



Facultad de Psicología
UNR Universidad
Nacional de Rosario

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

A través de sus ojos.
La imagen corporal en el Cáncer de mama.

Modalidad: Ensayo.

Autora: Sassia, Victoria Corina.

Legajo: S-5454/2

Docente responsable: Correa, María Fabiana.

Año: 2022

Agradecimientos

*A mis padres, por acompañarme y apoyarme en todas y cada una de mis decisiones.
Gracias por haber estado siempre para mí.*

A mi hermano, por haber sido mi compañero durante todos estos años, gracias por no dejarme abandonar.

A mis amigas, que sin ellas el paso por la universidad pública no hubiese sido lo mismo.

A Fabiana Correa, mi docente responsable, por su paciencia y su amor infinito a esta profesión.

A Ana Clara, docente del espacio de producción crítica y TIF, por acompañar en esta última etapa y brindar sus conocimientos para poder concretar el presente trabajo

integrador final.

Y, por último, agradecer a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, por haber sido lugar de formación y aprendizaje constante.

Índice

2

I. Resumen	4	II.
Palabras claves	4	III.
Introducción	5	IV.
Hablemos de psicooncología	7	V.
Imagen corporal: la precepción de nuestro propio cuerpo	8	VI.
“Cuidate y tocate antes de que te toque”: implicancias del cáncer de mama para la mujer	9	VII. “No se puede desatar un nudo sin saber cómo está hecho”: el impacto subjetivo del

diagnóstico y las marcas del tratamiento	12 VIII. “Cuando dos fuerzas se unen, su efectividad se duplica”: Trabajo interdisciplinario para una atención integral.....	14 IX. No hay salud sin SALUD MENTAL: significaciones socioculturales de las mamas	15 X.
Conclusiones	17 XI.		
Referencias bibliográficas	19		

I. Resumen

La psicooncología es un campo interdisciplinar que posibilita una atención integral del paciente oncológico. El cáncer es una enfermedad que irrumpe de manera traumática en la vida de una persona. Al ser una enfermedad donde lo orgánico se presenta como primordial, muchas veces se descuidan otros aspectos que surgen con él, como angustia, miedo, y la necesidad de hacer el duelo por aquello que se perdió. Partimos de considerar la inminente modificación de la imagen corporal, la cual puede ser transitoria como la que se da por la caída del cabello o el cambio en el peso; o puede ser permanente, como las marcas y cicatrices que dejan algunos tratamientos como por ejemplo la mastectomía. Estos traen consecuencias en diferentes niveles (perceptivo, cognitivo, fisiológico, afectivo emocional y conductual). Principalmente para las mujeres, afrontar estos cambios puede resultar trabajoso, ya que nuestra sociedad parece darle mucha importancia a lo físico, muchas veces por sobre otros

aspectos. Abordamos esta enfermedad ya que vemos cambios en las mujeres que tienen que ver con su imagen, en tanto esta se encuentra transformada debido tanto a la enfermedad misma como a sus tratamientos; también reconocemos ciertos cambios en relación con la feminidad y la vida sexual, ya que la mama es símbolo erótico, estético y sexual. Asimismo, se ven modificados los vínculos con familiares y amigos ya que todos forman parte del proceso de adaptación a la nueva imagen corporal. Afirmamos entonces que en la enfermedad oncológica el cuerpo se ve implicado en su totalidad.

Palabras claves: psicooncología, cáncer de mama, imagen corporal, feminidad.

II. Introducción

En la sala de quimioterapia de un hospital, una mujer se mira al espejo mientras pasa las manos por su cabello. En el consultorio, una paciente recibe el diagnóstico, mientras imagina todo aquello que va a cambiar. Entre tanto, en la sala de rayos, una mujer se desviste para someterse al tratamiento, observando las marcas que la enfermedad dejó en su cuerpo.

Sabemos que en una sociedad que enaltece la belleza, es común que exista la preocupación por la apariencia física, más aún en el caso de las mujeres, en el cual hay ciertos parámetros estéticos asociados a lo femenino. Crecemos inmersas en un

contexto que invita a cumplir con un checklist para alcanzar el éxito, para ser aceptadas. Lo vemos en revistas, en películas, en novelas y en los cuentos. Pero más importante que la apariencia externa, es cómo cada persona se siente en relación con su propio cuerpo.

A menudo, el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen. Estos cambios pueden ser temporales, como la caída del cabello, las alteraciones en la piel, en las uñas o los cambios de peso; o pueden ser permanentes, como los efectos de algunas cirugías, que dejan cicatrices, amputaciones, deformidad o asimetría.

En una encuesta publicada en la revista “Hematología” (2017), realizada a pacientes que forman parte del taller de onco-imagen del programa “Look Good Feel Better”, la mayoría de las mujeres con cáncer dijeron que, durante el tratamiento, su apariencia física general era muy importante o importante para su autoestima (el 54%). Por otro lado, un tercio de las mujeres con cáncer (33%) dijo que su aspecto alterado tenía un impacto negativo en su relación con su pareja. El 25% dijo que tenía un impacto negativo en su relación con sus hijos y el 24% dijo que lo tenía en sus relaciones con amigos. Asimismo, el veintiuno por ciento (21%) de las mujeres con cáncer sentían que tenían control de cómo se veían antes de abordar los efectos secundarios relacionados con la apariencia, y el 60% sintió el control después de abordar los efectos secundarios.

Esta encuesta deja en evidencia que los cambios en la imagen a partir de los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos constituyen un factor importante dentro del proceso, que en ocasiones conlleva sintomatología psíquica, que debe ser tratada psicoterapéuticamente.

Nos introducimos de entrada en el campo de la Psicooncología, entendiendo a la misma, tal como la postula Cruzado, como

Un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad. (Cruzado, 2003, p. 12).

Dentro de los tipos de cáncer que existen, hay uno en particular que afecta especialmente a mujeres, que es, tras el cáncer de pulmón, el segundo más frecuente del mundo, al cual se le dedica todo un mes para su prevención y visibilización. Nos referimos al cáncer de mama.

Desde la esfera biomédica indagaremos las diferentes modalidades de tratamientos, tales como la quimioterapia, radioterapia o cirugía. Entendemos, como lo postula la Organización Mundial de la Salud (2017), que los principales objetivos de un programa de diagnóstico y tratamiento del cáncer son curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, así como garantizar la mejor calidad de vida posible a quienes sobreviven a la enfermedad. Para ello, consideramos de vital importancia el trabajo interdisciplinario, entre oncólogos, psicólogos, enfermeras, que conformen un equipo de trabajo que se encuentre en constante comunicación sobre las

problemáticas del paciente y con el cual se pueda reflexionar escuchando y teniendo en cuenta las distintas opiniones de los profesionales que lo componen. No debemos olvidar, que la Ley 26.657 reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, lo que implica sostener una mirada bio-psico-social sobre el sujeto y, sobre todo, tener

siempre presente que el paciente es una persona con derechos, los cuales debemos respetar.

