



**UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA**

**FACULTAD**

**“TERESA DE ÁVILA”**

**TRABAJO FINAL DE LICENCIATURA**

**“Impacto emocional del diagnóstico de cáncer de mama en la pareja”**

**CARRERA:** Licenciatura en Psicología

**AUTORA:** Evangelina Micaela Castelucci

**DIRECTORA:** Lic. María Soledad Solari

Paraná, 2020

## *Agradecimientos*

*A mi familia...mis padres Sandra y Guillermo y mi hermana Belén por el apoyo recibido durante todos estos años, por animarme a no bajar nunca los brazos. Agradecer a mis padres por brindarme la posibilidad de estudiar, por darme la libertad de elegir una profesión que me haga feliz y apoyar mi elección.*

*A mi pareja Laureano, por haber sido mi sostén y apoyo durante todo el proceso, por motivarme a perseguir mis sueños y por ser mi compañero de ruta en cada paso importante que doy.*

*A mi directora, Lic. María Soledad Solari por aceptar dirigir este trabajo. Agradecer a Soledad por toda la paciencia, por cada una de sus sugerencias, por acompañarme y guiarme en mis últimos pasos como estudiante.*

*A cada una de las mujeres y sus parejas que formaron parte de la investigación, sin ellos este trabajo no hubiera podido ser. Agradecerles por la confianza depositada y, como les he dicho, agradecerles por abrirme su corazón y permitirme conocer una parte tan íntima de sus vidas.*

*A toda mi familia y familia política, especialmente a mi cuñada Vanesa, por haberme alentado y acompañado en este proceso.*

*A mis amigos y todos aquellos compañeros de estudio que he tenido el agrado de conocer y compartir esta hermosa carrera.*

*La vida es un desafío, afóntalo.*

*La vida es un don, acéptalo.*

*La vida es una aventura, ponla a prueba.*

*La vida es una pena, supérala.*

*La vida es una tragedia, encárala.*

*La vida es un deber, cúmplelo.*

*La vida es un juego, diviértete.*

*La vida es un misterio, desentráñalo.*

*La vida es una canción, intérpreatala.*

*La vida es una oportunidad, aprovéchala.*

*La vida es un viaje, efectúalo.*

*La vida es una promesa, cúmplela.*

*La vida es una belleza, alábala.*

*La vida es una lucha, empréndela.*

*La vida es una meta, alcánzala.*

*La vida es un acertijo, resuélvelo.*

*¿Qué es la vida? – Madre Teresa de Calcuta*

## Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>7</b>
<b><u>Capítulo I - Introducción.....</u></b>	<b>10</b>
1.1 Objetivos de la investigación	
1.1.1 Objetivo general.....	12
1.1.2 Objetivos específicos.....	12
1.2 Supuesto de trabajo.....	12
<b><u>Capítulo II – Marco teórico</u></b>	
2.1 Estado del arte .....	14
2.2 Encuadre teórico.....	20
2.2.1 Cáncer de mama	
2.2.1.1 ¿Qué es el cáncer de mama?.....	20
2.2.1.2 El cáncer de mama, sus diferentes tipos y modos de detección.....	21
2.2.1.3 Estadios del cáncer de mama.....	23
2.2.1.4 Tratamientos para el cáncer de mama.....	24
2.2.2 Las emociones	
2.2.2.1 Conceptualización de las emociones.....	27
2.2.2.2 Las funciones de las emociones.....	31
2.2.2.3 Conceptualización de impacto emocional .....	33
2.2.2.4 Clasificación de las emociones.....	33
2.2.2.5 Las emociones y la salud.....	46
2.2.3 La pareja	
2.2.3.1 ¿Qué se entiende por la pareja?.....	48
2.2.4 Estilos de afrontamiento.....	51
2.2.4.1 Conceptualización de afrontamiento.....	51
2.2.4.2 Teoría del ajuste psicológico al cáncer de Moorey y Greer.....	52

### **Capítulo III – Marco metodológico**

3.1 Tipo de investigación.....	55
3.2 Participantes.....	55
3.3 Técnicas de recolección de datos.....	57
3.4 Procedimiento de recolección de datos.....	58
3.5 Procedimiento de análisis de datos.....	59

