por medio de

---

(5) [www.deconceptos.com](http://www.deconceptos.com)

una persona que trabajó con este grupo se contactó a mujeres que reciben apoyo aquí, accediendo varias de ellas a participar, las cuales a su vez invitaron a más compañeras a responder la entrevista, se trabajó con 10 personas del sexo femenino, las cuales padecen o padecieron cáncer de mama; no fueron características fundamentales la edad, escolaridad ni estado civil, ya que el criterio solo fue que hayan sido diagnosticadas con el padecimiento, todas las personas participaron voluntariamente.

- ESCENARIO

Debido a que no se pudo trabajar directamente en las instalaciones de INMUJERES, las entrevistas se realizaron en diferentes lugares que fueran cercanos al domicilio o lugar de trabajo de las participantes, dichos lugares fueron determinados por las entrevistadas.

- MATERIALES

- Guía de entrevista: la cual contenía 82 preguntas, con los diversos temas a tratar (datos generales, autodescripción, estructura familiar, etiología de su padecimiento, alimentación, relación entre órganos y emociones)
- Grabadora de bolsillo: se pidió autorización para grabar su entrevista, dicha grabadora se colocó lo más cerca posible para poder tener una claridad en la transcripción literal del discurso de dichas mujeres.
- Cassettes y pilas: ya que la duración de la entrevista fue de una hora y media aproximadamente.

- PROCEDIMIENTO

Se exponen a continuación los pasos que se siguieron para la realización de la presente tesis y así lograr nuestros objetivos.

1. Se acudió a INMUJERES a solicitar apoyo para las entrevistas
2. Se contactó a una persona que trabajó con el grupo de apoyo para mujeres con cáncer de mama del grupo INMUJERES.
3. Una vez obtenidos datos de mujeres que ya habían sido contactadas y convencidas por nuestra persona de apoyo, se procedió a llamarlas para concertar la cita.
4. Se realizó la entrevista en una sesión en el lugar indicado por la participante.
5. Se transcribieron las entrevistas, se hizo el análisis cualitativo, se determinaron las categorías, así como la terminación del presente trabajo.

## **3.2 Objetivos**

\* Objetivo general:

“Identificar el proceso de construcción del padecimiento que ha tenido lugar en personas con cáncer de mama”.

\* Objetivos específicos:

- Investigar cuales son las características o factores que se dan en el cáncer de mama
- Detectar cómo influye la historia familiar en la vulnerabilidad al cáncer de mama
- Analizar si los factores alimenticios repercuten en la adquisición de este padecimiento.
- Identificar que emociones se presentan con mayor frecuencia en las mujeres que padecen esta enfermedad.

## **3.3 Resultados**

Para obtener los resultados, una vez realizadas las entrevistas, se capturó la información obtenida de las 82 preguntas, tal y como fue descrita por las participantes con el fin de no alterar datos importantes para el análisis, se omiten datos personales con la finalidad de guardar el anonimato de las personas que colaboraron en estas entrevistas, por lo que en vez de nombre se les denominó por “caso A”, “caso B”, y así sucesivamente (los datos de sus familiares también fueron omitidos), una vez capturadas se procedió a identificar categorías con temas relevantes para la construcción del padecimiento, con los cuales se realizaron los apartados de la matriz, la cual se utilizó para el análisis e interpretación de los resultados recabados.

Una vez analizada la información se obtuvieron 12 categorías (con sus respectivas subcategorías) coincidentes en las 10 mujeres entrevistadas, se pudo observar mucha similitud en estos eventos narrados y vividos por ellas y se procedió a nombrar dichas categorías.

## **3.4 Análisis de resultados**

Como se mencionó, se determinaron 12 categorías (con subcategorías) coincidentes en las 10 mujeres entrevistadas, las cuales se irán describiendo y analizando a continuación, el orden con que se presentan y describen dichas categorías será de mayor a menor número de personas que presentan esta

categoría; se pretende desglosar las categorías propuestas para cumplir con el objetivo planteado en esta investigación el cual es “Identificar el proceso de construcción del padecimiento que ha tenido lugar en personas con cáncer de mama”.

Las categorías obtenidas de dicho análisis fueron como sigue:

- Categoría 1. Ausencia de figura masculina. Dicha categoría se refiere a cuando la entrevistada no vivió su infancia al lado de su padre, ya sea por muerte o abandono de este, así mismo cuando, de adulta se separó de su pareja.
- Categoría 2. Ausencia de madre. Esta es cuando la madre no estuvo presente en la infancia de la entrevistada, ya sea por muerte, enfermedad, abandono o porque tenía que trabajar y dejaba a sus hijos solos o bajo el cuidado de algún familiar.
- Categoría 3. Aspectos económicos (por familia numerosa, ocupación con bajos ingresos, escolaridad inconclusa, alcoholismo de uno de los padres). Esta es cuando la entrevistada se desarrolló en un ambiente con carencias económicas, como consecuencia de diferentes factores, tales como que su familia fuera de integrantes numerosos, que los padres tuvieran un trabajo poco redituable y por ello los hijos no podían terminar su escuela, o bien porque uno o ambos padres sufrían de alcoholismo y esto no les permitía incursionar al ámbito laboral y tener ingresos.
- Categoría 4. Responsabilidades a edad temprana (actividad laboral, crianza de hermanos, cuidado de la madre). Se refiere a cuando las entrevistadas en su infancia tuvieron que adquirir responsabilidades tales como trabajar para ayudar con los gastos de la casa, o bien cuidar a sus hermanos mientras sus progenitores trabajaban (o por la muerte de alguno o ambos padres), así como cuidar a la madre cuando esta enfermaba.
- Categoría 5. Relación con mamá (amorosa, fría o rígida, distante, nula). Se refiere a la forma en que la entrevistada era tratada por su mamá y si existía alguna relación entre ellas.
- Categoría 6. Relación con esposo. Habla de la forma en que ambos se llevaban, es decir si existía un trato cordial o si este era hostil.

- Categoría 7. Vivir sola o sentirse sola. Esta categoría corresponde al hecho de que la entrevistada se ha sentido sola aun viviendo con alguien o bien que vive sola por decisión propia o por las circunstancias.
- Categoría 8. Separación o desvinculación de familia de origen en edad adulta. En esta categoría se englobó el hecho de que la entrevistada dejara de tener cualquier tipo de contacto con su familia de origen una vez que crecía o a partir de empezar una nueva familia.
- Categoría 9. Crianza otorgada por un familiar. Esta categoría corresponde al hecho de que la entrevistada no fue criada por sus padres, sino por algún familiar directo, ya sea materno o paterno.
- Categoría 10. Origen del padecimiento (hereditario, emocional, hormonal, alimentación). Esta categoría se refiere a lo que ellas consideran fueron las causas que les provocaron cáncer de mama.
- Categoría 11. Percepción del padecimiento. Esta categoría habla de cómo las 10 entrevistadas vivieron el cáncer y que connotación le dan a esta (castigo, purificación, normal, la tiene harta, hereditario, lucha por quitarlo, refugio, salida para evitar algo, busca afecto, busca compañía, busca apoyo, etc.).
- Categoría 12. Emociones (tristeza, coraje, miedo, represión de emociones). En esta categoría se abordan las emociones que las entrevistadas experimentaron al enterarse de que tenían dicho padecimiento y/o bien a las emociones vividas durante el proceso de tratamiento, emociones que en ocasiones también experimentaban en la infancia.

- **CATEGORÍA 1: “AUSENCIA DE FIGURA MASCULINA”**

Las primera categoría que se analizó en el presente trabajo fue “ausencia de figura masculina” ya que 10 mujeres entrevistadas se caracterizaron por haber vivido su infancia sin la presencia de su padre, sea esto porque tenían que trabajar para llevarles el sustento o porque abandonaron el hogar o bien por fallecimiento, puede observarse también que en la edad adulta tampoco tuvieron presencia de figura masculina porque se separaron de su esposo o bien este falleció o porque aunque estaba presente físicamente había nula convivencia con ellas.

- “Mi esposo, murió hace, casi 9 años, entonces, este, siempre vivimos juntos y unidos y siempre hicimos varias cosas junto con mis hijas, ellas siempre fueron muy trabajadoras y este, y bueno pues se logró mucho cuando mi esposo vivía” (CASO A)
- “Bueno lo que pasa en mi situación yo ya me separé del papá de mis hijos y uno de ellos vive en la casa conmigo actualmente y los otros dos viven en la casa de su papá, son dos familias”.  
“Mi mamita resolvía todo, sin necesidad de que mi papá estuviera, pues siempre andaba él de viaje, lo veíamos en un mes casi 8 días nada más” (CASO B)
- “Ah, fue una familia, eh, pues mi madre era madre soltera y somos 4 mujeres y yo soy la tercera de estas mujeres y pues, a pesar de que fue una familia desintegral, eh, somos, este, muy unidas” (CASO C)
- “Mi familia son mis hijos y yo, porque de su papá yo me separe muy, hace muchos años, él ya falleció pero aun así estuve separada muchos años y me quede embarazada del hijo más pequeño, entonces ellos están adheridos a mí, de, se, cuentan nada más conmigo” (CASO D)
- “Yo siento que mi infancia fue buena, en la escuela también este, estuve contenta, no, no era una gente que estuviera triste, si buscaba mucho la imagen de mi padre pero pus, digo si no estaba, pus agarraba cualquier señor que veía y ese lo adoptaba como padre pero fuera de ahí, pues no, mi infancia fue buena/ aunque extrañando siempre la imagen del papá, siempre lo busqué” (CASO E)
- “Pues éramos una familia nuclear igual, era mi mamá, mi papá y éramos 5 hermanos, mi papá falleció cuando mi hermana la más chiquita tenía 6 meses y desde entonces mi mamá se dedicó a educarnos a los 5” (CASO F)
- “Este, ahorita estoy separada”.  
“Bueno yo ahorita estoy en casa de mi mamá, por esto mismo de la enfermedad, este, está mi mamá que es de 73 años, mi mamá es del hogar, porque no tengo papá, éste, él falleció, sí, sí lo tuve y falleció hace años” (CASO G)
- “Nuestros papás por cuestión de trabajo, uno por trabajar y otro por llevar el sustento nos dejaban solos”. (CASO H)
- “Aquí, bueno en mi caso faltó mi papá y aquí en el caso de mis hijas, lo mismo, faltó su papá, bueno si lo ven, si ven a su papá pero no vive con nosotros”.

“De mi papá pues no, no me acuerdo, no tengo muchos recuerdos de él, nos dejó chicos, nos dejó cuando mi hermano el menor nació, él se fue”

“La demás familia pues no nos quería por, porque no, mi papá no estaba con nosotros, en ese tiempo era muy mal visto eso, ahora ya no pero antes sí era muy mal visto eso / éramos mal vistos porque no teníamos a mi papá con nosotros” (CASO I)

- “Mi papá dejó a mi mamá y tuvo otros matrimonios y tengo otros, tengo medios hermanos más grandes y medios hermanos más chicos que yo, de mi núcleo familiar ya no tengo más hermanos ni nada y yo me quedé solita”  
“Al principio cuando recién me operé, mi esposo cómo que no lo aceptaba, te digo, se dormía en la sala, yo sentía feo” (CASO J)

Puede decirse que el padre dentro del hogar, culturalmente cumple la función de compañero, proveedor (económico y de cuidador), esposo, protector, modelo y guía (tanto moral como espiritualmente), sin embargo, en las 10 entrevistadas esta función no fue cumplida ya que coinciden en que el padre y/o esposo estuvieron ausentes y aunque en algunas de ellas parece no haber causado conflicto esta ausencia paterna quizá sí fue significativo, ya que la ausencia de este puede causar en el niño inseguridad y desconfianza, además de que para algunas de ellas significó ser marcadas por su familia o socialmente; en todas se puede observar que aprendieron a salir adelante y resolver problemas sin necesitar a la figura masculina para sobrevivir, sin embargo el hecho de que en la población 10 de 10 entrevistadas presenten esta situación es considerable para la construcción de dicho padecimiento, por lo que quizá emocionalmente repercutió de manera significativa en ellas ya que cómo bien se sabe la familia juega un papel importante en el desarrollo de todo ser humano y nuestra infancia es fundamental para adquirir herramientas básicas con las que nos manejaremos en la edad adulta, Olivier (López, 2002), dice que “la familia es el lugar donde podemos encontrar el verdadero amor, la verdadera humildad, la verdadera tolerancia, el respeto, que muchas veces no valoramos y buscamos en otro lado. La familia en sí, es la que marcara las decisiones y forma de relacionarnos en nuestro entorno por lo que es fundamental en todo el proceso del infante; puede decirse que dentro de la familia en los primeros años de vida, los bebés no sólo requieren cuidados, aceptación y cercanía de la madre, sino también del padre. Esto permite al bebé un vínculo seguro con ambos géneros, los cuales servirán como prototipos de las relaciones que tendrá el niño o niña con hombres y mujeres a lo largo de su vida, el padre es fundamental ya que contribuye a la formación del núcleo de la identidad de género. Un vínculo temprano y cercano con el padre, juega un papel esencial en la maduración y autonomía de las funciones de autoestima, control de impulsos, socialización, capacidad de amar, de aprender, entre otras. El papel del padre también es fortalecer y contribuir en el desarrollo del niño. La presencia de un padre cercano que, al mismo tiempo es un buen modelo de identificación, permitirá una adecuada identificación psicosexual para el niño y un modelo de pareja para la niña. Con la interrelación del niño con el modelo paterno, éste va descubriendo el modelo de autoridad, expresado en el

padre en forma de servicio, de ayuda, de seguridad en sí mismo, de saber intervenir de forma adecuada en situaciones conflictivas, “la figura del padre aporta en sí, a los hijos protección, el niño que se siente protegido por su progenitor aprende y comienza a desarrollar conductas de autocuidado”, autocuidado que no estuvo presente en las mujeres entrevistadas, ya que muchas de ellas no acudieron a exámenes periódicos sino ya que estaba presente el dolor.