Asumiendo la inminente modificación en la imagen corporal de los pacientes que transitan una enfermedad como el cáncer, nos preguntamos cómo se ve modificada o afectada esa imagen, qué papel juega la mirada, el cuerpo y la feminidad, teniendo en cuenta el caso paradigmático de una mastectomía.

Entendemos que el cáncer es una enfermedad en donde el cuerpo se ve afectado directa y principalmente, generando luego consecuencias en otros aspectos de la vida de la persona que lo padece. Por el contrario, cuando hablamos de enfermedades como anorexia o bulimia, el cuerpo se ve afectado secundariamente. Es decir que las alteraciones psicológicas del cáncer surgen como consecuencia de éste, mientras que en los trastornos alimenticios son su causa. Más específicamente la imagen corporal sufre una modificación como efecto del cáncer, en cambio, la modificación de la imagen corporal podría ser tomada como causa en trastornos como la bulimia y la anorexia.

Por otro lado, los efectos que se desprenden de los tratamientos oncológicos pueden ser analizados desde el ámbito propiamente psi, considerando principalmente los cambios en la imagen corporal, entendiendo la misma como la percepción que tenemos tanto del cuerpo global y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (Raich, 2000).

Los cambios asociados a la presencia de la enfermedad y los tratamientos pueden ser difíciles de manejar. Son cambios que conllevan pérdidas y, por lo tanto, en el mejor de los casos, sus respectivos duelos. Además de las preocupaciones en torno al estado de salud, el futuro, la estabilidad familiar y laboral, se suman los exámenes regulares, las constantes idas al hospital o centro de salud, más la preocupación por las cuentas médicas y la economía familiar, entre otros asuntos. La enfermedad puede llegar a ser una especie de trabajo jornada completa que se tiene que enfrentar durante meses, en los cuales se necesita mucho apoyo, contención y acompañamiento.

Nos adentramos de inmediato en el mundo de la psicooncología, un concepto fundamental para el presente escrito, el cual intentaremos entender e indagar de qué se trata. Para ello, nos haremos eco principalmente de lo dicho por Juan Antonio Cruzado, Doctor en Psicología, Director del Máster Propio en Psicooncología y Cuidados Paliativos, Director de la revista "Psicooncología" y Presidente de la Asociación de Psicooncología de Madrid.

Pero antes, no podemos dejar de mencionar a quien es considerada la fundadora de la Psicooncología a nivel mundial, la doctora Jimmie Coker Holland, quien en los años setenta definió los aspectos psicológicos y psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer. Ella consideraba que la psicooncología es una subespecialidad de la oncología que tiene en cuenta las respuestas emocionales, no sólo de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, sino también de sus familiares y del personal sanitario que los atiende, lo que deja entrever un enfoque psicosocial. Asimismo, su definición abarca el estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer. (Holland, 1992).

A pesar de su relevancia como autora en este campo, la conceptualización brindada por la Dr. Holland, nos parece inexacta e imprecisa, ya que deja por fuera aspectos cognitivos y comportamentales que también son objeto de investigación en la práctica psicooncología. Además, no se incluye la prevención dentro de la definición y juzgamos erróneo pensar la psicooncología como una subespecialidad de la oncología, ya que de esta manera parece inclinar la balanza en favor del campo médico, dejando en un segundo plano los factores psicológicos.

Por lo tanto, consideramos oportuno introducirnos en los decires del Dr. Cruzado, y en concordancia con él, entendemos la psicooncología como un campo interdisciplinar, lo que implica un entrecruzamiento entre distintas áreas del saber, en este caso entre la psicología y las ciencias biomédicas. Este campo interdisciplinar, está dedicado a la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, como también está dirigido a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad.

La Psicooncología abarca cuatro grandes áreas, por un lado, la asistencia clínica al paciente y sus familiares para mejorar la adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico, tratamiento médico, revisiones, cuidados paliativos y duelo. Por otro lado, la docencia, es decir, la formación en habilidades de comunicación, manejo de situaciones de crisis y estresores en la interacción con el enfermo. Abarca también la prevención, que engloba programas adecuados de educación para la salud, aprendizaje de hábitos saludables preventivos del cáncer, conductas de detección precoz, apoyo e intervención en consejo genético. Y, por último, pero no menos importante, la psicooncología incluye la investigación en aspectos comportamentales y sociales que están presentes en la patología del cáncer, sus tratamientos y el sistema de atención.

De esta manera, entendemos que la psicooncología es un campo donde se sintetiza el encuentro entre los aspectos físicos, psicológicos, sociales, comunicacionales y comportamentales de un paciente oncológico. De ahí la importancia de mejorar los recursos para promocionar servicios oncológicos que sean eficaces y de calidad.

El cáncer implica un impacto que trasciende la conmoción física, supone también un proceso emocional que involucra aspectos personales, familiares y ambientales de la persona. Durante muchos años, el único apoyo psicológico formal para pacientes con cáncer era a través de grupos de apoyo con otros pacientes que

ya habían pasado por las mismas o similares situaciones.

7

En la Oncología Clínica ha habido un reconocimiento explícito de que para lograr el óptimo nivel de calidad en la atención al paciente con cáncer se ha de proporcionar una adecuada asistencia psicológica. A su vez, el funcionamiento idóneo de las unidades de Psicooncología exige una formación en intervención psicológica aplicada a una especialidad tan compleja como es la oncología.

Antes de zarpar rumbo al campo médico, para saber qué pasa en nuestro cuerpo cuando enfermamos, cuales son los tratamientos y que marcas dejan cada uno, nuestro barco anclará en un puerto exclusivamente psi, que nos llevará en dirección a abordar el tema referente a la imagen corporal.

IV. Imagen corporal: la percepción de nuestro propio cuerpo.

En la enfermedad oncológica, el cuerpo está implicado en su totalidad, y esto nos llevó a plantearnos una pregunta aún sin respuesta: cuando nos miramos al espejo, ¿lo hacemos para ver cómo nos ven los demás? ¿o para ver si el espejo nos devuelve la imagen que tenemos de nosotros mismos?

En el cáncer, la imagen se ve indiscutiblemente afectada, por la enfermedad misma y por sus tratamientos, siendo lo más significativo la caída del cabello, o las amputaciones a causa de ciertas cirugías. Pero, ¿cómo se constituye esa imagen?

