



CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8794

PLAN 25 AÑO 76

“CÓMO INFLUYE EL DUELO DE MUJERES MASTECTOMIZADAS EN  
SU RELACIÓN DE PAREJA”

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

AURORA SAMPAYO FALCÓN

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO, 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTO

A mis padres; por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años; por creer en mí y alentarme a seguir mis sueños. Gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en la persona que soy. Es un privilegio ser su hija. Los amo.

A mis compañeros de vida; mis hermanos, Jorge y Angel, por su cariño, comprensión, ayuda y apoyo brindado durante mi vida. Gracias por acompañarme en este viaje y compartir conmigo un logro tan importante en mi carrera profesional.

A mi Tío Carlos; por su apoyo incondicional, su confianza depositada en mí; gracias por el enorme cariño que se me ha brindado y por estar conmigo durante mi carrera profesional.

A mi asesora de tesis, Mtra. Marilú Benítez Gaspar, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico; así como por haberme guiado durante el desarrollo de la tesis.

A las mujeres que de alguna forma u otra permitieron llevar a cabo esta tesis, que nos demuestran esa fuerza para salir adelante a pesar de ser diagnosticadas con cáncer.

Al Dr. Fernando García Dolores y a su esposa, Dra. Patricia Lujan González, por la confianza depositada en mí y el conocimiento científico brindado. A la Dra. Vera Robles y Psi. Leticia Flores, por darme la oportunidad de trabajar con aquellas mujeres que han padecido cáncer de mama.

A mi amigo Mario; por estar a mi lado durante nuestra formación académica y después de ésta; por el conocimiento compartido al iniciar este proyecto y por brindarme su apoyo durante esta investigación.

A mi Familia y amigos por creer en mí, por demostrarme su cariño y apoyo durante este proceso de ti.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. ASPECTOS DEL DESARROLLO HUMANO EN LA EDAD ADULTA	
1.1. DESARROLLO HUMANO.....	6
1.1.1. ETAPA ADULTA.....	6
1.1.2. CAMBIOS FÍSICOS.....	8
1.1.3. DESARROLLO COGNITIVO.....	11
1.1.4. DESARROLLO SOCIAL.....	13
1.2. RELACIÓN DE PAREJA.....	18
1.2.1. CERCANÍA EN LA RELACIÓN DE PAREJA.....	25
CAPÍTULO II. CÁNCER DE MAMA	
2.1. CÁNCER.....	29
2.1.2. CÁNCER DE MAMA.....	32
2.2. FACTORES DE RIESGO.....	34
2.2.1. GENÉTICOS.....	35
2.2.2. HORMONALES Y REPRODUCTIVOS.....	36
2.2.3. AMBIENTALES.....	37
2.3. DIAGNÓSTICO.....	39
2.3.1. AUTOEXPLORACIÓN.....	40
2.3.2. MAMOGRAFÍA.....	42

2.3.3. BIOPSIA.....	44	
2.4. MASTECTOMÍA.....	46	
2.4.1. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA.....	48	
CAPÍTULO III. DUELO		
3.1. DUELO.....	53	
3.1.1. CONCEPTO DE DUELO.....	54	
3.2. PÉRDIDA.....	57	
3.2.1. PÉRDIDAS DE RELACIÓN.....	58	
3.2.2. PÉRDIDAS INTERPERSONALES.....	60	
3.2.3. PÉRDIDAS MATERIALES.....	61	
3.2.4. PÉRDIDAS EVOLUTIVAS.....	62	
3.3. AFLICCIÓN.....	63	
3.4. RESOLUCIÓN.....	65	
3.5. TIPOS DE DUELO.....	67	
3.5.1. DUELO NORMAL.....	67	
3.5.2. DUELO PATOLÓGICO.....	68	
3.6. PROCESO DE DUELO.....	71	
3.7. ETAPAS DE DUELO DE MUJERES MASTECTOMIZADAS.....	76	
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....		81

RESULTADOS.....	88
CONCLUSIONES.....	97
ANEXOS.....	101
BIBLIOGRAFÍA.....	103

## INTRODUCCIÓN

En esta investigación se abordara cómo influye el duelo de mujeres mastectomizadas en su relación de pareja. El cáncer de mama es una enfermedad crónica que tiene repercusiones en la familia, desde que se da el diagnóstico hasta el tratamiento. El carcinoma que es el más común entre los diferentes tipos de cáncer. Proviene de las células que cubre las superficies externas e internas del cuerpo.

En México, de acuerdo al Instituto Nacional de Cancerología, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en las mujeres; representa el 11.34% de todos los casos de cáncer y hay un incremento global de aproximadamente 1.5% anual. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad. La mortalidad por cáncer mamario se ha incrementado en 10.9%, relativo en los últimos años.

Aunque el cáncer de mama no tiene una única causa conocida, se han identificado ciertos factores de riesgo; los más significativos son la edad de la mujer y los antecedentes familiares.

Todas las mujeres, sin importar la edad, cada mes se deben realizar una autoexploración después del periodo menstrual. Así se podrá identificar algún cambio en la mama. Es un método preventivo.

Otro método de detección de cáncer de mama es la mastografía, ya que beneficia a las mujeres de mediana edad y a aquellas que están pasando por la menopausia, pues que detecta posibles masas de tejido anormal en la mama.

Cuando se da un diagnóstico de cáncer de mama provoca un sin número de sentimiento como miedo, culpa y ansiedad. A las pacientes se les da una gran cantidad de información para que así pueda escoger un tratamiento adecuado.

El tratamiento para aquellas mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama es la mastectomía. Se puede definir como la extirpación de la mama y de los ganglios linfáticos, pero conserva los músculos intactos.

Este tratamiento quirúrgico altera la apariencia física de la mujer, pero supone abandonar la posibilidad de la reaparición de cáncer; aunque puede reaparecer en otros órganos del cuerpo por medio de la metástasis.

Las repercusiones de este tratamiento presentan un cambio emocional en la forma en la que se perciben y cómo las percibe la sociedad. Un punto importante dentro de esta investigación es la pareja, pues se ve afectada por los cambios que se producen durante el diagnóstico y el tratamiento.

Cuando se presenta una pérdida, en este caso uno de los senos; las pacientes pasan por un duelo que se define como un proceso en el que la persona está activamente implicada, realizando una serie de tareas necesarias para lograr esa adaptación.

Se entiende como proceso de duelo el periodo por el que una persona muestra un conjunto de fenómenos psicológicos, conductuales, emocionales, cognitivos y psicosociales con algún tipo de pérdida.

El duelo es un factor importante por la pérdida de uno de los senos y la repercusión que se tiene en la pareja.

El ser humano, como ser social, se ve en la necesidad de establecer vínculos afectivos a lo largo de su vida, tanto en colectivo como en pareja. Sin embargo, la pareja puede ser una fuente de crecimiento personal para el individuo.

Podemos definir relación de pareja a la unión social, psicológica y emocional que existe entre un hombre y una mujer, con frecuencia orientada al matrimonio; en donde los miembros expresan una actitud de amor mutuo y tratan de conseguir objetivos determinados para tener un buen desarrollo de pareja.

La mayoría de las relaciones llegan al matrimonio. Cuando existe una relación de cónyuges debe diferenciarse de una relación de amistad. Los cónyuges deben sentirse como pareja, deben exigirse mutuamente espacio y tiempo propios y hacer vida marital.

Cuando se presenta una enfermedad, como todo, cambia la forma de relación. Por un lado, la relación de los cónyuges se unen más estrechamente por causa de la enfermedad; por de otro lado, se delimita individualmente mejor y aparece un nuevo distanciamiento interior.

La pareja consigue distanciarse como consecuencia de hospitalización, estancia en un sanatorio, necesidad de permanecer en cama o por un impedimento físico.

Cuando una pareja decide poner punto final a la relación no lo hace sin dolor. Este rompimiento, en la mayoría de los casos, implica abandonar la vida actual, dejar atrás el pasado y reconocer algún tipo de equivocación por cada una de las partes; incluso es inevitable sentir la sensación de fracaso.

La intensidad de la pérdida amorosa no dependerá de la naturaleza del ser perdido, sino del valor que se le atribuye en nuestra vida pasada, presente y futura. Duele el hecho de vivir la pérdida como definitiva, duele el futuro en ese momento incierto.

Por ello, en la presente investigación se presentarán los siguientes capítulos, para así poder identificar cómo influye el duelo de mujeres mastectomizadas en la relación de pareja.

El principal objetivo del capítulo I es identificar los cambios biopsicosociales que pasa la mujer adulta, como algunas enfermedades que en ésta se podrían presentar.

Se busca definir la relación de pareja, el proceso que se lleva hasta forma una pareja como tal; el funcionamiento del matrimonio cuando se presentan los hijos hasta que vuelve a quedar solo como una pareja.

En capítulo II busca definir cáncer de mama y explicar los factores de riesgo, ya que no en todos los casos donde se presenta el cáncer de mama es por la misma razón.

La importancia de este capítulo es dar a conocer los diferentes métodos de prevención de cáncer y, en caso de que el diagnóstico fuera positivo, dar a conocer los diferentes métodos de erradicación del cáncer.

El capítulo III busca definir duelo desde diferentes teorías para tener un entendimiento del proceso que pasan aquellas mujeres que han perdido uno de los senos a causa del cáncer de mama.

Aparte, identificara aquellas mujeres que pasaron o se encuentran actualmente elaborando un proceso de duelo.

Para identificar cómo influye el duelo de mujeres mastectomizadas en las relaciones de pareja se aplicarán tres instrumentos. El primero es un cuestionario que nos ayudará a hacer un análisis de la estructura de la pareja antes de presentarse el cáncer de mama. El segundo es sobre escalas de estrategias de afrontamientos, el cual se utilizará para identificar el proceso de duelo en las mujeres. Por último, el cuestionario de reacción de pareja, para detectar estilos de afrontamientos en las mujeres mastectomizadas con su pareja. Estos tres cuestionarios fueron aplicados en el Hospital Regional 1° de Octubre a un grupo de 40 mujeres.

## CAPÍTULO I

# ASPECTOS DEL DESARROLLO HUMANO EN LA EDAD ADULTA

## 1.1. Desarrollo Humano

El desarrollo humano tiene comienzo desde la concepción y se va prolongando durante toda vida. El ser humano va experimentando diferentes etapas, iniciando desde la prenatal, infancia, adolescencia, juventud, madurez y terminando con la vejez.

Este proceso no se realiza solo, ya que se debe a una combinación de factores biológicos, psicológicos, sociales, históricos y evolutivos.

La edad adulta juega un papel importante dentro de nuestro desarrollo, no es porque las demás etapas sean menos importantes, pero es ésta donde el ser humano alcanza el punto máximo de su desarrollo, pues consigue éxito profesional, tiene mayor participación social; aparte de que se convierte en un ser totalmente independiente al dejar el núcleo familiar para formar su propia familia.

### 1.1.1. Etapa Adulta

La edad adulta abarca de los 30 a los 60 años. Es un periodo de gran productividad intelectual, artística y de realización; logra responsabilidades sociales, estabilidad y satisfacción en el trabajo; ayuda a los hijos en su integración social y la aceptación de sus cambios físicos (González, 2002).

Se consolida el desarrollo de la personalidad y el carácter, los cuales se presentan relativamente firmes y seguros con todas las diferencias individuales que pueden darse en la realidad.

En esta etapa las personas participan plenamente en las actividades sociales. Se ingresa en la vida profesional. Las principales preocupaciones son encontrar un trabajo y a una pareja para poder formar un hogar. Se consolidan en los roles sociales y profesionales.

Las personas que se encuentran en esta etapa poseen una excelente condición física; se encuentran en la cima de la salud, fuerza, energía y resistencia. Están al máximo su funcionamiento sensorial y motor.

Desde el punto de vista social se tiene más estabilidad en las relaciones interpersonales, comparado con otras etapas de la vida. En la percepción psicológica el tiempo se empieza a comparar con su edad. Cuando llegamos al punto cercano a la mitad de la vida se deja de pensar en cuánto se ha vivido y se empieza a pensar en cuánto tiempo queda de vida, ya que en los jóvenes un día dura toda una eternidad (Lefkowitz, 2006).

Algunos empiezan a preocuparse por cuestiones de creatividad y sus aportaciones a las siguientes generaciones. Temen sentirse estancados o dejar ir oportunidades que representen un logro más en su vida. En sus relaciones íntimas buscan un fortalecimiento con la familia y amigos.

Por otra parte, existen tres componentes de la edad que no se deben olvidar; el primer punto es la edad cronológica en un adulto (años de vida) que significa muy poco en sí. La forma más adecuada de ver las cosas es la edad biológica en interacción con la edad social y la edad psicológica (Birren y Cunningham, 1985).

Se tienen expectativas, restricciones y presiones intrínsecas de varios periodos de la vida. El origen de estos límites, en ocasiones, es biológico o psicológico, pero la mayoría de las veces es social.

Aunque las edades biológicas, sociales y psicológicas se combinan para producir la madurez, hay ciertos rasgos psicológicos que son elementos primarios. Estos pueden variar según la cultura, pero incluyen la independencia y autonomía física y social; la capacidad para tomar decisiones independientes y algo de estabilidad, sabiduría, confiabilidad, integridad y compasión (Craig, 2001).

### 1.1.2. Cambios Físicos

Los cambios más palpables de la madurez son los físicos. La mayoría de las personas que inician esta etapa disfrutan de vitalidad, fuerza y resistencia en comparación con las personas de otras edades. En términos generales, el funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, la fuerza, las habilidades motoras y la coordinación sensorio motora alcanzan su nivel máximo a los 30 años; después empieza a menguar paulatinamente.

Las capacidades de las habilidades físicas son más notorias en situaciones de emergencia y en otros momentos en que se imponen al cuerpo exigencias extremas. Por lo general, en esta etapa se hace un recordatorio de que el cuerpo empieza a envejecer.

Los cambios físicos que dan cuenta de la modificación progresiva de la apariencia son muy variados y al principio muy sutil, se manifiesta en las capacidades físicas, modificando las habilidades sensoriales y motoras, al igual que el funcionamiento interno de los organismos.

Craig (2001) dice que las habilidades sensoriales que engloban la vista, audición, tacto, gusto y olfato sufren modificaciones al paso de los años.

- Vista: Se mantiene estable hasta los 40 años, pero se empieza a agudizar a los 50 años.
- Audición: La pérdida de audición es más común en hombres que en mujeres. Este hecho se le atribuye a los factores ambientales en los que se desenvuelve el hombre al momento de trabajar
- El olfato, gusto y tacto se van deteriorando gradualmente; aunque son menos perceptibles que los visuales y auditivos.

Es probable que las habilidades motoras tiendan a deteriorarse, pero el desempeño se mantiene constante, tal vez debido a la experiencia y a la práctica habitual. En el tiempo de reacción es diferente, ya que se va haciendo más largo

el racionar y con la vejez se va deteriorando, Como van pasando los años cuesta más trabajo aprender habilidades nuevas (Craig, 2001).

Un punto importante que no debemos dejar de lado la sexualidad, ya que una tercera parte de la población tiene relaciones sexuales al menos dos veces por semana; otras varias veces al mes y otras más que tienen pocos encuentros al año o, en su defecto, no tienen ningún contacto sexual. A lo largo de la vida, una mujer promedio llega a tener solo dos compañeros sexuales (Craig, 2001).

Las tendencias en la conducta sexual del adulto han cambiado de manera considerable con el paso del tiempo. Antes se tenían relaciones sexuales hasta que la pareja llegaba al matrimonio, ahora es más común que las parejas jóvenes sostengan relaciones sexuales antes del matrimonio. Si no hay responsabilidad adecuada, en algunos casos se presentan embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual.

Una de las principales enfermedades de transmisión sexual, y que tiene un alto porcentaje de contagio en los jóvenes, es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Antes se pensaba que era una enfermedad exclusiva de los homosexuales, pero actualmente sabemos que no respeta preferencias sexuales ni clases sociales. Toda persona que no tenga la responsabilidad de su sexualidad tiene un alto riesgo de adquirir esta enfermedad.

Aunque no es la única, existen otras enfermedades como la Clamidia, Gonorrea, Herpes, Virus del Papiloma Humano (VPV), Sífilis, entre otras.

El cuerpo va sufriendo una serie de cambios que van marcando el paso de los años. Ya se ha hablado de los cambios sensoriales y de las motoras, pero no podemos dejar de lado los cambios internos que se empiezan a manifestar, como por el ejemplo la menopausia.

La menopausia tiene lugar cuando una mujer deja de ovular y de menstruar de manera permanente, lo cual significa que ya no puede concebir más hijos, Por lo general se considera que ocurre un año después del último periodo menstrual.

A la edad de los 30 o 40 años, la producción de óvulos maduros en la mujer empieza a disminuir a medida que los ovarios producen una menor cantidad de estrógenos. La baja de la hormona se llama “climaterio”. La menstruación se vuelve irregular, con menos flujo que antes y con un tiempo más largo entre periodos menstruales, antes de que cese del todo (Papalia, 2009).

El síntoma principal son los “bochornos”, a causa de las sensaciones repentinas de calor. Esta sensación es ocasionada por la hormona que afecta los centros de control de la temperatura en el cerebro; sin embargo, nos todas lo padecen. Otros síntomas pueden ser la resequedad vaginal, ardor, comezón, infecciones vaginales y urinarias. Algunas mujeres presentan problemas emocionales como ansiedad y depresión.

Muchas mujeres se sienten libres porque ya no tienen preocupación sobre su periodo menstrual ni la posibilidad de quedar embarazadas. En este periodo tienden a preocuparse más por la pérdida de la pareja.

Pasando la menopausia se presta más atención a los problemas de salud de las mujeres en esta etapa de la vida.

Una de las más importantes es el cáncer de mama, las causas de este mal son muy variadas, pero los científicos han identificado dos genes BRCA1 y BRCA2; los cuales están involucrados en un pequeño porcentaje de los casos de cáncer de mama. A las mujeres a las que se les identifican estos genes y tienen una posibilidad de 85% se les recomienda una mastectomía preventiva y se les sugiere que a partir de los 40 años se hagan un análisis cada uno o dos años sobre todo aquellas que tienen un historial familiar de cáncer de mama (Papalia, 2009).

Otras enfermedades que no son menos importantes son la diabetes, las cardiovasculares, respiratorias y las relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Con una dieta balanceada y nutritiva, con suficiente ejercicio y cuidado regular de la salud, muchos viven una adultez activa y prolongada. Numerosos estudios han demostrado que el ejercicio, antes y después de la madurez pueden mejorar la resistencia y las capacidades físicas (Weg, 1989).

### 1.1.3. Desarrollo Cognitivo

Durante la vida nos vamos preguntando qué debemos conocer, cómo y para qué. En la adultez interesa más el conocimiento para la resolución de problemas, así como las responsabilidades que se van adquiriendo como la familia y el trabajo. Se podría decir que es donde el conocimiento se lleva más a la práctica, buscando las estrategias adecuadas para poder resolverlo.

Algunos investigadores se concentran en la forma en que el adulto emplea la inteligencia para entender a las exigencias de la vida y cómo evoluciona el funcionamiento cognoscitivo ante las nuevas experiencias que nos obligan a modificar los “sistemas de significado”.

Monedero (1986), dice que los rasgos distintivos de los pensamientos del adulto es la flexibilidad con que emplean sus capacidades cognoscitivas. Propone que durante la niñez y la adolescencia aprenden estructuras cada vez más complejas para entender el mundo. Las poderosas herramientas del pensamiento operacional formal son el logro de lo que llama periodo de adquisición. En la juventud se aplican las capacidades intelectuales para cursar una carrera y escoger un estilo de vida. Monedero llama a este periodo “realización”. Se aplican las capacidades intelectuales en la resolución de problemas y en la toma de decisiones para que logren metas y un plan de vida.