Es importante mencionar además que el apego que aporta el padre al niño con su intervención servirá a este de sostén emocional, ya que colabora como amortiguador o regulador emocional. Uno de los factores más claros en cuanto a la presencia del padre en casa, es la capacidad de la niña/o para tolerar mejor la frustración, la empatía del padre-hijo se articula con la futura disposición del hijo a adoptar actitudes de cooperación y su ausencia creara actitudes de conflicto, el niño o niña que crece sin su padre presente se siente solo, sensación que algunas de las entrevistadas han experimentado en varios momentos de su vida, quizá de ahí, el motivo por el que se pudo determinar la categoría 7, “vivir sola o sentirse sola”, que más adelante se describe.

- **CATEGORÍA 2: “AUSENCIA DE MADRE”**

La relación con las personas que nos dan la vida es relevante y la base para las decisiones que tomemos y las emociones que dominaran nuestra vida en la edad adulta. Al igual que el padre, la figura materna es determinante en nuestro desarrollo psicológico y social, de hecho el papel de la madre en el desarrollo de su hijo (a) comienza desde que el bebé está en el útero y seguirá siendo esencial para la vida del pequeño; está comprobado que antes y después del nacimiento el niño no sólo recibe sustancias, sino también es receptor de las emociones de su madre, lo cual influye de manera importante en su estructura psico-corporal, cabe mencionar que uno de los acontecimientos más importantes de la primera infancia es la formación de un fuerte vínculo entre la madre y su bebé, este vínculo comienza desde el momento de la concepción y se afianza cuando el niño nace y de la relación y del vínculo que se forme entre madre e hijo, dependerá cual será la personalidad del niño y las conductas que más tarde tenga de adulto, ya que la formación de este vínculo tiene como resultado la confianza, “el bebé suele reconocer a quienes se ocupan de él y lo aceptan plenamente”, Manuel Yániz, psicólogo clínico, explica que “los arrullos y caricias le dicen que su cuidador está comprometido a cuidarlo y protegerlo, y eso le hará sentir confiado” ([www.español.babycenter.com](http://www.español.babycenter.com)). Con el tiempo esa confianza en su entorno se transformará en confianza en sí mismo.

Cabe mencionar que al hacer que el bebé se sienta protegido y amado, la mamá fomenta su autoestima y con los años estará listo para ser una persona que se valora a sí misma porque se siente digna de amor y de atención, gracias a esta autoestima, aprenderá que es valorada en el círculo familiar y podrá afrontar mejor los retos en la edad adulta, aprenderá además a establecer relaciones de confianza con otras personas y aunque no solo las madres son importantes en la vida de los bebés son (aún hoy en día) el personaje central en el desarrollo de los pequeños, no obstante la “ausencia de madre” es una característica que también

presentan las personas entrevistadas, ya que 9 de 10 casos vivieron su infancia sin la presencia de su madre, ya sea por alcoholismo, por necesidad económica, por tener que trabajar, por mostrar cierta preferencia a otra hija, por educar de forma estricta a los hijos o por fallecimiento.

- “Me crió un tío, viví con él muchos años y su esposa y pues la, la crianza fue muy buena, porque me enseñaron valores, me enseñaron eh, sobre todo el respeto y el amor hacía mi madre, que aunque yo no viviera con ella pues eh siempre ellos me, me, me dijeron que ella era mi mamá y la situación de la que, por la que yo tuve que separarme de ella o por la que mi madre tuvo que separarse de mi fue pues por necesidad” (CASO C).
- “Mi mamá tenía ciertas preferencias eh, con mi hermana que era la mayor y que fue médico y que fue maestra de baile, clásico y regional y se distraía mucho con ella y le dedicaba más tiempo” (CASO D).
- “Mi madre pues se iba a trabajar, entonces estaba ausente todo el día” (CASO E).
- “Como mi mamá tenía la labor de educarnos a los 5, pues era más complicado para ella, entonces ella se volvió así como tipo Hitler, todo tenía que ser disciplinado y ordenado y ya no teníamos ese tiempo para poder disfrutar en familia” (CASO F)
- “Mi mamá trabajaba y mi papá también” (CASO G).
- “Nuestros papás por cuestión de trabajo, uno por trabajar y otro por llevar el sustento nos dejaban solos” (CASO H).
- “Mi mamá trabajaba y este, pues bueno, yo sacaba los problemas de mis hermanos”  
“mi mamá no estaba y como que sentía que, que yo era la que tenía que estar con mis hermanos” (CASO I)
- “Mi mamá falleció cuando yo tenía 7 años, yo la verdad recuerdos de mi mamá no tengo muchos”  
“Yo siento que me faltaba mi mamá, me faltaban otras cosas, osea me faltaba lo que yo veía con los demás niños ¿no?, de que ellos tenían a su mamá y su papá”  
“Yo siento que en mi infancia me faltó mi mamá” (CASO J)

Como se observa, la infancia de las entrevistadas estuvo desarrollada por una marcada ausencia tanto de figura paterna como materna, en lo que respecta a esta última, se sabe bien que una buena relación con la madre nos hace sentir queridos, respetados y amados y que debemos sentirnos de la misma forma ante los demás, sin dejarnos humillar por alguien (Komblit, 1994, cit. en Solano, 2014) de hecho esto, el amor materno es lo que da seguridad al ser humano para poder realizar los sueños planteados en nuestro desarrollo, podemos afirmar que una crianza basada en el amor, en el respeto y en la delineación de los límites, son las claves para una infancia y una adultez plena, los niños cuya crianza fue amorosa suelen presentar un comportamiento social adecuado a las exigencias y demandas que el medio les presenta; la seguridad y estima propia se ven fortalecidas y la adaptación que logran en diversos contextos resulta bastante satisfactorias, pero muchas veces, ya sea por motivos familiares o por el fallecimiento de la madre, el niño no tiene la suerte de contar con la presencia materna, tal como fue el caso de las entrevistadas, como pudo observarse muchas de ellas no contaron con la presencia de su madre por diferentes motivos, siendo criadas por algún familiar o bien sin alguien que se hiciera responsable de ellas, es bien sabido que los niños que carecen de una cuidadora estable resultan afectados en sus comportamientos futuros, estos infantes se muestran tímidos e inseguros y presentan baja autoestima y depresión, situaciones presentes en algunas de las entrevistadas, ya que algunas refirieron sentirse tristes en diversas ocasiones o incluso no tener ganas de vivir, como en el caso I:

“El quererme morir, pues si ganas a lo mejor a veces de morirme porque he, ya no quiero, de verdad vivir así como que con tantos problemas con mis hijas, primero era mi mamá y a fuerza tengo que tener a alguien que me haga enojar, digo ya no, ya no, ya no, ya no”.

incluso la entrevista se tuvo que detener varias veces debido a que se encontraba en un momento muy sensible por la muerte de su mamá y por varias cosas, cómo problemas con sus hijas y el deseo de morir, por lo que lloraba en constantes momentos, además de expresar que muchas veces ella preferiría no seguir viviendo; cabe mencionar así, que si predomina la falta de cuidado y atención al niño, como en estos casos, se generará un sentimiento de desconfianza que da al pequeño la percepción de que el mundo es un lugar hostil e impredecible por lo que tendrá dificultades para entablar relaciones en el futuro con su entorno social y emocional.

Es importante decir que los padres, en especial la madre, durante los primeros años de vida de los hijos pueden ayudar a prevenir los temores de los pequeños, inculcar una sensación de confianza y prudencia normal sin demostrar demasiada

protección. La atención y los cuidados con afecto continuos, son aspectos importantes en el desarrollo de la seguridad que el niño necesita desde muy temprana edad y que desplaza en lo sucesivo frente a cualquier situación social y escolar que se presente en el futuro, por lo que, si esto no es cubierto desde edad temprana el niño constantemente se sentirá inseguro. Como ya comentamos, la familia es en sí, el primer núcleo de socialización, afecto y desarrollo de la personalidad; específicamente los padres son los modelos del amor, seguridad y confianza, así como de las figuras femeninas y masculinas que posteriormente los niños adquirirán, pero en estos casos ambas figuras quedaron con una significación débil, ya que por una parte el padre ocupó el lugar de “el que abandona” y por otra la madre ocupó el lugar de “la ausente física y/o emocionalmente”,

- **CATEGORÍA 3: “ASPECTOS ECONÓMICOS (a)por familia numerosa, b)ocupación con bajos ingresos, c)escolaridad inconclusa, d)alcoholismo de uno de los padres )”**

Esta categoría corresponde a la situación económica que vivieron las mujeres entrevistadas durante su infancia y/o bien en edad adulta, situación económica en la mayoría de ellas de escasos recursos; como bien se sabe las carencias vividas en la edad más temprana pueden tener consecuencias de por vida en el desarrollo físico, psicológico y educativo de los niños. En otras palabras, las condiciones vitales y las privaciones que tengan, sobre todo entre los 0 y 5 años pueden marcar sus enfermedades de adulto, su capacitación para poder o no estudiar una carrera universitaria, su personalidad o sus relaciones sociales. El sufrimiento de los niños pobres será una carga para todo su futuro, cabe mencionar que la pobreza no se sufre igual siendo niño que adulto y puede marcarles para toda la vida y más allá de las consecuencias en el desarrollo físico, las secuelas psicológicas negativas a medio y largo plazo para un niño en situación de pobreza pueden ser también muy altas, en este ámbito, los menores aumentan las posibilidades de desarrollar de adultos “enfermedades” tales como la depresión y trastornos como la ansiedad y el estrés, dicha situación de carencia la vivieron la mayoría de las entrevistadas:

- “Muchas carencias pero muy feliz, mucho, mucho, en carencias en cuanto a lo económico porque el afecto fue muy muy extenso” (Caso B).

Dichas carencias fueron por diversas situaciones, por lo que se establecieron 4 subcategorías representativas de los motivos de las carencias vividas por ellas:

a) *Por familia numerosa*: Se refiere a que vivieron en una familia con muchos integrantes, lo cual no permitía que la situación económica fuera holgada sino todo lo contrario, ya que el ingreso no alcanzaba para mantener a todos, casi siempre los principales motivos que generan el riesgo de pobreza se asocian a las características del hogar de las parejas con más de 2 hijos.

- “Éramos, creo que 13, 13, me crío pues mi mamá” (Caso A)

- “Hubo momentos con mí, con mi mamá, en los que, eh, no tenía, mi mamá ni para darnos de comer, eh, recuerdos en los que nos tocó, pelear a veces por un bolillo, a mis hermanas y a mí” (Caso C).

- “Mi familia de procedencia, pues este, pus con sus altas y sus bajas, con este, eh, normalmente con los problemas económicos, cuando pues, eh, se vive una situación de, de seis personas viviendo y el salario pus muy, pus muy corto ¿no? como para poder sufragar todos los gastos” (Caso E).

- “11 hermanos que éramos pues 30 pesos en ese tiempo eran nada, entonces mi mamá veía la manera de, de llevarnos el sustento” (Caso H).

b) *Ocupación con bajos ingresos*: Se entiende por este rubro cuando el trabajo que tenían el o los proveedores del hogar no era bien remunerado.

Cabe mencionar que la pobreza a veces es causada por ingresos bajos porque el trabajo que la persona puede realizar es poco valorado y no bien remunerado. Puede decirse que las consecuencias de una débil inserción laboral de las personas son múltiples, desde los bajos ingresos presentes y futuros, con lo que se perpetúa la inequidad y la transmisión intergeneracional de la pobreza, al mal uso de los recursos invertidos en educación y la desintegración social, hasta el vivir en un constante estrés.

En lo que respecta a este rubro, su pudo observar que fue una variable vivenciada por algunas de las entrevistadas:

- “Pues nosotros fuimos criados así como demasiado pobres, demasiado, osea, hay veces que dicen “esta pobre pero tiene para comer”, no, este, nosotros veces, de, de muy peque.... de muy pequeñas este, pues se puede decir que casi no comíamos porque este, mi papá era albañil, veces no, no trabajaba o se dedicaba al campo, pues no hay entrada de dinero” (Caso A).

- “mi papá fue panadero y pues su ingreso era muy bajito para 11 hermanos que éramos pues 30 pesos en ese tiempo eran nada” (Caso H).

- “Yo tenía que ir a trabajar con ella a donde fuera, a ayudar a lavar, a planchar, a hacer de comer, el dinero que ganamos era para repartirlo con mis hermanos“(Caso J).

c) *Escolaridad inconclusa*: Este rubro se refiere a que debido a la situación económica de la familia la persona entrevistada no pudo realizar o terminar sus estudios.

La UNICEF establece que recibir una educación gratuita y de calidad es un derecho para todos los niños y niñas, lamentablemente esos derechos de los que todo niño debe disponer, no siempre se cumplen y a pesar de lo importante de esto hay millones de niños que nunca han pisado una escuela; en el caso de las entrevistadas esto no fue posible:

- “nosotros nos dedicamos a trabajar, por eso mismo no, no tuvimos estudio porque si no había ni para comer menos ni para comprarnos un cuaderno” (Caso A)

- “mi sueño siempre fue, eh, ser, ser doctora, yo era lo que quería ser, por cuestiones económicas no se pudo, mm, tengo....bueno, no termine, me quede en la carrera de enfermería” (Caso C).

- “Yo tenía 2 trabajos, iba a la escuela, de que no termine una carrera y después ya me dediqué solo a trabajar” (Caso J).