Al principio el niño es pura parcialidad, reflejos y motricidad, un organismo vivo. El cuerpo se va a ir constituyendo más tarde. El niño gira su cabecita hacia un lado y descubre su mano, pero aun de forma aislada, no como parte de un todo. Levin (1991) postula que la inclusión del psicoanálisis en el campo psicomotor produce como efecto otra forma de comprender a un niño que en su cuerpo y en su motricidad da a ver su padecimiento, donde lo psico de la motricidad no está ya dado por los hábitos, la memoria, los reflejos, las funciones, la sensibilidad, la percepción, entre otros, sino que se constituye y se instala desde el lugar del Otro.

El psicoanálisis posibilita diferenciar el cuerpo en lo real, en lo simbólico y en lo imaginario. Entendiendo que el cuerpo humano en tanto tal es un real, el cual es simbolizable y en consecuencia susceptible de representación imaginaria. El cuerpo no es el organismo, y dialécticamente el organismo biológico no es el cuerpo.

Para apropiarse del cuerpo, un niño tendrá que realizar sucesivamente importantes conquistas, en relación con su espacio, sus movimientos, sus posturas, sus gestos, sus tiempos; tenemos un cuerpo (órgano) que, como lo dice la expresión: “el propio cuerpo”, tendrá que ser de alguien (un sujeto) para propiamente ser un cuerpo y no pura carne.

Esa imagen que aparece reflejada cuando nos miramos en el espejo, no siempre estuvo ahí, o al menos no siempre fue igual. Cuando nacemos, en un momento de prematuración, donde aún necesitamos de la ayuda y asistencia de un otro, alrededor de los dieciocho meses somos capaces de reconocer nuestra imagen en el espejo y asumirla como propia.

Lacan (1949) lo explica más precisamente en “El estadio del espejo como formador del Yo (Je)”. El niño, a la edad de dieciocho meses, asume jubilosamente la imagen que le devuelve el espejo. Pero esta asunción es posible gracias a un otro que lo sostiene. La imagen que le devuelve el espejo, le es dada al niño como una Gestalt, que será constituyente del sujeto mismo. Esto le permite a Lacan pensar la unificación

del propio cuerpo ligado a lo imaginario.

Representémoslo por un instante, el niño mira el espejo, gira su cabeza buscando el asentimiento de quien lo sostiene y vuelve a dirigir su mirada a ese reflejo, asumiendo su imagen jubilosamente. Entendemos que esta imagen funciona como Gestalt en tanto unifica el cuerpo fragmentado del Infans y seguirá conservando esa

8

función a lo largo de toda la vida del sujeto. La imagen corporal es la proyección de una superficie, en términos freudianos, de una imagen de sí en la que el sujeto puede reconocerse.

El espejo nos muestra lo que tenemos, pero también lo que nos falta. Una mujer mastectomizada al mirarse al espejo reconoce fácilmente que ahí falta algo: la mama. Pero también puede elegir ver que en esa imagen aún hay vida, hay cuerpo y un montón de cosas más.

Con nuestros ojos podemos ver todo menos a nosotros mismos, para eso necesitamos un espejo, ¿qué irónico no? A veces el espejo es un reflejo, a veces el espejo son los otros, y hace falta mucho coraje para mirarse al espejo y aceptar lo que vemos, porque lo que vemos en definitiva es lo que somos.

Para Raich (1996), la imagen corporal es un constructo complejo que incluye la percepción que tenemos tanto del cuerpo global y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

A partir de esta definición, consideramos la imagen corporal como un constructo multidimensional que hace referencia a cómo uno percibe, imagina, piensa, siente y se comporta respecto a su propio cuerpo.

A diferencia de lo que sucede con otras alteraciones de la imagen corporal, como en la anorexia o la bulimia, en el caso de los pacientes oncológicos no se trata de defectos imaginados o anomalías leves, sino que en la mayoría de los casos nos encontramos con una deformidad objetiva, con pérdidas reales de funciones físicas, con discapacidad y asimetría.

Los cambios en la imagen corporal pueden observarse en diferentes niveles, entre los que cabe mencionar el nivel perceptivo, el nivel cognitivo, el nivel fisiológico, el afectivo-emocional y por último el nivel conductual.

A nivel perceptivo, encontramos, por ejemplo, la atención selectiva a la zona afectada y desatención a otras zonas del cuerpo, o la magnificación a la hora de percibir el tamaño del defecto y otras alteraciones. A nivel cognitivo, donde se observa un auto diálogo interno crítico y peyorativo centralizado en la pérdida y en las consecuencias negativas. Se destaca en este nivel un autoconcepto caracterizado por la percepción de pérdida del atractivo personal y de su valor como persona. En el caso de las mujeres con cáncer de mama, como consecuencia de la pérdida de la mama, algunas pacientes se sienten menos mujeres o menos femeninas. Asimismo, encontramos cambios en la imagen a nivel fisiológico, sobre todo en los casos donde hay una pérdida de una función vital. A nivel afectivo-emocional donde aparecen respuestas emocionales condicionadas como la insatisfacción, el displacer o la frustración. Y por último también podemos encontrar cambios en la imagen corporal a nivel conductual, donde la vergüenza, el miedo al rechazo de los demás y el malestar asociado lleva al desarrollo de comportamientos de evitación y/o compensación hacia el propio cuerpo y hacia situaciones interpersonales.

Por consiguiente, inferimos que la imagen corporal es algo que asumimos desde muy temprana edad y que se va modificando a lo largo de toda nuestra vida. Estos cambios pueden ser evolutivos, como por ejemplo los que se dan en la pubertad, o accidentales, inesperados, repentinos, como aquellos causados por

enfermedades como el cáncer.

V. “Cuidate y tocate antes de que te toque”: implicancias del cáncer de mama para la mujer.

9

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, ocasionando cada año 10 millones de defunciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021), el término cáncer designa una vasta clase de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una característica distintiva de esta enfermedad es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes contiguas del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

Por consiguiente, entendemos que el cáncer se produce por la transformación de células normales en células tumorales. Esas alteraciones que ocurren microscópicamente dentro del cuerpo humano cuando éste enferma, son el resultado de la interacción entre factores genéticos del paciente y tres categorías de agentes externos, por un lado los llamados carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes, por otro lados los carcinógenos químicos, como lo son los componentes del humo del tabaco y algunos contaminantes que se encuentran en alimentos y bebidas, y por último los carcinógenos biológicos, como determinados virus, bacterias y parásitos.