### **Capítulo IV – Resultados**

4.1 Impacto en la pareja.....	61
4.2 Emociones negativas y positivas.....	68
4.3 Pensamiento y preocupaciones más recurrentes.....	79
4.4 Principales conductas y actitudes frente al diagnóstico.....	83

### **Capítulo V – Discusión, conclusiones, recomendaciones y limitaciones**

5.1 Discusión.....	89
5.2 Conclusiones.....	106
5.3 Limitaciones.....	107
5.4 Sugerencias.....	107

### **Referencias bibliográficas.....**

### **Anexos**

Modelo de entrevista con la mujer diagnosticada.....	113
Modelo de entrevista con la pareja.....	114
Cuestionario ad hoc para la mujer.....	115
Cuestionario ad hoc para la pareja.....	116
Consentimiento informado.....	117
Entrevista a Eugenia.....	118
Entrevista a Estela.....	128
Entrevista a Carlos.....	140
Entrevista a Alicia.....	145

Entrevista a Juan.....	158
Entrevista a Ana.....	162
Entrevista a Laura.....	171

## **Resumen**

El cáncer es una enfermedad que, en nuestra sociedad y cultura, tiene una carga emocional importante debido a que se la asocia frecuentemente a la muerte, como así también a términos como sufrimiento, dolor, padecimiento, entre otros; teniendo así fuertes repercusiones no solo en quien padece la enfermedad, sino también en su entorno más cercano.

El cáncer de mama provoca numerosos cambios en diferentes áreas como ser social, afectiva, laboral y también cambios físicos, siendo estos últimos, los que generan mayor impacto en la mujer debido a que los senos representan la feminidad y la maternidad. Sin embargo, no es una enfermedad que afecta exclusivamente a la mujer, sino que también su pareja puede ir presentando durante el proceso modificaciones y afectaciones en lo que respecta a emociones, pensamientos y conductas.

Es por estos motivos que la presente investigación intentó aportar conocimientos acerca del impacto emocional que el diagnóstico genera en la pareja, surgiendo como pregunta central la siguiente: ¿cómo impacta emocionalmente en la pareja el diagnóstico de cáncer de mama? Estableciendo como supuesto de trabajo que, el diagnóstico de cáncer de mama produce un impacto emocional negativo en la pareja, generando modificaciones en su vida diaria y en las áreas afectiva/emocional, cognitiva y conductual.

Los objetivos que se plantearon fueron los siguientes: como objetivo general, conocer cómo el diagnóstico de cáncer de mama impacta emocionalmente en la pareja. En tanto que los específicos fueron, por un lado, determinar el impacto emocional del diagnóstico de cáncer de mama en la pareja en las áreas emocional, cognitiva y conductual y, por otro, identificar las principales emociones que se presentan en ambos miembros de la pareja.

Se trató de una investigación de tipo cualitativa descriptiva, dado que pretendió conocer cómo impacta emocionalmente el cáncer de mama en la pareja. Se la pudo clasificar, según el tipo de fuente, como un estudio de campo. Teniendo en cuenta su temporalidad, se la consideró transversal debido a que las entrevistas fueron realizadas en un momento determinado y de una sola vez.

La muestra estuvo compuesta por cinco mujeres de la ciudad de Paraná que al momento del diagnóstico se encontraban en pareja y a dos de sus cónyuges. De las cinco parejas seleccionadas, se presentaron tres hombres que al momento de concretar a la entrevista decidieron no acceder por diferentes motivos, principalmente la falta de interés y motivación.

Se incluyó de igual manera las entrevistas con las mujeres que no se tuvo acceso a la pareja ya que, por un lado, resultó interesante y altamente significativo para la investigación que, al momento del diagnóstico estaban juntos en pareja, y luego de esto se genera una crisis, distanciamiento e incluso separación.; y por el otro, debido a que se pudo conocer a través de sus relatos el impacto emocional generado en ellos.

La población de estudio fue considerada como una limitación de la investigación, ya que se trató de una población sensible y vulnerable debido a la situación vital que atraviesan, lo que hizo que la misma no fuera de fácil acceso.

Se trató de un muestreo considerado no probabilístico de tipo intencional, ya que se determinaron como criterios de inclusión que las mujeres tuvieran entre 30 y 50 años, diagnósticas con cáncer de mama y debiendo llevar la pareja al momento del diagnóstico, como mínimo, un año juntos.