Los efectos que pueden tener las crisis socioeconómicas sobre las estructuras de oportunidades de niños, niñas y adolescentes son muy relevantes e inciden en aspectos esenciales al sostenimiento de la vida, como es el acceso a los alimentos, pero también en el ejercicio de capacidades cruciales para el desarrollo humano como son el “acceso a la atención de la salud y en este caso a una educación de calidad”

d) *Alcoholismo de uno o ambos padres*: Es cuando uno de las figuras paterna o materna presentaban alcoholismo y el poco ingreso lo gastaban en esto; el alcoholismo es un problema que va permeando la personalidad poco a poco, los hijos de familias alcohólicas se “acostumbran” a vivir en medio del caos y el conflicto, de modo que existen grandes probabilidades de ser un agresor o agredido de adulto, puede decirse que el nido ideal que se debe ofrecer a todo niño se desvirtúa totalmente cuando los progenitores son alcohólicos, todo, sus pensamientos, actitudes y sentimientos se ven afectadas por la influencia del alcohol de sus padres. Crecen en un ambiente lleno de ansiedad, viven el dolor y remordimiento resultante de esto y más aún, se sienten culpables del mismo, con ello los niños se atribuyen responsabilidades de adultos y aprenden conductas propias de adulto o bien de personas alcohólicas. Esta situación fue vivida por una de las participantes, la cual comentó que se sentía triste ante esta situación y que esto les llevaba a tener carencias en todo, incluyendo alimentación:

- “Éramos, creo que 13, 13, me crío pues mi mamá, pero también como, ellos eran aparte de, de que estábamos pobres ellos eran alcohólicos, mmjj, sí, los dos, entonces creo que nos criamos así como que arañando la tierra” (Caso A).

Se encontró que 8 de 10 entrevistadas sufrieron una situación económica difícil y con muchas carencias económicas, los motivos corresponden a los rubros que ya se mencionaron, puede decirse que esto sí tuvo relevancia para estas personas, ya que durante la entrevista comentaron los eventos relevantes a la carencia económica en tono de tristeza y muchas de ellas agregaron que si les hubiera gustado terminar la escuela; en lo que respecta a la última subcategoría, “alcoholismo de uno o ambos padres” como ya se dijo, solamente lo vivió el caso A.

Cabe mencionar que pediatras y psicólogos coinciden en señalar que una de las principales consecuencias de la pobreza infantil es el fracaso escolar, de esta forma la pobreza marca el desarrollo educativo del que la sufre y no solo desde el punto de vista de los recursos económicos para una mejor formación sino desde el punto de vista de la capacitación cognitiva, consecuencia que como vemos sufrieron varias de las entrevistadas, ya que no pudieron terminar su carrera o por lo menos concluir el nivel primaria, aun cuando sí lo deseaban, la Unicef asegura que la pobreza, en muchos casos, lleva al fracaso escolar por la enorme presión psicológica y el brutal estrés al que se ve sometido el menor, incapaz por ejemplo de concentrarse para estudiar, lo que derivará en unas oportunidades laborales peores en su futuro (6).

En un hogar con dificultades económicas y de falta de recursos se viven situaciones de estrés constante. Los niños son esponjas y absorben los gritos, la tensión y los nervios; los niños que observan a su alrededor dificultades constantes tienden a sentir indefensión y culpabilidad. Al no tener capacidad de entender qué pasa y por qué pueden sentirse responsables y eso lleva a la alerta constante cuando son adultos, de ahí que adquirieran responsabilidades desde la infancia.

- **CATEGORÍA 4: “RESPONSABILIDADES A EDAD TEMPRANA (a)actividad laboral, b)crianza de hermanos, c)cuidado de la madre)”**

Esta categoría se refiere a que la persona entrevistada tuvo que asumir durante su infancia responsabilidades correspondientes a los adultos, por lo que, más que disfrutar de juegos y cosas que los niños realizan tuvieron que hacerse cargo de la

---

(6) [www.rtve.es/noticias-pobreezainfantil](http://www.rtve.es/noticias-pobreezainfantil)

familia de origen, asumiendo una vida laboral desde niñas o encargarse del cuidado de hermanos o incluso de su madre, tal como se mencionó en la categoría anterior, muchas veces orilladas por el sentimiento de culpa que adquieren en su sistema familiar hostil o bien por la necesidad de cubrir aspectos económicos debido a la carencia vivida en su sistema, no obstante cualquier trabajo o actividad que priva a los niños de su infancia son perjudiciales para la salud física y mental por lo cual impiden su adecuado desarrollo, es bien sabido que la infancia es un tiempo para jugar, aprender, crecer, un tiempo en que todos los niños y niñas deberían tener la oportunidad de desarrollar sus potenciales y soñar con brillantes planes para el futuro, sin embargo para millones de niños en el mundo, su vida desde muy temprana edad es muy distinta, ellos comienzan a trabajar o a hacerse responsables de actividades del hogar mucho antes de que sus cuerpos y mentes estén preparados para ello ([www.html.rincondelvago.com](http://www.html.rincondelvago.com)). Así la infancia se vuelve un sueño perdido, tal como lo vivieron muchas de las entrevistadas, que tuvieron que asumir roles desde pequeñas y renunciar a sus sueños, cabe mencionar que esto repercute en el desarrollo del niño ya que la dificultad de las tareas que los niños adquieren a temprana edad y las duras condiciones de trabajo puede ocasionar problemas como el envejecimiento prematuro, la desnutrición, apatía, precocidad, emancipación prematura, hostilidad, un acelerado proceso de maduración, daños permanentes en su personalidad y pérdida de la autoestima, así como la depresión o incluso la drogadicción. Es importante decir que los niños procedentes de entornos desfavorecidos, de grupos minoritarios o sustraídos del seno familiar carecen de protección, lo cual sucedió con algunas de estas mujeres que comentaron haber necesitado a su madre en algún momento dado.

Para dicha categoría se establecieron 3 subcategorías, que fueron:

a) *Actividad laboral*: Es cuando tuvieron que trabajar desde temprana edad para poder solventar gastos de la familia.

-“Pues nosotros siempre, este, todos los hijos y nos, eh, que yo era la segunda, empezamos a trabajar, este, y bueno logro mi papá comprar un terrenito con ayuda de nosotros” (Caso A)

-“Cuando vivía yo eh, con mi madre, bueno cuando me fui yo a vivir con ella, eh, pues todas trabajábamos, mi mamá, mis hermanas trabajábamos” (Caso C),

-“Por ejemplo yo me encargaba de hacer de comer y de cuidar a mis hermanos y darles de comer porque mi mamá trabajaba y mi papá también” (Caso G).

-“Yo me hice cargo desde muy chica de, de la familia, yo sabía las responsabilidades, yo sabía que tenía que trabajar para darles de comer” (Caso J).

b) *Crianza de hermanos*: Esta subcategoría consiste en que, cómo la madre o ambos padres trabajaban, vivían separadas de ellas o murieron, estas se encargaron de criar a sus hermanos, haciéndose cargo también de los problemas que se suscitaran con ellos.

-“Se puede decir que casi no tuvimos infancia porque de muy pequeñitos este, siempre tuvimos que cuidar cuando no a los hermanitos, después cuando ya pudimos trabajar..... osea que infancia, infancia en sí, no tuvimos” (Caso A).

-“Mi hermano el menor pues la que le dedicaba el tiempo era yo y lo cuidaba mucho, me, lo sentía como un hijo y este, y así nos vimos hasta el final” (Caso D).

-“Bueno mis hermanos mayores el rol que tenían era de cuidar a los más pequeños, eh, pero a veces abusaban porque nos golpeaban muy feo y este, y así nos íbamos turnando” (Caso H).

-“Mis hermanos no hacían mucho la verdad, eh, yo era la que me dedicaba al quehacer, a cuidarlos; estuve yo sola con mis hermanos, yo era así como que la mamá, inclusive uno de mis hermanos me decía mamá a mí, pues, sí, eso, fue buena, yo fui la mayor de mis hermanos, entonces yo los atendía, yo los cuidaba mi mamá trabajaba y este, pues buena, yo sacaba los problemas de mis hermanos, uno se quemó, otro se, enfermó, le dio tifoidea, me acuerdo que mi mamá llegó y ya este, ya los había atendido” (Caso I).

-“Mi abuelita siempre me habló con la verdad, ella nunca me engañó, me dijo quiénes eran los reyes, las cosas que yo tenía que hacer, que yo era la mamá de mis hermanos y que yo la tenía que apoyar porque estaba sola, ella me decía que yo tenía que ser como la madre que mis hermanos no tenían y pues yo me hice cargo desde muy chica de, de la familia” (Caso J).

c) *Cuidado de la madre*: Se refiere a cuando ellas tuvieron que hacerse cargo del cuidado de su mamá si esta se encontraba enferma.

-“¿Por qué me tienen que pasar estas cosas?, tengo problemas ahorita con la salud de mi mamá, este, ya me indicaron que está en fase terminal, no saben cuándo pero y ahorita esto, estoy sola con ella, ¿Cómo le voy a hacer?” (Caso E).

-“Cuando mi mamá también tenía algún problema que, la operaron, tuvo bastantes cirugías entonces este también tenía yo que ver a mi mamá, a mis hermanos” (Caso I)

Puede observarse que en esta categoría fueron 8 las personas que la presentaron, de ellas 3 tuvieron que trabajar a edad temprana (Caso A,C, J) para hacerse cargo de los gastos de la familia, lo cual no solo priva a los infantes de

disfrutar de ser niños sino que además compromete su educación, su salud y su futuro, lamentablemente de hoy en día millones de niños y niñas del mundo crecen sin tener a su lado a uno o ambos progenitores, ya sea porque los separaron de ellos a causa de la pobreza o por fallecimiento de estos; cabe decir que los niños que tienen que laborar a edad temprana y carecen de la atención de sus progenitores están más expuestos a la discriminación, los cuidados inadecuados, los malos tratos y la explotación y a menudo no se vela por su bienestar.

En lo que respecta a la crianza de hermanos, 6 de ellas tuvieron que hacerse responsables de ellos (Caso A, D, G, H, I, J) fungieron como madres sustitutas de estos encargándose de los cuidados de ellos y a la vez, en algunos casos (E, I) también fueron cuidadoras de sus madres. Lamentablemente ellas tuvieron que asumir esta parte de responsabilidad y carecieron de cuidados parentales al no tener garantizada la condición básica del desarrollo infantil como la pertenencia a un grupo que sea capaz de reconocerlas en su singularidad, a la vez que les brindara afecto, respeto y que satisficiera todos sus derechos, es así como los niños que crecen en estos espacios encuentran limitaciones para alcanzar su “desarrollo pleno”, la privación del derecho a la convivencia familiar tiene efectos de arrastre sobre otros derechos tales como la no discriminación, la identidad, la educación, la libertad, el derecho a la opinión-participación y a la salud por mencionar algunos de ellos; es así como las mujeres entrevistadas asumieron este rol de cuidadoras y responsables de la economía del hogar, es importante mencionar que para las mujeres mexicanas el hecho de servir es una filosofía de vida, se sirve con el ser, hasta hacer propios los intereses de quienes los rodean, en el caso de las entrevistadas esto no fue la excepción, ya que se hacen cargo de su familia ante la ausencia de uno o ambos padres, se puede observar cómo dejaron de lado sus intereses para poder cubrir los de sus hermanos o madre, ya sea trabajando, criándolos o cuidando a su progenitora.

- **CATEGORÍA 5: “RELACIÓN CON MAMÁ (a) amorosa, b) fría o rígida, c) distante, d) nula)**

El principal vínculo y el más persistente de todos es habitualmente el que se establece entre la madre y el niño, se consolida como un vínculo afectivo cuando existe una amor recíproco entre el recién nacido y su madre. Este vínculo será la base sobre la cual se desarrollaran los demás vínculos que establecerá el ser humano con las demás personas a lo largo de su vida.

Las investigaciones indican que un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para establecer relaciones sanas a lo largo de su vida, cuando los primeros vínculos son fuertes y seguros la persona es capaz de establecer un buen ajuste social, por el contrario la separación

emocional con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad afectiva o desinterés social. Según indican estas investigaciones, la baja autoestima, la vulnerabilidad al estrés y los problemas en las relaciones sociales están asociados con vínculos poco sólidos. Si las experiencias de vínculo han sido negativas y graves, el ser humano es más propenso a desarrollar trastornos psicopatológicos. Son las interacciones madre-niño las que influyen en el desarrollo socio-emocional y en la conducta actual y futura del menor. (www.cosasdelainfancia.com)

En las personas entrevistadas este vínculo materno estuvo marcado por la ausencia de esta figura, así como la ausencia de dicho vínculo, ya que en 7 de los casos la presencia de la mamá no significó que existiera una relación afectiva; para esta categoría “relación con mamá”, también existieron rubros, los cuales se denominaron relación

#### a) amorosa

Ninguna presentó esta categoría

#### b) fría o rígida

-“Mi mamá era súper estricta conmigo, era la que me pegaba, porque era yo tremenda, en lugar de ser niña hubiera parecido yo niño, me la vivía jugando con mis hermanas y los vecinitos en la vecindad y lo que más recuerdo es que mi papá nunca me pegó” (Caso B)

-“Como mi mamá tenía la labor de educarnos a los 5, pues era más complicado para ella, entonces ella se volvió así como tipo Hitler, todo tenía que ser disciplinado y ordenado y ya no teníamos ese tiempo para poder disfrutar en familia”; “Pues con todos mis hermanos si porque nos la llevábamos muy bien, con mi mamá a veces como que ahaha, por lo mismo que te digo que era como Hitler era complicado” (Caso F)

-“Ya no quiero, de verdad vivir así como que con tantos problemas con mis hijas, primero era mi mamá y a fuerza tengo que tener a alguien que me haga enojar” (Caso I)

#### c) distante

-“De mi mamá de repente la ve uno bien y, y le voltea bandera fácil, umju / si la veo, sí, si la ayudo pero porque es mi mamá, pero de ahí a que, a que yo quiera convivir con ellos, estar con ellos, no” (Caso A)

-“Mi mamá tenía ciertas preferencias eh, con mi hermana que era la mayor y que fue médico y que fue maestra de baile, clásico y regional y se distraía mucho con ella y le dedicaba más tiempo” (Caso D)

-“Este, de por parte de mi mamá y mi papá, este, de mi mamá, antes pero ahora como que no, ya no, osea a lo mejor sí me quiere y eso pero como que no le gusta como soy con mi hermano” (Caso G).