Hablaremos particularmente de un tipo de cáncer que es considerado por la OMS (2021) como el cáncer más común, con más de 2,3 millones de casos en 2020 y que afecta principalmente, aunque no únicamente, a las mujeres. Nos referimos al cáncer de mama.

Por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud el 19 de octubre se celebra mundialmente el Día Internacional de lucha contra el Cáncer de Mama. En Argentina, la Ley 26606 instituye el mes de octubre de cada año como Mes Nacional de Concientización sobre el Cáncer de Mama. Octubre es el mes elegido para crear conciencia y promover que cada vez más mujeres accedan a controles, diagnósticos y tratamientos oportunos y efectivos. El cáncer de mama afecta sobre todo a mujeres de cualquier edad después de la pubertad, pero las tasas aumentan en la vida adulta.

Nos parece relevante abordar este tipo de cáncer en particular ya que vemos manifestado de manera evidente cambios en las mujeres que tienen que ver con su imagen, con la feminidad, con la vida sexual, con los vínculos, con su autoestima. En la enfermedad oncológica el cuerpo se ve implicado en su totalidad.

Ser mujer en una sociedad que enaltece la belleza física por sobre el propio bienestar, genera comúnmente una preocupación desmedida por la apariencia física. Desde que nacemos, crecemos inmersas en un contexto que invita a cumplir con una serie de requisitos para alcanzar el éxito, para que los demás nos acepten. Debemos cumplir determinados parámetros asociados a lo estético y lo femenino, lo vemos en revistas, en televisión, en las redes, en películas, en novelas, casi no hay lugar donde no esté a la vista.

La autora Silvia Tubert (2010) plantea que la feminidad no responde a ninguna esencia natural. Afirma que lo que la mujer parece ser resulta de las ideas y prácticas discursivas sobre la feminidad, que varían su significación en distintas épocas y

sociedades.

A pesar de ser esto cierto, y de que las concepciones sobre lo que es ser mujer y sobre la feminidad en general están cambiando, aún persisten algunas creencias sobre las apariencias que las mujeres debemos respetar.

Freud, en la conferencia 33, habla sobre la feminidad y expone que:

Masculino y femenino es la primera diferencia que ustedes hacen cuando se encuentran con otro ser humano, y están habituados a establecerla con resuelta certidumbre. La ciencia anatómica comparte esa certidumbre en un punto, pero no mucho más. Masculino es el producto genésico masculino, el espermatozoide, y su portador; femenino, el óvulo y el organismo que lo alberga. En ambos sexos se han formado órganos que sirven exclusivamente a las funciones genésicas, y es probable que se hayan desarrollado a partir de una misma disposición en dos diferentes configuraciones (Freud, 1991, p.105).

10

Sigmund Freud, en esta conferencia, aborda las cuestiones referentes al enigma de la feminidad y manifiesta que cuando se habla de masculino se piensa en activo, mientras que lo femenino se asocia con lo pasivo. Si bien podríamos afirmar que existe una relación así, es muy reduccionista; ya que, por ejemplo, la mujer con su rol de madre es en todo sentido activa hacia el hijo. Por otro lado, así como las mujeres pueden desplegar actividad en diversas direcciones, los hombres no pueden convivir con los otros si no desarrollan un grado de docilidad pasiva.

Por ende, asociar feminidad a “pasividad” y masculinidad a “actividad”, es un tanto erróneo. Por lo que el autor infiere que podría intentarse caracterizar psicológicamente la feminidad diciendo que consiste en la predilección por metas pasivas, que no es lo mismo a pasividad, ya que puede ser necesaria una gran dosis de actividad para alcanzar una meta pasiva.

No obstante, Freud afirma que debemos cuidarnos de pasar por alto la influencia de las normas sociales, que de igual modo esfuerzan a la mujer hacia situaciones pasivas.

En el cáncer de mama, encontramos implicada una parte del cuerpo de la mujer que hace referencia directa a la feminidad. Si bien la mama es una glándula, la misma está encarnada en el pecho materno, símbolo de alimento y unión madre-hijo. A su vez, el pecho es símbolo de lo femenino, lo que caracteriza a una mujer, con todas las implicancias sociales y culturales que se le puedan adjudicar.

El valor asignado a la mama de manera cultural cobra gran relevancia debido a las representaciones sociales altamente valoradas, tanto por su función nutricional como estética y erótica.

Un estudio realizado en España en 2010 (Vázquez-Ortiz et al., 2010) reveló que las mujeres mastectomizadas presentan como principal fuente de preocupación, dentro del área sexual, el que la pareja evite tocar la zona del pecho, convirtiéndose en un impedimento para llevar adelante una vida sexual regular.

En las sociedades contemporáneas caracterizadas por una exigencia cada vez mayor de cuerpos perfectos, bellos y saludables, se han adoptado y producido una gama de modelos de belleza principalmente para mujeres, en los que se desconoce y se excluye cualquier tipo de diferencia, en este caso, la pérdida de la mama.

La mastectomía puede aparecer como un desafío al nombramiento o renombramiento de lo femenino. Pero la feminidad y el erotismo no pueden quedar sometidos en un cuerpo mastectomizado, que a causa de la falta de un seno pierde de algún modo una parte significativa de lo que ser mujer se representa en un esquema corporal femenino.

Cuando una mujer está atravesando una enfermedad oncológica, es común que debido a ciertos tratamientos la imagen, esa que nos devuelve el espejo, cambie.

Que el pelo se caiga, que el color de la piel o las uñas sea otro, que haya cicatrices, amputaciones, que algo falte allí donde antes existía.

La realidad del cáncer de mama es muy compleja y aunque el panorama, afortunadamente, está cambiando, enfrentarse a ella no es nada fácil. La satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, como la forma de relacionarse con el mundo que nos rodea.

Atravesar una enfermedad oncológica implica en sí mismo un proceso de aceptación, lo que no supone renunciar a los fines más centrales y más intrínsecamente humanos, sino negociar otros medios para conseguirlos. Todavía sigue habiendo mucha desinformación en torno al abordaje del cáncer de mama, creencias erróneas y esquemas sociales sobre cómo se “deberían” enfrentar las distintas situaciones que envuelve este proceso de adaptación. Cada persona tiene las suyas.

Rojas y Valles (2019) afirman que los cambios asociados a la presencia de la enfermedad y los tratamientos pueden ser difíciles de manejar, ya que durante un periodo de tiempo la paciente tendrá que disponer de energía para hacer frente a los distintos desafíos que esta etapa supone, tanto en su salud física y en cómo se siente cada día, así como en la reorganización familiar, las pausas laborales, el abordaje del

11

tema con los hijos, si los tiene, con la pareja, padres, etc. Pero, sobre todo, para lidiar con sus propios sentimientos, que pueden llegar a ser intensos y desconcertantes. Para la mayoría de las personas es inevitable pensar en la muerte al hablar de cáncer. Aún en los casos de buen pronóstico, es una preocupación que suele estar presente en menor o mayor medida a lo largo de todo el tratamiento e incluso una vez finalizado el mismo.