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada en la cual se fueron planteando interrogantes como disparadores, la misma fue elaborada teniendo en cuenta la información que se necesitaba recoger, los objetivos planteados y los participantes de la muestra.

Con el fin de una mejor y precisa obtención de los datos, se contó con la utilización de un grabador de voz para registrar la entrevista, previa autorización y consentimiento escrito de cada uno de los participantes, posteriormente se realizó la correspondiente desgrabación.

La información recogida fue ordenada dentro de cuatro categorías: impacto en la pareja, emociones positivas y negativas, pensamientos y preocupaciones recurrentes y, por último, principales conductas y actitudes frente al diagnóstico.

Se encontraron dos situaciones particulares; por un lado, parejas que pese a las dificultades, aprendizajes y modificaciones aparejadas al diagnóstico siguen unidas y, por otro lado, parejas que al momento del diagnóstico se constituían como tales pero luego de este suceso atraviesan una crisis, distanciamiento e incluso separaciones.

La investigación ha arrojado datos importantes, que permitieron detectar las necesidades que la pareja experimenta durante el transcurso de la enfermedad producto de sus emociones, y así poder desde el campo de la Psicooncología atenderlas. Se consideró fundamental para la recuperación de la paciente su estado anímico, como así también, el apoyo y la contención que recibe de su entorno, en el cual la pareja ocupa un rol muy importante.

Las conclusiones que se derivaron del trabajo indicaron, en primer lugar, que el diagnóstico de cáncer de mama genera en la pareja un impacto emocional negativo ya que ambos miembros experimentan este tipo de emociones a partir de dicho suceso.

En segundo lugar, se pudo determinar que la enfermedad produce un impacto tal que repercute en las áreas emocional, cognitiva y conductual. A partir de dicho acontecimiento los miembros de la pareja presentan preocupaciones en torno a temas como la muerte y la salud; prevaleciendo en la mujer pensamientos referidos a los hijos y el futuro de los mismos, siendo relevante la ausencia de pensamientos o preocupaciones referidos a su pareja. En el área conductual, se deducen comportamientos dirigidos principalmente a la búsqueda de seguridad e información en la mujer y, en el hombre se destacan dos conductas contrapuestas: por un lado el escape-evitación y, por el otro, la contención y apoyo, dependiendo éstas de la situación por la cual atraviesa la pareja.

En tercer lugar, se identificó que la pareja experimentó dentro de las emociones negativas miedo, angustia y tristeza; en tanto que, de las positivas, se destacó únicamente el optimismo. Además de las mencionadas, las mujeres también experimentaron ansiedad, ira, hostilidad, culpa y vergüenza; y dentro de la positivas, humor y gratitud.

## I. Introducción

Nuestro organismo produce constantemente un proceso de selección de células, donde se eliminan aquellas que no sirven. Cuando los mecanismos de control habitual comienzan a fallar, este proceso no se cumple y esas células comienzan a reproducirse en forma descontrolada, invadiendo otros sitios del organismo y es así como se puede llegar a desarrollar el cáncer.

“El cáncer es un conjunto de enfermedades en las que se altera la estructura de las células de algún órgano de nuestro cuerpo, generándose además un crecimiento anormal” (Sala, s.f., p.1).

Dentro de los distintos tipos de cáncer se encuentra el cáncer de mama, el cual se puede definir según la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (LALCEC, s. f.) como “el tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria. Cuando las células tumorales proceden del tejido glandular de la mama y tiene capacidad de invadir los tejidos sanos alrededor y de alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, es entonces cuando se habla de cáncer”.

Dicha enfermedad afecta mayoritariamente a mujeres de entre 45 y 70 años de edad.

Según datos arrojados por el Instituto Nacional del Cáncer (INC, s. f.) este tipo de padecimiento es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres argentinas, produciéndose 5.800 por año; sin embargo, la mortalidad ha disminuido de manera sostenida y estadísticamente significativa desde 1996 a un ritmo de 0,9 % durante el período que abarca desde 1996 a 2013 y de un 2,1 anual entre 2013 y 2016.

Schavelzon (2004) señala que en nuestra cultura la palabra cáncer en sí misma tiene profundas y agresivas significaciones cuya potencialidad reactiva influye en el psiquismo de todos modificando conductas y afectos. Induce conductas anómalas en el paciente y su universo emocional.