En el funcionamiento cognitivo del adulto no siempre se produce procesos cognitivos que se ajusten al pensamiento hipotético deductivo. Esto es debido a que no siempre el sujeto adulto es capaz de alcanzar el desarrollo de las operaciones formales. Según la teoría de Piaget sería así, pero la experiencia ha demostrado que debido a las características individuales de los sujetos que

inciden en la tarea, no son capaces de resolver determinados problemas a alto nivel cognitivo. En otras ocasiones dificulta o favorece la resolución de problemas con ayuda de los conocimientos previos del adulto (González, 2002).

Los individuos que efectúan con éxito la planeación alcanzan cierto grado de independencia y pasan a la siguiente fase en la aplicación de las habilidades cognoscitivas, periodo que supone una responsabilidad social. En la madurez nos valemos de las habilidades cognoscitivas para resolver los problemas ajenos en la familia, en la comunidad y en el trabajo. Para algunos esas responsabilidades pueden ser en extremo complejas, pues es necesario conocer las organizaciones y los niveles de conocimientos; tales personas ejercitan sus habilidades cognoscitivas en funciones ejecutivas, además de asumir sus responsabilidades sociales (Craig, 2001).

La función principal consiste en reintegrar los elementos experimentados en años anteriores: interpretar la vida como un todo y analizar las preguntas relacionadas con los propósitos. Así pues, el centro del desarrollo cognoscitivo en la adultez no es una mayor capacidad ni un cambio de estructuras cognoscitivas, sino más bien el uso flexible de la inteligencia en diversas etapas del ciclo vital.

La madurez cognoscitiva se caracteriza por la adquisición de habilidades para tomar decisiones de manera independiente y responsable.

Una forma de ver los cambios cognoscitivos que se operan en la madurez y en años posteriores es la propuesta por John Horn (1982), quien distinguió entre inteligencia fluida e inteligencia cristalizada.

La inteligencia fluida consta de las capacidades que se aplican al nuevo aprendizaje, la memorización, el razonamiento inductivo y la percepción de nuevas relaciones entre los objetos y los hechos. Se piensa que la inteligencia fluida aumenta al cabo de la adolescencia o hasta el inicio de la madurez y se va deteriorando a través del resto de la vida.

Sin embargo, en la inteligencia cristalizada es el conocimiento que se logra con la educación formal y con las experiencias de la vida en general. Se trata del conjunto de conocimientos e información que se van acumulando con el tiempo. Nos sirve para descubrir nuevas relaciones, hacer juicios y analizar problemas.

Las capacidades que dependen de la experiencia se conservan estables o incluso aumentan. La razón sugiere que las habilidades fluidas, las cuales dependen de un funcionamiento uniforme del sistema nervioso, deberían reducirse con la edad.

En la actualidad no nos basamos tanto en el deterioro intelectual de tipo biológico, sino que existe una interacción cognitivo-contextual que influye en diferentes factores, como son la edad cronológica, el momento histórico en el que le ha tocado vivir y la experiencia individual de cada sujeto.

#### 1.1.4. Desarrollo Social

Es una etapa donde la socialización es básica, ya que la persona adulta pasa de no tener ninguna responsabilidad a tener una familia, con todo lo que ello supone. Además de unas exigencias de horario de trabajo, debidas a su nueva actividad laboral, éste es un gran cambio de obligaciones y deberes, tanto en la planificación de su futuro como en la estructura de una nueva vida.

Esto significa un giro muy grande es el status social del adulto y también en las relaciones personales. Todo cambio que se presenta en esta etapa manifiesta que los aspectos sociales son fundamentales en la madurez.

Lo que marca el cambio de vida del sujeto no es tanto la edad, sino la época y la sociedad en la que le ha tocado vivir. El sujeto irá actuando en cada momento según la exigencias que determina los roles y estatus sobre lo que va pasando en su entorno (González, 2002).

La persona adulta, en su vida social, se comunica con personas en forma anecdótica y ocasional; tiene relaciones profesionales, pertenece a asociaciones

culturales, deportivas, intelectuales o religiosas. Es el momento de grandes relaciones de amistad; se potencian las relaciones familiares y sobre todo las relaciones íntimas entre los esposos.

El contexto del adulto puede describirse en tres sistemas independientes, pero interconexos que se concentran en varios aspectos del *yo*: el *yo personal*, el *yo como miembro* y el *yo como trabajador*. Estos sistemas cambian con los acontecimientos y las circunstancias, lo mismo que de raíz las interacciones con la comunidad y la cultura en general.

El *Yo Personal*: autorrealización y autoestima. Una formulación clásica de lo que es importante para el *yo adulto* es la de Abraham Maslow (1908-1970); su teoría presenta características del desarrollo bien definidas, sin embargo, en lugar de la etapas pone de relieve las necesidades que se deben satisfacer cuando se lucha por alcanzar el potencial o el sentido del *yo*. La meta es la utilización y el desarrollo pleno de sus talentos y capacidades. La autorrealización ocupa la parte más elevada en la “jerarquía de necesidades”, las necesidades de autorrealización solo se pueden expresar o entenderse después de satisfacer las de orden inferior como las de alimento, vivienda y seguridad. Se necesita amar y sentirse amados, además de experimentar un sentido de “pertenencia” en contextos como la familia y la comunidad (Craig, 2001).

Una persona solo puede comenzar el camino hacia la autorrealización en una búsqueda permanente que conviene verla más como una “búsqueda de la verdad” y del conocimiento; la tentativa para garantizar la igualdad y la justicia; la creación y amor por la belleza (Shaffer, 1978).

El *Yo como miembro de familia*, ya que éste es un contexto muy importante donde la persona se desarrolla como adulto. Definir qué roles y responsabilidades familiares son elementos más importantes, hablando de sus roles como progenitores, cónyuges, hermanos e hijos. También se habla de las actividades y responsabilidades familiares, sobre la intimidad, la comunicación, la compañía y la realización personal (Monedero, 1986).

Los adultos casados, o no, suelen encontrarse en un proceso de transición; pasan de la familia en la que crecieron a la familia que formaran. Se identifican cuatro aspectos en este proceso:

1. Independencia emocional: En este punto el joven adulto necesita menos apoyo psicológico de sus padres.
2. Independencia de actitudes: El joven adulto descubre actitudes, valores y creencias que no por fuerza son iguales a los de sus padres.
3. Independencia funcional: Hace referencia a la capacidad para adquirir solvencia económica y atender sus problemas cotidianos.
4. Independencia de conflictos: Se presenta en cualquier momento, supone la separación de la familia sin sentimientos de culpa ni de traición.

El yo como trabajador es la respuesta a los pensamientos e interrogantes de “¿Qué vamos hacer de grandes?”. La respuesta a esta pregunta marca el futuro del adulto en su identidad, poniendo en relieve que se puede y no hacer.

Sin importar la ocupación, llevan con ellos las actitudes, las creencias y las experiencias del trabajo porque son parte de una empresa, de una profesión, de una especialidad, de un arte u oficio. A menudo el trabajo define un status, los ingresos o prestigio. Asimismo define el programa de actividades, los contactos sociales y las oportunidades de desarrollo.

Los psicólogos sociales e industriales señalan que el trabajo es un medio de supervivencia que se obtiene del trabajo, el dinero les permite adquirir vestido, alimentos y una vivienda para ellos y su familia.

Los seres humanos pasamos por diferentes crisis y conflictos. En la edad adulta se necesita establecer las clases de relaciones afectivas y laborales que beneficien al mundo y a la comunidad. Esto quiere decir que busca producir para no estancarse. La productividad se encuentra en muchos campos y uno de ellos es el trabajo, en donde la persona adulta busca ser alguien, un medio de descubrimiento y medio de expresión, así como una forma de contribuir en algo

importante a la familia y a la sociedad. Como ya se había mencionado, en cada etapa se presenta una crisis en donde el adulto hace una introspección para ver si realmente ha producido lo suficiente para dar a la familia y a la sociedad, pero la solución a esta crisis es conseguir un equilibrio entre el interés del yo y los intereses de los demás (Lefkowitz, 2006).

Peck (1968), dice que existen más crisis relacionadas con lo físico y mental. Éstas las define en siete etapas, pero solo mencionaremos cuatro que son las que abarca esta edad:

- Valorar la sabiduría o las facultades físicas: La etapa adulta se distingue por una pérdida gradual del vigor, el tono muscular y otros componentes de la fuerza, la resistencia y las hazañas deportivas. Estos cambios físicos hacen que los trabajadores encuentren cada vez más difícil esforzarse. A medida que ocurren estos cambios se vuelve cada vez más importante para los adultos insistir en las actividades que no sean físicas.
- Socialización o Sexualidad: Los cambios hormonales de la etapa adulta dan como resultado cambios en el interés, la conducta o la capacidad sexual. Algunas relaciones personales importantes se caracterizan por un fuerte componente sexual.
- Flexibilidad emocional: Todos los cambios buscan una manera de adaptarse y modificarse. Los lazos emocionales, en algunas ocasiones, tienden a romperse por diversas razones: la gente muere, los hijos se van de casa, las parejas se separan y se divorcian. Lograr una adaptación a estos cambios emocionales necesita una flexibilidad emocional.
- Flexibilidad o rigidez emocional: De la misma manera en que los cambios de la vida emocional piden que sean capaces de establecer nuevas relaciones y, a veces, olvidar otras. Diversos cambios sociales y culturales exigen que se acepten nuevas vidas y, en ocasiones rehacer antiguas. De aquí viene la flexibilidad emocional.

El adulto juega un papel importante en diferentes grupos sociales, cumpliendo un rol y una función, estableciendo relaciones laborales, de pareja y de amistad. Éstas son muy importantes en cualquier etapa del desarrollo del ser humano.

Las relaciones de amistad son esenciales en la vida adulta, los amigos íntimos son aquellas personas en las que se confía y se acude cuando se tiene problemas, siempre están dispuestos a ayudar y a compartir momentos agradables. Así como en las relaciones de pareja, se construye un vínculo afectivo.

Este vínculo, en algunos casos, se hace más fuerte haciendo que la amistad se convierta en una relación de pareja. Robert Sternberg (1986), propone una teoría triangular del amor que demuestra las complejidades de entablar una relación amorosa. Afirma que el amor tiene tres componentes que son:

1. Intimidad: Es la sensación de sentirse unido o vinculado al ser querido. Queremos hacer cosas para que la persona amada tenga una vida mejor. Se tiene un auténtico cariño y la persona se siente muy feliz cuando está cerca del ser amado. Las personas que se aman comparten actividades, posesiones, pensamiento y sentimientos. El compartir quizás sea un factor para que el noviazgo se convierta en matrimonio.
2. Pasión: Indica la atracción física, la excitación y el componente sexual de la relación. Las necesidades sexuales son importantes pero no son la única fuente de motivación. También intervienen las necesidades de autoestima, afiliación y afecto. Unas veces, la intimidad culmina en la pasión; otras, la pasión aparece primero. En ocasiones hay pasión sin intimidad o intimidad sin pasión.
3. Decisión y compromiso: Presenta aspectos a corto y largo plazo. El primero es la decisión o el darse cuenta de estar enamorados. El aspecto a largo plazo es el compromiso de cultivar ese amor.

## 1.2. Relación de pareja

Las relaciones incluyen cualquier asociación característica entre dos o más personas que involucren cierta interacción y que pueda tener diversos fines, ya sea solo un encuentro casual, una amistad, un matrimonio, etc.

Sánchez (1995), hace mención que para conocer el tipo de relación que puede darse entre dos personas es necesario explorar las fases que atraviesa una relación interpersonal. Se distinguen tres fases en las relaciones:

- Conciencia
- Contacto superficial
- Mutualidad

Durante la fase de conciencia, lo que guía la atracción son rasgos superficiales, tales como atracción física, competencia, calidez e interés en actividades similares. Durante la fase de contacto superficial, tales características pueden ser menos importantes y son los tipos, frecuencia e intensidad de las recompensas y los costos recibidos del otro lo que determina la atracción. De igual forma, las actitudes similares y las conductas dadas por los papeles sexuales determinan en forma importante a la atracción. Durante la mutualidad, hay mucha autodivulgación concerniente a los sentimientos personales, se expresa y comparte información sobre el bienestar de ambos miembros y se crean normas para la pareja; se asumen responsabilidades para proteger y mejorar la relación y se eleva el compromiso emocional (Sánchez, 1995).

Podemos definir la relación de pareja como una asociación de dos personas con un propósito familiar común o concurrente. Una entidad peculiar, autónoma y específicamente diferenciada que es más que la suma de sus componentes. Es una entidad psicológica y social absolutamente inédita; esto es, que ha de fijarse cada vez los principios y cánones de su funcionamiento y actuación mediante una combinación de experiencias previas (Sánchez, 1995).

En otras palabras, podemos decir que es la interacción de dos personas de diferentes sexos, unidas por un compromiso emocional y los factores que la integran.

Ya establecida la relación de pareja hay tres aspectos fundamentales que determinan su funcionamiento: la conciencia de pareja, que consiste en la vivencia continúa de los miembros de ésta por pertenecer a una estructura diferente a la personal; la intimidad, en el sentido de la seguridad en el otro, como miembro de la pareja antes que como individuo y; finalmente, el mantenimiento de la personalidad de cada miembro de la pareja, lo cual preserva los elementos biográficos propios e intransferibles, lo que entraña la aceptación de diferencias y la decisión del cumplimiento de experiencias.

Un cambio significativo que se puede dar durante la relación de pareja es el matrimonio que se toma como una interrupción de la identidad de cada miembro, originando una serie de cambios que implican dejar el hogar de los padres, tomar responsabilidades de origen económico, social y emocional. Pero también se obtienen privilegios; como dar madurez a las personas, ofrece una nueva consideración, proporciona mayor impulso psicológico y da un nuevo equilibrio que permite la adaptación al nuevo estatus.

El proceso de selección de cada pareja no es ni mágico ni místico, sino la expresión de las necesidades personales de cada individuo desarrolladas en el contexto socio-cultural.

Sánchez (1995), dice que la selección de la pareja pasa por tres fases, la primera consiste en la atracción por los atributos físicos, sociales e intelectuales de los miembros de la pareja. Si el proceso continúa se sigue a una fase de comparación mutua de valores donde se negocia mediante intercambios verbales y; finalmente, se da un funcionamiento de la pareja mediante roles individuales compatibles.

El cortejo es cuando se da un interjuego de mecanismos de poder y control entre los miembros de la pareja que tiene el propósito de garantizar la satisfacción de las necesidades emocionales mutuas. En esta fase, la pareja ha de lograr un grado de dominio mínimo sobre una serie de tareas que pueda asegurar su continuidad a largo plazo. En el matrimonio, la relación toma un giro diferente al tener que enfrentar las responsabilidades asumidas como se mencionaba anteriormente.

Hasta aquí se entiende que la relación de pareja tiene implícitos, en su funcionamiento, una serie de factores que determinan e integran a la relación y que marcan la pauta de la dinámica que sigue, los problemas que enfrentan y las soluciones que emprenden. Entre estos factores destacan por su importancia: el amor, la cercanía y la satisfacción marital.

Aunque el matrimonio no es la única forma que encuentran las parejas para formalizar su unión, muchos optan por la unión libre, aunque dentro de la sociedad no está muy bien visto, aunque ofrece más libertad a la pareja para diseñar roles, según como lo deseen. A medida que la unión libre va ganando aceptación, el matrimonio va perdiendo la importancia como medio de sanción formal del sexo.

La unión libre supone muchas de las funciones que enfrentan los recién casados en el establecimiento de sus relaciones. Tiene que resolver conflictos mediante un complejo proceso de “negociación y acuerdos colectivos”, por lo que resulta indispensable una comunicación constante y eficaz. Al igual que el matrimonio, hay un esfuerzo constante para lograr una comunicación.

A través de la historia y de las diferentes culturas, el matrimonio busca satisfacer las necesidades fundamentales; a nivel personal implica intimidad y a nivel social asegura la formación y educación de los hijos mediante un compromiso estable.

En primer lugar, se debe elegir a la persona adecuada para el matrimonio, tarea que parece fácil en principio, pero no es así. Desde el primer momento de la

adolescencia se empiezan a formar grupos e incluso parejas, cuando se llega a manifestar algún problema por el cual se llega a romper la relación, a la persona se le hace difícil volver a encontrar nuevos grupos con los que pueda establecer vínculos afectivos.

Una decisión importante es la formación de la familia y la llegada del primer hijo de la pareja que impone nuevos roles y responsabilidades.

Robinson y Blanton (1993), dicen que existen limitaciones a la hora de elegir al compañero, entre los factores que se consideran importantes están: endogamia, cercanía y atractivo físico. Aunque se escuche muy superficial, es esta última la que hace que dos personas empiecen hablar; posteriormente se va uniendo a la inteligencia, cultura, educación, interés, afectividad. Esto puede darle estabilidad a la relación.

La relación matrimonial pasa por diferentes etapas, cada pareja tiene su manera de relacionarse y de vivir los sucesos que van produciendo a lo largo de su vida.

- La primera etapa sería el inicio de la relación matrimonial. Esto supone un compromiso. Es adaptarse a la otra persona, desempeñar un nuevo rol y el tener un proyecto en común. Todo esto implica un cambio importante en la pareja.
- La segunda etapa sería la aparición del primer hijo. La pareja, sin dejar de ser ella misma, se tiene que volcar en ese nuevo ser indefenso que necesita para subsistir la ayuda de los padres y, por otra parte, la madre debe estar en condiciones físicas no muy favorables. De nuevo se debe estructurar la familia y adaptarse al nuevo integrante de la familia.
- La tercera etapa es cuando los hijos desaparecen de casa, cuando las madres han tenido una dedicación plena por ellos y no tienen un trabajo independiente del hogar. Esto les puede provocar un problema grande, ya que se encuentran sin saber qué hacer. Pero no en todos los casos

es igual pues algunas buscan actividades. Cualquiera que sea la situación requiere una nueva educación de la pareja.

- La cuarta etapa es la aparición de nietos. De nuevo se implica a la pareja y tendrá que replantearse la nueva forma de funcionar en el rol de abuelos.

Las familias pasan por un ciclo predecible en su vida familiar, caracterizado por hechos concretos. El primer hito ocurre cuando el individuo deja la familia de origen, la separación puede realizarse en el momento del matrimonio o antes.

En el momento que se presenta la paternidad o la maternidad se hace una transición a un punto importante de la familia, se ejerce una presión para la joven pareja de recién casado porque el paso siguiente es tener el primer hijo. Los recién casados disfrutaban a menudo un nivel relativamente alto de vida cuando trabajan ambos y no deben mantener un hijo; compran automóviles, muebles y ropa; con frecuencia comen fuera de casa y gozan de numerosas actividades recreativas y este estilo de vida llega a un fin abrupto con el nacimiento del primer hijo (Aldous, 1978).

Cowan y Cowan (1992), dicen que los efectos de esta transición tienen determinados dominios de la vida personal y familiar. Se pueden encontrar los siguientes:

- Cambios en la identidad y en la vida interior: se modifica tanto el sentido del Yo de los padres como sus suposiciones respecto al funcionamiento de la vida familiar.
- Cambios en los roles y en las relaciones dentro del matrimonio: la división del trabajo entre los padres cambia en un momento en que se sienten presionados por la alteración y porque no pueden estar juntos tanto como desearían.
- Cambios en los roles y en las relaciones entre generaciones: la transición influye también en los abuelos.

- Cambio en los roles y en las relaciones fuera de la familia: los cambios externos influyen; sobre todo en la madre, pues seguramente interrumpirá su carrera al menos en forma temporal.
- Nuevos roles y relaciones de paternidad (maternidad): la pareja debe cumplir con las nuevas responsabilidades relacionadas con la crianza del hijo.

Al momento del nacimiento del primer hijo, las preocupaciones y responsabilidades son muchas y ambos padres las manifiestan de diferentes formas. La madre ajusta su estilo de vida para dar prioridad a su rol materno. Los padres experimentan sentimientos de orgullo y emoción, aunados a una mayor responsabilidad que puede resultar abrumadora. La pareja necesita reservar un poco de tiempo para estrechar la relación y cultivar otros intereses. Después del matrimonio muchas parejas manifiestan problemas sexuales, disminuye la comunicación y los intereses comunes; aumentan los conflictos (Osofsky y Osofsky, 1984).