Entendemos entonces que, al ser el cáncer una enfermedad que irrumpe de manera traumática en la vida del sujeto, luego del diagnóstico, toda su vida y entorno se verán sumamente desestabilizados y alterados; repercutiendo, tanto en los aspectos físicos de la persona, como también, en los emocionales; ya que, en este sentido, la pregunta por la finitud y la muerte son el complemento psíquico que, en general, siempre se atreven acompañar a esta enfermedad.

Pese a que se sabe que las respuestas frente al diagnóstico positivo de los pacientes con cáncer serán particularmente diversas por la edad, género, situación familiar, económica o social, el malestar psicossomático que le depara el tratamiento siempre será el elemento común sobre el cual la Psicología debería centrar su trabajo; conteniendo, apoyando y psicoeducando para priorizar a uno de los principales factores que hacen que todo este proceso pueda fluir; la comunicación.

VI. “No se puede desatar un nudo sin saber cómo está hecho”: el impacto subjetivo del diagnóstico y las marcas del tratamiento.

El diagnóstico de cáncer de mama implica para cualquier persona un gran impacto a nivel emocional, como también es un enorme desafío para la paciente lograr integrar esta dura noticia y que empiece a aceptarse como paciente oncológica.

La pérdida de la salud es una de las múltiples pérdidas que implica la enfermedad y a ella se suman la pérdida de la rutina o de la cotidianeidad, la pérdida de roles y funciones, tanto a nivel familiar, como social y laboral; las incertezas respecto al futuro, más los cambios en la apariencia física que aparecen como consecuencia del tipo de cáncer que se esté enfrentando y de los tratamientos

oncológicos que se estén recibiendo. En consecuencia, entendemos que el diagnóstico implica inevitablemente un cambio en el proyecto de vida.

Cada vez que hablamos de pérdidas resulta inevitable pensar en el duelo, normalmente asociado a la muerte. Fue definido por Freud (1917) como la reacción ante la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc. No es considerado un estado patológico y se lo supera pasado un cierto tiempo. Caracteriza Freud al duelo por el talante dolido, la pérdida de interés por el mundo exterior en todo lo que no recuerde al muerto, la incapacidad o la limitación para el trabajo productivo y postula que esta inhibición y este angostamiento del Yo expresan una entrega incondicional al duelo que poco o nada deja para otros intereses.

La capacidad de hacer el duelo por lo que se ha perdido para siempre, de renunciar a ciertas relaciones y de resignarse frente a las limitaciones inevitables desempeña un papel de suma importancia. El proceso de duelo desencadenado por la presencia de la enfermedad es absolutamente normal. No obstante, puede llegar a complicarse si es que la tristeza, la ansiedad y la angustia adquieren una intensidad tal que interfieran de manera significativa en el día a día.

Retomando nuestro caso paradigmático, en las mujeres mastectomizadas o que han perdido parte de la mama, se constituye un duelo en sí mismo y deben considerarse esperables reacciones emocionales (previas y posteriores a la cirugía) de tristeza, rabia y temor al rechazo, entre otras. La sana elaboración de este duelo dependerá de las

12

características de personalidad, experiencias previas de pérdida y de los recursos que posea la red de apoyo para escuchar y acoger estas emociones.

En la mayoría de los casos, estos cambios constituyen un nuevo evento vital estresante al que las pacientes deben hacer frente, quizás sin contar con los recursos necesarios para hacerlo en ese momento. Por ejemplo, la caída del pelo producto de la quimioterapia es vivida como uno de los sucesos que mayor impacto tienen (pese a ser un cambio transitorio, percibido incluso como insignificante para quienes acompañan a la paciente y viven la enfermedad como espectadores), no sólo por tratarse de una pérdida muy concreta y visible, sino también por constituir un hito que vuelve pública la enfermedad, pues el no tener cabello es “el rostro del cáncer” para la sociedad.

La manera en que nuestra cultura concibe a esta enfermedad resulta sumamente significativa, ya que no es lo mismo hablar de una afección cardíaca, de una enfermedad de transmisión sexual, de diabetes o de cáncer. Hay ideas, creencias y emociones asociadas a algunas patologías que tiñen la manera en cómo una persona las vivencia.

Existen múltiples y variados tratamientos para el cáncer de mama, que varían de acuerdo a diversos factores, entre los cuales cabe mencionar, el estadio en el que se encuentra la enfermedad, la localización de la misma, el tipo de tumor, ciertas características de las células, condiciones personales de cada paciente, y otros.

Entre los tipos de tratamientos encontramos la quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, cirugía, etc. Consideramos importante destacar que cada uno de estos tratamientos puede generar distintas aprehensiones y despertar algunas ansiedades, ya que las creencias frecuentes sobre cada tratamiento no siempre se abordan por parte del personal de salud, dado que muchas veces se desconocen tales ideas y significados sociales.

Nos interesa hablar sobre un tratamiento en particular, la cirugía. Hemos elegido abordarla para el presente escrito ya que la misma deja marcas en el cuerpo

que difícilmente pueden ser ignoradas. La cirugía implica un cambio radical en la imagen que nos devuelve el espejo, y por lo tanto una alteración en la percepción que tenemos de nuestro propio cuerpo.

Rojas y Valles (2019) plantean que la cirugía es un tratamiento localizado, en tanto se aplica directamente en la zona donde está el tumor para extirparlo. La mastectomía continúa siendo el principal tratamiento para el cáncer de mama y puede ser “conservadora” (mastectomía parcial o tumorectomía) o “radical” (mastectomía total donde se extirpa la mama en su totalidad). A su vez, la cirugía puede ir o no acompañada de quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia según sea el caso.

En Argentina contamos con el decreto 492/1995 que implica un Programa Médico Obligatorio, que son las prestaciones que toda obra social o prepaga tiene que cubrir como mínimo en cualquiera de sus planes. Dentro de ellas se incluye el diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas, en especial, de cáncer de mama y cuello uterino.

Consideramos relevante mencionarlo ya que no todos los países cuentan con un respaldo legal que permita llevar adelante exámenes de detección precoz y los respectivos tratamientos. Muchas veces las pacientes se ven imposibilitadas de realizar los tratamientos por cuestiones económicas. Por lo tanto, saber que en nuestro país contamos con este respaldo genera una base segura sobre la cual apoyarse cuando se atraviesa este tipo de enfermedades.