Diversos estudios demuestran las implicaciones psicológicas en las pacientes. Spiegel (citado en Moreno-López, Lara-Medina y Alvarado-Aguilar, 2014) señala que el trauma ante el diagnóstico y el tratamiento genera en la mujer ansiedad, indefensión, tristeza y desesperanza.

Además los pechos representan la feminidad y la maternidad, se da una dificultad para expresar los verdaderos sentimientos en cuanto a encontrar el justo equilibrio entre el papel de madre y de mujer cumplida.

El cáncer o su tratamiento puede afectar o perder un órgano o una función o modificar su aspecto exterior, llegando a producirse una especie de “fractura” de la capacidad de adaptación física- emocional y es especialmente temida ante demandas sociales reales o supuestas (Schavelzon, 2004). Pero no es únicamente la mujer que lo padece la que se ve afectada y movilizada sino que también sufren las personas que comparten y conviven día a día con ella, específicamente el núcleo familiar.

El cáncer de mama produce muchos cambios tanto sociales, afectivos, laborales como así también físicos tanto de la mujer que atraviesa la enfermedad como de todo su entorno, inclusive en su pareja, quien puede ir presentando a lo largo del proceso diversos sentimientos, pensamientos y conductas (Moreno-López et al., 2014).

La Sociedad Americana Contra el Cáncer (2017) señala la presencia de estrés durante el tratamiento de cáncer de mama debido a muchas emociones. En cierto grado es normal que sientan depresión, ansiedad y miedo como así también algo de angustia.

Según indica la Clínica Mayo (citada en Moreno-López et al., 2014) en las parejas de las pacientes se dan modificaciones en las rutinas de su vida diaria, probablemente él tenga la necesidad de tomar roles de los que antes se ocupaba su pareja y ahora no puede desempeñar, ya que en sí los cambios se dan en gran parte de la estructura familiar.

Si bien hay investigaciones que hacen una alusión general del impacto que genera el diagnóstico en la pareja de la mujer, estas están centradas en el entorno general de la paciente o en su grupo familiar, no hacen referencia específicamente a la pareja, en otras palabras, no es el objetivo principal. Como menciona Moreno-López et al. (2014), es menos frecuente encontrar información sobre los efectos emocionales que viven las parejas de las pacientes, ellos son los que experimentan al lado de sus parejas el impacto emocional que tienen ante el diagnóstico del cáncer y, además, es probable de que ellas busquen en ellos el apoyo emocional necesario durante el proceso.

Por estas razones, la presente investigación intenta aportar conocimientos acerca del impacto emocional que el diagnóstico genera en la pareja, teniendo en cuenta que la enfermedad no sólo afecta a la mujer, sino también a la pareja. Es así que la pregunta central de la investigación se formula de la siguiente manera:

¿Cómo impacta emocionalmente en la pareja el diagnóstico de cáncer de mama?

La investigación está centrada en parejas de la ciudad de Paraná durante el período septiembre de 2019 - junio de 2020, en la cual la mujer está diagnosticada de cáncer de mama y llevan, como parámetro mínimo, un año en pareja al momento del diagnóstico. El rango de edad para estas mujeres está comprendido entre los 30 y 50 años.

Los aportes que se pretenden dar a conocer tienen que ver con cuatro categorías de análisis que son: impacto en la pareja, emociones positivas y negativas, pensamientos y preocupaciones más frecuentes y, por último, principales conductas y actitudes frente al diagnóstico.

La importancia de la presente investigación reside en los aportes que generará en el campo de la Psicooncología, ya que son escasas las investigaciones en la Argentina que tienen como eje la pareja. Contribuirá con conocimientos acerca de cómo impacta emocionalmente el cáncer de mama en la pareja, lo cual es importante para poder entender y visualizar cuáles son las necesidades de ambos miembros durante este proceso.

De esta manera el área de Psicooncología podrá contar con mayor información lo que permitirá poder enfocar y atender las emociones desencadenadas por dicho diagnóstico, brindándole así el apoyo y la contención necesaria.

## **1.1 Objetivos de la investigación**

### **1.1.1 Objetivo general**

- Conocer cómo el diagnóstico de cáncer de mama impacta emocionalmente en la pareja.