#### d) nula

-“Me crió un tío, viví con él muchos años y su esposa y pues la, la crianza fue muy buena, porque me enseñaron valores, me enseñaron eh, sobre todo el respeto y el amor hacía mi madre, que aunque yo no viviera con ella pues eh siempre ellos me, me, me dijeron que ella era mi mamá y la situación de la que, por la que yo tuve que separarme de ella o por la que mi madre tuvo que separarse de mi fue pues por necesidad” (Caso C)

Como puede observarse en estas subcategorías, ninguna de las entrevistadas describió la relación con su madre como amorosa, más bien la relación se tornó fría o rígida (caso B, F, I) o distante (caso A, D, G) solo en un caso (caso C) la relación fue nula, ya que una vez que la entregó al tío ya no hubo relación sino hasta después de muchos años.

### • **CATEGORÍA 6: “RELACIÓN CON ESPOSO”**

Una mala relación de pareja no sólo afecta el lado emocional, sino repercute también en la salud y puede verse reflejado en el cuerpo, las relaciones conflictivas elevan el estrés y debilitan el sistema inmune, por lo que es una oportunidad para el desarrollo de diferentes enfermedades, ya que vivir en el estrés constante, en la depresión o en la ansiedad baja las defensas y el cuerpo se vuelve más vulnerable a agentes externos aún más peligrosos.

Debra Umberson (2009) socióloga de la Universidad de Texas (cit. en [www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com)) afirma que el daño a la salud cuando no se lleva bien una relación de pareja se puede comparar al daño que sufre una persona que ha fumado durante toda su vida, agrega además que las evidencias médicas que se han encontrado en este tipo de parejas que afrontan un estrés continuo porque no pueden encontrar apoyo y descanso en su compañero, debilita el estado de salud hasta el punto de hacerlas más vulnerables a problemas cardiovasculares y de hipertensión arterial. Otros estudios realizados por la doctor Janice Kiecolt-Glaser, en 2005, evidenciaron que las parejas que mantienen relaciones problemáticas y hostiles tardaban más en que sus heridas cicatrizaran debido a

que su cuerpo liberaba sustancias inflamatorias que reducían la velocidad de recuperación.

Puede observarse que la relación de pareja que tenían las mujeres entrevistadas antes del padecimiento (caso A, B,C,G) y después del padecimiento (caso F, H, J) se caracterizó por ser con hostil y violenta, 7 de 10 mujeres vivieron una relación de pareja con poco afecto durante el matrimonio o bien sin acompañamiento durante el padecimiento, las otras tres entrevistadas no hablaron del tipo de relación que tuvieron ya que en un caso falleció el esposo, la otra es soltera y una no hablo de su relación de pareja sin embargo está separada de su esposo ya desde hace varios años.

- CASO A

“Haga de cuenta que con mi esposo, de repente no vivíamos tan bien, como que peleábamos mucho, mucho tiempo este, me dejaba de hablar, a pesar de que siempre, de repente si nos llevábamos bien, si convivíamos bien”

- CASO B

“Fue una relación muy fea, muy fea, una persona muy dominante entonces no lo quise incluir otra vez en mi vida, ¿sí?, no lo quise incluir porque era volver a aceptar sus términos y condiciones

“hasta mi ex pareja nos hemos llevado ya mejor, ya lo trato con más, este, más cordialidad porque antes era yo la, la agresiva hacía él, ahora ya no, ahora ya lo saludo, lo tolero más”

- CASO C

“El hecho de, de tener una, de empezar este matrimonio con, con una vida violenta, después de que yo venía de una familia en la que no se practicaba la violencia, en la que no había, pues después si, después sí, empecé yo a, a este, pues a tener esa, esa cuestión de violencia”

- CASO F

“El trataba de cuidarme lo más que se pudiera pero en cuanto a nuestras relaciones íntimas yo siento que a él siempre le, cómo que le causo, esta co.... esta cosa de ver la cicatriz como que le, le causaba mucho conflicto”

- CASO G

“No sé de mi esposo que si era, si realmente me quería o no, porque luego como que era muy agresivo”

- CASO H

“Pues en cuestión de vida sexual pues ya no, osea ya no me llama la atención como antes”

- CASO J

“Pues mi esposo mal, mal, él dijo que no me quitaran la ubi, yo le dije que no importaba, hasta le dije que se fuera, que era mi cuerpo y yo firmé mis responsivas, de hecho cuando a mí me hicieron la cirugía el 12 de mayo del 2015, él no fue al hospital, fueron mis amigas, yo hasta pensé que cuando yo fuera a llegar a mi casa él no iba a estar, después su mamá habló con él”

“cuando recién me operé, mi esposo cómo que no lo aceptaba, te digo, se dormía en la sala, yo sentía feo porque yo quería que me abrazara, que, que me apapachara, que me dijera que todo iba a estar bien y él se alejaba, yo hasta pensé que tenía otra persona, yo le dije que se fuera, que sí no quería estar conmigo que se fuera, que yo solita iba a salir adelante”

Cabe mencionar que a diferencia de las mujeres, los hombres no suelen presentar consecuencias negativas en su salud que estén relacionadas con una mala relación o problemas de pareja, quizá síntomas de estrés y depresión pero pueden lograr un mejor manejo de estos a diferencia de la mujer que cuando siente tensión por una mala relación de pareja tienen más probabilidades de sufrir alguna enfermedad. Las relaciones sanas, ayudan a prevenir enfermedades y ayudan a adoptar hábitos saludables y alargan la vida, pero una mala relación de pareja no sólo afecta el lado emocional de las mujeres sino que repercuten en la salud, ya que elevan el nivel de estrés y debilitan el sistema inmune, de ahí que se puedan adquirir enfermedades más fácilmente, tales como ataque al corazón, obesidad, problemas de sueño y ansiedad, además de presentar estados depresivos. Debra Umberson, socióloga de la U. de Texas, afirma que una mala relación de pareja debilita el estado de salud hasta el punto de hacerlas más vulnerables a problemas cardiovasculares y de hipertensión arterial; otro dato curioso es que la sensación de dolor es mayor, sobre todo en mujeres ([www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com)).

Puede observarse así que varias de las mujeres participantes vivieron en una relación de pareja poco amable, por lo que probablemente esto debilitó su sistema inmune, haciéndolas más propensas a adquirir dicho padecimiento.

- **CATEGORÍA 7: “VIVIR SOLA O SENTIRSE SOLA”**

La categoría 7 se refiere al hecho de que las entrevistadas viven solas en la edad adulta y de cómo viven esta situación, o bien haber experimentado sentimiento de soledad aun cuando viven con alguien, algunas de ellas han presentado dicho sentimiento desde la infancia en su familia de origen.

Vivir solo no implica la soledad, la persona que vive sola porque así lo decidió y tiene buena relación con el entorno es alguien que se siente pleno y feliz, vivir

sola como mujer, no necesariamente significa ser la soltera o “solterona” como socialmente se cree, significa ser independiente, autosuficiente y que disfrutas de todas esas gloriosas cosas que a veces es imposible de disfrutar cuando se vive con alguien; pero si se vive sola y la persona lo vive con sentimiento de desamparo y se le dificulta vincularse con el afuera, entonces es una persona que quizá se encuentra en alto riesgo. En este caso la soledad es evaluada como peligrosa porque puede desencadenar cuadros de depresión y distanciamiento con el resto de las personas. De acuerdo con señalamientos hechos por médicos de la División de Cardiología de la Universidad de Nueva York, el aislamiento social tiene relación con la mortalidad cardiovascular en las personas que tienen enfermedad cardíaca (7). Por su parte, la psicóloga Trezza afirma que “somos seres sociales, que el ser humano puede vivir solo, pero si tiene buenas relaciones con el afuera, de lo contrario, si se trata de alguien que experimenta soledad (no tiene pareja, ni amigos y de paso, malas relaciones en su trabajo) no reúne un perfil aconsejable, ya que en ocasiones la gente que vive sola se hace rígida y comienza a encontrar dificultades para aceptar otras formas de hacer las cosas en su entorno inmediato y en algunas ocasiones pierden capacidad para adaptarse a los demás y tienen dificultad para vincularse emocionalmente” (ibid).

Usualmente, la persona que vive sola puede ser más propensa a sufrir problemas mentales, como la depresión. Cabe mencionar que se han realizado estudios que revelan que la soledad trae consigo distintas enfermedades físicas, como problemas cardíacos, infecciones virales, cáncer, entre otras, por lo que se recomienda tener un equilibrio y una red de apoyo donde la persona que vive sola comparta y se relacione con otras, teniendo a la vez su momento de privacidad. (www.rexpuestas.com), se pudo observar que de las mujeres entrevistadas, 6 de 10 viven solas y que además han presentado este sentimiento de soledad desde pequeñas, evento que afectó su estado emocional:

- CASO A

“Se puede decir que todos viven conmigo y nadie, osea en mi casa, en mi casa de Teoloyucan vivo sola”

- CASO E

“Vivo sola”

---

(7) www.estampas.com

- CASO F

“Me he dado cuenta que siempre había como que momentos en los que siempre me quedaba sola, quien sabe porque, pero siempre terminaba sola”

- CASO H

“Eemm, me sentía sola, sola y bueno en la de ahorita me siento muy bien”

- CASO I

“Bueno la verdad cómo que siempre me he sentido sola ¿no? a pesar de tener a mis hijas y a todos”

- CASO J

“Yo había sabido lo que es estar sola, bueno estaba con mi abuela pero realmente estaba sola”

La soledad es un sentimiento de aislamiento o desamparo que invade el ánimo de una persona, esté o no acompañada y que llega a generarle angustia y malestar profundo, puede ser circunstancial o pasajera, cuando persiste indica incomunicación y carencia de apoyo afectivo; los casos F, H y J, experimentaron esto en su infancia pero en la familia actual no lo han sentido así, puede decirse así que fue de forma pasajera, no obstante en el caso I este sentimiento ha persistido, ya que comentó haberlo sentido en la infancia y en la edad adulta también, sintiendo desvalía, es decir que no tiene amparo, ayuda o la protección que ha necesitado, además de sentir pocas ganas de continuar con su proceso de vida. Es importante mencionar que la soledad vincula con la historia de cada persona, ya que el desarrollo en un ambiente de tristeza, desamor o negatividad y ante todo la pérdida de relaciones significativas para el individuo pueden generar marcas indelebles en la vida y afectar el desempeño anímico, lo cual vivenciaron todos los casos mencionados, ya que se vieron desamparadas en la infancia por la ausencia de su padre y en algunos casos por la ausencia materna.

La soledad, más que un sentimiento y una razón de aislamiento, es un nuevo detonante para un sinnúmero de enfermedades, a tal grado que puede llegar a convertirse en una sentencia de muerte. Como ya vimos la soledad puede llevar a una persona a sentirse deprimida, triste y sin ánimos de seguir adelante como en el caso I:

- CASO I

“El quererme morir, pues si ganas a lo mejor a veces de morirme porque he, ya no quiero, de verdad vivir así como que con tantos problemas con mis hijas, primero

era mi mamá y a fuerza tengo que tener a alguien que me haga enojar, digo ya no, ya no, ya no, ya no, ya no”

Este sentimiento puede ocasionar también daños graves en la salud, al grado de llevar a la muerte a quienes se enfrentan a esta sensación pese a encontrarse rodeados de personas. Y es que, de acuerdo a los especialistas, quienes se enfrentan a la soledad pueden manifestar diversas enfermedades, que van desde una simple gripe hasta un infarto o la invasión de un cáncer.

Como bien vimos, en todos los casos se ha experimentado este sentimiento aún en los casos en que han podido superarlo de edad adulta o bien las que viven solas actualmente. Es importante mencionar que la sensación de soledad es más perjudicial que la soledad misma, según explica la psicóloga María del Rosario Aldaba González ( 2015 , cit. Ibid), agrega además que la soledad no es más que un estado emocional en el que la persona experimenta un poderoso sentimiento de vacío y aislamiento; sentimientos que no sólo son importantes indicadores del bienestar psicológico, sino que también forman parte de los factores “pronóstico” y que se encuentran relacionados con la salud y la longevidad funcional. Con la ausencia del padre los niños crecen con un cierto vacío interior que no logran comprender y dificultan el desarrollo de su vida social y su conducta. Cuando el papá no responde a los llamados de atención del niño, no le demuestra afecto o atención, éste podrá advertir esa indiferencia. Si la falta de interés se mantiene en forma constante durante su crecimiento, es probable que el niño sienta que no es importante para su padre, lo que provocará una falta de seguridad y una sensación de vacío, quizá de ahí que estas mujeres se haya sentido de esa forma.

- **CATEGORÍA 8: “SEPARACIÓN O DESVINCULACIÓN DE FAMILIA DE ORIGEN EN EDAD ADULTA”**

En los primeros años de la vida, la vinculación con la familia de origen, padres o personas que suplan su función, es parte fundamental para el desarrollo de la personalidad. En ésta época es cuando se forjan las herramientas emocionales con las que se contará en la edad adulta, para poder manejar las diversas situaciones de la vida. El niño aprende a través de la imitación, es así como llega a realizar aprendizajes de una cierta dificultad como puede ser hablar, caminar, etc., siempre va a tomar como modelo a sus padres, ya que todo lo que estos hacen es tomado por el niño como una ley.