Hoy día se considera fundamental no sólo el tratamiento médico de las mujeres que enfrentan un cáncer de mama, sino también la calidad de vida durante el tiempo que transitan por esta experiencia. Hablamos de mujeres que han pasado por cambios en su imagen, en sus relaciones y en sus vínculos, mujeres a las que un diagnóstico les cambió la vida y su manera de vivirla. Por lo que, en concordancia con lo postulado por la Organización Mundial de la Salud (2017), entendemos que los principales objetivos de un programa de diagnóstico y tratamiento del cáncer son curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, así como garantizar la mejor calidad de vida posible a quienes sobreviven a la enfermedad. La forma que encontramos para asegurar

13

la mejor calidad de vida posible es a través de una atención integral, lo cual incluye los cuidados paliativos.

¿Por qué hablar de cuidados paliativos? Principalmente porque se encargan del seguimiento de los síntomas físicos y psíquicos de los pacientes que están atravesando enfermedades crónicas, progresivas y potencialmente limitantes de la vida (Biondi et al. 2019). Los cuidados paliativos son parte de brindar una atención integral al paciente.

Muchas veces cuando se trata de enfermedades tan físicas y anatómicas como el cáncer, se descuidan otras áreas que también están afectadas, tal vez como daños colaterales, como puede ser la alteración en la imagen corporal.

Desde esta modalidad de atención se intenta aliviar el sufrimiento producido por la enfermedad, que los pacientes y sus familiares puedan reconocer y luego aceptar y asumir esa nueva imagen corporal que se les presenta. El sufrimiento provocado por las alteraciones aledañas a la enfermedad genera la necesidad de contar con alguien que escuche y acompañe, y ahí reside la importancia de los cuidados paliativos.

Es atención del paciente y de su familia, es brindar la oportunidad y el espacio para la aceptación y la asimilación de una nueva imagen, tanto para la paciente como para sus familiares. Es brindar un tiempo donde la paciente pueda ser escuchada en su padecimiento.

VII. “Cuando dos fuerzas se unen, su efectividad se duplica”: trabajo interdisciplinario para una atención integral.

Consideramos que es fundamental el trabajo interdisciplinario para brindar un abordaje integral del paciente oncológico, es decir, que el paciente sea atendido tanto en lo físico, como en lo psíquico, social y espiritual.

Ostos Ortiz y Aparicio Gómez (2020) postulan que cuando varias disciplinas se conectan para hacer más fácil el trabajo que cada una desempeña, trabajando de manera conjunta en la solución de un problema, estamos frente a un trabajo interdisciplinario.

El cáncer es una enfermedad que afecta casi todos los aspectos de la vida, generando en quien lo padece un cambio abrupto. Es el cuerpo el que enferma, pero hay otras esferas que sufren como consecuencia de esto. Por lo tanto, el trabajo entre médicos, psicólogos, enfermeros, nutricionistas, abogados, psiquiatras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, etc. es una herramienta que puede ayudar a conseguir una atención bio-psico-social y así lograr que la paciente atraviese esta enfermedad de la manera más amena posible.

Como expusimos anteriormente, es primordial que todos aquellos profesionales que estén tratando al paciente, desde la disciplina que sea, conformen un equipo de trabajo que se encuentre en constante comunicación sobre las problemáticas del paciente y con el cual se pueda reflexionar escuchando y teniendo en cuenta las distintas opiniones de los profesionales que lo componen.

Retomemos nuestro caso paradigmático: una mujer que decidió realizarse una mastectomía como tratamiento. Por un lado, tal vez el más obvio, esta mujer necesita de un oncólogo. El mismo, para brindar un diagnóstico solicita diferentes estudios médicos, por lo cual la paciente ya entra en contacto con otros profesionales, especialistas en imágenes, radiólogos, bioquímicos, etc. Después del diagnóstico y habiendo brindado información respecto a los posibles tratamientos, el oncólogo recibe de parte de la paciente algunas dudas respecto a qué pasará con su cuerpo luego del tratamiento, expresa sus miedos en esta consulta y por lo tanto el oncólogo, profesional adaptado al trabajo interdisciplinario, ofrece a la paciente la posibilidad de consultar a una psicóloga.

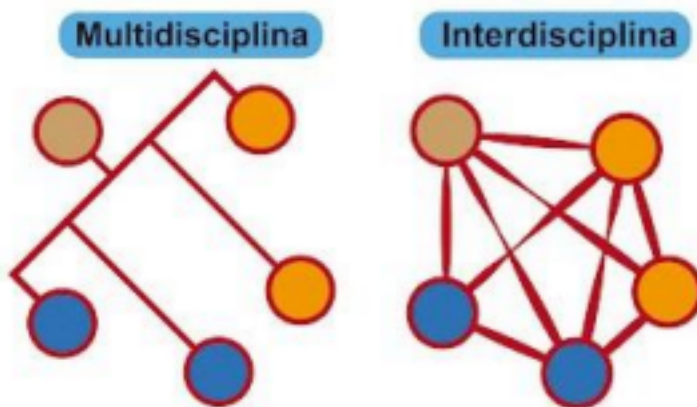
Supongamos luego que esta paciente decide acudir a terapia, donde trata sus miedos, ansiedades, donde encuentra un espacio para duelar las pérdidas que conlleva

14

el diagnóstico y el tratamiento. Para este entonces, esta mujer tuvo que atravesar por laboratorios, tal vez quimioterapias, hormonoterapias, salas de rayos, donde de seguro se encontró con otras profesionales, enfermeras, nutricionistas, psiquiatras, bioquímicas, abogados, que van formando este entramado al que llamamos interdisciplina.

Por lo tanto, entendemos que la interdisciplina supone un conjunto de disciplinas o materias que se enlazan entre sí y comparten un objetivo en común, trabajando de forma conjunta. Por otro lado, no debemos confundirla con la multidisciplina, que es aquella que propone que cada disciplina trabaje de manera aislada, aunque colaborativa, conservando cada una su propio modelo.

Podríamos graficar esta diferencia de la siguiente manera:



Vemos, así como la multidisciplinaria hace que cada disciplina se aplique sola y exclusivamente a lo que le compete, el médico tratará la enfermedad, el psicólogo el sufrimiento psíquico, el abogado las cuestiones legales que le incumben, etc. Abordando cada uno, un pedacito del paciente.

En cambio, la interdisciplina trata de comunicar, hablar, de trabajar en equipo, de escucharse e intercambiar con otros profesionales, tomando al paciente como una unidad bio-psico-social. Comprendemos entonces, que la salud física no es la única arista que debe ser atendida, y aceptamos por fin, que no hay salud sin salud mental.