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Determinar el impacto emocional del diagnóstico de cáncer de mama en la pareja en las áreas emocional, cognitiva y conductual.
- Identificar las principales emociones que se presentan en ambos miembros de la pareja.

## **1.2 Supuesto de trabajo**

El diagnóstico de cáncer de mama produce un impacto emocional negativo en la pareja, generando modificaciones en su vida diaria y en las áreas afectiva/emocional, cognitiva y conductual.

# *Marco Teórico*

## Capítulo II - Marco teórico

### 2.1 Estado del arte

López Bazán (2017) realizó una investigación durante el año 2017 en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo, Perú. Fue considerada una investigación de tipo aplicada la cual tuvo como base un diseño explicativo; la muestra estuvo compuesta por diez familias de pacientes oncológicas de cáncer de mama, utilizándose métodos y términos de la investigación cuantitativa y cualitativa. El objetivo principal fue explicar el impacto socio-afectivo en las familias de pacientes oncológicas de cáncer de mama en la cual pudo observar reacciones frecuentes que se den ante el diagnóstico tales como: negación, rabia, miedo, aislamiento, ansiedad, episodios depresivos, dificultades para conciliar el sueño, inapetencia.

A su vez la confirmación del diagnóstico lleva a la paciente y a toda la familia a encontrarse con difíciles decisiones y enfrentamientos, llevando en ocasiones a cambios en la pareja cuando existen configuraciones establecidas entre ellos, lo que impone un importante desafío a la habilidad del grupo familiar para conservarse relativamente organizado en cuanto se ajusta a las diversas necesidades (Biffi y Mamede citados en López Bazán, 2017).

Frecuentemente los familiares de la paciente presentan sentimientos de ansiedad, tristeza y miedo del futuro. Aparece la rabia por la aparición del cáncer en su ser querido, frustración por no conseguir hacer nada por el familiar que lo padece y estrés debido al exceso de responsabilidad que tiene que asumir. Estos sentimientos son formas de luchar contra el cáncer. Durante el proceso de dicha enfermedad es frecuente que tanto la paciente como sus familiares se muestren, por momentos, ansiosos, asustados o deprimidos (López Bazán, 2017).

La investigación de López Bazán (2017) mostró que es frecuente el aislamiento social no solamente de la paciente sino también de sus familiares. La parte social queda relegada a un segundo plano debido a distintos factores como, por ejemplo, que la enfermedad absorbe tiempo y energía.

El diagnóstico implica reacciones que van desde lo biológico hasta lo comunitario y económico que impacta sobre la red social de la paciente (López Bazán, 2017).

Se encontró una tesis doctoral que tuvo lugar en la ciudad de Madrid, España durante el año 2014. La investigación estuvo compuesta por dos partes, la primera consistió en crear una prueba objetiva que pruebe evidencia alguna de perturbación emocional. En esta primera instancia se aplicó la prueba Stroop, la cual requiere realizar un análisis preliminar de palabras relacionadas con el cáncer que resulten desagradable o amenazante a juicio de

pacientes con cáncer. Contó con un total de 200 mujeres, de las cuales la mitad de ellas había padecido cáncer de mama; el resto de ellas no contaba con experiencia alguna de cáncer tanto en primera persona como así tampoco de familiares en primer grado ni segundo grado de consanguinidad.

En la segunda parte se pretendió medir, aplicando la prueba Stroop, el grado de perturbación emocional a través del rendimiento en la prueba y comprobar si las palabras amenazantes produce una interferencia en los tiempos de reacción en pacientes con cáncer de mama, si se hace extensiva a familiares y comparar ambos grupos frente a un grupo de personas sanas y ajenas al cáncer. Por otra parte se analizaron ciertas variables autobiográficas con los resultados de la prueba para comprobar si se produce alguna relación.

La muestra para esta segunda parte estuvo compuesta por 300 personas divididas en tres grupos: mujeres pacientes de cáncer de mama, familiares/cuidadores directos en primer y segundo grado pero que a su vez también sean mujeres (madres, hijas, hermanas) y sujetos ajenos al cáncer (Balandín Sánchez, 2014).