Sin embargo cuando un sistema familiar está desestructurado y un gran número de problemáticas de diversa índole se encuentran tanto en el inconsciente como en el consciente (separación de los padres, malos tratos, adicciones por

parte de los progenitores, etc...) no es de extrañar que el niño al llegar a la adolescencia comience a manifestar una serie de síntomas que sin tener porqué entran en la categoría de enfermedad psíquica, que producen malestar y desasosiego dentro del núcleo familiar.

Este malestar se observa en 5 de los casos (caso A, C, E, H, J) es decir, la relación con la familia en edad adulta se vio fracturada ya que desde niños estuvieron separados o bien la convivencia en estas personas fue casi nula

- CASO A

“No me gusta estar con ellos, llámese hermanos, llámese mamá, si la veo, sí, si la ayudo pero porque es mi mamá, pero de ahí a que, a que yo quiera convivir con ellos, estar con ellos, no”

- CASO C

“De mi familia de origen pues, eh, pues que hayamos crecido y nos hayamos tenido que separar oh, pues eso”

- CASO E

“Mi hermana tiene 76 años, este, fue enfermera, este, tiene pus ahorita problemas de depresión mayor desde que murió mi madre, entonces no lo ha podido superar, pues este, nuestra relación no es así muy, muy allegada porque ella siempre fue muy, muy alejada de nosotros”

“Mis otros sobrinos a raíz de la muerte de mi hermano desaparecieron, osea no, no este, no convivían con anterioridad mucho con nosotros, como que la familia de ella lo absorbió a mi hermano y a toda, incluso a sus hijos, entonces pues no, casi no tenemos, más bien trato con ellos”

- CASO H

“Nos reuníamos toda la familia, desde los mayores hasta los más pequeños con mis papás, para los convivios y pues se hacían unos fiestones tremendos, la convivencia era bonita y ahorita en la actualidad pues ya no porque mis padres pus ya fallecieron, algunos hermanos y pues nos dispersamos y es muy poco cuando nos vemos”

- CASO J

“La familia se desintegró, mi papá tenía pues otras mujeres, yo me quedé sola con mi abuela y mi abuela tomo la decisión de repartir a mis hermanos con mis tíos”

“De mi núcleo familiar ya no tengo más hermanos ni nada y yo me quedé solita hasta que conocí al esposo que ahora tengo”

Como ya se mencionó, si en la infancia no se sintieron en un núcleo familiar sólido en la adolescencia suele aparecer un sentimiento de no pertenencia a la familia y con los años este sentimiento les lleva a querer distanciarse físicamente de su sistema familiar de origen, ya que manifiestan que lo único que les traen son problemas. Tienen el sentimiento de que relacionarse con sus familiares ya no les aporta ninguna situación nueva y resolutive, tal y como se presenta en estos casos A, C, E, H y J.

- **CATEGORÍA 9: “CRIANZA OTORGADA POR UN FAMILIAR”**

Cuando los padres deciden no criar a sus propios hijos generalmente son los abuelos los que se responsabilizan de ello, muchos asumen este rol para mantener unida a la familia y evitar que sus nietos crezcan en el sistema de cuidado adoptivo o desamparados. Los niños necesitarán tiempo para acostumbrarse a vivir en un nuevo hogar y con una nueva familia, dependiendo de la situación de sus padres, pueda que se sientan abandonados o molestos o si su papá o mamá falleció, puede ser que se sientan desolados. Colocar entonces a un niño con sus abuelos tiene efectos positivos para él y para toda la familia ya que mantener a los niños con parientes permite que conserve vínculos con sus raíces familiares; normalmente están cerca de otros parientes como sus hermanos, pero a veces también son separados de ellos, tal como sucedió con algunas de las entrevistadas. Puede observarse que en los casos C, E y J, la crianza de ellas estuvo a cargo de un familiar como abuela materna (caso E y J) o tío (caso C):

- CASO C

“Me crió un tío, viví con él muchos años y su esposa y pues la, la crianza fue muy buena, porque me enseñaron valores, me enseñaron eh, sobre todo el respeto y el amor hacía mi madre”

- CASO E

“Nos crio eh, mi abuela, ella nos crio con cierta rigidez, con mucha autoridad porque pues dado el matriarcado, ella tenía que ser enérgica con los cuatro y mi madre pues se iba a trabajar”

- CASO J

“Yo la verdad recuerdos de mi mamá no tengo muchos, la que me crió se puede decir fue mi abuela, yo tengo bonitos recuerdos, con ella aunque era muy exigente y me ponía a trabajar desde que yo, desde que yo me quedé huérfana, me ponía a

trabajar y me exigía por ser la hermana mayor de mis hermanos y mis medios hermanos”

En todos estos casos no existió ninguna repercusión o maltrato por parte del familiar, por lo que ellas reportan sentirse bien con sus familiares a cargo de su crianza:

- CASO C

“Mi infancia fue muy bonita, muy bonita, llena de amor, muchos paseos, eh, paseaba, mi tío nos paseaba mucho, eh, viví, bueno crecí, hasta los nueve años que yo estuve con mi tío, eh rodeada de puros hombres porque ellos eran 9 hombres, mi tío, mis tíos tenían 9 hijos, puros hombres, entonces me toco ser la única niña entre 9 hombres y pues sí, crecí en un, en un sistema eh, tanto patriarcado, porque pues había, había reglas muy duras, pero fue una infancia bonita, a pesar de eso fue una infancia muy bonita”

- CASO E

“Pus de mi abuela, muy estricta, muy pegalona pero este, creo que nunca le reprocharía eso porque fue bueno, este y además sobre todo lo que nos enseñó, este, los valores, este, pus yo creo que eso no tiene precio y fuimos, los cuatro somos buenas personas, somos gente honesta, responsable y todo lo que hemos desarrollado pues de alguna manera hemos destacado”

- CASO J

“la que me crió se puede decir fue mi abuela, yo tengo bonitos recuerdos, con ella aunque era muy exigente y me ponía a trabajar desde que yo, desde que yo me quedé huérfana, me ponía a trabajar y me exigía por ser la hermana mayor de mis hermanos y mis medios hermanos pero siento que fue buena aunque me faltó mi mamá, pus sí, pero mi abuelita me enseñó muchas cosas buenas aunque ella no sabía ni leer ni escribir me enseñó a trabajar, me enseñó a ser responsable, me enseñó a hacerme cargo de una casa, de una familia, entonces yo nunca, pues tuve miedo de, de las responsabilidades que yo tuve desde niña y mi abuelita siempre me habló con la verdad, ella nunca me engañó, me dijo quiénes eran los reyes, las cosas que yo tenía que hacer, que yo era la mamá de mis hermanos y que yo la tenía que apoyar porque estaba sola”

La crianza de los hijos es la acción de promover y brindar soporte a la actividad física, emocional, el desarrollo social y el intelectual de un niño o niña desde su infancia hasta su edad adulta. También se refiere a los aspectos del crecimiento del niño independientemente de la relación biológica. Generalmente esta es

llevada a cabo por los padres biológicos del niño pero en muchos casos, los niños huérfanos o abandonados reciben cuidados de parientes, la mayoría de estos niños están bajo el cuidado de los abuelos u otros miembros familiares.

Si bien existen ventajas considerables cuando el niño es acogido por miembros de la familia esto no constituye una garantía de bienestar, ni de protección ni de posibilidad de resolver la situación, sin embargo las entrevistadas lograron asimilar esto como una condición de afecto y bienestar para su desarrollo.

Las siguientes tres últimas categorías se desglosaron en base a como las 10 mujeres vivenciaron este padecimiento “cáncer de mama”, a las probables causas que fueron construyéndolo, tomando en cuenta sus condiciones de vida tanto emocionales como fisiológicas, no forman parte de un mayor o menor porcentaje encontrado en las entrevistadas, sino a las situaciones que todas ellas vivenciaron en base al padecimiento, por lo que se ponen las respuestas obtenidas de las 10 mujeres que padecieron esta enfermedad.

- **CATEGORÍA 10: “ORIGEN DEL PADECIMIENTO (a)herencia, b)emocional, c)hormonal, d)alimentación)**

Generalmente se entiende a la enfermedad como la pérdida de la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración estructural o funcional de un órgano a cualquier nivel. Durante mucho tiempo se ha considerado que la causa fundamental de toda enfermedad comienza con la química rota en nuestras células, la cual surge de nuestras opciones de dieta y estilo de vida, no obstante en la actualidad hay quienes consideran que las enfermedades tienen su origen en las emociones, consideran que el ser humano es multidimensional y está compuesto de una parte física, mental, emocional y energética-espiritual y que para poder vivir balanceados y libres de malestares y enfermedad, es necesario investigar y eliminar las perturbaciones o desequilibrio en todas estas áreas y no solo en el cuerpo físico.

En el caso de las 10 personas entrevistadas, refieren como origen del padecimiento diversas causas, por lo que se determinaron 4 rubros, los cuales son a) *Hereditario*. Se estableció cuando uno o más familiares directos tuvieron cualquier tipo de cáncer.

b) *Emocional*. Cuando ellas consideraron que vivieron algún evento fuerte y que fue significativo, generándoles algún tipo de emociones que las alteró.

c) *Hormonal*. Cuando por algún problema ginecológico que hayan tenido, el doctor les mando tomar tratamiento hormonal.

d) *Alimentación*. Cuando la alimentación que ellas tenían era en base a comida denominada “chatarra”, con alto índice de colesterol, grasas y harinas, todo aquello que no ayudara a tener un balance nutricional

en base a estos rubros se encontró que, en el caso D y G, consideran que el origen fue “hereditario” ya que algunos de sus familiares lo presentaron; en el rubro “emocional” se encontraron más personas en él, ya que el caso A, C, F, I, determinaron que su padecimiento viene derivado de las emociones que ellas experimentaron; en lo que respecta a origen “hormonal”, solamente fue considerado por B y E, y solo una persona (caso H), considero que su alimentación fue la responsable de dicho padecimiento.

a) Hereditario

-“Mi madre no llegó a ser anciana, mi madre murió muy joven, de cáncer, murió de 41 años”, “mi papá tuvo, eh, carcinoma de, hepático, pero, así como le apareció le desapareció”, “mi hermana murió de 39 años y así se, se fueron ellos y mi hermano se fue también de cáncer en el estómago”. “Yo pienso que es hereditario, sí, porque lo tuvo mi mamá, lo tuvo mi hermana y pues actualmente yo” (Caso D).

-“Mi prima hermana, este, tuvo cáncer hace, va a ser 5 años, ella dice que tuvo dolor” (Caso G).

-“Por parte de la genética de toda mi familia, porque mucha de mi familia se ha muerto de cáncer, la probabilidad de que me diera cáncer era demasiada alta”. “Le comento lo que me dijeron de lo que, pues la carga genética de, de mi familia, pues me dijeron que era por eso” (Caso J).

b) Emocional

-“Pues yo creo que, lo emocional sí, sí cuenta mucho porque en, en, haga de cuenta que con mi esposo, de repente no vivíamos tan bien, como que peleábamos mucho, mucho tiempo este, me dejaba de hablar, a pesar de que siempre, de repente si nos llevábamos bien, si convivíamos bien pero había rachas malas o muy malas, entonces yo en esos momentos sentía así como, no sé, algo fuerte dentro de mí, después de eso me fallece un hijo de 21 años, entonces, no, no, no, eso me, me acabo y, y, y yo pienso que todas esas emociones que uno guarda, que uno tiene, este, de cualquier forma se manifiestan, ¿no?, de cualquier forma se manifiestan y yo pienso que, que fue parte, si no fue eso, fue parte” (Caso A).

-“Es una cuestión, eh, emocional, mi cáncer fue emocional, fue a causa de estrés, eh, emocionales, lo generaron, depresiones, yo tuve, cuando, cuando empezó mí, mi matrimonio

- “para no, afectar a mi madre o a nadie, yo sola me, me quedaba con mis propios problemas, entonces este, todo eso, formó parte de que esto se fuera como encapsulando y de repente pues ya, ya no pudo más” (Caso C).

-“Pues yo creo que a todo, a las emociones, a lo que me comía, a lo que no comía, a lo que respire, lo que no respire, porque realmente no hay algo que yo te pueda decir fue por esto. “Yo creo que lo que estuvo más ligado para esto del cáncer, yo creo que fue los enojos, los corajes, el no decir lo que me molestaba, el quedarme siempre callada, darle siempre la razón a los demás, yo creo que esas cosas fueron lo que más me afectaron y eran cosas que normalmente las tenía atoradas en la garganta o en el pecho” (Caso F).

-“Pues yo pienso que a mi carácter, mi carácter a lo mejor, mi forma de ser, era yo muy aprehensiva, osea para todo, todo, pensaba yo lo malo, este, no podían salir mis hijas porque ya estaba preocupada, he cambiado mucho ahora” (Caso I).

#### c) Hormonal

-“Yo pienso que fue por tanto, hormonal que tome, porque yo mis períodos eran súper abundantes, entonces el médico del seguro social, me mandaba puros estrógenos” (Caso B).

“Yo digo que este, fue de tipo hormonal, porque yo desde muy chica tuve problemas este, de quistes en los senos y también en los ovarios, entonces este, ya tenía problema hormonal, entonces este, nunca se me presentó el cáncer, sino hasta, esa etapa en que me hice mi mastografía” (Caso E).

#### d) Alimentación

-“Pues yo digo que a lo que comemos, lo que respiramos y lo que hacemos, el estrés, todo” (Caso H).