VIII. No hay salud sin SALUD MENTAL: significaciones socioculturales de las mamas.

La salud es uno de los tantos aspectos que se ven afectados cuando una persona atraviesa una enfermedad oncológica. Es necesario aprender a cuidar nuestra salud mental, no solo la física. Según la Organización Mundial de la Salud (s.f.), la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad”. Podríamos discutir esta noción de “completo bienestar” pero para lo que nos incumbe en el presente escrito, es relevante destacar que desde la definición se brinda la misma importancia a lo físico que a lo mental y social. Todo está incluido y a un mismo nivel.

A su vez, en la ley 26.657, se reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Nos parece fundamental hablar sobre salud mental, precisamente porque cuando una persona atraviesa una enfermedad tan física como la que estamos tratando, muchas veces se deja de lado el aspecto psicológico.

15

El sufrimiento no se escoge, pero sí se suaviza con herramientas personales, interpersonales y transpersonales. La mente, con frecuencia, puede jugar malas pasadas y es importante observarla sin juzgar y, sobre todo, educarla. Muchos de los procesos cognitivos se producen sin orden, son automáticos, por lo que arrojar conciencia moviliza el crecimiento y la transformación, y ayuda a no dejarse llevar por los miedos anticipatorios.

Rojas y Valles (2019) afirman que sentir tristeza, rabia, miedo y/o impotencia es normal. Muchas veces es incluso necesario para tomar conciencia del proceso de

enfermedad, lo que sucede es que muchas veces las pacientes se preocupan porque sus emociones afecten su pronóstico.

Hay un miedo en particular que nos gustaría destacar, ya que el mismo tiene una gran relevancia social: el miedo a enfrentar una posible intervención quirúrgica que cause deformidad, amputación, asimetría física u otras, afectando la apariencia de las mamas y la imagen corporal de la mujer.

La mama posee significaciones socioculturales y psicológicas que hacen que la enfermedad y sus tratamientos cobren una intensa carga afectiva, muchas veces obstaculizando el inicio de las terapias. Además, las mamas, por su función en la lactancia y por algunas ideas basadas en estereotipos de género, se asocian directamente con la maternidad, como también con la belleza, la femineidad y la sensualidad. Estas asociaciones tan arraigadas en nuestra cultura nos permiten comprender el por qué muchas mujeres, luego de ser operadas, pueden sentirse menos atractivas, menos deseables para sus parejas o presentar dificultades para aceptar esta nueva imagen corporal.

Fernandez (2004) sostiene que la vergüenza, el miedo al rechazo de los demás y el malestar asociado lleva al desarrollo de comportamientos de evitación y/o compensación hacia el propio cuerpo y hacia situaciones interpersonales, tales como: conductas para ocultar y disimular el defecto, evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada, cambio en el estilo de ropa, preguntas constantes para reasegurar que no se nota, pudiendo llegar en algunos casos a manifestar conductas obsesivas, de evitación social y aislamiento.

La autora confirma que partiendo de la consideración de que los cambios en la apariencia física que se derivan de los tratamientos oncológicos constituyen un evento vital estresante más al que las pacientes de cáncer deben hacer frente, en la mayoría de las ocasiones no se encuentran reacciones psicopatológicas susceptibles de precisar una terapia psicológica (esto es solo una hipótesis de trabajo ya que existen muy pocos estudios que permitan conocer con exactitud la incidencia real de estos trastornos), pero en cualquier caso, se encuentran elevados niveles de distress y malestar que no se pueden dejar pasar.

Por tanto, Fernandez (2004) concluye que son aconsejables las intervenciones preventivas basadas en el apoyo emocional y en la atención psicológica, que permitan aumentar la resistencia del enfermo ante estos cambios no deseados y favorecer su adaptación, a través de la aceptación e integración de una nueva imagen corporal.

Es por esto que creemos fundamental tener en cuenta la salud mental de estas mujeres, porque deben atravesar duelos, miedos, ansiedades, cambios, en fin, que necesitan ser expresados, escuchados y tratados, para que el camino sea lo más ameno posible.

Podemos afirmar que una mastectomía conlleva inevitablemente un cambio en la imagen corporal de la mujer. Esa imagen que nos devuelve el espejo, luego de la cirugía, se verá forzosamente alterada. Y es este el puerto al cual estábamos esperando llegar.

IX. Conclusiones

Partimos de considerar la inminente modificación de la imagen corporal en la

enfermedad oncológica y especialmente en el cáncer de mama. Entendimos que el cáncer es una enfermedad que surge a partir de la transformación de células normales, en células tumorales.

Nos adentramos en el concepto principal que rige todo este escrito, la imagen corporal. Entendimos que es un constructo que se va formando desde que nacemos y que va cambiando, a veces por simple evolución, a veces por enfermedades o diversos trastornos. En conclusión, la imagen corporal es eso que nos representamos de nosotros mismos en cada momento. Es la proyección de una superficie, de una imagen de sí en la que el sujeto puede reconocerse. Es la imagen que configuramos a través de la mirada del otro como también a través del reflejo que nos devuelve el espejo. Es la que descubrimos cuando nos movemos y tomamos noción de los límites de nuestro cuerpo.

Asimismo, resaltamos que ser mujer en una sociedad que enaltece la belleza física por sobre el propio bienestar, genera comúnmente una preocupación desmedida por la apariencia física. Lo vemos en las redes sociales, en series, películas, casi no hay lugar donde no esté. Desde que nacemos, crecemos inmersas en un contexto que invita a cumplir con una serie de requisitos para alcanzar el éxito, para ser aceptadas. Debemos cumplir determinados parámetros asociados a lo estético y lo femenino, relegando el propio bienestar a un segundo o hasta tercer plano, lo que suele generar sentimientos de inseguridad, desconfianza y baja autoestima. Como lo postula Silvia Tubert, la femineidad no responde a ninguna esencia natural, más bien consideramos una gran influencia cultural y social en lo que respecta a lo que es "ser una mujer".

Por otro lado, consideramos las diferentes significaciones socioculturales y psicológicas que posee la mama, las cuales hacen que la enfermedad y sus tratamientos cobren una intensa carga afectiva, muchas veces obstaculizando el inicio de las terapias. Además, las mamas, por su función en la lactancia y por algunas ideas basadas en estereotipos de género, se asocian directamente con la maternidad, como también con la belleza, la femineidad y la sensualidad. Si bien la mama es una glándula, el valor asignado a ella de manera cultural cobra gran relevancia debido a las representaciones sociales altamente valoradas, tanto por su función nutricional como estética y erótica.