Varios factores influyen en el ajuste de los padres a sus nuevas funciones, en especial, el apoyo social del marido es muy importante para la madre. La felicidad durante el embarazo es otro factor decisivo en el ajuste de ambos. De hecho, la adaptación del padre influye profundamente en la evaluación que haga la madre de su matrimonio y de su embarazo. La autoestima de los padres es otro factor, pues quienes tienen una buena autoestima suelen ajustarse sin ningún problema.

Las exigencias impuestas a los padres varían con cada periodo del ciclo de la vida familiar. Un bebé necesita una atención total y constante; algunos progenitores la dan con mayor facilidad que otros.

Cada periodo crítico del desarrollo infantil también produce o reactiva un periodo crítico de los progenitores. Galinsky (1980), habla de una teoría donde en la paternidad o maternidad existen seis etapas:

1. Etapa de formación de la imagen: abarca desde la concepción hasta el nacimiento. La pareja genera una imagen del tipo de padres que serán y evalúan el desempeño previsto con sus criterios de perfección.
2. Etapa de crianza: abarca desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Los padres se sienten apegados a su hijo y tratan de conciliar las necesidades del niño con el compromiso emocional y el tiempo que dedica el cónyuge a los amigos y a los padres.
3. Etapa de la autoridad: abarca desde los 2 a los 5 años del niño. Comienzan a cuestionar el tipo de padres que han sido y que serán. Se produce el crecimiento cuando se dan cuenta de que a veces ni ellos ni su hijo corresponden a la imagen de perfección.
4. Etapa interpretativa: abarca los años de la niñez media, los padres reexaminan y prueban muchas de sus teorías más arraigadas.
5. Etapa de interdependencia: cuando el niño se convierte en un adolescente se tiene que redefinir la relación de autoridad que tienen con el hijo en esa fase de la vida. Algunos se sorprenden compitiendo o comparándose con los hijos.
6. Etapa de partida: Cuando los hijos ya crecidos abandonan el hogar paterno. Los progenitores no sólo deben permitirles independizarse, sino que encaran la dura y, en ocasiones, desagradable tarea de valorar sus experiencias como padres.

Durante cada etapa, es necesario que los padres sepan resolver sus conflictos personales en un nivel nuevo y más avanzado de integración; de lo contrario no conseguirán enfrentar sus sentimientos. Las tensiones sin resolver pueden deteriorar las relaciones matrimoniales o la capacidad de cumplir bien las obligaciones de padres.

Existe mayor satisfacción matrimonial en aquellas parejas que tienen una buena comunicación afectiva y también a la hora de resolver problemas, que son capaces de contarse las cosas de forma natural y de ponerse en la situación del otro.

### 1.2.1. La cercanía en la relación de pareja

La relación de pareja ha sido considerada como una relación cercana debido a que se establece un vínculo emocional característico, no parecido a ningún otro. En ella, aspectos como la intimidad y el compromiso son centrales.

Sánchez (1995), dice que para entender más sobre la cercanía hay que hablar sobre la teoría del efecto de la interdependencia. Hay tres componentes que constituyen los elementos de la interdependencia y produce efectos sobre la interacción:

- Control reflexivo: Se refiere al grado en el cual una persona controla sus propios efectos de interacción, independientemente de la conducta de su pareja.
- Control predestinado: Tiene que ver con la influencia de las acciones del otro miembro de la pareja en los propios efectos. Cuando esta dependencia es mutua, los efectos de ambos miembros son interdependientes.
- Control conductual: Refleja el grado en el cual los efectos de la interacción son una función de las acciones conjuntas de ambos miembros.

Considerando ésta aproximación, las decisiones acerca de las acciones conjuntas en la pareja son constantemente afectadas por el control propio de las acciones, la influencia provocada por las acciones del otro y la evaluación de la interacción de los efectos de ambos en la pareja.

Cuando se habla de cercanía en la pareja, se trata de entender por qué se experimenta entre dos personas la cercanía. Hay dos dimensiones que prevalecen: la intimidad y el compromiso.

Al hablar de intimidad como una de las dimensiones que se vinculan con la cercanía, puede ser manejado como un elemento de amor, aunque también es

una combinación de creencias, pensamientos, sueños, la sexualidad y un aspecto central de la personalidad como la autoestima; las cuales en su conjunto alejan a la pareja del enojo.

La intimidad es un proceso en el cual se intenta lograr cercanía con otro, para explorar similitudes y diferencias a partir de lo que se piensa, siente y conduce (Sánchez, 1995).

La cercanía tiene aspectos de contacto, como compartir, cuidado, calidez, altruismo, compromiso, involucramiento emocional. Es importante mencionar que la naturaleza de la intimidad depende mucho de la cultura y del tiempo.

Hemos hecho mención de las cosas positivas de la cercanía, pero también existen aspectos negativos que puede provocar conflicto en las relaciones. Altos niveles de intimidad pueden ocasionar que al terminar la relación sea más dolorosa; además de celos, comparación de problemas, etc. (Sánchez, 1995).

Con base en lo anterior, es importante decir que la intimidad posee aspectos positivos y negativos que traen como consecuencia la propensión o evitación hacia el establecimiento de relaciones cercanas.

En lo que respecta a la dimensión del compromiso, éste ha sido usualmente definido como la probabilidad de que una persona continúe en una relación una vez que ha comenzado.

Cuando se presenta el compromiso es porque la persona reporta involucramiento con el otro, entonces se espera que los sentimientos vayan acorde al compromiso de pareja. El nivel de compromiso va depender de las decisiones en torno al mantenimiento o alejamiento de la relación.

Además, se argumenta que los individuos deben estar más satisfechos con sus relaciones en la medida en que éstas sean fuente de altas recompensas y bajos costos, y se excedan en cuanto a sus expectativas generalizadas o nivel de comparación. Así, si un individuo comparte muchos intereses comunes con su pareja romántica, con quien pocas veces discute y generalmente tiene expectativas bajas de su involucramiento romántico, entonces debería estar relativamente satisfecho con su relación de pareja.

CAPÍTULO II  
CÁNCER DE MAMA

## 2.1. Cáncer

El cáncer es una anomalía en la formación de células, las cuales tienen diversas e importantes funciones. En su ciclo normal, las células crecen y se dividen para formar nuevas células de forma ordenada, este proceso mantiene saludable al organismo. Sin embargo, algunas células no mueren, contrariamente siguen dividiéndose y creando nuevas células que el cuerpo no necesita, dando lugar a masas de tejidos adicionales, comúnmente conocido como tumores malignos es decir, cáncer (Tinoco, 2011).

Cuando se expresa la palabra cáncer, la vida de la persona diagnosticada se detiene, sus emociones quedan expuestas al no saber qué es lo que les espera, invadidos de dudas, preguntas e información.

Algunos quizá hayan prestado su ayuda y consuelo a familiares, amigos o conocidos que han padecido esta dolencia, otros no han conocido esta experiencia, solo saben de tales casos a través de terceros o de oídas.

Se debe estar consiente que el cáncer tiene diversos tratamientos que pueden ayudar a la persona a tener una excelente salud. También va a depender de en qué parte se encuentre el cáncer, para así saber qué tratamiento es el más conveniente.

El cáncer no es una enfermedad única, ya que bajo esa denominación se agrupan una multitud de diferentes procesos clínicos con un comportamiento diferente de unos a otros y que tienen como característica común la existencia de una proliferación anormal de células, que tienen la capacidad de expandirse por el cuerpo mediante dos mecanismos: por invasión y por metástasis (Cruzado, 2007).

- Invasión: Se refiere a la migración y a la penetración directa de las células cancerosas en el tejido vecino.
- Metástasis: Se produce cuando las células cancerosas, circulando a través de los vasos sanguíneos y linfáticos, llegan a invadir el tejido normal en otras partes del cuerpo.

Cruzado (2007), dice que hay más de 150 tipos de cáncer; sin embargo, los más comunes por el tipo de células afectadas son los siguientes:

- Carcinomas: El más común entre los diferentes tipos de cáncer. Proviene de las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo. Los más frecuentes son el de pulmón, de mama y de colon.
- Sarcomas: Es cáncer que surge de las células que se encuentran en los tejidos que sostiene el cuerpo, como el hueso, el cartílago, el musculo y la grasa.
- Linfomas: Es cáncer que se origina en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico.
- Leucemias: Es cáncer de células inmaduras de la sangre producidas en la médula ósea y que tienden a acumularse en grandes cantidades dentro del torrente sanguíneo.

Aparte de la clasificación que nos presenta Cruzado (2007), encontramos otros tipos de carcinomas, como de Paget e inflamatorio.

El carcinoma de Paget se presenta como una lesión del complejo areola-mamilar, comprometiendo la placa areolar y, por característica, provocando la destrucción de la papila. Generalmente aceptado como una extensión cutánea de un carcinoma ductal. Presenta buen pronóstico cuando es diagnosticado tempranamente, antes de que se manifieste en formación de tumor (Hernández, Bernardello y Pinotti, 1998).

El carcinoma inflamatorio se manifiesta por la presencia de señales inflamatorias provocadas por la embolización maciza de los émbolos tumorales, provoca un edema de piel pronunciado (aspecto cascara de naranja), endurecimiento difuso de la mama y eritema cutáneo, simulando un proceso inflamatorio (Hernández et al; 1998).

El cáncer se suele clasificar por su extensión, para lo que se suele utilizar una clasificación TNM. En este tipo de clasificación se asigna un número a la T, de

acuerdo con el tamaño o la invasión del tumor primario (sitio original), se asigna otro número a la N, de acuerdo con los ganglios linfáticos afectados, y otro número a la M si hay metástasis a distancia.

A cada combinación de números para T, N y M se le asigna un grado de extensión global que se relaciona con la probabilidad de curación; este grado de extensión lleva por nombre estadio.

Hartmann y Loprinzi (2005), dicen que el desarrollo del cáncer es un proceso que tiene un inicio y un número de pasos que deben presentarse para que el cáncer progrese y se convierta en una amenaza letal.

La primera etapa, llamada iniciación, comprende el daño de áreas importantes en el ADN de la célula; después de eso la célula puede reproducir las versiones anormales de sí misma. Conforme se reproducen las células cancerosas pueden volverse más adaptables. Las nuevas generaciones adquieren propiedades que le dan una ventaja en el crecimiento, lo que le ayuda a competir con las células normales por los nutrientes, de manera que el tumor se vuelve más grande y más destructivo. Estas propiedades permiten a las células cancerosas evadir el reconocimiento del sistema inmune, desarrollar su propio aporte sanguíneo y diseminarse a áreas distantes del cuerpo. A menudo pasan varios años entre el momento en que una sola célula anormal se divide y el momento en el que se detecta el cáncer.

Para cuando un tumor sea lo suficientemente grande para que se pueda sentir o se pueda observar en una prueba, probablemente ya tendrá, por lo menos mil millones de células cancerosas.

La mayoría de los tipos de cáncer no tienen una sola causa, sino que son el resultado de un proceso muy complejo y prolongado. En general, las causas de la mayoría del cáncer se pueden dividir en factores externos e internos (Hartmann y Loprinzi, 2005).

- Factores Externos: Son influencias externas al cuerpo, entre las que se incluyen el estilo de vida y factores ambientales. Los factores externos asociados con el cáncer incluyen el tabaquismo, el alcoholismo, una dieta poco sana, un estilo de vida sedentario, entre otras.
- Factores Internos: Incluyen niveles hormonales, mutaciones genéticas heredadas y condiciones inmunológicas.

### 2.1.1. Cáncer de mama

Un diagnóstico de cáncer siempre es alarmante, no importa la parte del cuerpo en donde se presente, siempre hay un mar de emociones al ser diagnosticados. Todo tipo de cáncer tiene su importancia pero nos enfocaremos en cáncer de mama.

“Antes que nada tenemos que hablar un poco de fisiología mamaria. Los lobulillos se desarrollan entre los 15 y 25 años de edad; gradualmente los primeros son reemplazados por otros más maduros y menos activos durante el ciclo menstrual, particularmente durante el embarazo. La fase del ciclo menstrual también se asocia con el incremento en la formación de acinos, a partir de los conductillos. Los lobulillos epiteliales y el estroma están bajo control hormonal. Los cambios que se producen en cada ciclo menstrual demuestran un pico de actividad mitótica al final del ciclo, seguido de apoptosis. Las alteraciones causan diferencias marcadas en la estructura en diversas áreas de la mama, frecuentemente se observan lobulillos bien desarrollados y poco desarrollados, conductos dilatados y normales; tejido fibroso deficiente en los lobulillos y tejido graso; dando lugar a la fibrosis, adenosis que es reportada en las biopsias de mamas nodulares” (Vargas, 2011, p.p. 154).

Los cambios evolutivos de la mama se evidencian alrededor de los 35 años de edad, muchas veces antes; de modo que los cambios suceden, uno tras otro, alrededor de 20 años. Los cambios durante el embarazo se caracterizan por el incremento de las mitosis de las células de revestimiento epitelial de los lobulillos y una mayor cantidad de tejido adiposo. Durante la lactancia existe comprensión de

las células epiteliales y ruptura de la pared alveolar. Finalmente, durante la menopausia, los cambios se caracterizan por involución del parénquima y numerosas y grandes células mioepiteliales del revestimiento ductal (Vargas, Leroy y García, 2011).

Wolfgang y Sabine (1995), hablan de la etiología del cáncer de mama. El tejido sano de la célula se genera como consecuencia de un orden celular establecido para cumplir con una misión determinada. Mediante la división de una célula que hereda exactamente las mismas funciones que la antigua, de la que ha surgido; esta división celular la dirige los genes. Las células que darán origen a los tumores, o bien a las células degeneradas, surgen en realidad de unas células sanas que durante el proceso de división celular han crecido en anarquía y originado la destrucción de todo el ordenamiento celular existente.

Estas células crecen de forma completamente descontrolada, diferenciándose de las células sanas por su tamaño, pero a su vez ellas también se dividen y se reproducen con gran rapidez, presentando con frecuencia formas sumamente curiosas y extrañas. Las células cancerosas muestran unos núcleos notables, poseen mitocondrias y una elevada cantidad de ribosomas libres, son ricas en agua y ácidos nucleicos y se hallan en mitosis (Vargas, 2011).

Al iniciarse el cáncer de mama, las células tumorales invaden primero los conductos galactóforos y los lóbulos glandulares; luego comienza a crecer desordenadamente hasta llegar a formar unos tumores epiteliales malignos, cuyo armazón fibroso se instala profundamente en los alvéolos, formando un sistema cavernoso que contiene estas células libre. En un momento determinado, estas células cancerosas atraviesan la membrana basal e invaden el tejido mamario circunvecino, destruyéndolo. A continuación invaden las vías linfáticas y, a veces, también los vasos sanguíneos. Por estos caminos denominados corrientes biológicas, llegan a todo el cuerpo, invaden y anidan en órganos lejanos y reproducen la neoplasia en cualquier nueva localización (Hartmann y Loprinzi, 2005).

Aunque existe un bajo porcentaje de que se presente el cáncer de mama en hombres, generalmente son tumores de pequeñas dimensiones que, precozmente, provocan alteraciones en la piel y del mamilo. La fijación a la fascia pectoral y el comprometimiento axilar son frecuentes. El tratamiento, en líneas generales, es semejante al de la mujer, observándose quirúrgicamente. La opción es siempre la mastectomía radical modificada (Hernández et al; 1998).

Esta enfermedad es un padecimiento que regularmente son asociados a la edad; sin embargo, recientemente se advierte que en México dicha enfermedad empieza afectar también a los jóvenes, como resultado de los cambios en su vida cotidiana, debido al estrés, falta de ejercicio, mala alimentación y vicios como el tabaquismo (Tinoco, 2011).

## 2.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos que aumentan las probabilidades de una persona de desarrollar cáncer. La identificación de los factores de riesgo señala el camino de las posibles causas del cáncer.

Dada la elevada incidencia y prevalencia del cáncer de mama en los países desarrollados, los estudios de epidemiología analítica, destinados a establecer los factores casuales de la enfermedad, han sido numerosos (Staszweski, 1971).

Se han identificado varios factores de riesgo para el cáncer, aunque no se sabe exactamente cómo algunos de éstos causan que las células se vuelvan cancerosas.

Si se tiene un factor de riesgo o una combinación de factores de riesgo, significa que una persona tiene una probabilidad mayor al promedio de padecer cáncer, pero esto no quiere decir que definitivamente la vaya a tener. Muchas personas que desarrollan un tipo de cáncer no tienen ningún factor de riesgo conocido para éste, mientras que otras personas con factores de riesgo nunca padecen de cáncer (Hartmann y Loprinzi, 2005).

Los factores de riesgo pueden poner en peligro la salud de las mujeres, en primer lugar, los hábitos de vida; también el ambiente familiar y social que rodea a cada persona, sin olvidar las influencias ejercidas por el medio ambiente.

A pesar de todo, existen mujeres que poseen mayor predisposición para padecer cáncer de mama. A este grupo de riesgo pertenecen las mujeres que inician muy pronto su pubertad (antes de los 11 años) y, más tarde, la menopausia (a partir de los 50 años). Son mujeres que han producido estrógeno, la hormona sexual femenina durante un periodo de tiempo muy prolongado: una hormona que parece contribuir a la formación del cáncer de mama. Pero el riesgo es también considerable para las mujeres con un acusado sobrepeso, así como para aquellas otras que tienen entre sus familiares más próximos (madre, hermanas, abuela), antecedentes de haber padecido cáncer de mama (Wolfgang y Sabine, 1995).

#### 2.2.1. Genéticos

La mayoría de los cánceres, inclusive el cáncer de mama, adquieren muchas anomalías genéticas, alteraciones de los genes o cromosomas conforme se desarrolla el cáncer.

Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas o adquiridas. Las mutaciones heredadas son aquellas con las que se nace, un gen defectuoso que uno de los padres pasa al hijo. Las alteraciones adquiridas ocurren dentro de las células del propio cuerpo en el transcurso de la vida, y no se pasan (Hartmann y Loprinzi, 2005).

Numerosos estudios epidemiológicos han mostrado que la historia familiar del cáncer mamario está asociada con un riesgo dos a tres veces mayor, en comparación con mujeres que no tienen dichos antecedentes.

Haber (2000), dice que las alteraciones en dos tipos de genes importantes para el crecimiento celular pueden cambiar las células normales en células cancerosas:

- Genes supresores de tumores: Estos genes reguladores son muy importantes, apagan el crecimiento de la célula, detienen la división y la replicación celular. Los errores en estos genes permiten a las células crecer sin control. Los defectos heredados en ciertos genes supresores de tumores, como los genes de cáncer de mama BRCA1 y BRCA2, dan como resultado una predisposición al desarrollo de cáncer de mama.
- Oncogenes: Estos genes promueven la división y el crecimiento celular. Si este tipo de genes está dañado o es defectuoso, el crecimiento celular está fuera de control. Varios oncogenes se han asociado con el desarrollo del cáncer de mama. Incluyen los genes HER-2/neu, EGFR y ras. Aunque las anormalidades en estos oncogenes pueden contribuir al cáncer de mama, no son heredados.

Las personas de algunas familias heredan y pasan el material genético alterado, lo que aumenta significativamente el riesgo de cáncer de mama. Los genes BRCA1 y BRCA2 son grandes y se pueden presentar diferentes alteraciones en ellos, que se han asociado con un aumento del riesgo de cáncer de mama. Las anormalidades en estos genes también dan como resultado un aumento en el riesgo de otros cánceres.

### 2.2.2. Hormonales y reproductivos

La mama femenina es una glándula que, debido a su naturaleza, está sometida a una influencia hormonal muy intensa y a las variaciones que produce el ciclo menstrual.

Antes de producirse la menstruación, muchas mujeres padecen desagradables tensiones en la mama que en ocasiones pueden llegar a ser dolorosas. Esta peculiaridad está relacionada con las modificaciones tisulares que se registran en la mama y que se repiten cada mes (Wolfgang y Sabine, 1995).