Puede decirse que dentro de la sociedad y estos sistemas de organización es donde el cuerpo tiene que adaptarse para construir los estilos de vida que le ayudaran a sobrevivir. Cuando la alimentación no es buena y este estrés es demasiado para la persona, la información que fluye en el cuerpo no es armoniosa. Tomando en cuenta que esta persona tiene sus antecedentes familiares, emocionales, sentimentales y amorosos. Con esto el cuerpo construye opciones constantemente. Nosotros los vemos, como síntomas, como enfermedades, pero estas son las vías, son las opciones que va construyendo el cuerpo para sobrevivir, para tener al cuerpo funcionando y viviendo (Solano, 2014).

- **CATEGORÍA 11: “PERCEPCIÓN DEL PADECIMIENTO”**

Cuando nos enfrentamos a una enfermedad crónica o el diagnóstico de una enfermedad autoinmune, es fácil preguntarse ¿porqué yo?, ¿cómo es que algunas personas que comen una dieta estándar parecen ser libres de la enfermedad, mientras que otros que han hecho intentos de cambiar sus hábitos alimenticios todavía luchan con las enfermedades comunes crónicas así como el cáncer. El cáncer no es sino uno de los muchos mecanismos posibles mediante los cuales el cuerpo obliga a la persona que lo padece a modificar la forma de verse y tratarse, incluyendo su físico, puede así, verse como algo terrible que transforma en una víctima a quien lo padece o verlo como una oportunidad para levantar los valores y autoestima, indudablemente la actitud con la que se enfrente esta enfermedad estará influenciada por la historia familiar e individual. Dependiendo de las creencias culturales que cada persona tenga es la forma en que cada quien se va a explicar su enfermedad.

- CASO A

“Yo creo que como algo normal, creo que no, no hay que echarle la culpa a nadie, osea pues fue un, un padecimiento que me tocó vivir y lo vivo bien, con agrado”

- CASO B

“Lo veo como una segunda oportunidad de vida, ¿sí?, porque ahora estoy aprovechando lo que antes no, veo, me doy el tiempo a disfrutar el instante”

- CASO C

“Como algo normal, como un proceso normal de acuerdo a la vida que va uno llevando, osea, no, no creo que sea castigo ¿Por qué sería un castigo?”

- CASO D

“El mío es hereditario probablemente, más bien, tengo la certeza que es hereditario, entonces no puedo culpar a nadie no, en especial”

- CASO E

“Como castigo no, como una enseñanza de vida”

- CASO F

“Pues yo creo que simplemente fue algo que vino a decirme en la vida, párate, estás perdiendo el tiempo en muchas cosas efímeras”

- CASO G

“Pus yo digo que para darme cuenta que tenía que cuidar mi cuerpo, que ahora debo de cuidarlo más porque antes sentía algo y no, no iba al doctor y ahora pus ya, pus ora sí que ya para que ¿verdad?”

- CASO H

“Pues yo diría que como una purificación”

- CASO I

“Como aprendizaje, como haber aprendido a, a pensar más en mí y a hacer cosas que, que a lo mejor antes no hubiera hecho”

- CASO J

“Como te comentaba ya lo consideras, no un amigo porque pus es lo que te está matando pero pues tienes que aprender a vivir con eso ¿no?, es como, platicando con mi esposo, él por ejemplo no tiene los oídos y pues ¿Qué hizo?, toda su vida desde que nació ha estado así y tienes que aprender a sobrevivir con eso, yo tengo que aprender a sobrevivir con mi cáncer”

Puede observarse en la narraciones de los 10 casos, que han vivenciado el padecimiento como una nueva oportunidad de vida, de recapacitar, de introyectar, de reestructurar su vida misma y su estructura emocional y de trascender este mal en una nueva forma de crecimiento y gozo, quizá el cáncer pueda revelar así el origen de conflictos interiores no resueltos y ayudar así a llegar a un acuerdo con esos conflictos e incluso sanarlos por completo.

Cabe mencionar que ante una enfermedad catastrófica muchas personas suelen identificar secuelas a dicha enfermedad que pueden resultar tanto positivas como negativas, pueden incluso identificar menos emociones negativas así como menos sintomatología depresiva durante el seguimiento posterior al tratamiento de cáncer.

Por otra parte, Pelusi (1997, cit. en [www.pepsic.bvsalud.org](http://www.pepsic.bvsalud.org)) expresa que la mujer sobreviviente de cáncer de mama evoca sentimientos y preocupación por el resto de las mujeres que le rodean. Al identificar, reconocer y manejar estos sentimientos y preocupaciones, las sobrevivientes hallan sentido a su través de su historia de cáncer, tal y como sucedió con las mujeres entrevistadas, ya que muchas de ellas comentaron haber experimentado cambios en su vida, afirmaron que ahora disfrutaban más las cosas, piensan más en ellas, gastan su dinero en ellas mismas, no planean a futuro y viven el día a día, hay quien dijo que se enoja menos, cuidan más su salud así como su alimentación, en una palabra se sienten

más responsables de ellas mismas, por lo que este nuevo sentido de vida sirve a su vez, para proveerles confort y crecimiento personal al enfrentar su propio futuro incierto.

- **CATEGORÍA 12: “EMOCIONES (a)tristeza, b)coraje, c)miedo, d)represión de emociones)**

¿Qué pasa con los sentimientos y las emociones que vive una mujer cuando le es diagnosticado cáncer de mama?, son diversas y se presentan en diferentes etapas, es decir, es normal que las mujeres que padecen esta enfermedad sientan cierto grado de depresión, ansiedad y miedo, cuando este aparece como parte de su vida, algunas de ellas se ven afectadas más que otras, incluso algunas pueden sentirse muy solas.

En esta categoría que corresponde a las emociones, las 10 mujeres entrevistadas experimentaron diversas emociones ante este padecimiento “cáncer de mama”, dicha categoría se dividió en 4 rubros que son a)tristeza, b)coraje, c)miedo, d)represión de emociones, que son las que predominaron en las participantes, cabe mencionar que en algunas de ellas no solo había una emoción sino varias de las presentadas; 5 de 10 (caso C,F,G,H y J) comentan haber sentido tristeza cuando se enteraron del padecimiento, en el caso J esta tristeza provino también de la situación que vivió en su familia de origen y posteriormente como consecuencia del cáncer de mama; en cuanto al sentimiento de “coraje” fueron 7 los casos (caso A, C, D, E, F, G y J) que reportaron haberlo vivido, en cuanto al “miedo” solamente dos personas (caso E, I) presentaron dicho sentimiento y solo el caso B reprimió lo que sentía para concentrarse en la batalla contra el cáncer.

a) Tristeza

-“Cuando estaba en tratamiento y esto pues si era diferente, porque era cansancio, era, mareos y muchos sentimientos de muchas cosas, de dolor, de tristeza, de, de angustia pero ahora ya no, ya pasó”. “Llorar, mucho, llorar mucho y lo primero que se me vino a la mente fueron mis hijos no, el hecho de saber que tenía cáncer pues era difícil, porque yo dije, bueno y si me muero, quien va a cuidar a mis pequeños”. “Yo creo que la emoción más fuerte fue la, el, la tristeza, el sentirme, el sentir que, a lo, a veces yo sentía que no, que no valía mucho como mujer, que no, que no representaba nada para nadie y eso me, me afectaba emocionalmente muchísimo” (Caso C).

-“Sentí tristeza porque creo que en ese momento me di cuenta de muchas cosas que todavía no había hecho” (Caso F).

-“Yo creo que había bastantes emociones encontradas, tristeza, aveces alegría, angustia, osea es una mezcla de emociones fuertes” (Caso H).

-“Pues siento que un poco triste porque sí me hizo falta mi mamá”. “Pues en mi familia de mi infancia no tanto, no tanto, no me sentía ni tan aceptada ni tan amada, me sentía, ¿cómo le diré?, como desamparada, osea aunque yo hacía lo que quería y me dejaban muchas cosas, iba bien en la escuela y trataba de ser lista, osea, no, yo siento que me faltaba mi mamá, me faltaban otras cosas, osea me faltaba lo que yo veía con los demás niños ¿no?, de que ellos tenían a su mamá y su papá y los reyes les traían cosas y osea en ese aspecto sí me sentía triste” (Caso J).

#### b) Coraje

-“Este, mal, mal, en mi familia de origen me sentía mal, porque veía la pobreza, veía las injusticias, veces que se cometían con mis hermanos”. “Este, sí, venía como mucho coraje, muchos sentimientos” (Caso A).

-“Pues sentí mucha tristeza, coraje, coraje con la vida, coraje con, yo decía sí, sí existe un dios, si hay un dios, porque castiga, a sus, pues a sus hijos, ¿no?, si sentí mucha tristeza y mucho coraje. (Caso C).

-“Yo creo que a veces impotencia de poder salir adelante, de no poder salvarme, pero hasta ahí nada más” (Caso D).

-“Nunca pensé que fuera a tener un cáncer positivo, ¿sí?, sí que tenía un problema, pero nunca que fuera yo a tener un cáncer positivo, si me asustó, me, me enoje conmigo misma (Caso E).

-“También me ganó el enojo, la ira y este y el coraje” (Caso F).

-“Bueno aveces este, si como que me enojo fácil, que antes no lo era y ahora me dicen algo y me enoja, me enojo mucho”. “Como que estoy a la defensiva y si me dicen algo me molesta” (Caso G).

-“¡Ay! ¿Sabes que dices? ¿Por qué a mí? y dices ¡ay!, te enojas contigo misma, con Dios, con la muerte, osea porque te das cuenta de que, pues con cáncer, la palabra muerte está casi casi atrás de tu espalda y dices “no puede ser” y tienes ganas de hacer muchas cosas y pues sabes que no puedes porque tu tiempo está limitado” (Caso J).

#### c) Miedo

-“Pues miedo, sí tenía mucho miedo, inclusive cuando me dieron el tratamiento, cuando me dieron la primer quimio, es lo que les cuento, yo pensé que me iba a morir, osea, este, estuvo muy difícil el proceso”. “El quererme morir, pues si ganas a lo mejor aveces de morirme porque he, ya no quiero, de verdad vivir así como que con tantos problemas con mis hijas” (Caso I).

#### d) Represión de emociones

-“No lloré porque no pude llorar, no pude llorar, pero dije “no desgraciado, tú a mí no me ganas, todavía tengo mucho, mucho por vivir”. “tenía que estar fuerte, no me podía yo dejar de ser, no podía yo darme el lujo de ponerme a llorar, ¿sí?, porque si yo me caía, ningún medicamento me iba a levantar” (Caso B).

Cómo hemos visto, las 10 sobrevivientes de cáncer, experimentaron diversas emociones, esto es normal si entendemos que hablar de cáncer de mama, es referirse a un arcoíris de emociones y de los sentimientos más profundos de una mujer, es reconocer su historia, mirar su feminidad, enamorarse de su maternidad, percibir su sensualidad, tocar su sensibilidad y adaptarse a todos los cambios que esto conlleva; por todo ello es que se desbordan tantas emociones y quizá no es el cáncer de mama en sí, es todo lo que implica y tienen alrededor “nuestros senos”, esta parte del cuerpo que simboliza feminidad, sensualidad, sexualidad, maternidad, vida y que tanto peso le ha dado la sociedad por cultura; cabe señalar que la emociones no son buenas ni malas, sólo cumplen su función, sentirlas es como tener un semáforo interno que nos envía una señal de alerta para ponernos en acción, simplemente son mecanismos indispensables para el vivir y lo que se debe aprender es reconocerlas para darles una buena salida. El hecho de abrirse a sentir y vivir las emociones, el darse permiso de llorar, gritar, irritarse, sentirse triste, etc., hará que el proceso sea menos traumatizante.

Es importante decir que las 10 mujeres entrevistadas solo son una pequeña muestra de todos los casos que se presentan día a día. Se puede observar que en mayor o menor grado han presentado un desequilibrio con su entorno; desde el excesivo crecimiento de población, la contaminación, la cada vez mayor desaparición de flora, la vida sedentaria, el estrés diario, la comida severamente procesada, así como el contexto familiar, todos estos pueden influir en este desequilibrio.

Podemos observar así que en nuestra población las historias de vida estuvieron determinadas por “la ausencia” de figuras importantes “figura masculina” (padre, esposo) y “madre”, figuras determinantes en el desarrollo de cualquier infante, todas ellas vivieron de manera dolorosa dicho evento, siendo estas categorías, los factores más predominantes para la construcción de este padecimiento ya que “la presencia de ambas figuras (masculina y femenina) influyen fuertemente en la personalidad de los niños y por el contrario, la ausencia de alguna, contribuye a la adopción de roles, a veces no tan adecuados a manera de compensación”, tal como subraya el psicólogo infantil Carlos Becerra Rebelo “la presencia del padre en el niño es de vital importancia para su desarrollo mental y emocional, debido a que la identidad masculina se construye a través de la relación con otros hombres, específicamente con el padre y la constante

interacción de binomio padre-hijo. La ausencia del padre dificulta la normalidad del desarrollo, pues aunque la primera y fundamental relación de la vida es con la madre, la figura paterna es básica en la constitución del aparato psíquico, provocando con su falta una considerable ansiedad”, señala este psicólogo (8).

En el caso de la figura materna, el vínculo que se establece con el hijo, desde la gestación, no sólo repercute en el tipo de convivencia familiar sino en la manera en cómo se llevarán a cabo las relaciones sociales del niño a lo largo de su vida: “el concepto primario entre madre e hija, no sólo determina la calidad de los vínculos sociales futuros, sino que también la falta de estimulación temprana afecta el buen desarrollo de relaciones emocionales sociales y cognitivas” (ibid).

Si bien la existencia de familias monoparentales es una situación cada vez más frecuente, tal como se dio en nuestra población, cabe señalar que los efectos por la falta de alguna de las figuras o ambas, repercute en el estado psíquico del menor, en tanto que, cada una de ellas aporta elementos únicos e indispensables para la estabilidad emocional de los menores, cosa que no sucedió en las personas entrevistadas, ya que estuvieron expuestas a la crianza de un familiar.