Como resultado de la investigación se pudo constatar altos niveles de ansiedad anticipatoria en la familia y en la relación de pareja asociada, por lo general, al sufrimiento del ser querido en el proceso de la enfermedad y al miedo a la pérdida. Se presenta también depresión originada por la empatía ante el evidente deterioro de la paciente (Balandín Sánchez, 2014).

Balandín Sanchez (2014) indica que la reestructuración familiar que la enfermedad genera y exige, así como la disfunción de la vida diaria y la carga objetiva generada a nivel del funcionamiento doméstico, cuidados del enfermo, administración de medicamentos, comunicación con médicos y profesionales de la salud, desencadenan frecuentes cuadros y procesos de estrés patológico.

Luego del diagnóstico de la enfermedad es posible que se dé un deterioro de la relación conyugal, lo cual puede deberse a déficit en la expresión emocional de ambos miembros de la pareja, aumento de las situaciones conflictivas respecto a múltiples situaciones ligadas a la enfermedad y factores personales en relación al estado de ánimo, la autoestima, la anhedonia, el embotamiento afectivo, etc. (Balandín Sánchez, 2014).

En esta investigación se destaca el impacto emocional negativo tanto en la familia y pareja como en la paciente misma.

Aguilar González (2014) realizó una investigación en México con el fin de analizar los aspectos psicológicos de la pareja que enfrenta cáncer de mama, cervicouterino y de próstata. Para su elaboración y desarrollo se hizo una revisión de la literatura en HINARI y OVID SP

en el período de 2000 a 2013 sobre las dimensiones psicológicas que se ven afectadas en las parejas que enfrentan cáncer; encontrándose 22 fuentes que reportaban las dimensiones mencionadas.

Los resultados arrojados señalan como aspectos generalizados el miedo, la frustración y la angustia. En el cáncer de mama quien padece la angustia ante la disminución de la función sexual es la pareja, los hombres ven afectado el interés sexual como efecto psicológico de enfrentar este tipo de cáncer y no así las mujeres (Aguilar Gonzáles, 2014).

El autor de esta investigación también pudo observar alterados aspectos emocionales del paciente y de su pareja con sentimientos como el miedo, la angustia, la frustración, la desesperación, la ansiedad y la depresión, ya que la enfermedad generará nuevos cambios en su vida.

Aguilar González (2014) indica que las necesidades que desencadena la enfermedad requiere de un familiar que cumpla el papel de cuidador, generalmente quien termina desempeñando dicho papel es la pareja, quien además de cuidar del paciente debe ocuparse de las tareas del hogar y del sustento económico lo cual genera sentimientos de frustración por no poder desarrollar todas las actividades. A su vez, la rutina lleva a que se convierta en un cuidador tiempo completo, alterando su ritmo de vida, su propia rutina y sus planes, creándose de esta manera una carga que provoca tensión, mezclándose con sentimientos de incertidumbre y miedo constante, que conllevan a un gran desgaste emocional y por ende psicofísico.

La persona enferma puede llegar a sentirse culpable de la disminución de la calidad de vida, sentirse frustrado o como una carga (Aguilar González, 2014).

Otras de las investigaciones encontradas se llevó a cabo en México por Martínez-Basurto, Lozano-Arrazola, Rodríguez-Velazquez, Galido-Vazquez y Alvarado-Aguilar en el año 2014. La misma pretendió hacer una revisión con el objetivo de describir el impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. El cáncer de mama es una situación que afecta física y psicológicamente la calidad de vida de las mujeres que lo atraviesan, afectando principalmente su imagen corporal, sus relaciones sociales y de pareja.

Las consecuencias encontradas de la mastectomía a nivel emocional son frustración, tristeza, enojo, como así también, síntomas depresivos y estrés. Estas emociones no tienen como único desencadenante la cirugía, existen otras circunstancias por las que atraviesa la mujer que favorecen la presencia de otras emociones y las ya existentes se intensifiquen, como pueden ser: problemas económicos, pérdida de un ser querido, dificultades en la pareja e incluso el divorcio, etc. (Martínez-Basurto et al., 2014).

Por otro lado se pueden presentar distorsiones cognitivas las cuales se dan principalmente por la atención selectiva que la paciente tiene sobre la zona afectada. Martínez-Basurto et al. (2014) observaron que pueden llegar a magnificar el tamaño de las cicatrices las cuales provocan, a su vez, creencias disfuncionales que se relacionan con la pérdida del atractivo personal, de su valor como persona y de la identidad sexual.