En la ovulación, el tejido de la mama parece agrandarse; después, al finalizar el ciclo menstrual que va dirigido por los estrógenos y la progesterona, los dolores y las tensiones unidos a ella desaparecen.

Los estrógenos y otras hormonas reproductivas son esenciales para el desarrollo y función normales de las mamas, pero también pueden promover el cáncer de mama (Hartmann y Loprinzi, 2005).

Hartmann y Loprinzi (2005), dicen que hasta cierto grado, por varios factores reproductivos que aumentan la cantidad de tiempo que el cuerpo de una mujer produce o está expuesta a los estrógenos. Éstos incluyen:

- La primera menstruación a una edad temprana
- El inicio tardío de la menopausia
- Terapia hormonal posmenopáusica
- Las mujeres que se embarazan a una edad temprana y aquellas que amamantan a sus hijos tienen un riesgo ligeramente menor de cáncer de mama. Por otro lado, las mujeres que no se embarazan o que lo hacen a edad más avanzada tienen mayor riesgo de padecer cáncer de mama.

### 2.2.3. Ambientales

Los factores ambientales juegan también un factor muy importante en el desarrollo del cáncer de mama. Cuando se refiere a ambiental significa el aire, agua y tierra. Los factores ambientales incluyen cualquier cosa que no sea heredada o innata.

Desgraciadamente, determinar cuáles factores ambientales contribuyen al cáncer de mama y en qué grado no es fácil. Hasta ahora no se ha encontrado una asociación entre el ambiente específicamente y el riesgo de cáncer de mama.

Hartmann y Loprinzi (2005), dicen que se pueden identificar algunos factores de estilo de vida y ambientales que podrían afectar la probabilidad de una mujer para desarrollar cáncer de mama. Estos incluyen:

- Estilo de vida sedentario: Datos indican que las mujeres que son inactivas físicamente tienen un leve riesgo de padecer cáncer de mama.
- Uso excesivo de alcohol: Las mujeres que ingieren más de una bebida alcohólica al día tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer, en comparación con aquellas mujeres que no beben. El alcohol ha sido repetidamente un importante factor de riesgo en varios sitios cancerosos (Tinoco, 2011).
- Peso Corporal excesivo: Se ha demostrado que tener sobrepeso o ser una persona obesa aumenta el riesgo de cáncer posmenopáusico. El cáncer en este caso está asociado a las grasas saturadas e insaturada; sobre de todo de origen animal y, de manera independiente, el consumo de carnes rojas, que elevan la ingesta de proteínas. Además existe el supuesto de que la carne contiene otras sustancias químicas que actúan en la carcinogénesis mamaria (Tinoco, 2011).
- Exposición a la radiación: Mujeres cuyas mamas han sido expuestas a radiación con rayos X, como las mujeres que han recibido radiación en los ganglios linfáticos del tórax para tratar la enfermedad de Hodgkin, tienen un riesgo mayor.

Otros factores que hacen que se tengan mayor probabilidad de riesgo son:

- Tabaco
- Consumo de drogas o fármacos e ingesta de productos carcinógenos
- Riesgos ocupacionales
- Infecciones

En ciencia cierta no se puede dar en específico qué factor es el que realmente se le puede atribuir que la mujer pueda o no padecer cáncer de mama.

### 2.3. Diagnóstico

Una detección precoz del cáncer de mama aumenta enormemente las posibilidades de curación o control de la enfermedad. Desde hace muchos años las autoridades médicas han establecido revisiones preventivas anuales que se realizan en los centros de salud, hospitales y clínicas de la Seguridad Social, como en los concertados particularmente (Wolfgang y Sabine, 1995).

Lamentablemente son pocas las mujeres que hacen uso de este servicio; algo difícil de comprender si se tiene en cuenta que las mejores posibilidades de curación se basan siempre en un diagnóstico preventivo. Al mismo tiempo, la importancia de realizar una autoexploración periódica de las mamas.

Es natural y comprensible que una revisión, por muy exhaustiva que sea, no consiga evitar el cáncer de mama, pero sí permitirá detectarlo a tiempo para aplicar la terapia más adecuada.

Si existe una sospecha de que el diagnóstico sea cáncer, la paciente debe buscar toda la información correspondiente sobre qué es la enfermedad y los tratamientos, ya que al estar informadas la incertidumbre es más tolerada.

La personalidad de cada mujer va ser un factor muy importante en cómo va recibir el diagnóstico y como se puede trabajar terapéuticamente. Por ejemplo, la enfermedad puede ser bien acogida por mujeres que están en dependencia, ya que permiten la gratificación de los requerimientos de esta dependencia. La edad y la experiencia son factores que también influyen, ya que si se presenta en edades jóvenes suele ser más agobiante y más difícil de contener que en los extremos de edad, como en la senectud, puede ser prevista y bien acogida. Cabe esperar que el estado mental y las experiencias vitales de la paciente, anteriores y simultáneas al inicio de la enfermedad, ejerzan alguna influencia sobre el tipo de respuesta al diagnóstico (Flórez, 1994).

### 2.3.1. Autoexploración

El autoexamen de la mama ocupa un lugar preferente dentro del marco de las posibilidades de diagnóstico precoz del carcinoma de mama. La autopalpación de la mama es un método muy certero, si se tiene presente que el 80% de las mujeres que padecen cáncer de mama fueron las primeras en descubrir el nódulo en este órgano. Algo comprensible, ya que la mujer conoce perfectamente su cuerpo (Sabine, 1995).

Es recomendable que se realice la autoexploración una vez al mes. En caso de las mujeres que aún presentan menstruación se les recomienda hacer el examen después del séptimo día del ciclo, cuando la mama esté sin alteraciones fisiológicas pre-menstruales, que a veces se confunde. Las mujeres que se encuentran en la menopausia deben estipular un día o semana al mes para realizar el examen. Una mujer orientada a conocer sus mamas, puede percibir pequeñas alteraciones (Hernández, Bernardello, 1998).

La autoexploración de mama comprende tres pasos básicos:

1. Examen visual frente a un espejo: Se mencionarán algunas sugerencias para ver los senos desde diferentes ángulos.
  - Ponerse de pie frente a un espejo con los brazos en los costados, inspeccionar ambos pechos cuidadosamente. Voltar a un lado y a otro para ver todas las porciones del pecho. Si es la primera vez que se realiza, hay que observarlos bien y tratar de familiarizarse con su forma y tamaño. Durante las próximas autoexploraciones, se tiene que buscar cambios desde la última autoexploración.
  - Colocar las palmas de las manos sobre las caderas. Presionar sobre las caderas para flexionar los músculos pectorales y tensar los pechos. De nuevo volter de un lado al otro.
  - Levantar los brazos por encima de la cabeza y presionar las palmas, una contra la otra, para flexionar los músculos pectorales y

tensar los pechos. Nuevamente voltear de un lado al otro (Anexo 1).

2. De pie en la regadera: Facilita el sentir de la mama para buscar cambios cuando la piel esta húmeda y enjabonada. Se dará a continuación unas sugerencias para facilitar la exploración:

- Usar la mano derecha para examinar el seno izquierdo. Levantar el brazo izquierdo por arriba de la cabeza y permitir que el pecho descansa sobre el tórax o, si se tiene un pecho muy grande, sostenerlo con la mano izquierda.
- Usar las yemas de los dedos, en vez de la punta, para examinar el seno.
- Mover los dedos sistemáticamente por todo el pecho. Esto puede hacerse en forma circular, de arriba abajo o en un patrón radiado. Solo hay que asegurarse que se palpe toda la glándula. Hay que recordar que el tejido mamario se extiende hacia la clavícula y la axila, en donde se localizan los nódulos linfáticos. Los nódulos linfáticos son pequeños abultamientos que filtran las sustancias extrañas en el organismo. Es normal encontrar un borde de tejido firme en la curva inferior de cada mama.
- Revisar el tejido que se encuentra por debajo del pezón y buscar secreción proveniente del pezón.
- Hacer un examen similar en el seno derecho.
- El examen debe hacerse igual cada vez, para poder detectar cualquier cambio.

3. Recostada: El recostarse en una superficie plana y seguir el mismo procedimiento que se realiza en la regadera, además de estos alineamientos adicionales:

- Para examinar el seno derecho, colocar una toalla doblada debajo del hombro derecho. Colocar la mano derecha debajo de la cabeza

para distribuir el tejido mamario de forma más uniforme sobre el tórax.

- Repetir el examen en el lado izquierdo con la toalla doblada, colocada debajo del hombro izquierdo y la mano izquierda debajo de la cabeza.
- Puede utilizarse crema o talco en la yema de los dedos para que el movimiento sea más fácil (Anexo 1).

Se debe mencionar que no todos los nódulos pueden palpase, pero existen otros métodos que ayudan detectarlo.

### 2.3.2. Mamografía

Es una exposición de los tejidos blandos de la mama a los rayos X, se le puede solicitar cuando la mujer o el médico hayan descubierto una señal o un síntoma que les alerte de la posibilidad de que exista cáncer de mama (Haber, 2000).

La mastografía permite la detección del cáncer de mama en sus primeras etapas. La mamografía beneficia más a las mujeres de mediana edad y a aquellas que están pasando por la menopausia. También es un método que puede detectar la posible presencia de masas de tejido anormal de la mama (Cruzado, 2009).

Para realizar la mamografía es necesario colocar la mama entre dos placas de plexiglás permeables a las radiaciones; la mama se presiona entre estas dos placas, lo que puede ser un tanto desagradable, pero nada doloroso para la paciente. Cuanto más sujeta esté la mama, mejor será la calidad de la mamografía y más fácil su lectura. Este examen se realiza en ambas mamas (Wolfgang y Sabine, 1995).

El proceso se realiza en dos etapas: primero horizontalmente, luego, de forma vertical. En raras ocasiones, antes de realizar la mamografía, el médico

inyecta un medio contraste en los conductos galactóforos, sin este medio de contraste, dichos conductos no serían en la mamografía.

De existir alguna sospecha de padecer cáncer de mama, la mamografía es actualmente el método de diagnóstico instrumental más certero. Pero la mamografía requiere una técnica de lectura impecable, porque tanto puede indicar la presencia de pequeños quistes, calcificaciones o tumores en la mama, como descartar su presencia.

Con la mamografía es posible detectar tumores de un tamaño inferior a un centímetro. Siempre que la palpación de la mama revele la presencia de un nódulo es necesario realizar una mamografía.

La decisión de realizar una mamografía dependerá siempre del médico, y se practicará individualmente a cada paciente. Cuando se programa la primera mamografía se debe recopilar información acerca de los antecedentes personales y familiares de enfermedades de las glándulas mamarias. Además, se debe estar preparada para analizar cualquiera de los siguientes:

- Cualquier problema con los senos
- Biopsias o cirugías previas en las glándulas mamarias
- Si se tiene o no implantes en los senos
- Si se está embarazada o en lactancia
- Si se está en terapia de reemplazo hormonal (TRH) o con tratamientos hormonales por algún problema mamario
- El momento del ciclo menstrual en el que se encuentra o si ya se inició la menopausia

A continuación se mencionarán los periodos de tiempo en los que se debe realizar una mamografía.

- A partir de los 35 años y hasta los 40 años: mamografía base
- A partir de los 40 años de edad y hasta los 50 años: cada dos años

- De existir antecedentes de carcinoma de mama en la familia: cada año a partir de los 40 años
- En caso de intervención quirúrgica en una mama: cada año.

### 2.3.3. Biopsia

Consiste en una remoción quirúrgica de una pequeña muestra de tejido para la reexaminación microscópica. En el caso de mama se puede llevar a cabo de una citología por punción-aspiración con aguja fina, que se lleva a cabo de una forma ambulatoria, con solo ligeras molestias. El examen microscópico indicará al médico si existe un tumor, si es maligno o benigno (Cruzado, 2009).

A menudo se recomienda una biopsia después de que una exploración física y los estudios de Imagenología han hecho surgir la posibilidad de cáncer; además de identificar las células cancerosas, pues puede proporcionar información importante acerca del tipo de cáncer que se tiene y es posible responder al tratamiento (Hartmann y Loprinzi, 2005).

Actualmente, los tres tipos comunes de biopsia son:

- Biopsia por aspiración con aguja fina: Es un método sencillo, rápido e inocuo, puede realizarse si se cuenta con experiencia técnica y citopatológica (Casciato y Territo, 2009). Este es el tipo de biopsia más simple y a menudo se utiliza para nódulos que pueden palparse, se utiliza para diferenciar un quiste de un tumor. Con este procedimiento se resuelve de forma relativamente rápida la cuestión de la malignidad. Para el procedimiento, la paciente se recuesta en una mesa mientras se sujeta el nódulo con una mano, el médico utiliza la otra mano para dirigir una aguja muy fina (más delgada de la que se usa para sacar una muestra de sangre), hacia el nódulo, la aguja está conectada a una jeringa vacía. Una vez en el sitio, se recolecta una muestra de las células. El problema es que es más viable cuando es positiva; dicho de otra manera, si el examen es negativo no puede descartarse que la paciente tenga cáncer.

- Biopsia con aguja gruesa: Cada vez se usa más esta técnica como una alternativa a la biopsia quirúrgica (Casciato y Territo, 2009). Se usa cuando se presenta una masa que no puede palparse, pero que es visible en la mamografía o ultrasonido. Una biopsia con aguja gruesa involucra una aguja más grande de la que se utiliza en la aspiración con aguja fina y, en vez de obtener una pequeña porción de tejido, se obtienen mayor cantidad de células de la masa tumoral, lo que le da al patólogo más tejido que examinar. Una biopsia con aguja gruesa puede proporcionar un diagnóstico definitivo, lo que elimina la necesidad de una biopsia quirúrgica.
- Biopsia quirúrgica: En algunos casos, la cantidad de tejido obtenida con la biopsia por medio de aguja no es suficiente y es necesario realizar una biopsia quirúrgica. O la masa sospechosa es pequeña y palpable y el médico puede recomendar, diagnosticar y extirpar la masa en un solo procedimiento. En otras situaciones, puede determinarse que una lesión relativamente prominente necesita extirparse quirúrgicamente, sin importar los resultados de la biopsia con aguja. Como su nombre lo indica, la biopsia quirúrgica comprende una cirugía menor y la paciente probablemente podrá dejar el hospital el mismo día. Hay dos tipos de biopsia quirúrgica la incisional y la excisional:
  - Incisional: Consiste en extraer una porción de tejido bajo anestesia local. Su práctica sólo es apropiada con determinados tipos de tumores y se puede emplear si el cáncer de mama alcanza cierto tamaño.
  - Excisional: Consiste en extraer el área afectada o todo el tumor. La mayoría de cirujanos entienden por biopsia este tipo de intervención. Según el tamaño del tumor puede provocar, o no, cambios en la forma de la mama. La paciente debe hablar previamente con el cirujano sobre el aspecto de su mama después de la intervención quirúrgica.

Se analiza el tejido de la biopsia para ver si existe o no cáncer de mama y, en caso de existir, de qué tipo de cáncer se trata.

Cuando se han realizado estos estudios y el diagnóstico llega a ser cáncer de mama las pacientes utilizan la negación a la enfermedad y rechazan los hechos desagradables o las emociones que tengan que ver con el cáncer. La negación describe la tendencia a ignorar o minimizar la evidencia de enfermedad o incapacidad que se deriva de ella (Flórez, 1994).

Se debe ofrecer una explicación de la situación a las pacientes, lo más completa posible, y permitirles participar en la toma de decisiones. No se le debe forzar a tomar una decisión si ella no quiere. Administrar el tratamiento en una atmosfera amistosa, en la cual la paciente tenga oportunidad de conocer y tratar al personal.

Un punto importante es que la paciente lleve a cabo todos los esfuerzos posibles por reducir los efectos secundarios realizando una terapia. Una intervención temprana y, cuando sea apropiada, puede aminorar el periodo de morbilidad severa en el plano psicológico, sin alterar seriamente los mecanismos de adaptación de su Yo y de su rol femenino (Flórez, 1994).

#### 2.4. Mastectomía

Cuando se ha hecho diagnóstico de cáncer de mama, con base en los estudios anteriormente mencionados, el doctor le dará a la paciente toda la información de acuerdo al resultado; también se buscará la mejor alternativa para la paciente y así contra atacar el cáncer.

La mastectomía es el término médico para la extirpación quirúrgica de la glándula mamaria completa (Hartmann y Loprinzi, 2005).

La mastectomía implica una mayor alteración de la apariencia física de la mujer, pero abandona la posibilidad de la reaparición de cáncer de mama. No se puede desarrollar un cáncer mama si no existe mama; sin embargo, todavía es

posible la reaparición en la zona de la escisión, así como las metástasis o propagación del cáncer de mama a otros órganos (Haber, 2000).

La mayoría de las mujeres temen la extirpación de una de sus mamas a causa de un carcinoma de mama. Este profundo temor a ser mutiladas les produce una angustia tan profunda o más que la experimentadas tras sufrir el “shock” al escuchar el diagnóstico.

Por este motivo, los médicos intentan por todos los medios a su alcance, operar el cáncer de mama de forma que la mujer conserve el máximo posible de su estructura mamaria.

Pero si la mastectomía; es decir, la extirpación quirúrgica de la mama es necesaria, la aplicación de las modernas técnicas de reconstrucción plástica disponibles pueden conseguir muy buenos resultados estéticos.

Existen diferentes tipos de Mastectomía, a continuación mencionaremos algunos:

- Mastectomía Radical: “La mastectomía radical es un procedimiento que requiere de la extirpación de la mayor parte del tejido, inclusive el seno, algunos de los músculos de la pared torácica, todos los nódulos linfáticos axilares y algo de grasa y piel adicional. Hoy en día se usa sólo en los casos con cáncer avanzado localmente, que se ha diseminado a los músculos de la pared del tórax” (Hartmann y Loprinzi, 2005, p.p. 154).
- Mastectomía Radical modificada: “Comprende la extirpación de la mama completa, inclusive la piel, aréola y pezón, al igual que algunos nódulos linfáticos axilares. No se quitan los músculos de la pared torácica, por lo que deja un contorno más normal de la pared torácica, que la mastectomía radical” (Hartmann y Loprinzi, 2005, p.p. 155). Las indicaciones de una mastectomía debidas al tumor, se van a referir fundamentalmente al tamaño del tumor. El límite podría considerarse aproximadamente de 3 centímetros. Según el tamaño, se debe considerar la importancia de añadir los márgenes libres peritumorales, los

cuales no deben ser medidos por la exploración clínica o radiográfica, sino por el diagnóstico anatomopatológico.

- Mastectomía simple: “Una mastectomía simple (total) comprende la extirpación de tejido mamario, piel, aréola y pezón, pero no los nódulos linfáticos. Este procedimiento se usa generalmente cuando los nódulos linfáticos axilares no tienen que ser extraídos. Una mastectomía simple es también una opción para el tratamiento del cáncer de mama no invasivo. También se usa para prevenir el cáncer de mama en mujeres de alto riesgo de la enfermedad” (Hartmann y Loprinzi, 2005, p.p. 155).

#### 2.4.1. Reconstrucción mamaria

Una preocupación común en muchas mujeres, cuando deciden sobre el tratamiento quirúrgico para contrarrestar el cáncer de mama, es su apariencia después de dicha cirugía. Algunas mujeres deciden no hacerse una cirugía reconstructiva después de la mastectomía, tal decisión es perfectamente aceptable.

La reconstrucción de la mama es un procedimiento quirúrgico diseñado para restablecer el relieve de la misma de una forma más natural, después de la mastectomía. La cirugía reconstructiva es realizada generalmente por un cirujano plástico, es complicada y puede requerir de una recuperación más prolongada que la mastectomía sola.

Algunas mujeres encuentran que es más fácil tolerar la cirugía reconstructiva que la mastectomía, porque la perciben como parte de su recuperación emocional.