Análogamente, afirmamos que la manera en que nuestra cultura concibe al cáncer resulta sumamente significativa, ya que no es lo mismo hablar de una afección cardíaca, de una enfermedad de transmisión sexual, de diabetes o de cáncer. Hay ideas, creencias y emociones asociadas a algunas patologías que tiñen la manera en cómo una persona las vivencia. Por ejemplo, la caída del cabello es considerada por nuestra sociedad como el rostro del cáncer.

Postulamos que la pérdida de la salud es una de las múltiples pérdidas que implica la enfermedad y a ella se suman la pérdida de la rutina o de la cotidianidad, la pérdida de roles y funciones, tanto a nivel familiar, como social y laboral; las incertezas respecto al futuro, más los cambios en la apariencia física que aparecen como consecuencia del tipo de cáncer que se esté enfrentando y de los tratamientos oncológicos que se estén recibiendo.

Por ello consideramos oportuno traer a colación un concepto fundamental, el duelo. Es un proceso absolutamente normal, desencadenado por la presencia de la enfermedad. No obstante, puede llegar a complicarse si es que la tristeza, la ansiedad y la angustia adquieren una intensidad tal que interfieran de manera significativa en el día a día.

¿Y qué pasa cuando todo esto lo pensamos en una mujer que ha tenido que atravesar una cirugía, como una mastectomía, por ejemplo, donde la misma dejó una marca y generó un cambio permanente e inminente? ¿Qué pasa con esa mujer que de

un día para el otro, en el sentido más literal de la frase, esa imagen cambió por completo?

No es azaroso que hablemos de mastectomías, hemos elegido abordarla ya que la misma deja marcas en el cuerpo que difícilmente puedan ser ignoradas. Hablamos de mujeres que han pasado por cambios en su imagen, en sus relaciones y en sus vínculos, mujeres a las que un diagnóstico les cambió la vida y su manera de vivirla. Por eso remarcamos la importancia de la atención integral y los cuidados paliativos.

En una enfermedad donde el cuerpo está afectado primordialmente como en el cáncer, muchas veces se descuidan otros aspectos que surgen tal vez como daños colaterales a la enfermedad, como es la atención en salud mental, por ejemplo. El acompañamiento psicológico a los pacientes oncológicos es fundamental, y por eso hablamos de Psicooncología, o psico-oncología. Dos ramas independientes que se entrecruzan para brindar una atención integral.

Por ello hemos considerado fundamental el trabajo interdisciplinario para brindar un abordaje integral del paciente oncológico, es decir, que el paciente sea atendido tanto en lo físico, como en lo psíquico, social y espiritual. Lo cual derivó en un concepto fundamental, el de cuidados paliativos.

El sufrimiento provocado por las alteraciones aledañas a la enfermedad genera la necesidad de contar con alguien que escuche y acompañe, y ahí reside la importancia de los cuidados paliativos. El sufrimiento no se escoge, pero sí se suaviza con herramientas personales, interpersonales y transpersonales. La mente, con frecuencia, puede jugar malas pasadas, por eso es importante observarla sin juzgar y, sobre todo, educarla.

La realidad del cáncer de mama es muy compleja y aunque el panorama, afortunadamente, está cambiando, enfrentarse a ella no es nada fácil.

X. Referencias Bibliográficas

- Cruzado, J. (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*, 0, (1), 9-19.
- Decreto 492 de 1995 [con fuerza de ley]. Programa Médico Obligatorio. Fusión de Obras Sociales. Reducción de Contribuciones Patronales. Trabajadores a tiempo parcial. Transformación y disolución de los Institutos de Servicios Sociales. Disposiciones Finales. Derogase el decreto N° 282/95. 26 de septiembre de 1995. B.O. No. 28236.
- Die Tril, M. (2004). Jimmie Holland. *Psicooncología*, 1, (1), 185-186.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1, (2-3), 169-180.
- Fernández, L. (2020). *Representaciones sociales de las mamas, mujeres mastectomizadas, feminidad y cuidado*. [Tesis de grado]. Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A.
- Freud, S (1992) Duelo y Melancolía. En *Obras completas*. (vol. 14., pp. 235-256). Amorrortu.
- Freud, S. (1992). Conferencia 33: la feminidad. En *Obras completas*. (vol. 22., pp. 104-125). Amorrortu.

- Holland J. (1992) PsychoOncology: overview, obstacles and opportunities. *Psychooncology*, (1), 1-13.
- Instituto Nacional del Cáncer (2019). Manual de cuidados paliativos para cuidadores. Recuperado de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-02/manual-de-cuidados-paliativos-para-cuidadores.pdf>
- Lacan, J. (1949). Estadio del espejo como formador de la función del yo (je). Recuperado de [*El estadio del espejo como formador de la función del yo \(je\) \[1949\] \(psiaudiovisuales.com.ar\)](http://psiaudiovisuales.com.ar)
- Levin, E. (1991) *La clínica psicomotriz: el cuerpo en el lenguaje*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Ley N° 26606. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 23 de julio de 2010.
- Ley N° 26657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2013.
- Montaña, M.F., Ceresetto, J., Bullorsky, L., Bullorsky, E., Shanley, C., Palmer, S., Silva, C. y Stemmelin G. (2017). Experiencias en taller de Onco-imagen. Estrategias de abordaje en pacientes onco-hematológicas. La intervención desde la psicooncología y los recursos de Onco-imagen. *Hematología*, 21, (3), 289-295.
- Organización Mundial de la Salud (s.f.) *Salud Mental*. Recuperado de: https://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces*.
- 19
- Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44005/9789243547404_spa.pdf;jsessionid=7DD5CA955291EC5C39C81A5086F4A106?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Cáncer de mama, datos y cifras. Página oficial de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/breast-cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Cáncer, datos y cifras. Página Oficial de la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>
- Ostos Ortíz, O. y Aparicio Gómez, O. (2020). Interdisciplinariedad. *Universidad Santo Tomás*. Working Paper No 197548.
- Rojas, D. y Valles, I. (2019). *La vivencia emocional en cáncer de mama: el valor de acompañar-se*. Recuperado de: <http://corporacionyomujer.cl/wp-content/uploads/Libro-Final.pdf>
- Segura-Valverde, M., García-Nieto, R. y Saúl Gutiérrez, L. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*, 11, (1), 45-57.

Tubert, S. (2010). Los ideales culturales de la feminidad y sus efectos sobre el cuerpo de las mujeres. *Quaderns de psicologia*, 12, (2), 161-174.

Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R. y Blanco Picabia, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7, (2-3), 433-451.