Podemos observar así que en nuestra población el contexto familiar y la historia con esta, influyó de manera considerable en ellas, ya que concuerdan en sentirse tristes por la ausencia de estas figuras; así mismo se observa también que el ambiente en el que se desarrolló su infancia fue en la mayoría de ellas con carencias económicas y afectivas, la familia representó para ellas vacío y aceleración en la madurez y responsabilidades, no vivir una infancia plena y en muchos de los casos asumir el rol de madre.

En lo que respecta a los factores alimenticios en cuanto a la construcción del padecimiento, aun cuando hay quienes consideran que el cáncer es causado por la mala alimentación y que las personas que llevan una dieta rica en grasas tienen mayor riesgo de contraer esta enfermedad, en las mujeres entrevistadas esta no fue una variable considerable ya que ninguna coincide en la forma de alimentarse, sus respuestas fueron variables, ya que algunas sí consumían grasas, incluso hay quien dijo haber consumido comida chatarra, otras reportaron haber comido de todo y otras más no consumir esto sino algo más sano:

- CASO A

“Antes del.... pues igual, igual, creo que.... yo siempre, he sido como, por ejemplo, a mí no me gusta nada de chatarras, osea que pizzas o que, osea, yo no como nada de eso, papitas, chetos, eh, nada, yo no como nada de eso, antes, pues no sé, arroz, frijoles, este, verduras, fruta, soy muy frutera, eso sí, soy muy frutera, toda la fruta me gusta”

---

(8) [www.cronica.com.mx](http://www.cronica.com.mx)

- CASO B

“De todo, a excepción de pescado y vísceras, de todo, de todo, desde comida chatarra hasta lo más nutritivo, todo lo que se me antojara, no había límites”

- CASO C

“Todos, carnes, eh, todos, todos los alimentos”

- CASO D

“Los mismos que sigo consumiendo actualmente, frutas, verduras, eh, muy poca carne, casi no, no como carne pero lo que si es que acompañaba yo a mi esposo a veces a, a las tortas o a los taquitos”

- CASO E

“Eh, todo tipo de picantes, todo tipo de condimentos, este, comidas pus no tenía yo ningún control en mis comidas, osea que, lo mismo podía comer chicharrón, carne de puerco, que se yo, este, no, no me, no tenía yo limites en ese aspecto y en la actualidad pues mi estilo de vida ha cambiado totalmente, no es vegetariano pero si tengo mis limitaciones, si antes me gustaba chicharrón ahora me como pus un pedacito nada más para saciar ese, ese deseo de comerlo, la carne de puerco pus no, no, no tengo ningún inconveniente en comerla porque es parte de la dieta, siempre y cuando sea una carne limpia de grasa”

- CASO F

“De todo, mucha grasa”

- CASO G

“Pus comía de todo, carne de puerco, de res, pollo, verdura, pan, tortillas, ahora sí que todo”

- CASO H

“De todo, grasas, eh, chatarra, osea, se puede decir que no me alimentaba bien”

- CASO I

“Pues yo no era mucho de comer mucha carne, yo no comía mucha carne y inclusive ahora que me dieron el, el doctor a mí sí me quitó todo, me quitó lácteos, este, embutidos, sal, azúcar, carne, grasas, picantes, osea a mí sí me quitaron todo, a mí sí me dijo el doctor ¿Qué le hace daño?, lo que más le gusta, así me dijo, sí”

- CASO J

“Por ejemplo, me quitaron el café, el chocolate, pues que sí tomaba mucho café, más que chocolate no tanto, ya no tomo eso, un poco de coca cola que también me la quitaron, todo lo negro no lo puedo tomar, este, ya no puedo tomar ni leche, ni crema ni cosas de lácteos porque me hacen daño”

Como puede observarse no existió alguna coincidencia fuerte en esta categoría ya que las respuestas en cuanto a sentimientos fueron variables, siendo las más representativas “tristeza y coraje”, emociones que provienen y se desencadenan aparentemente por la situación vivida ante el diagnóstico, no obstante las situaciones que todas vivieron durante su infancia conllevan a sentirse de esta forma constantemente, por lo que todo apunta más a la cuestión familiar que conllevo a sentirse así que al diagnóstico mismo; sin embargo en todas ellas las ganas de salir adelante así como la adquisición de nuevos proyectos de vida y replanteamiento de la forma en la que la que han llevado esta, las ha mantenido de pie y con ganas de salir adelante, por lo que han generado nuevas formas de relaciones sociales y vínculos afectivos.

Cabe mencionar que el cáncer de mama se ha convertido en la preocupación fundamental del sector salud, ya que cada vez se torna con mayor frecuencia, siendo ya la primer causa de muerte también en la ciudad de México, por lo que sería fundamental replantearse la forma que estas personas tienen para curarse, ya que por parte del sector salud, la mayoría de las veces solo se aborda de manera fisiológica pero casi nunca se toma en cuenta las emociones como parte fundamental de la construcción de cualquier enfermedad.

## CONCLUSIONES

Durante años se ha concebido a la enfermedad como un proceso meramente fisiológico o con razones ajenas al ser humano mismo y aun cuando las teorías sobre las causas han variado según la época y cultura estas siempre terminaban atribuyendo las causas a razones que no concebían los procesos emocionales. Por ejemplo, hace más de 4000 años los asirios creían que la enfermedad era una impureza moral que los dioses imponían a los seres humanos que trasgredían a las leyes divinas; los griegos por su lado pensaban que la naturaleza se guiaba por leyes que tenía un orden, una armonía, así cuando un hombre enfermaba, otro que conociera las leyes propias de la naturaleza del organismo (fisiología) podía ayudarlo, acompañarlo y cuidarlo en el proceso de restitución de la armonía, es decir, la salud.

En la actualidad, afortunadamente esta visión ha cambiado y se toman en cuenta las emociones como posibles causas de las enfermedades, es decir, se acepta ya una conexión entre ambas; cabe mencionar que la percepción de enfermedad tiene que ver además, con una representación cognitiva organizada o conjunto de creencias en relación a la enfermedad, sus síntomas y el tratamiento. Esta percepción se construye con base en la información previa que se tenga de la enfermedad, información proporcionada por el equipo médico, otros pacientes o de los medios de comunicación, la misma cultura, así como de las diversas experiencias que se hayan vivido con respecto a esta y con la misma historia de vida.

Los sentimientos así, no surgen de la nada, sino que están relacionados precisamente con nuestro modo de interpretar lo que nos sucede, esta reacción o interpretación puede dar lugar a síntomas que pueden aparecer tras un acontecimiento estresante, y surgen como dolores de estómago o de cabeza, tensión muscular, enfermedades infecciosas o enfermedades respiratorias o incluso enfermedades crónicas, tal y como observamos en el presente trabajo; pensar entonces, en la enfermedad como algo meramente fisiológico sería para mi forma de ver “lo más sencillo”, sencillo en el sentido de que acudimos al médico, nos da una receta y tomamos los medicamentos mecánicamente como nos indica (esto sin restar importancia a lo duro que resulta someterse a tratamientos profundos y dolorosos, como en este caso la quimioterapia), la parte que considero difícil es cuando tenemos que tocar el ser ante la presencia de una enfermedad, tocar el ser para saber que sentimiento nos está moviendo, que proceso emocional está pasando en nuestra vida y como lo estamos proyectando como para generar una enfermedad determinada, ser conscientes de la forma en que nos estamos manejando para con la sociedad, para con la familia, para con

nosotras mismas, ver más allá de la enfermedad meramente fisiológica, esto era y es para mí el verdadero reto, empecé así a interesarme en el tema, más aun cuando en el seminario la Maestra Margarita Rivera hablaba al respecto, de cómo las emociones crean ciertas enfermedades, de cómo el cuerpo tiene memoria y en algún momento de nuestra vida esto repercute, decidí trabajar entonces en ello, elegir el tema que abarcaría en mi tesis tendría que ver con esto, elegí entonces cáncer de mama, empecé a trabajar de forma animosa, no obstante, cuando empecé a ser consciente del tema, hubo momentos en que quise detenerme, cambiarlo, desecharlo cuando pensé en la posibilidad de que quizá esto era proyectivo y en que quizá podía encontrar que sus historias de vida eran parecidas a la mía, me dio miedo, detuve por muchos años mi proyecto, no quería pensar en esta posibilidad de enfermar de esta forma o que alguien querido pudiera hacerlo.

No obstante, después de algún tiempo me encontré con que mi padre tenía cáncer de estómago, no podía creerlo, me enojé, blasfeme, me llene de ira y tristeza y quería salir huyendo, fue un momento doloroso, pero quizá de mucho aprendizaje, eso y la presente tesis me han hecho ser más consciente de mi cuerpo, de mi dolor, de mi sentir, de mis sentimientos y emociones, de ver qué pasa en mí cuando me da una gripa, cuando enfermo del estómago o de cualquier órgano que enferma, de acudir si al doctor, de hacerme estudios, pero también ver que evento me está moviendo algo, encontré que las historias de vida de las participantes no eran parecidas a las mías, sin embargo aprendí también mucho de ellas, aprendí a juzgar menos, a disfrutar más y llorar menos, a valorar lo que tengo y a quien tengo, a dejar fuera lo que no me sirve, a ser solidaria con las mujeres y tratar de entender que tienen un momento, un proceso y también una historia de vida, así como una fuerza enorme, aprendí a ver más allá de una enfermedad y no solo compartirlo sino también ponerlo en práctica en mí, aunque a veces me cueste; ver la forma en que este padecimiento se fue construyendo en estas mujeres a través de la alimentación, de las emociones, del olvido y descuido de su salud (en todos estos aspectos) y el olvido y descuido de su propio ser (ya que para ellas siempre estuvieron primero los otros) me ha ayudado a ser más consciente de esta enfermedad y de mí, aprendí a compartir la importancia de ser menos fragmentados, aunque lamentablemente en nuestra sociedad dicha construcción se ha dado muchas veces justamente fragmentando al ser humano, cuántas veces hemos oído a los padres decir a los niños “los hombres no lloran”, o a las niñas “te ves fea si lloras” no permitiendo con esto tener contacto con nuestros sentimientos o emociones; peor aún resulta cuando la sociedad enseña a la mujer a que primero van los demás y al último nosotras, fragmentándonos aún más, aprendemos así a que debemos negarnos a nosotras mismas, se nos enseña que debemos ser primero hijas, hermanas, novias, esposas, madres, etc. pero nunca a posicionarnos en primer lugar (tal y como vimos con las mujeres que participaron en este trabajo, que se negaron desde niñas por sacar adelante a su

familia), nos olvidamos así de estar pendiente de lo que nos pasa, ya que dicha fragmentación no permite que ante un síntoma vayamos al fondo de la situación emocional vivida en el momento sino acudir con el doctor para que nos quiten los síntomas más no las causas que los provocan,

. Es importante, compartir con más mujeres la importancia de realizarse mastografías y acudir con el especialista pero no sólo pedir apoyo médico sino también psicológico para quitar esta fragmentación.

Consideró así que las enfermedades, expresan algo que la persona no puede comprender por sí misma; por esta razón, puede decirse entonces que cuando el psicoterapeuta encuentra las palabras adecuadas y puede pronunciarlas porque la persona está preparada para escucharla, los signos y síntomas de la enfermedad se alivian y en algunos casos desaparece la enfermedad.

Como psicólogos, necesitamos encontrar qué problemas emocionales están causando el dolor y los problemas físicos y al conocer y manejar de manera adecuada estos nos llevaría a conocernos profundamente y conectar con la verdadera identidad y esencia de nosotros mismos, ya que, un estrés o emoción que no se cuida puede dejar su marca permanente en el cuerpo y pensando en que solo tenemos uno en este mundo tendríamos que cuidarlo, si supiéramos cómo trabajar esos problemas emocionales y cómo resolverlos, mejoraría nuestra salud y por tanto nuestra vida, si algo nos duele es que quizá no hayamos escuchado a nuestras emociones, dolores cervicales, dolores de cabeza, sensación de ahogo, un nudo en el estómago, etc. son solo representaciones físicas de emociones que no se están escuchando, por ello muchas veces el dolor no se va por muchas pastillas que se tomen, ya que los medicamentos no curan el alma y en ocasiones solo enmascaran dichos dolores y al tapanlos no curamos la herida en profundidad, es ahí donde el psicólogo juega un papel importante, siendo un guía de estos procesos.

Por todo esto, considero que las emociones son un componente vital que debemos manejar adecuadamente, pero aun cuando estoy convencida de la relación entre enfermedad y emoción, considero que no lo es todo, ya que creo que la enfermedad es una combinación de aspectos emocionales, hábitos alimenticios, estilo de vida y genética, considero además que el psicólogo también juega un papel importante en la concientización y acompañamiento en este proceso y que no solo debe quedarse con la explicación medica cuando un paciente presenta alguna enfermedad, sino ir más allá de este aspecto e indagar los procesos emocionales y/o eventos por los que pasaba en ese momento la persona, por lo que hay que trabajar en forma integradora y multidisciplinaria para que el paciente encuentre su propia esencia y mejor equilibrio emocional.

## INSTITUCIONES DE CÁNCER DE MAMA

### \*Fundación del cáncer de mama (FUCAM)

Dirección: Av. Bordo nº 100, col. Viejo Ejido de Santa Úrsula Coapa, Coyoacán

Teléfono: 56780600

Tipo de apoyo: consultas médicas, mastografía, ultrasonido mamario, densitometría, Papanicolaou, cirugía, quimioterapia, psicología oncológica y apoyo económico.