“La reconstrucción puede realizarse al mismo tiempo que la mastectomía, o puede hacerse más tarde. En general, la reconstrucción inmediata trae los resultados cosméticos más favorables. Además, algunas mujeres se sienten mucho mejor cuando despiertan de la mastectomía con un seno reconstruido” (Hartmann y Loprinzi, 2005, p.p. 192).

El objetivo de la reconstrucción de la mama consiste en sustituir todo el tejido extirpado; de este modo, la mama operada tomará el mismo aspecto físico que el de la mama sana.

Para conseguirlo, existen tres métodos principales:

- La técnica de expansores subcutáneos con materiales ajenos y artificiales (prótesis).
- La reconstrucción con colgajos de tejido muscular y cutáneo, obtenidos de tejido dermoepidérmico propio (trasplante autónomo), que combina con una prótesis de gel de silicona o suero.
- Reconstrucción con tejido dermoepidérmico propio, sin utilizar material fisiológico extraño.

Si se decide hacer una reconstrucción de mama, una opción es la reconstrucción con un implante de mama. Un implante es un dispositivo con forma de mama que se coloca por debajo de los músculos pectorales del tórax. Esta técnica puede realizarse en mujeres delgadas de senos pequeños que no tienen mucho tejido excesivo en el abdomen u otras partes del cuerpo que pudieran usarse para la reconstrucción de mama.

Las dos clases de implante son el de solución salina y el de silicón. Los implantes llenos de agua con sal (solución salina) son lo más comunes hoy en día. Puede colocarse un implante durante el momento de la mastectomía o durante una cirugía posterior. Los implantes pueden causar dolor, inflamación, formación de moretones, dolor o infección. También existe la posibilidad, a largo plazo, de que ocurra una encapsulación, una condición en la cual se forma un tejido cicatricial apretado alrededor del implante. Ésta causa que el seno se vuelva demasiado duro, de manera que ya no se siente como tejido mamario.

Si se ha tenido radioterapia o complicaciones como formación de coágulos o infección, se puede estar en mayor riesgo de encapsulación. El cirujano plástico

puede recomendar que se considere otra forma de llevar a cabo la reconstrucción de la mama.

En la mayoría de las mujeres no se pueden simplemente hacer la colocación del implante en el momento de la mastectomía. Se necesita someterse a un proceso llamado expansión del tejido, para estirar la piel restante del tórax y acomodar el implante. Esto generalmente se lleva varios meses (Hartmann y Loprinzi, 2005).

“Para iniciar el proceso se coloca quirúrgicamente un globo bajo el musculo del pecho, con una pequeña válvula a la que puede llegarse mediante una aguja a través de una punción de piel. Durante una serie de consultas regulares, a lo largo de unos meses, este globo se expande gradualmente con solución salina mediante una inyección de la solución a través de una válvula. El llenado se hace gradualmente para dar oportunidad a la piel que recubre el globo, de estirarse entre cada una de las consultas. El globo se infla mucho más de lo que es necesario para el resultado final. Después de extraer parte del líquido de manera que el resultado final permita que el relieve de la mama se afloje y cuelgue un poco, como lo hace el seno normal. Cuando se completa la expansión de tejido, el globo puede remplazarse con un implante permanente, lo que requiere de una cirugía adicional” (Hartmann y Loprinzi, 2005, p.p. 195).

Pero este no es el único proceso de reconstrucción mamaria, nos encontramos uno más complejo llamado colgajo mamario. Durante esta cirugía se toma una sección de piel, músculo, grasa y vasos sanguíneos, provenientes de otra parte del propio cuerpo de la paciente y se usa para moldear un nuevo relieve mamario. Se hacen incisiones en el área donde se va a tomar el tejido, estas heridas quirúrgicas pueden ser grandes. Lo más frecuente es que se tome tejido del abdomen inferior.

El colgajo de tejido no se quita por completo del cuerpo. Su aporte sanguíneo permanece adherido. Durante el procedimiento, el colgajo se pasa por debajo de

la piel del área del tórax, en donde es sacado a través de la cicatriz de la mastectomía.

Para las mujeres que no tienen suficiente tejido disponible en el abdomen para este procedimiento, el tejido puede tomarse de la espalda. A éste se le llama colgajo del dorsal ancho, ya que es el nombre del musculo que se utiliza para el procedimiento.

La ventaja principal de la reconstrucción con colgajo es que la mama reconstruida se hace con tejido del propio cuerpo de la paciente. El relieve permanece suave y, a diferencia del implante, no hay posibilidad de una contractura.

Una vez que el colgajo ha cicatrizado, se forma el pezón con la piel del nuevo seno y puede aplicarse un tatuaje para dar color al pezón y crear una aréola.

Otras mujeres prefieren una prótesis en vez de cirugía reconstructiva. Una prótesis tiene la forma de una mama, pero permanece fuera del cuerpo. Está hecha generalmente de nylon, hule o silicón y se coloca dentro de un sostén.

Inmediatamente después de la cirugía, se selecciona la prótesis en una variedad de formas y tamaños. Solo la paciente tiene la decisión de hacer una reconstrucción mamaria o solo usar una prótesis.

CAPÍTULO III  
DUELO

### 3.1. Duelo

Durante el desarrollo del ser humano va aprendiendo que se debe evitar el dolor, a como dé lugar. Incluso, en la actualidad, gran parte de las cosas del ambiente están diseñadas para que la vida sea más fácil, más cómoda, promoviendo la felicidad y evitando por todos los sentidos el dolor.

Al irse aprendiendo esto, se cree que en el momento en que no se tenga algo o que se experimente una pérdida, no se podrá soportar. Todas las personas han experimentado pérdidas y muertes, pues son procesos universales a los que se enfrenta el ser humano. Cuando una persona padece una pérdida, sea por fallecimiento o por otra causa, se desencadena un proceso de elaboración de la misma que se denomina “proceso de duelo”. Por tanto, es lógico pensar que durante la carrera profesional de un psicólogo se encontraran personas que experimentarían un proceso de duelo tras una pérdida.

El duelo es un proceso psicosocial variado, cuyas complejidades se derivan en parte del hecho de la pérdida; se ve reflejado a diversos niveles de la vida. Lo que es más, una sola pérdida puede detonar repercusiones emocionales y materiales.

Por lo tanto, se debe aprender a vivir y recorrer el camino de las pérdidas, aprender a sanar la herida que se produce cuando algo cambia, cuando la situación se acaba, cuando ya no se tiene aquello que antes se tenía, pues de esto va depender en gran parte que se termine de recorrer el camino. Ya que una pérdida constituye un impacto que afectará a todas o varias dimensiones de la persona: física, emocional, mental, social y espiritual.

A grandes rasgos podemos decir que el duelo es un proceso funcional que experimenta una persona que ha sufrido una pérdida significativa y que le permite elaborar los sentimientos generados por la misma. Por lo tanto, se debe considerar como una reacción natural, normal y esperada ante cualquier pérdida.

### 3.1.1 Concepto de duelo

El estudio del duelo ha sido contemplado por diversas filosofías de la ciencia, por diferentes enfoques teóricos y diferentes metodologías. Hay tres disciplinas que actualmente ofrecen más información sobre duelo, son la psicología, medicina y enfermería; aunque hay otras ciencias que también aportan información.

Antes de adentrarnos en las implicaciones de las distintas respuestas de gestión del duelo, se debe acotar con precisión qué es exactamente el concepto de duelo.

El término de duelo es sinónimo, en muchos casos, de dolor, de pérdida, de trauma, de cambio, de muerte, de ausencia, de elaboración, de proceso, de crisis, de luto.

Es un proceso natural para la supervivencia del individuo ante las pérdidas y separaciones. Frente a una pérdida, la persona intentará adaptarse, a nivel individual y externo. De una forma intrapersonal, se iniciara un proceso de duelo con signos, síntomas y/o trastornos determinados (Nomen, 2009).

Centeno (2013), menciona que existen dos posibles etimologías de la palabra duelo:

- Deviene del latín *tardío*, *dolus*, “dolor”, deriva del verbo *doleré* (doler, sufrir, penar).
- La segunda también del latín, *duellum*, significa “combate entre dos”, “desafío” y también “guerra”.

Para la Real Academia duelo significa:

- Dolor, lástima, aflicción o sentimientos
- Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien
- Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio o a los funerales.

La misma palabra indica que el dolor y el combate interno forman el núcleo en la elaboración de un proceso de duelo.

En enfoque psicológico no es posible evitar duelos, ya que son parte de la vida. En cualquier caso, lo que importa, desde un punto de vista subjetivo, son las formas de reaccionar ante ellos, las cuales pueden variar de una persona a otra, de una pérdida a otra, de un momento vital a otro.

Freud (1915), en su texto “Duelo y Melancolía”, introdujo el término duelo para referirse a un afecto normal que se presenta en los seres humanos como una reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción, como la patria, la libertad, un ideal, etc. Llegó a concebir el duelo como un proceso que consiste en desprenderse de un objeto de amor sobre el cual los actos de amor ya no pueden efectuarse más.

En este sentido, el duelo no solo se presentaría frente a la muerte de un ser querido, sino también con relación a situaciones que impliquen la evidencia para el sujeto de una falta o de algo que ha de dejar atrás y que no volverá a recuperar, pero deja siempre un recuerdo. Esta definición corresponde a lo que hoy conocemos como “duelo normal”; no obstante, existiría también otra forma particular de vivir el duelo que Freud llamó “melancolía”. En este caso, el duelo se siente empobrecido y la pérdida es experimentada en el propio *Yo* (duelo patológico).

“El psicoanálisis sitúa el duelo como una tarea del *Yo*, como ya se había mencionado anteriormente, éste se inhibe. El *Ello* se sobredimensiona y el *Superyó*, a veces interviene en exceso. Es decir, dejamos de ser nosotros para centrarnos en “el otro” o “lo otro” y nos castigamos por no haber podido hacer algo” (Nomen, 2009, p.p. 26).

La conceptualización clásica de duelo lo definía como el proceso por el que atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido. El duelo puede ser

experimentado ante cualquier pérdida, y no necesariamente implica la muerte de un ser humano (Centeno, 2013).

Se propone la inclusión en el DSM-IV-TR (2005) de una categoría para trastornos de duelo complicado, que lo define como una reacción a la muerte de una persona querida, acompañada por síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, pero el estado de ánimo depresivo es considerado como normal.

Presentando los siguientes síntomas:

- Recuerdos o fantasías
- Accesos de emoción intensa
- Añoranza insoportable
- Tristeza
- Insomnio
- Pérdida del apetito

“La corriente Cognitivo-Conductual define el duelo como síndrome específico; entendiéndolo como la emancipación de los lazos existentes con la pérdida, la readaptación al medio ambiente y la formación de nuevas relaciones. Así el duelo es percibido como una crisis, como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo de abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. La resolución inadecuada de las crisis en la vida puede conducir a un deterioro psíquico a largo plazo o limitar la posibilidad de una adaptación futura; mientras que, por otro lado, la crisis es también entendida como una oportunidad para el desarrollo, en un sentido positivo. Es decir, que le sirva para quedar con un mejor nivel de bienestar” (Centeno, 2013, p.p. 22).

Desde el punto de vista del constructivismo social, el duelo es un proceso emocional y, como tal, tiene que ver con cómo las personas construyen los acontecimientos que ocurren a su alrededor. Dicha construcción depende de

creencias y valores propios de la cultura, ya que se asume que no existe un “programa de conducta” innato, independientemente de dichos valores culturales. Además, el propio estado emotivo refuerza las propias creencias culturales y éstas, a su vez, modelan la forma en la se expresa la emoción (Pérez, 2006).

Las asunciones anteriores no niegan la importancia de determinantes biológicos o psicológicos. El duelo es el proceso por el que, quien lo realiza, es capaz de reconstruir su mundo y, por tanto, a sí mismo, sin el objeto perdido.

Se trata de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto debe construir su realidad. Este proceso integra cuatro elementos:

1. Construir un mundo sin el objeto perdido
2. Dar sentido a los sentimientos asociados a la pérdida e integrarlos en la propia bibliografía
3. Encontrar la forma de resolver prácticamente aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos del objeto perdido
4. Ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos, lo que precisamente supone, no la reorientación de un efecto que queda vacante, sino la construcción de un nuevo mundo, que es un mundo sin el objeto perdido, pero capaz de albergar objetos dignos de ser amados.

El no elaborar un duelo importante durante la vida aumenta la probabilidad y predisposición a experimentar dificultades con otros duelos posteriores.

### 3.2. Pérdida

Para entender un poco más sobre el proceso de duelo abordaremos un tema importante que es la pérdida.

Cada pérdida acarrea un duelo y la intensidad de éste no depende de la naturaleza del objeto perdido, sino del valor que se le atribuye; es decir, de la inversión afectiva invertida en la pérdida.

Se puede considerar que el duelo se produce por cualquier tipo de pérdida y no sólo se aplica a la muerte de una persona. Por lo tanto, el proceso de duelo se realiza siempre que tiene lugar una pérdida significativa, cuando se pierde algo que tiene valor, real o simbólico, consciente o no para quien lo pierde.

La pérdida implica la separación involuntaria de uno mismo con respecto a algo que ha sido parte valiosa de la vida. Todas las pequeñas o grandes separaciones que se van viviendo, no solamente recuerdan la provisionalidad de todo vínculo, sino que va preparando el gran y definitivo adiós.

### 3.2.1 Pérdidas de relación

“La pérdida de relaciones puede ser asociada de manera directa con la relación diádica que tenía el superviviente con el fallecido, o con el cual nos relacionábamos de manera ambivalente. Algunas consecuencias relacionales de las enfermedades, separaciones matrimoniales y divorcios; los abandonos a lo largo de la vida” (Tizón, 2004, p.p. 82).

Cuando una pareja rompe su relación generalmente no lo hace sin dolor, este rompimiento, en la mayoría de los casos, implica abandonar cosas de la vida actual, dejar atrás un pasado y reconocer algún tipo de equivocación por cada una de las partes; incluso es inevitable sentir la sensación de fracaso (Jiménez, 2010).

Una pérdida central es, obviamente, la pérdida de la intimidad, el final de un apoyo e intercambio expresivo y de afecto que antes proporcionaba la persona. En el caso de los conyugues y amantes, la pérdida de la intimidad emocional y sexual puede ocurrir de manera insidiosa a medida que progresa, pero deja un hueco emocional y físico.

La ruptura de una relación sentimental es un proceso doloroso que provoca reacciones a nivel físico, emocional, mental, espiritual y social. Tiene su inicio y su fin y es vivido de manera similar en las personas.

“La intensidad de la pérdida amorosa no dependerá de la naturaleza del ser perdido, sino del valor que se le atribuye en nuestra vida pasada, presente y

futura. Duele el hecho de vivir la pérdida como definitiva, duele el futuro que en ese momento se ve incierto. Y con todo este sentir no queda más que afrontar la ausencia de la pareja cuando ésta finalmente se produce. No es un sentimiento único, más bien se trata de una completa sucesión de sentimientos que precisan de cierto tiempo para ser superados, no siendo posible acortar el periodo” (Jiménez, 2010, p.p.38).

La separación física en la disolución de la pareja es más palpable, se empieza por el alejamiento y distanciamiento en actividades que antes se realizaban juntos. Esto tal vez implique extrañar las conversaciones cotidianas que antes se compartían con la pareja o las actividades mutuas en las que se participaba con alguien (Corless, Germino y Pittman, 2005).

Por supuesto, cada ruptura es diferente y las circunstancias que la rodean también. En el impacto inicial y en el desarrollo posterior del duelo influyen muchos factores. No es lo mismo, que se tome la decisión conjunta de separarse tras años de convivencia, cuando la relación está muy deteriorada, que si se trata de una decisión unilateral y repentina por parte de uno de los miembros, o si existen terceras personas involucradas de por medio.

Tampoco lo vive de la misma manera el que toma la iniciativa (la parte activa), ya que, en cierto modo, ha ido asumiendo gradualmente su nueva situación, que el otro miembro (la parte pasiva), al que le puede coger totalmente desprevenido. Esto no quiere decir que quien toma la decisión vaya a sufrir menos, sino que el impacto inicial no va a ser el mismo. En cualquier caso, el duelo es una reacción natural y un proceso largo y doloroso por el que es necesario pasar ante la pérdida de la persona amada.

Otro aspecto del cual se experimenta la pérdida tiene que ver con el apoyo instrumental. Como el afecto y la compañía, esto implica algo que se ha construido dentro de la vida cotidiana y cuya pérdida impone una dificultad considerable.

Con la declinación de la vitalidad del paciente, o con la ocurrencia del deceso, con frecuencia la pareja que proporciona los cuidados queda sin

habilidades, tiempo o energía para compensar las actividades instrumentales que la persona fallecida había llevado a la relación.

Examinando aún la relación diádica puede ocurrir un tipo de pérdida un tanto diferente, la pérdida de significación. Tal significación se refiere a la gratificación que se siente como resultado de ser necesario e importante para otra persona y de ser capaz de hacer algo por ella (Corless et al; 2005).

### 3.2.2. Pérdida intrapersonal

La pérdida intrapersonal es donde uno como individuo pierde aspectos del *self*, una parte importante de los procesos de duelo tiene que ver con las pérdidas de nuestra identidad; por ejemplo: nos afligimos por la identidad o los aspectos que hemos perdido de ésta y por la dificultad de construir o reconstruir unos nuevos.

Los desengaños que siguen a algunas pérdidas reflejan directamente la dificultad de elaborar el sufrimiento por los cambios de identidad: los desengaños por los ideales e ilusiones; las pérdidas corporales y los límites impuestos al uso del cuerpo por causa de la edad; la pérdida de posibilidades de cambio o de alcanzar el ideal del Yo que de niños y de jóvenes nos construimos; la pérdida de la belleza o de determinadas características corporales o mentales. Las pérdidas cognitivas, de lenguaje, profesionales o de estatus social suelen implicar asimismo importantes pérdidas, la identidad del sujeto (Tizón, 2004).

En caso de las pérdidas corporales, el individuo gradualmente va comprobando que esa parte de su cuerpo ya no existe, que la pérdida es una realidad y que la tiene que ir aceptando lentamente, a costa del dolor emocional causado por el reconocimiento de que una parte de sí mismo ya no existe. No sólo tiene que aceptar la pérdida, sino también que es una parte de sí mismo se ha perdido.

En muchos casos, no simplemente es que el sí mismo cambie con respecto a su composición, si no que se ve disminuido. Tal vez la persona sienta que se ha

convertido en un ser menor, lo cual es el resultado de dos condiciones. Una se observa cuando la persona discapacitada es fuente principal de retroalimentación positiva, reafirmando y reforzando los elementos del sí mismo que éste valora. En ausencia de dicha retroalimentación, tales elementos valiosos quizás se marchiten y declinen. En segundo lugar, el cuidado que se presta puede llegar al grado de eliminar todas las demás actividades y roles en la vida. A este fenómeno se le denomina “absorción del rol”, una situación que puede dejar a una persona con fuentes limitadas de retroalimentaciones acerca de sí misma, aparte de aquellas vinculadas directamente con la persona incapacitada (Corless et al; 2005).

El punto central es que la pérdida no es una experiencia indiferenciada; al contrario, es posible identificar una amplia disposición de pérdidas: la del intercambio afectivo; del apoyo instrumental y emocional; de la importancia que se tiene para la otra persona; de la compañía y de las actividades que ésta implica; de la red y afiliación social.

### 3.2.3. Pérdidas materiales

Si bien un objeto concreto, animado, inanimado o abstracto parece tangible y definido, el significado que adquiere para una persona tiene que ver con los afectos que al mismo se dirigen y el simbolismo que adquiere en el mundo interno del sujeto: representa una parte del *self*, a otro (o parte de él) significativo; una parte de la identidad individual, familiar o social.

De ahí que, con las herencias suelen existir tantos conflictos. En realidad, el valor material de lo que se puede heredar en muchos casos escasos, pero esos objetos y pertenencias poseen o pasan a poseer un gran valor simbólico. De ahí también que la posesión de realidades materiales, de objetos materiales, sea una necesidad, para buena parte de los humanos, que excede la mera necesidad material: son formas de presentarnos, de manifestar nuestro *self*, lo que somos, tenemos, nuestro poder o primacía, etc. En este sentido, los objetos significativos poseen un valor especial: objetos atesorados, familiares o sociales (Tizón, 2004).

Por mucho que esos objetos parezcan tangibles y definidos, el motivo por el cual adquieren tan gran valor es el significado interno que poseen para el sujeto. En realidad, lo que pierde no es el objeto, si no las partes del *self* que se apoyaban en él, una parte de nuestro sentido.

Las reacciones de duelo, ante la pérdida de objetos afectivamente investidos, es una situación tan frecuente que da pie a obras literarias.

#### 3.2.4. Pérdidas evolutivas

Las pérdidas evolutivas forman parte del ciclo vital. Por eso, a menudo no resultan reconocibles para el sujeto. Pero son tan importantes que algunas, como la adolescencia o la jubilación, suponen auténticas transiciones psicosociales o crisis individuales.

La adolescencia es un ejemplo de la transición, a menudo conflictiva en nuestra cultura porque, a nivel psicológico, supone numerosos duelos, por los padres que nos cuidaban como niños, por una imagen idealizada de ellos, por una posición social sin exigencias ni tareas que cumplir.

En cada proceso de duelo vale la pena discernir y diferenciar qué aspectos implica de pérdida relacional, intrapersonal, material y evolutiva. Toda pérdida afectiva primaria, en cualquiera de esos campos, tenderá a poner en marcha otras pérdidas secundarias; en ocasiones más desorganizadoras, desde el punto de vista afectivo.

Toda pérdida repercute a algún nivel en el funcionamiento o fisiología corporal y puede dar lugar, no sólo a inhibición o tristeza, sino también a actitudes corporales y fisiología alterada o actitudes y cambios psicosociales. A una persona en duelo puede resultarle difícil trabajar al mismo nivel que antes o participar en tareas nuevas y ser muy activa en las relaciones sociales (Tizón, 2004).

A menudo se afirma que, para diferenciar, dos elementos claves son el reconocimiento o conocimiento de la existencia de una pérdida y la propia evolución de los procesos de duelo. Pero en la medida que la depresión es la

evolución patológica de un duelo más frecuente, la existencia de una pérdida reconocible puede no ser suficiente en el caso de una evolución depresiva de un duelo.

De aquí viene la importancia de aplicar tres herramientas básicas para la atención a los procesos de duelo. Primero, mejorar las capacidades de observación contenedora sin interrumpir procesos antes de tiempo o actuar ante ellos. Segundo, la atención diacrónica atenta a la evolución a lo largo del tiempo, que es lo que, en último extremo, diferenciará un duelo severo y una depresión desarrollada a partir del duelo. Tercer punto, aplicar un tratamiento que ayude a la persona que pasa por un duelo (Tizón, 2004).

El reconocimiento y la evaluación de las múltiples dimensiones de la pérdida es un paso esencial hacia la comprensión del proceso que influye sobre la manera en que los supervivientes finalmente allanan su atención después de la pérdida.

### 3.3. Aflicción

Es el conjunto complejo de respuestas emocionales y cognitivas que acompañan la pérdida. Como se explicó, la pérdida no es una experiencia uniforme; como resultado, la aflicción varía en cuanto a forma, intensidad y duración. No existe consenso en la literatura acerca de la variedad de emociones que incluye la aflicción; sin embargo, es claro que la principal emoción asociada con ella es la depresión.

Más allá de los componentes emocionales de la aflicción existen también elementos cuya naturaleza está más vinculada con las ideas o cognitiva. Aunque se les considera cognitivos, ello no implica que carezcan de algún tipo de emoción; implica pensamientos y ecos del pasado; imágenes cambiantes y esfuerzos por mantener lazos y separarse uno mismo del objeto perdido. Es probable que estas manifestaciones de aflicción aparezcan y desaparezcan a medida que la persona alternadamente olvida y después se percate de golpe de la pérdida (Corless et al; 2005).

No todas las personas las experimentan por completo, ni con la misma intensidad, pero es probable que la mayoría de la gente experimente alguna de ellas con la pérdida.

A menudo los pensamientos y los recuerdos pueden surgir de manera espontánea, quizás entren súbitamente en la conciencia, aunque la persona esté realizando un esfuerzo por concentrarse en sus actividades cotidianas.

También llegan a ocurrir ilusiones perceptuales, como ver, escuchar o sentir cosas que no están aquí, lo cual en ocasiones produce preocupación en la gente acerca de su propia salud mental. Pero con frecuencia estos momentos efímeros se entienden por lo que son, una interpretación errónea de un sonido o una imagen.

En ocasiones, tales ilusiones quizás sean parte del proceso perceptual normal que se emplea para llenar los espacios en blanco en el mundo, sosteniendo los hábitos y percibiendo la continuidad de lo que estaba allí. O, como sugieren los teóricos de la vinculación, quizás estas ilusiones perceptuales se puedan entender como parte de la búsqueda normal en que el superviviente está intentando encontrar. Tales ilusiones pueden ser señal de la tensión subyacente entre la necesidad de reconocer la realidad y un deseo de aferrarse al pasado y que acompaña al duelo (Corless et al; 2005).

A medida que luchan por asirse a una nueva realidad y aferrarse a un viejo vínculo, quizás sientan que están aturdidos, que su sentido del tiempo se ha alterado y que están viendo las cosas desde la distancia.

Estas reacciones comunes de la aflicción parecen suficientemente comprensibles a medida que las personas luchan con la tensión que ocurre entre enfrentar y aceptar la realidad y el intento por preservar cierta continuidad con su mundo.

A medida que se presenta la pérdida en el contexto de una relación, la historia de la relación afectará de manera inevitable a la aflicción. Esta historia

incluye no solo la cercanía entre el superviviente con la otra persona y la cantidad de conflicto que experimentaron, sino también los asuntos pendientes.

A través del tiempo estos sentimientos intensos, en particular la depresión, las experiencias ilusorias y la sensación de falta de realidad, van disminuyendo. Sin embargo, muchos supervivientes continúan reviviendo imágenes y recuerdos, pero éstas se asocian cada vez menos con el dolor (Corless et al; 2005).

Esta conciencia tal vez represente el primer paso en el proceso de resolución, mismo que abordaremos más adelante.

### 3.4. Resolución

Las personas participan de manera activa en encontrar una forma de afrontar sus pérdidas y la aflicción o emociones asociadas con ellas.

La palabra resolución intenta transmitir, con un término neutro, un proceso complejo que implica una reestructuración, sin importar qué tan sutil sea, del mundo social y del sentido del sí mismo. Tal reestructuración puede implicar regresar a las viejas actividades, asumir nuevas actividades o roles y desarrollar un cambio en la percepción del mundo y de sí mismo (Corless et al; 2005).

Lo primero es señalar que el curso de la resolución probablemente depende, cuando menos, de la naturaleza de las pérdidas que se han experimentado. De modo más específico, depende de si las pérdidas son reversibles o sustituibles. Aquellas que son reversibles pueden ser restituidas o recuperadas. En esencia algunas pérdidas pueden ser restituidas a través de la reintegración social y, entre más rápida y completamente ocurran tales restituciones, antes ocurrirá la resolución psicológica del duelo (Corless et al; 2005).

Algunas pérdidas que no son reversibles sino sustituibles o son recompensas alternativas. Por ejemplo, el afecto y el apoyo que alguna vez se proporcionó por la persona fallecida pueden ser proporcionados por otros. De hecho, los supervivientes pueden ligarse con otras personas, con la esperanza de que

recibirán el amor y la comprensión que han tenido antes, a través de nuevas relaciones.

La resolución puede implicar no solo encontrar a otros de los que se puede encontrar apoyo y afecto, sino también a otros, quienes de nuevo puedan ser importantes mediante apoyo y afecto. Encontrar reemplazos para esos roles que se han perdido constituye otra parte del proceso de resolución que implique nuevos roles (Corless et al; 2005).

El pasado se transforma constantemente a medida que los individuos rememoran las imágenes y recuerdos de las personas que han perdido. En este proceso de revisión es frecuente que los individuos encuentren una manera de consolidar imágenes, de modo que puedan almacenarlas cómodamente en la memoria.

La reestructuración interna requiere algún tiempo y la adaptación al duelo después de un año es diferente a la adaptación al duelo luego de tres años. De inmediato después de una pérdida, muchos supervivientes experimentan dolor. A menudo los recuerdos son únicamente vestigios dolorosos de lo que se ha perdido; sin embargo, gradualmente una mayor cantidad de recuerdos e imágenes pueden ser experimentados sin sentir tristeza. De hecho, llegan a brindarles consuelo.

En realidad nos encontramos sólo ante el comienzo de la búsqueda para comprender la resolución; sin embargo, tenemos confianza en que representa más que un simple desvanecimiento de la aflicción a lo largo del tiempo. Por importante que pueda ser el tiempo como elemento curativo, la resolución depende de los esfuerzos activos y de las reorganizaciones cognitivas que realicen los supervivientes.

### 3.5. Tipos de duelo

Ser sano implica estar constantemente sumergido en experiencias de duelo, de pérdida, de separación y de cambio para adaptarnos a nuestro entorno.

Si aceptamos el duelo como una comprensible respuesta humana a una pérdida o separación, se deduce que, en cierto modo, estamos siempre en duelo, aunque no clínicamente deprimidos. Las pérdidas reales o simbólicas están siempre presentes y debe afrontarse, aunque sea sólo en la periferia de nuestra existencia (Centeno, 2013).

Las circunstancias en que ocurre una pérdida pueden ser muy diversas y, de manera sorprendente, esto va intervenir en la naturaleza del proceso de duelo; es decir, que este sea sano o patológico (Vázquez, 2010).

#### 3.5.1. Duelo normal

El duelo normal se caracteriza por presentar una serie de síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y orgánicos. Éstos aparecen en el transcurso del proceso de una forma idiosincrásica (Nomen, 2009).

Las sensaciones son una parte importante en la elaboración del duelo normal. Las sensaciones son información que el doliente experimenta y lo conduce al sentimiento. Las sensaciones básicas son:

- Dolor
- Placer

Algunas sensaciones secundarias son:

- Fatiga
- Vacío
- Debilidad
- Tensión
- Incomodidad

- Nerviosismo

Vázquez (2010), dice que los pensamientos que aparecen durante el duelo son diversos. Algunos de estos son naturales y normales durante el proceso de duelo, sobre todo durante las primeras etapas en un duelo normal que van desapareciendo después de cierto tiempo. Algunos pensamientos que se llegan a presentar son:

- Incredulidad: Es el primero que por lo regular se presenta, no poder creer la pérdida y tienden a negarlo
- Confusión: Las personas pueden llegar a manifestar desorganización en sus pensamientos, puede presentar olvido y distracciones
- Preocupación: Puede tratarse de una obsesión por la pérdida, pensar cómo recuperarlo, volver a verlo
- Sentido de presencia: Tener la sensación de que la persona fallecida aún está entre ellos
- Alucinaciones: Creer que lo ven, lo escuchan o lo sienten

La conducción del duelo es saber cómo manejar los sentimientos, adaptarse a los cambios que a partir de la pérdida se suscitan, con la finalidad de continuar con las actividades cotidianas.

### 3.5.2. Duelo patológico

Cuando la tristeza y el enfado no son expresados por él/la doliente. Esto lo puede llevar a elaborar un duelo complicado. Para Freud, el duelo patológico es el trabajo de duelo en el que no se llega a la recuperación del mundo interno, por lo cual, la capacidad de relacionarse con el mundo externo e interno, las capacidades emocionales, cognitivas y defensivas resultan dañadas de forma profunda y duradera.

El duelo patológico se define como una insatisfacción del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o

permanece en un estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución, procesos que no van hacia la asimilación o acomodación, sino que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación (Nomen, 2009).

El duelo patológico está relacionado con la duración intensidad de una reacción ante la pérdida y no con ausencia o presencias de conductas específicas.

No se puede satisfacer las necesidades sin identificar las emociones y sentimientos, mucho menos se logra solucionar asuntos pendientes que se acarrean desde tiempo atrás. Esto ocurre frecuentemente con pérdidas o duelos que no se logran elaborar o se inician sin concluir alguna etapa del proceso (Castro, 2008).

Los factores de riesgo para que un duelo patológico se desencadene en el paciente son:

- Negar el duelo
- Depresión grave
- Abuso de sustancias adictivas
- Que exista un estancamiento en alguna etapa del duelo
- Duración anormal de los síntomas
- Frenar el avance que lo llevara a la siguiente etapa del duelo
- Ausencia de pena

Según Nomen (2009), hay varios perfiles de duelo patológico como son:

- Duelo crónico: Su duración es excesiva y la persona es consciente de que no puede pasar página. Sin embargo, las reacciones de celebración de aniversarios u otras fechas significativas son normales durante diez años o más y, por si solas, no indican un duelo crónico.
- Duelo retrasado: La reacción emocional en el momento de la pérdida no fue suficiente y surge tiempo después, desencadenándose

- Duelo exagerado: La persona experimenta síntomas con una intensidad excesiva e incapacitante. Son los duelos en los que aparecen síntomas clínicos frecuentes (depresión, ansiedad, etc.)
- Duelo enmascarado: La persona no es consciente de que lo que sucede tiene que ver con la pérdida. Así pueden presentarse síntomas físicos (dolor de cabeza, de estómago, problemas dermatológicos, alergias, etc.) o conductas desadaptativas.

Nomen (2009), dice que para realizar el diagnóstico de un duelo patológico podemos considerar una serie de premisas básicas, como son:

1. La persona no puede hablar de la pérdida sin experimentar un dolor intenso y reciente
2. Un acontecimiento aparentemente poco importante desencadena una intensa reacción emocional
3. En la sesión aparece temas de pérdidas pasadas.
4. La persona superviviente no puede (no quiere) desprenderse de posesiones que le recuerdan su pérdida
5. Presenta síntomas físicos parecidos a los que experimentó antes de experimentar la pérdida
6. Cambios radicales de estilo de vida, y evitación del grupo de amigos, familia y/o actividades
7. Experimentar lo opuesto de lo que uno suele ser o experimentar.
8. Identificarse de forma excesiva con lo perdido
9. Impulsos destructivos
10. Tristeza inexplicable que se produce cada año en una determinada época del año
11. El desarrollo de una fobia a la enfermedad
12. Conocer las circunstancias que rodearon la pérdida y cómo fue para el paciente la experiencia

La elaboración del duelo no significa olvidar, dado que dentro de las funciones cognitivas se localiza en la memoria, ésta es una forma de saber si el proceso ha sido superado; el poder recordar sin que la herida duela profundamente y poder continuar con la vida (Vázquez, 2010).

### 3.6. Proceso de duelo

En un sentido amplio podemos entender el duelo y procesos de duelo como el conjunto de representaciones mentales (cognitivas y emociones) y de conductas vinculadas con una pérdida afectiva. El proceso de duelo se puede aplicar, por tanto, a todas las experiencias psicológicas y/o psicosociales que aparecen frente a cualquier tipo de pérdida (un rol social, de estatus, a la salud física o mental, a la separación de los hijos en la edad adulta, etc.) (Centeno, 2013).

Claramente, el duelo cambia el curso normal de la vida que una persona pero es un proceso normal. Cuando las personas viven una pérdida, sea a causa de la muerte de una persona significativa o por cualquier otra causa, se desencadena un proceso de elaboración de la pérdida que se llama proceso de duelo.

Este proceso de duelo apunta al modo que tienen el cuerpo y la mente para adaptarse a la pérdida. Si bien es una respuesta emocional que desestabiliza de manera temporal a la persona que ha sufrido una pérdida, es importante comprender que se trata de un proceso evolutivo normal, un proceso de adaptación natural que permite reencontrar el equilibrio que se ha roto con la pérdida (Centeno, 2013).

Se trata de un proceso natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conduce a la superación de dicho proceso. El duelo se podría representar por el paso de un huracán o las olas de una gran marea que alternan embates violentos, con periodos de descanso aparente y nuevas embestidas, cada vez, generalmente, de menor intensidad (Pérez, HernanGómez y Santiago, 2000).

“De forma sintética, el proceso de duelo, o tal y como el camino de las lágrimas, se inicia cuando ocurre o cuando tomamos conciencia de la posible pérdida. Este hecho moviliza las emociones, que a su vez, preparan al cuerpo para la acción necesaria; es decir, para expresar los sentimientos (tristeza, rabia, impotencia, llanto, etc.). Estas manifestaciones de los sentimientos será una acción necesaria para tener plena conciencia de la ausencia, de lo que ya no está. Precisamente, esta toma de conciencia de la ausencia, el contacto con la temida ausencia, es lo que permite finalizar el proceso: aceptar la nueva realidad” (Centeno, 2013, p.p.57).

Centeno (2013), describe las siguientes características del proceso de duelo:

- Es un proceso, no un estado: El duelo es un proceso que evoluciona a través del tiempo y del espacio, aunque cuando una persona vive una pérdida tiene la sensación de que el mundo se paraliza y que siempre se quedara así.
- Es normal: El proceso de duelo es algo que todo el mundo vive a lo largo de su vida como reacción a una pérdida significativa, aunque la forma de afrontarla puede ser diferente.
- Es dinámico: La persona experimenta y cambia a lo largo del tiempo, con oscilaciones en el cambio de humor, en la sensación de malestar y bienestar. Esto implica que la persona que vive el proceso de duelo entra en situaciones que no son nada estables, sin que ello suponga que se hace un retroceso o que no se avanza en el proceso de duelo.
- Depende del reconocimiento social: Cuando una persona vive una pérdida, tanto ella como su entorno son los que reciben el impacto. La persona inicia un proceso individual que al mismo tiempo es también colectivo, puesto que requiere el reconocimiento social explícito de la pérdida para poder elaborar el proceso de duelo con normalidad.
- Es íntimo: El componente individual que se desencadena en la situación de la pérdida posibilita desarrollar reacciones propias y diferentes de las otra persona que ha vivido una situación parecida, de manera que lo

aprendido a la largo de la vida y las propias creencias ante la muerte u otra pérdida influyen directamente en la elaboración del proceso.

- Es social: El proceso de duelo, a la vez, es social para poder compartir lo que es íntimo. Las pérdidas se manifiestan socialmente a través de los rituales establecidos en cada cultura. Sentirse acompañado en estos actos es una forma de recibir de los otros el soporte y la estima, lo cual ayuda en la elaboración del duelo. La presión que ejerce el entorno puede dificultar la elaboración del proceso de duelo, porque demasiado a menudo se empuja a la persona hacia una rápida aceptación de la nueva situación, con el fin de que retome lo más pronto posible las actividades que se han dejado de hacer con motivo de la situación de pérdida.
- Es activo: La persona tiene y ha de tener un papel muy activo en la elaboración de la pérdida porque ha de tomar las decisiones que le permite otorgar el significado de pérdida con todo lo que ello implica: renuncia para ir reconduciendo el vacío que ha dejado la pérdida y poder seguir viviendo.

Como todo proceso, el duelo tiene una finalidad o un objetivo. En este sentido, la elaboración del duelo, de una manera saludable, es necesaria ya que permitirá:

- Elaborar y resituar la pérdida en un tiempo razonable, de una manera adaptativa para prevenir o detectar lo más pronto posible un proceso de duelo complicado o disfuncional
- Aceptar la realidad de la pérdida, que es el paso más difícil y doloroso
- Expresar los sentimientos de pena y el dolor emocional; identificarlos y comprenderlos
- Aceptar la pena y el dolor emocional y encaminarnos adecuadamente.
- Facilitar la adaptación a la nueva realidad
- Promover la utilización de la energía afectiva y emotiva en nuevos proyectos, relaciones y objetos significativos.

La meta última del proceso de elaboración del duelo siempre será lograr la aceptación.

El proceso de aceptación significa dejar tiempo y dejar de pelear con la realidad que no es como se quisiera.

Este proceso implica emoción, retirada, toma de conciencia, acción, contacto; despedida, comienzo; sentimiento y elaboración de la pérdida.