[www.fucam.org.mx](http://www.fucam.org.mx)

### \*Grupo de recuperación total RETO

Dirección: Benjamín Franklin nº 64, col. Escandón

Teléfono: 52777874

Tipo de apoyo: programa de rehabilitación emocional, detección oportuna, elaboración de prótesis complementada con la distribución de ropa interior adecuada, órgano informativo notiRETO, quimioterapia y apoyo a pacientes en fase terminal, además de centro de diagnóstico, así como apoyo psicológico en sesión abierta los martes de 11 am a 3 pm.

[www.gruporeto.org.mx](http://www.gruporeto.org.mx)

### \*Asociación mexicana de lucha contra el cáncer (AMLCC)

Dirección: Chilpancingo nº 114, int. 103, col. Roma Sur, D.F.

Teléfono: 55740393

Tipo de apoyo: conferencias, campañas educativas, talleres y jornadas para la prevención y detección, así como la gestión para obtener recursos y equipos especializados en la detección oportuna en hospitales y centros oncológicos de instituciones de la Secretaría de Salud.

[www.amlcc.org](http://www.amlcc.org)

### \*Asociación mexicana contra el cáncer de mama (CIM\*AB)

Dirección: Ometusco nº 44, col. Hipódromo Condesa, D.F

Teléfono: 55749058 y 55749073 ext. 101

Tipo de apoyo: acompañamiento y apoyo a mujeres que han vivido o están dentro del proceso de lucha contra el cáncer de mama.

[www.cimab.org](http://www.cimab.org)

\*Fundación para la dignificación de la mujer

Dirección: Isabel la Católica nº 156, col. Centro, D.F.

Teléfono: 55785744 / 57610388

Tipo de apoyo: Fomenta la detección de cáncer de mama, cervicouterino, virus del papiloma humano, diabetes y problemas relacionados con el exceso de peso, apoya también en materia legal con orientación de abogados y terapia psicológica

[www.fdm.org.mx](http://www.fdm.org.mx)

\*Instituto Nacional de las mujeres (INMUJERES)

Dirección: Izazaga nº 148, col. Centro, D.F.

Teléfono: 55122831

Tipo de apoyo: apoyo psicológico en terapias de grupo, así como campañas para la prevención de cáncer de mama.

[www.inmujeres.cdmx.gob.mx](http://www.inmujeres.cdmx.gob.mx)

\*INFOCÁNCER

01800 2262371

<http://www.infocancer.org.mx>

## HOSPITALES

\*Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)

Dirección: San Fernando nº 22, col. Tlalpan D.F.

Teléfono: 56280400 / 56551055

\*Hospital General de México

Dirección: Dr. Balmis nº 148, col. Doctores D.F.

Teléfono: 52695054

\*Hospital Juárez de México

Dirección: Av. Politécnico Nacional nº 5160, col. Magdalena de las Salinas D.F.

Teléfono: 57477560

\*Hospital de la Mujer

Dirección: Prolongación Salvador Díaz Mirón nº 374, col. Santo Tomás, D.F.

Teléfono: 53411100 ext. 1129

## BIBLIOGRAFIA

Alcaraz, G. (2002). *Cuerpo, identidad y psicología*, México: plaza y Valdés.

Ayala I. (1950). *Psiquis y soma*. Argentina: El ateneo.

Barbosa, T.E. (2001). *Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Barrie, C. (1984). *Contemporary Unorthodox Treatments in Cancer Medicine*, Annals de Medicine Internal: vol. 101, pp. 105-112.

Bonet, J; Luchina, C. (1998). *Estrés y Procesos de Enfermedad. Psiconeuro inmunoendocrinología. Modelos de Integración Mente-Cuerpo*. Argentina: Biblos.

Calvo, A. (2004). *La mujer con cáncer de mama: su proceso de vida y la construcción de la enfermedad en el principio psicosomático*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Castro, R. (1996). *En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo*. México: El Colegio de México.

Cecil (1994). *Tratado de medicina interna*, 18ª edición, vol. 1, México: Interamericana McGrawHill.

Chida, Y. (2008). *Revista Nature Clinical Practice Oncology*. University College de Londres Reino Unido: Londres.

Contrada, R. (1990). *Personality and Health*. En: la Pervin (Ed): Handbook of Personality. New York: The Guilford Press.

Cruz, J. (2001). *Estados emocionales como factores psicológicos que influyen en la somatización*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Dellay, J. (1964). *Introducción a la medicina*. España: Taray-Masson.
- Dongier, M. (1971). *Neurosis y trastornos psicósomáticos*. Madrid: Ed. Guadarrama.
- Dunbar, F. (1950). *Diagnóstico y tratamiento psicósomático*. España: publicaciones médicas.
- Durá, E.; Ibáñez, E (2000). *Psicología Oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional*. Psicología, Saúde & Doencas.
- Eysenck, HJ (1995). *The causal role of stress and personality in the etiology of cancer and coronary hearth disease*. Washington: Taylor & Francis.
- Fernández, M. (2002). *Historia, antropología y fuentes orales*. Barcelona: Centro de investigaciones etnológicas Ángel Ganivet.
- Flores, M., Jiménez, H. (2001). *Ideas irracionales y enfermedades psicósomáticas*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- González de Rivera, J. (2003). *Medicina Psicósomática*. Madrid: ADES Ediciones.
- Greene, W. (1954). *Psychological factors and reticulo endothelial disease*. *Psychosomatic Medicine*, 15; 220-230.
- Greer, S; Morris, T; Pettingale, K. (1979). *Psychological response to breast cancer. Effect on outcome*. *Lancet*.
- Grossarth-Maticek, R; Eysenck, HJ (1991). *Personality, stress, and motivational factors in drinking as determinants of risk for cancer and coronary heart disease*. *Psychological Reports*.
- Harrison (1994). *Principios de medicina interna* (13ª edición) vol. II, México: Interamericana McGrawHill.
- Lawrence, M., Maxine, A., Stephen J.M (2000). *Diagnóstico clínico y tratamiento*, México: Manual Moderno.

Levenson, J.; Bemis, C (1995). *Cancer onset and progression*. En: A Stoudemire y Cols. (eds), *Psychological factors affecting medical conditions*. Washington: American Psychiatric Press.

López, S. (2002). *Lo corporal y lo psicosomático: reflexiones y aproximaciones I*, México: Plaza y Janes.

Louise L. Hay (2001). *Tú puedes sanar tu vida*. México: Edit. Diana.

Luban-Plozza B., Paldinger, W., Kroger, F., Laederach-Hofmann, K. (1997). *El enfermo psicosomático en la práctica*. Barcelona: Edit. Herder.

Ortiz, F. (1991). *La medicina está enferma*, México: Limusa.

Pelayo, C., Arias, J., Pérez, R., Carbonel, L. (1986). *Texto de patología 2ª edición*, México: Científicas la Prensa Medica.

Rivera, M. (2002). *Cuerpo, identidad y psicología*. México: Plaza y Valdés.

Sánchez, G. (2000). *La inserción del psicólogo en los hospitales públicos y privados en el tratamiento a pacientes con cáncer*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Shaffer, J. (1982). *Family attitudes in youth as a possible precursor of cancer among physicians: A search for explanatory mechanisms*. Journal of Behavioral Medicine.

Solano, L. (2014). *Cáncer cervicouterino*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Vianey, K., Ramzi, S., Stanley, L., Robbins, M. (1994). *Patología Humana (6a. edición)*, México: McGrawHill.

Vincent, T., Hellman, S., Rosenberg, S. (1988). *Cáncer: principios y práctica de oncología, tomo I y II*, México: Panamericana.

[www.deconceptos.com](http://www.deconceptos.com)  
[www.español.babycenter.com](http://www.español.babycenter.com)  
[www.estampas.com](http://www.estampas.com)  
[www.onirogenia.com](http://www.onirogenia.com)  
[www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com)  
[www.psicociencias.com](http://www.psicociencias.com)  
[www.psiquex.com/tecnicas/pdf](http://www.psiquex.com/tecnicas/pdf)  
[www.rtve.esnoticias-pobreezainfantil](http://www.rtve.esnoticias-pobreezainfantil)  
[www.rexpuestas.com](http://www.rexpuestas.com)  
<http://barcelonaalternativa.es/cáncer-relacion-emocional//>  
<https://cancerunarevolucion.wordpress.com>  
<http://definicion.de/psicosomatico/#ixzz4FMAyKXIs>  
<https://dialnet.unirioja.es>  
<http://ordenesdelamor.org/constelaciones-familiares-online/articulos-sistemicos/85-psicosomatica-del-cancer-de-seno.html>  
[www.html.rincondelvago.com](http://www.html.rincondelvago.com)  
<http://salud.ccm.net/contents/137-puede-el-cancer-ser-provocado-por-causas-psicologicas>

# **ANEXOS**

# ANEXO 1

## GUIÓN DE ENTREVISTA

### AREA 1: DATOS GENERALES

1. Nombre completo
2. Edad
3. Sexo
4. Estatura
5. Peso
6. Grupo sanguíneo
7. Estado civil
8. Domicilio completo
9. Tipo de vivienda: casa propia, departamento / piso: concreto, madera
10. Servicios con que cuenta: agua, luz, drenaje, teléfono, correo, pavimentación, alcantarillado, etc.
11. Descripción de la distribución de espacios y en ¿cuál le gusta estar más?
12. Residencia anterior inmediata
13. ¿Con quién vive?
14. Lugar de origen y de los padres
15. Escolaridad
16. Tipo de trabajo que realiza: empleo-profesión-oficio. ¿Qué hace exactamente?
17. Ingresos

### AREA 2: AUTODESCRIPCIÓN

18. Religión, si la práctica y ¿de quién la heredó?
19. Descripción de un día normal (entres semana y fines de semana / cuando está enferma y cuando está sana)
20. ¿Qué le gusta y que no le gusta hacer?
21. Distracciones y/o pasatiempos
22. ¿Realiza algún tipo de ejercicio? ¿Cuál?
23. ¿Cómo se definiría?
24. ¿Persona de su familia que se le parezca emocionalmente y en qué sentido?

### AREA 3: ESTRUCTURA FAMILIAR

25. Tipo de familia: monoparental, biparental, extensa, nuclear, reconstruida, nido vacío, etc.
26. Personas que integran su familia (bajo su techo y concepto, nombre, edad, ocupaciones)
27. Lugar que ocupa en la familia: papá, mamá, hijo(a), abuelo (a), otro
28. Si es familia de procedencia: número de hijo, lugar de residencia, tipo de familia, número de integrantes, ¿quién la crió y cómo la crió?
29. Organización familiar (de procedencia y nuclear-actividades y roles)
30. ¿Cómo fue su infancia?
31. ¿Cómo ha sido su familia? (de procedencia y nuclear)
32. ¿Qué recuerdos tiene de ella?
33. ¿Se sentía amada, aceptada en su familia?
34. ¿Cómo se sentía en su familia?
35. ¿Qué expectativas tenía la familia de usted (que esperaba)?
36. ¿Qué le gusta de su familia?
37. ¿Qué no le gusta de su familia?
38. ¿Qué cambiaría de ella?
39. ¿Quién de su familia necesita más apoyo?
40. Si hay algún integrante de su familia que tenga su padecimiento ¿Cómo es su sintomatología?
41. Cambios en la familia respecto de su padecimiento
42. Forma en que se han curado en su familia y ¿cuáles han sido los resultados?
43. ¿A quién le comunico de su padecimiento?
44. ¿A quién le comunica actualmente cuando se siente enferma?
45. ¿Quién la cuida?
46. ¿Cómo recibió su familia su padecimiento?
47. ¿Cómo la tratan?
48. ¿Quién la ha apoyado más en el padecimiento?
49. ¿Cuál fue la reacción de su esposo e hijos?

### AREA 4: ETIOLOGÍA DE SU PADECIMIENTO

50. ¿Desde cuándo se empezó a sentir mal?
51. ¿A que le adjudica el origen de su padecimiento?
52. ¿Cuándo la diagnosticaron o cuando se dio cuenta de que no era “normal” lo que le pasaba?
53. Edad a la que la diagnosticaron (o se dio cuenta)

54. ¿A quién consultó y que tratamiento le dieron?
55. ¿Cómo se llevó a cabo el tratamiento?
56. ¿Qué hizo cuando la diagnosticaron?
57. ¿Qué pensó o sintió cuando la diagnosticaron?
58. ¿Cómo era su padecimiento antes y como es ahora?
59. ¿Cómo se ha transformado su vida?
60. ¿Cómo se ha transformado su padecimiento?
61. ¿Cómo percibe su padecimiento: castigo, purificación, normal, la tiene harta, hereditario, lucha por quitarlo, refugio, salida para evitar algo, busca afecto, busca compañía, busca apoyo, etc.)?
62. Sintomatología original
63. Sintomatología actual

#### AREA 5: ALIMENTACIÓN

64. Alimentos que consumía antes
65. Alimentos que le recomiendan consumir
66. Alimentos que consume
67. ¿Dónde y con quién come?

#### AREA 6: RELACIÓN ENTRE ORGANOS Y EMOCIONES

68. Emoción con mayor frecuencia antes del diagnóstico cuando sentía su enfermedad
69. Emoción más frecuente luego del diagnóstico
70. Emoción más frecuente actual
71. Forma en que se percibe
72. ¿Cómo cree que le perciben los otros?
73. ¿Cómo son sus relaciones afectivas con los demás? Relación con los otros a partir de su diagnóstico y ¿Cómo se sintió?
74. ¿Qué emoción cree que elicitte el padecimiento y qué hace?
75. Emociones o sensaciones relacionadas con su padecimiento. ¿En qué lugar del cuerpo lo siente más?
76. ¿Qué órgano le molesta y cómo lo trata?
77. ¿Con quién está más vinculada afectivamente?
78. ¿Se transformó su relación de pareja?
79. ¿Cómo se sintió con ello?
80. Efectos del padecimiento que impiden hacer actividades normales y ¿cómo se siente por ello?
81. Sueños y/o pesadillas recurrentes