En tal sentido, el hecho de que el doliente pueda hablar y recordar a un ser querido con naturalidad y tranquilidad, o que el paciente pueda referirse a sus propias pérdidas significativas como parte de su historia de vida, pueda establecer nuevas metas y/o proyectos, así como relaciones significativas que le permitan continuar con su vida o vivir la experiencia del morir. Son aspectos de suma importancia que se deben considerar para asumir que el duelo se ésta elaborando de manera saludable (Centeno, 2013).

La duración de un proceso de duelo es variable y depende de cada persona y de su situación. Los expertos en el tema coinciden en situar la elaboración del duelo:

- En un periodo comprendido entre uno y dos años, cuando la pérdida es de una persona significativa
- En un periodo menor cuando el objeto del duelo es otro tipo de pérdida

Cada tipo de pérdida implica experimentar algún tipo de privación y las reacciones suelen ser en varias áreas:

- Psicológicas
- Físicas
- Sociales
- Emocionales
- Espirituales

En términos generales, durante el proceso del duelo se describen múltiples sentimientos, cogniciones y conductas.

Ha habido múltiples intentos de describir las manifestaciones psicológicas del duelo o etapas por las que pasa una persona que experimenta una pérdida. En este sentido, es difícil establecer inequívocamente relaciones causa-efecto.

A continuación veremos algunas manifestaciones:

- Área sensitiva. Emociones y sentimiento: En la pérdida del objeto amado, puede sentirse desamparado, puede ser que después se experimente enfado y ansiedad. El enfado que experimenta la persona en duelo se ha de dirigir apropiadamente hacia la pérdida para que llegue a una conclusión sana.
- Área sensorial. Sensaciones físicas: En ocasiones estas sensaciones físicas preocupan al superviviente y acuden al médico para que les haga un chequeo. Algunos ejemplos serían sentir el estómago vacío, opresión en el pecho o falta de aire, solo por mencionar algunos casos.
- Área cognitiva. Cambio en creencias y conceptos: Ciertos pensamientos son normales en las primeras fases del duelo y generalmente desaparecen después de un breve espacio de tiempo. Sin embargo, en ocasiones, los pensamientos persisten y desencadenan sentimientos que pueden producir problemas de ansiedad. Por la mente de las personas en duelo pasan ciertos pensamientos, éstos pueden desencadenar sentimientos de tristeza y/o ansiedad muy intensos pero normales.
- Área conductual. Cambios en el comportamiento: Puede incluir desde la dificultad para dormir y despertar por las mañanas, trastornos alimenticios. Las personas se pueden encontrar a sí mismas actuando de manera distraída y haciendo cosas que al final les produce incomodidad o les hace daño. Debemos aclarar, en cualquier caso, que una misma persona no experimentará todas estas reacciones.

Después de la pérdida, algunas personas, continúan experimentando sentimientos de duelo durante un periodo aún más largo. Este largo proceso no se considera anómalo, a no ser que sea de tal intensidad que le impida al superviviente adaptarse, reorganizando su vida y reintegrándose al mundo real. Se puede afirmar que en sentido el tiempo terapéutico da una perspectiva que ayuda a recordar con serenidad los hechos, adaptarse al cambio y calmar los sentimientos (Centeno, 2013).

### 3.7. Etapas de duelo en mujeres mastectomizadas

Como hemos mencionado, el duelo es un proceso natural frente a una pérdida. La persona intentará adaptarse, a nivel individual y externo. Esta pérdida es física ya que, como mencionamos uno de los tratamientos para contrarrestar el cáncer de mama, es la extirpación de un seno o de ambos (Nomen, 2009).

Bucay (2004), dice que existen mecanismos de reacción que entran en función durante una enfermedad mortal, ante esto propone unas etapas por las que atraviesa el duelo ante cualquier pérdida, las cuales son:

1. Incredulidad: Es probable que la persona diagnosticada con cáncer de mama, lo primero que pase por su mente sea “no puede ser” o “porque a mí”. Se experimenta un “impasse”. Dicho en otras palabras, hay un momento de negación y cuestionamiento en el cual no hay dolor, ya que la sorpresa y el impacto se lleva un proceso de confusión en el cual no se entiende lo que está pasando a su alrededor, puede ser que este proceso dure de minutos a días, como sucede en el duelo normal, o puede volverse una negación feroz y brutal como en el duelo patológico.

Cuando se consigue pasar esta etapa, no se tiene otro remedio que conectarse con el dolor ante el diagnóstico y de repente desemboca un sin número de emociones que da lugar a la siguiente etapa.

2. Regresión: Una vez dada la noticia sobre el diagnóstico de cáncer de mama y la incredulidad que esto produce, se da una explosión de emociones tales como: enojo, miedo, tristeza, culpa, angustia, confusión, etc. Se está en un estado continuo de explosión de emociones, donde una persona en duelo escuche explicaciones porque está desbordada por sus emociones, en pleno dolor irracional pasando por consiguiente a la furia.
3. Furia: Inicia después de que se tiene conciencia de lo que pasó. Hay manifestaciones de ira, de enojo hacia el doctor que la ha diagnosticado; hacia ella misma que no ha podido dar cuenta a tiempo; con Dios; con la vida; manifiesta un enojo con todo lo que se encuentra a su alrededor. Esta furia tiene la función de anclar a la realidad, terminar con el desborde de emociones, pero también intenta proteger del dolor de la tristeza que les espera y aún no aparece porque el cuerpo se prepara para soportarla.
4. Culpa: La paciente se empieza a culpar por lo que está pasando en ese momento o por lo que pasó. Se culpan de no haberse dado cuenta antes o por no haberse atendido cuando se presenta una anomalía en el seno. Cabe mencionar la importancia de la autoexploración. El culparse es una manera que se hubiera podido evitar, acusándose de todo lo que pudieron hacer y no hicieron.

Kübler-Ross (2001), menciona que cuando las cosas no salen como son planeadas es muy tentador suponer que si se hubieran hecho de otra forma la historia tendría un mejor final, generando así un sentimiento de culpa.

5. Desolación: Etapa es la más difícil de todas, todo lo que sucede en las etapas pasadas es de alguna manera una forma de evitar llegar aquí. Es en etapa donde se manifiesta el sentimiento de impotencia, la paciente se da cuenta que no hay nada que se pueda hacer, que es irreversible una vez consumada la mastectomía. Aquí entra el temido fantasma de la soledad por el seno perdido, ha quedado un vacío. Se da cuenta de que

las cosas no van a volver a ser como eran y no se sabe con certeza cómo va ser. La tristeza y el dolor, hace que se alejen para llorar lo que tengan que llorar y alejarse de los estímulos hasta que se esté lista para recibirlos. Conecta con el adentro para volver al afuera y afrontar las últimas dos etapas del proceso de duelo.

Bucay (2004), dice que el sufrir significa lograr y crecer, pero también significa madurar, porque la persona se va superando también se va madurando. El principal logro del sufrimiento no es otro que el proceso de maduración. Sin embargo, la maduración descansa sobre el hecho de que la persona alcance la libertad interior a pesar de la dependencia del exterior.

6. Fecundidad: Aquí es necesario que se empiece a hacer cosas dedicadas al seno perdido, así como transformar liberar la energía ligada al dolor en una acción, en algo que sea útil en su vida y en las que los rodea. Para esto están los grupos de autoayuda, talleres o grupos de tarea que ayudan a elaborar el duelo y transformar lo doloroso en una historia que de sentido adicional a su vida. Si esto se logra llegará a la aceptación que es la última etapa.
7. Aceptación: Significa que la vida sigue, buscar la manera de vivir bien, algo de lo que se perdió quedó en ellas y que gracias a esa pérdida se está aquí, viva. De esta manera se acepta la posibilidad de seguir adelante, a pesar de que quedará una cicatriz, tanto física como espiritual.

Independientemente de cual sea la lesión, existe un sustrato psíquico profundamente alterado y absolutamente prescindible tratar; teniendo en cuenta la inestabilidad emocional, la angustia y el estrés de la mujer con cáncer mamario, tanto a nivel familiar, como a nivel interpersonal.

A partir de la mastectomía, la salud es el principal motivo para recuperarse tanto en los aspectos psicológicos como físicos.

Sherr (1992), dice la vida humana no significa estar bajo un estado homeostático, sino luchar, ir de la esperanza a la decepción y esforzarse por una existencia llena de sentido. Pero allí donde se desarrolla una lucha, se producen heridas y donde hay heridas hay cicatrices. Las heridas corporales dejan cicatrices físicas y las heridas mentales, cicatrices psíquicas. Ambas son difíciles de borrar, pero pueden ser una medida del valor, un signo de luchas internas ganadas o, como mínimo, superadas.

Habrán momentos en que se pueda estar bien, disfrutar con las amistades, reír, hacer actividades que les guste. Los momentos tristes vendrán por si solos, pero se debe tener la certeza que hay una vida después de la pérdida, después de todo cambio.

Bucay (2004), dice que perder es dejar algo que era, para entrar en otro lugar donde hay otra cosa que es. Y esto que es no es lo mismo que era. Dicho en otras palabras, este cambio, sea interno o externo, conlleva un proceso de elaboración diferente, de una adaptación a lo nuevo, algo que será para su bien.

CAPÍTULO IV  
METODOLOGÍA

## METODOLOGÍA

Objetivo general:

Identificar cómo interviene el duelo de mujeres mastectomizadas en su relación de pareja.

Objetivo Específico:

- Revisar los cambios biopsicosociales y de pareja
- Identificar la importancia de la elaboración del duelo en mujeres mastectomizadas
- Determinar la relación que existe entre el duelo de mujeres mastectomizadas con la ruptura de la relación de pareja
- Analizar la estructura de la pareja antes de presentarse el cáncer de mama.

Planteamiento del problema:

¿Cómo influye el duelo de mujeres mastectomizadas en edad de 40 a 60 años en su relación de pareja?

Hipótesis:

Si las mujeres mastectomizadas de 40 a 60 años no elaboran un duelo, entonces influirá en su relación de pareja, provocando una ruptura.

Variables

V.D. Relación de pareja

V.I. Duelo

La relación de pareja es una asociación de dos personas de diferentes sexos unidas por un compromiso emocional, con un propósito familiar.

El duelo es sinónimo de dolor, de pérdida, de trauma, de cambio y de muerte. Es un proceso natural para la supervivencia del individuo ante las pérdidas.

Diseño de investigación:

Tesis empírica

Cuantitativa, no experimental

Población:

Se trabajó en el Hospital Regional 1° de Octubre, ubicado en Avenida Instituto Politécnico Nacional 1669, Gustavo A. Madero, Magdalena de las Salinas, 07760 Ciudad de México, D.F. En un grupo de 40 mujeres que tuvieron una mastectomía y que se encuentran actualmente en una relación de pareja se aplicaron tres instrumentos; el primero sirvió para hacer un análisis previo del funcionamiento de la pareja; el segundo es “Escala de estrategias de afrontamiento” que ayudó a identificar si las mujeres se encontraban en proceso de duelo o habían pasado por uno; el cuestionario de reacción de pareja ayudó a identificar los estilos de afrontamiento en las mujeres mastectomizadas con su pareja. Estos tres instrumentos se explicaran más afondo a continuación.

Instrumentos:

Se aplicaron tres instrumentos:

1. Cuestionario: Está diseñado con 28 preguntas, 18 preguntas con respuesta abierta y 10 preguntas con respuesta múltiple. El cuestionario fue realizado con la finalidad de medir cómo funcionaba la relación antes de ser detectado el cáncer de mama en la mujer. Las preguntas engloban desde cómo se conocieron, la comunicación de pareja, conflictos y formas de soluciones. Se trata de analizar el funcionamiento de la pareja antes de ser detectado el cáncer.

Tipo de aplicación: Individual y/o colectiva.

Materiales: Cuestionario

Tipo de reactivo: Escala tipo Likert y pregunta abierta

2. Escala de estrategias de Afrontamiento: El Dr. José Montoya Carrasquilla ha diseñado tres instrumentos; el Breve inventario de Duelo (BID), la Escala de las tres esferas y la Escala de Afrontamiento, resultado de un largo trabajo de investigación que aportan al profesional elementos importantes para una mejor intervención terapéutica. El instrumento de Escala de Afrontamiento fue empleado por el Dr. Montoya en su trabajo con problemas que atraviesan un duelo; dicha prueba es una modificación del instrumento presentado por Sánchez Cánovas (1991). Se trata de una escala que permite evaluar el afrontamiento como un proceso, haciendo referencia a los pensamientos, sentimientos y actos específicos, evaluando el afrontamiento en un contexto específico (en este caso dentro de un contexto de situación de pérdida), siendo necesario 15 minutos para su aplicación.

Las respuestas se evalúan en una escala de 0 a 3 puntos y se agrupan en 8 modos de afrontamiento:

- Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
- Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte.
- Autocontrol emocional: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (familia, amigos) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.
- Aceptación de la responsabilidad: reconocer el papel que uno haya en el origen o en el mantenimiento del problema.

- Huida-evitación: implementar acciones orientadas a evitar la situación de estrés, con conductas tales como dormir, ingerir drogas o tomar alcohol y fumar más de lo común.
- Planificación: pensar y desarrollar estrategias analíticas para solucionar el problema.
- Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.

El instrumento en términos generales presentó una nueva confiabilidad de .91 y con una varianza explicada de 46.15%.

Tipo de aplicación: individual y/o colectiva.

Materiales: cuestionario con la Escala de Estrategias de Afrontamiento

Tipo de reactivo: escala tipo Likert.

3. Cuestionario de Reacción de Pareja: Escala elaborada por la Psicóloga. Norma Elena Reyes Ruiz (2001), para obtener los estilos de afrontamiento en las mujeres mastectomizadas con su pareja. Consistió en una serie de reactivos en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta: Nunca (1), Ocasionalmente (2), Algunas veces (3), Frecuentemente (4), Siempre (5).

Tipo de aplicación: Individual y/o colectiva.

Materiales: Cuestionario de Reacción de Pareja

Tipo de reactivo: Escala tipo Likert.

Escenario

Los instrumentos fueron aplicados en el Hospital Regional 1° de octubre, ubicado en Gustavo A. Madero, D.F, que cuenta con un área del Departamento de oncología, facilitando un consultorio para aplicación de algunos cuestionarios

individualmente. El consultorio cuenta con un escritorio y dos sillas; la luz es adecuada para la aplicación de los instrumentos. También hay un área de conferencias en donde se lleva acabo el grupo de apoyo a mujeres con cáncer de mama; el aula cuenta con 50 sillas para las mujeres que asisten al grupo de apoyo, facilitando la aplicación de los tres instrumentos a cada una de ellas. El aula también cuenta con la luz adecuada para la aplicación de los instrumentos.

#### Procedimiento:

Los cuestionarios se aplicaron en días diferentes, los primeros cuestionarios fueron aplicados a pacientes que acudían a consulta con la oncóloga en turno; se les explicaba qué median los cuestionarios, que todo lo que ellas expresaran seria confidencial y la información sería utilizada exclusivamente para la investigación. Cuando las mujeres aceptaban se les invitaba a pasar al consultorio, mostrándole posteriormente los instrumentos y dándoles las indicaciones correspondientes. Nuestro segundo escenario fue en la reunión mensual del grupo de apoyo que lleva acabo la Tanatologa del Hospital. Se les dieron las indicaciones correspondientes a los cuestionarios; posteriormente se les entregó un juego de copias que incluyen los tres cuestionarios, un lápiz y una goma; se les dijo que tenían un tiempo aproximado de 40 minutos para contestar los tres cuestionarios.

Se le hizo saber que no había respuestas buenas o malas que contestaran lo más sinceramente posible.

#### Método estadístico

- Método cuantitativo: Este método mide características o variables que toman un valor numérico para facilitar la búsqueda de posibles relaciones mediante el análisis estadístico.
- Correlación de Pearson: Es una medida de la relación lineal entre dos variables cuantitativas. El resultado numérico puede ser entre los rangos de +1 a -1. Una correlación de +1 significa que existe una relación lineal directa perfecta (positiva) entre las dos variables. Una correlación de -1 significa que existe una relación lineal inversa, perfecta entre las dos

variables. Una correlación de 0 se interpreta como la no existencia de una relación lineal entre las dos variables.

- La fórmula es la siguiente:

$$r = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(N\sum X^2 - (\sum X)^2)(N\sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

x= variable independiente "Duelo"

y= variable dependiente "Relación de Pareja"

## RESULTADOS

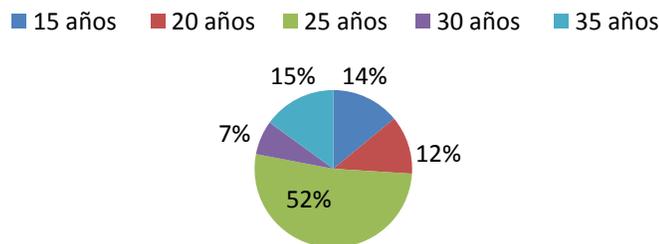
## RESULTADOS

Para la comprobación de la hipótesis de investigación: “Si las mujeres mastectomizadas de 40 a 60 años no elaboran un duelo, entonces influirá en su relación de pareja, provocando una ruptura”, se utilizó el método estadístico cuantitativo, con la finalidad de obtener la correlación entre las variables a investigar que son duelo y relación de pareja.

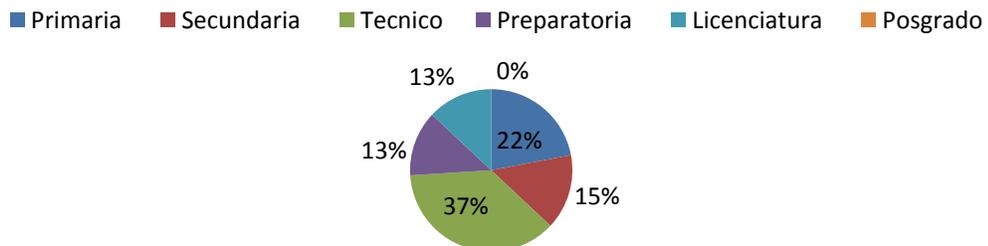
En primer lugar se realizó un cuestionario exploratorio para medir cualitativamente e identificar si existe alguna ruptura en la relación de pareja. A continuación expondremos los resultados.

De acuerdo al cuestionario realizado a una población de 40 mujeres que se encuentran en una edad de 40 a 60 años, el 37% cuentan con una carrera técnica y se encuentran en una relación de pareja, ya sea de matrimonio o de un noviazgo; el 52% tiene una relación de más de 25 años.

### AÑOS DE RELACION



### ESCOLARIDAD



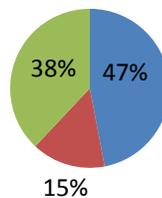
El cuestionario está dividido en las siguientes áreas:

- Cómo se conocieron
- Comunicación
- Gustos
- Sexualidad
- Conflictos
- Resolución de problemas

Se les cuestionó la forma en cómo conocieron a sus respectivas parejas; el 47% afirmó haberlo conocido porque vivían en el mismo vecindario. Lo primero en que se fijaron fue en su personalidad. De igual manera ellas manifiestan que eso fue lo que atrajo a sus parejas.

### ¿Dónde conoció a su pareja?

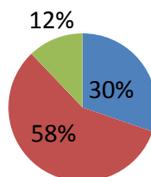
■ Eran vecinos ■ Reuniones familiares ■ Trabajo



Un 57% menciona que la caballerosidad fue la manera en que sus parejas las conquistaron y con un 37% que la atención que ellos le brindaban era el mejor detalle que les podían dar.

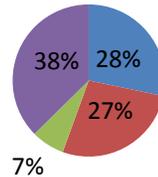
### ¿Cómo la conquistó su pareja?

■ Citas ■ Caballerosidad ■ Afecto



## ¿Qué detalles acostumbraba a darle su pareja?

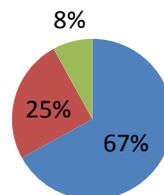
■ Flores ■ Detalles materiales ■ Hacerla Sonreír ■ Atención



Como en toda relación, ya sea de pareja, amistad o familiar, la comunicación es la base de toda buena relación. En esta situación, al inicio de la relación el 57% cataloga su comunicación muy buena y ha mejorado al paso de los años. Esta buena comunicación facilita la toma de decisiones; un 67% menciona que ambos toman las decisiones; si se presenta alguna inconformidad se habla hasta llegar a un acuerdo.

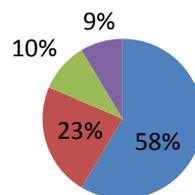
## ¿Quién toma las decisiones de pareja?

■ Ambos ■ Ella ■ El



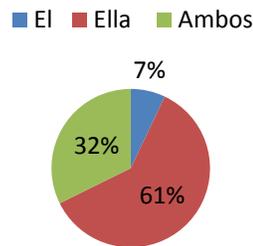
## ¿Cómo fue la comunicación con su pareja al inicio de la relación?

■ Muy buena ■ Buena ■ Regular ■ Mala

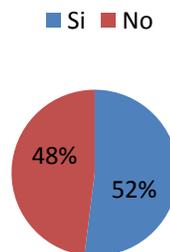


Aunque la comunicación sea buena, un 60% hacen mención que son ellas las que inician las discusiones causadas por desacuerdos en la relación, las cuales se presentaban con frecuencia. Con base en esto se llegó a tomar la decisión de poner fin a la relación en un 52%.

### Quando se iniciaba una discusión, ¿quién la iniciaba?



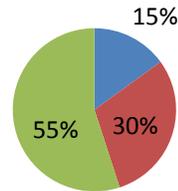
### ¿Se llegó a tomar la decisión de terminar la relación?



Otra parte del cuestionario se enfoca en la sexualidad de la pareja. El 55% de la población tuvieron su primer contacto sexual después de un año a dos años de haber iniciado la relación; el 27% mencionan que las relaciones sexuales se presentaban diario, aunque un mismo porcentaje dicen haber tenido un encuentro sexual una vez al mes. Si se presentaba una inconformidad en la intimidad siempre se hablaba; actualmente un 30% piensa que su vida sexual es buena, aunque el mismo porcentaje piensa lo contrario. En la actualidad un 30% dice no tener ningún contacto sexual.

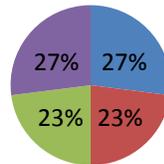
## ¿En qué momento de su relación decidieron tener relaciones sexuales?

■ 1 semana a 3 semanas ■ 6 meses a 1 año ■ 1 año a 2 años



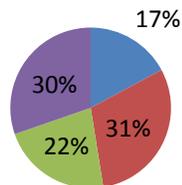
## ¿Con qué frecuencia tenían relaciones sexuales?

■ Diario ■ 5 a 4 veces por semana ■ 2 a una vez por semana ■ una vez al mes



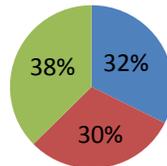
## ¿Cómo es la intimidad con su pareja?

■ Satisfactoria ■ Buena ■ Regular ■ Mala



## ¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales con su pareja?

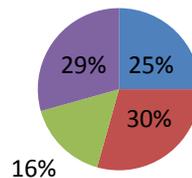
■ 1 a 3 veces por semana ■ 1 a 2 veces al mes ■ Ninguna



La comunicación que actualmente tienen las parejas es buena en un 35%. La discusión más fuerte que han tenido es por infidelidad en un 37%. Las mujeres catalogan su relación de pareja buena y con un porcentaje igual la catalogan mala con un 27%.

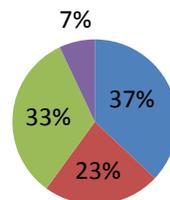
## ¿Cómo es la comunicación con su pareja?

■ Muy buena ■ Buena ■ Regular ■ Mala

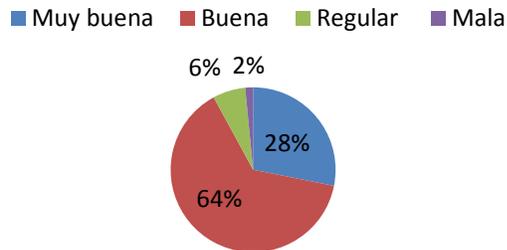


## ¿Cuál ha sido la discusión más fuerte que han tenido dentro de su relación?

■ Infidelidad ■ Educación de los hijos ■ Desacuerdos ■ Situación económica



## Con una palabra ¿cómo podría describir su relación?



Por lo anterior se encuentra que, de acuerdo a los valores obtenidos, la población evaluada tiene un deterioro en su relación actual.

Se realizó una segunda y tercera evaluación con los cuestionarios “Escala de estrategias de Afrontamiento” y “Cuestionario de reacción de pareja”, en donde los resultados obtenidos nos ayudaron a identificar la correlación entre nuestras dos variables, que son duelo y relación de pareja, comprobando nuestra hipótesis.

A continuación se mostrarán los resultados obtenidos con la estadística cuantitativa.

Tabla 1. Estadística

	Escala de estrategias de afrontamiento	Relación de pareja
Media	110.2	123.12
Mediana	125	129
Moda	126	136
Desviación estándar	25.13	20
Varianza	615.86	390.05

Como se mencionó anteriormente, buscamos la comprobación de que sí existe la correlación entre nuestras variables. A continuación se mostrarán los resultados obtenidos.

Tabla 2. Correlación de variables

X	Y	X <sup>2</sup>	Y <sup>2</sup>	XY
4408	4925	510396	621993	541072

X= Variable independiente “Duelo”

Y= Variable dependiente “Relación de pareja”

Con los datos obtenidos de los instrumentos de “Escala de estrategias de Afrontamiento” y “Cuestionario de reacción de pareja” pasamos a la aplicación de la fórmula de Correlación de Pearson.

$$r = \frac{N\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{(N\sum X^2 - (\sum X)^2)(N\sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

Al aplicar la formula obtuvimos el siguiente resultado:

$$r = -0.084825397$$

Este resultado nos indica que entre nuestras variables existe una media correlación negativa.

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de la investigación, la hipótesis planteada para misma se da por aceptada, ya que, como pudimos comprobar, sí existe una relación entre nuestras variables (*duelo* y *relación de pareja*). Nos indica que si las mujeres que no elaboran un duelo por la pérdida del seno a causa del cáncer mama, su relación de pareja puede tener una ruptura.

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

El cáncer es una anomalía en la formación de células, las cuales tienen diversas e importantes funciones. En su ciclo normal las células crecen y se dividen para la formación de nuevas células; este proceso hace que el cuerpo se mantenga saludable. En caso contrario, cuando las células no mueren, el organismo empieza a tener células que realmente no necesita, dando lugar a masas de tejidos adicionales que son conocidos como tumores malignos.

Cuando es localizado un tumor maligno en el seno hablamos de cáncer de mama. Las mujeres en edad adulta son más susceptibles a padecer esta enfermedad, aunque hay casos donde es localizado en hombres. No hay una causa definida del porqué del cáncer, puede ser genético, hormonal o ambiental.

Cual sea la razón de la presencia de la enfermedad en la mujer lo importante en este punto es el tratamiento para combatir el cáncer de mama, el médico es el responsable de darle la información necesaria a la paciente de los tratamientos para su recuperación.

Los tratamientos para el cáncer de mama son: mastectomía, quimioterapia o radioterapia. La mastectomía es la extirpación quirúrgica de la glándula mamaria completa. Este procedimiento médico implica una alteración en la apariencia física de la mujer, pero se abandona toda posibilidad de que reaparezca el cáncer.

El temor de ser mutiladas a causa del cáncer produce angustia en la mayoría de las mujeres que se encuentran en esta posición, por este motivo los médicos hacen todo lo posible para que la mujer conserve la mayor parte de su estructura mamaria. Va depender del tamaño del tumor y qué tan avanzado se encuentre el cáncer así como su localización.

A partir de la mastectomía se experimenta el sentimiento de pérdida al no tener un seno. Es normal que se tenga una elaboración de duelo; el cual se refiere a un proceso natural de supervivencia ante una pérdida, la mujer buscará una adaptación para poder aceptarlo.

Los duelos son parte de la vida de una persona, no solo se presentan ante la pérdida de un ser querido, sino también de algo que se ha de dejar atrás y que no se volverá a recuperar, pero deja siempre un recuerdo.

Este proceso no es solo de la mujer sino también de las personas que están a su alrededor, es un trabajo en grupo que incluye a la familia y a un especialista que pueda orientar a la paciente a superar este duelo.

Hablando de familia, es aquí donde el esposo juega un papel importante, ya que como un matrimonio debe haber apoyo incondicional. Existe un porcentaje alto donde se demuestra que a pesar de presentarse una enfermedad como el cáncer, la pareja sigue unida durante el tratamiento.

La comunicación que tienen las parejas facilita que sigan juntos, pues al presentarse alguna inconformidad o desacuerdo hablan con la finalidad de llegar a un acuerdo que favorezca a la pareja. Se pudo identificar este punto dentro de la población, pues antes de presentarse el cáncer de mama, si se registraban conflictos que provocados por las mujeres eran resueltos sin ningún contratiempo. Posterior al cáncer las parejas hicieron un giro importante, ya que hay manifestaciones de alguna infidelidad. Esto puede ser ocasionado por que hubo mujeres que les cuesta trabajo reencontrarse con su cuerpo, lo que ocasiona que pongan límites a su pareja. A pesar de este conflicto lo han superado exitosamente y han permanecido juntos.

Cuando se presenta una enfermedad, como lo es el cáncer de mama, la pareja sufre un desajuste total de forma emocional en su rutina y los roles que cumplen dentro de la pareja o en la familia. Al ser practicada una mastectomía y ver esa transformación, no solo física sino mental, la mujer debe tomar la decisión de qué es lo que sigue para mejorar. Se espera que posterior a una mastectomía haya un duelo.

El duelo tiene una intervención directa en la relación de pareja, pues las mujeres que no han elaborado un duelo son más propensas a terminar definitivamente la relación por que no existe una aceptación de su pérdida, por lo

tanto, no buscan esa adaptación para continuar con su vida. El que un duelo sea resuelto, o no, depende solamente de la persona que lo está viviendo. No importa cuánto apoyo se le esté brindando, si no decide dar el primer paso no se podrá avanzar en la recuperación.

Puede ser que la mujer no sepa cómo resolverlo, depende mucho de la personalidad de la paciente. La edad en la que se presente el cáncer es importante porque se ve la forma en que la mujer lo asimila y hace frente a la enfermedad. La mayoría de los casos que son diagnosticados con cáncer se encuentran en la edad adulta, ya que se enfrentan a muchos cambios hormonales a causa de la menopausia, aunque debemos retomar que no existe una causa definitiva del cáncer de mama.

En esta etapa las mujeres se encuentran en la cúspide de su desarrollo, son independientes económicamente, toman sus propias decisiones y buscan sobresalir profesionalmente. La mayoría se encuentra con una relación consolidada que le brindará el apoyo necesario.

Superar un duelo es trabajo tanto de la paciente como de la familia y deben ser acompañados por un especialista. El rol que juega el psicólogo durante este proceso es importante porque orienta a la paciente a reconocer sus emociones y cómo manejarlas a favor de su recuperación; busca fortalecer los lazos familiares, sobre todo con la pareja que es pieza fundamental durante su recuperación de la paciente. Una mujer que ha padecido cáncer de mama sabe que ha superado un duelo porque llega a aceptar su enfermedad; hace una retroalimentación de los cuidados que debe de tener y buscan el poder ayudar a otras mujeres que se encuentran en este proceso, les cuenta su experiencia personal para darles esa fortaleza y que sepan que no están solas.

Por lo tanto, concluyo que sí influye el que una mujer mastectomizada, que no elabora un duelo, tiene una ruptura con su pareja. Esto se debe a que no ha aceptado su pérdida y no puede reencontrarse consigo misma, lo que ocasiona que no permita que la pareja se acerque, poniendo límites y no aceptando el

apoyo y la ayuda que necesita para poder superarlo; por consiguiente, se toma la decisión de finalizar la relación.

Las mujeres debemos empezar a tener la cultura de autoexploración, debemos conocer nuestro propio cuerpo para así identificar alguna anomalía. Cuando es detectada alguna bolita en los senos, lo más recomendable es asistir con un especialista para realizar los estudios correspondientes y así descartar la presencia de cáncer.

El cáncer detectado a tiempo es curable, si el diagnóstico es positivo existen tratamientos que ayudarán a la recuperación total de la persona. El apoyo incondicional de la familia facilita a la paciente sobrellevar la enfermedad. Es un trabajo en equipo donde la finalidad es la recuperación absoluta de la mujer.

Existen grupos de apoyo para mujeres con cáncer de mama. Ellas mismas cuentan su experiencia personal, dan su apoyo emocional y explican que todos los cambios que tienen a partir de la mastectomía son normales; dan la confianza de que todo estará bien si se trabaja en ello y con la ayuda de un especialista.

Actualmente hay campañas de prevención; también hay seguros médicos para aquellas mujeres que han sido diagnosticadas. Cada vez más las mujeres van teniendo la cultura de hacerse los estudios correspondientes para descartar cualquier enfermedad. Los avances médicos cada vez son mayores. Conocer nuestro cuerpo es lo más natural, no hay porqué tener pena de que algún médico especialista nos revise. El proceso es lento pero poco a poco las mujeres van teniendo esa responsabilidad de cuidar su cuerpo. El cáncer no duele hasta que se encuentra en etapa terminal. No hay razón para llegar hasta ese punto si podemos prevenir.

## ANEXOS

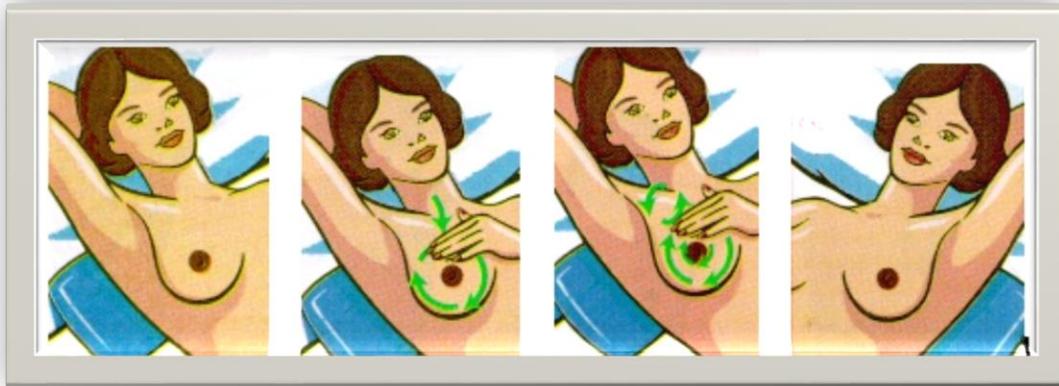
## ANEXO 1

### Autoexploración de mama

Figura 1. Autoexploración frente al espejo



Figura 2. Autoexploración Recostada



## BIBLIOGRAFÍA

### LIBROS:

- Aldous, J. (1978). Family careers: Developmental change in families. New York: Wiley.
- Birren, J. E., Cunningham, W. R. (1985). Research on the psychology in aging: Principles and experimentation. New York: Poon.
- Bucay, J. (2004). El camino de las lágrimas. Argentina: Océano.
- Casiato, D. A. y Terrioto, M. C. (2009). Manual de oncología clínica. España: Woltrs Kluwer Healt.
- Castro, M. (2008). Tanatología: La inteligencia emocional y el proceso de duelo. México: Trillas.
- Centeno, S. C. (2013). Gestión del duelo y las pérdidas: Aprendiendo a convivir con lo ausente. México: Formación Alcalá.
- Corless, I., Germino, B. B. y Pittman, A. (2005). Agonía, muerte y duelo: Un reto para la vida. México: Manual Moderno.
- Cowan, C. P., Cowan, P. A. (1992). When partners become parents: The big life change for couples. New York: Basic Books.
- Craig, G. (2001). Desarrollo psicológico. México: Pearson Prentice Hall.
- Cruzado, J. A. (2007). Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer. España: Síntesis.
- DSM-IV. (2005). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Flórez, L. J. (1994). La mujer ante el cáncer de mama: Aspectos psicológicos. Barcelona: Edika Med.

- Freud, S. (1998). Obras Completas: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Argentina: Amorroutu. Vol. 14.
- Galinsky, E. (1980). Between Generations: The six stages of parenthood. New York: Prentice Hall.
- González, E. (2002). Psicología del ciclo vital. España: Editorial CCS.
- Haber, S. (2000). Cáncer de mama: Manual de tratamiento psicológico. Barcelona: Paidós.
- Hartmann, L. C. y Loprinzi, C. L. (2005). Guías del cáncer de mama en la mujer. México: Mayo Clinic.
- Hernández, M. G. y Bernardello, E. T. (1998). Cáncer de mama. Venezuela: Mc Graw Hill.
- Hernández, M. G., Bernardello, E. y Pinotti, J. A. (1998). Cáncer de mama. Venezuela: Mc Graw Hill.
- Horn, J. L. (1982). The theory of fluid and crystallized intelligence in relation to concepts of cognitive psychology and aging in adulthood. New York: Plenum.
- Kübler, R. E. (2001). Sobre la muerte y los moribundos. España: Grijalva Mondadori.
- Lefkowitz, E. S. y Gillen, M. M. (2006). Sex is just normal part of life: Sexuality in emerging adulthood. Washington: American Psychological Association.
- Monedero, C. (1986). Psicología evolutiva del ciclo vital. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Nomen, M. L. (2009). El duelo y la muerte: El tratamiento de pérdida. España: Pirámide.
- Osofsky, J. D. y Osofsky, H. J. (1984). Psychological and developmental perspective on expectant and new parenthood. Chicago: Parke. Vol. 7.

- Papalia, D. E., Wendkos, S.O. y Duskin, R. (2009). Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill.
- Peck, R. F. (1968). Psychological developments in the second half of life. Chicago: Neugarten.
- Pérez, P. (2006). Trauma, culpa y duelo: Hacia una psicoterapia integradora. México: Desclee de Brouwer.
- Pérez, P. Hernán, G. L. y Santiago, C. (2000). Terapia de grupo en duelo complicado: Un enfoque desde los factores de cambio positivo. México: Psiquiatría Pública.
- Robinson, L. C. y Blanton, P. W. (1993). Marital strengths in enduring marriages: Family relations. San Diego: Academic Press.
- Shaffer, J. B. (1978). Humanistic psychology. New York: Prentice Hall.
- Sherr, L. (1992). Agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno.
- Staszweski, J. (1971). Age at menarche and breast cancer. New York: Basic books.
- Sternberg, R. (1986). Latchkey children and susceptibility to peer pressure: An ecological analysis. New York: Neugarten.
- Tinoco, G. M. (2011). Mujeres con cáncer y redes sociales de apoyo en su vida cotidiana. México: Porrúa.
- Tizón, L. J. (2004). Pérdida, pena y duelo: Vivencias, investigación y asistencia. España: Paidós.
- Vargas, H. V. (2011). Cáncer en la mujer. México: Alfil. Vol. 3.
- Vargas, H. V., Leroy, M. V. y García, L. A. (2011). Enfermedades mamarias benignas: Diagnóstico y tratamiento. México: Alfil. Vol. 3.
- Weg, R. B. (1989). Sensuality of the middle years. New York: Prentice Hall.

Wolfgang, E. y Sabine, B. (1995). Cuerpo y Salud: El cáncer de mama. España: Editorial Everest.

#### TESIS/TESINAS

Jiménez, R. G. (2010). Proceso de duelo por la ruptura de la relación de pareja desde el enfoque Gestalt. Tesis Lic. Psicología. UNAM.

Sánchez, A. R. (1995). El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida. Tesis Maestría Psicología. UNAM.

Vázquez, C. A. (2010). Significado de pérdida, proceso de duelo y estrategias de afrontamiento. Tesis Lic. Psicología. UNAM.