Die y Die (citado en Martínez-Basurto et al., 2014) indican que el pensarse deformada impide a la mujer en muchas situaciones establecer relaciones sociales adecuadas llegando a producir un estado de alerta acerca de su propio aspecto, incluso cuando la deformidad no es claramente visible para los demás.

A nivel conductual Fernández (citado en Martínez-Basurto et al., 2014) identifica algunas conductas desadaptativas observadas en mujeres mastectomizadas como por ejemplo:

- Evitar mirarse al espejo o mirar la zona afectada.
- Cambian el estilo de su vestimenta para ocultar la cirugía.
- Debido a que los senos tienen un valor cultural importante a nivel sexual, se observan dificultades o problemas sexuales.

Por otro lado se encontró una investigación en la cual se ha observado como los familiares reaccionaron al diagnóstico y el tratamiento que recibió la paciente. La misma contó con la autorización del Comité Institucional para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. La muestra estuvo compuesta por nueve mujeres puertorriqueñas sobrevivientes de cáncer de mamas y seis profesionales de salud que trabajaban en la temática.

Rodríguez-Loyola y Costas-Muñiz (2013) observaron que en la pareja el diagnóstico es la oportunidad de incrementar la intimidad o proximidad, como así también puede llevar a intensificar problemas que existían previos al cáncer entre la pareja. Se pudo indicar que muchas parejas abandonaron a las pacientes por no saber cómo lidiar emocionalmente con la situación.

Se destaca la necesidad de desarrollar intervenciones para parejas de mujeres diagnosticadas con el cáncer de mama con el fin de involucrarlas en el proceso y ayudarlas a lidiar con el impacto del diagnóstico en la pareja y en la vida familiar.

Los autores de este estudio, Rodríguez-Loyola y Costas-Muñiz (2013) resaltan la importancia de involucrar a la familia en el proceso, ya que le da a la paciente una razón para luchar, lo cual establece un compromiso entre ella y aquellos que están a su lado.

Se encontraron algunas desventajas de tener personas constantemente alrededor de la paciente, ya que es común que se trate de sobreprotegerla, intentando hacer todo por ella, lo

cual puede llevarla a sentirse como inútil e inválida, además de experimentar ira y coraje. Se destaca como actitudes más efectivas si las personas le preguntan en qué las pueden ayudar, antes de asumir que por padecer la enfermedad la mujer está incapacitada. Es necesario proveer apoyo y comprensión, siempre y cuando se cuide de no hacer sentir a la mujer inútil y se le dé lugar para hacer aquello que ella se siente capaz de hacer, a pesar de su enfermedad (Rodríguez-Loyola y Costas-Muñiz, 2013).

Otras de las desventajas observadas por Rodríguez-Loyola y Costas-Muñiz (2013) de tener una red de apoyo es que en muchas ocasiones la mujer se ve en la necesidad de disimular frente a los demás sus verdaderos sentimientos para poder de esa manera protegerlos o complacerlos, de esta manera la paciente intenta mantener la unidad familiar. Por esto consideran importante que quienes están a su alrededor puedan entender la situación difícil por la que está pasando y que es saludable que se le provea un espacio para expresar sus sentimientos abiertamente y que los mismos sean validados.

Se pudo dar, por otro lado, con una tesis doctoral efectuada por Pintado Cucarella en la ciudad de Valencia, España. La muestra de esta investigación estuvo compuesta por 131 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama sometidas a cirugía y con tratamiento con quimioterapia o radioterapia. La misma trata sobre el bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres que atraviesan por el cáncer de mama. En la misma Pintado Cucarella (2013) encontró que la autoestima de la mujer se ve afectada por el nivel de estrés, sobre todo los síntomas de depresión y ansiedad que presentan, como así también los sentimientos negativos en la imagen corporal. Esta baja autoestima va a repercutir en la vida sexual de las pacientes que, como se sabe, es un aspecto nuclear de la funcionalidad de las personas.

La sexualidad es parte de la calidad de vida de las personas y se ve afectada por el cáncer de mama. Está compuesta por tres aspectos: el deseo sexual, la satisfacción sexual y el funcionamiento sexual. La disminución de la actividad sexual puede estar relacionada con síntomas de depresión, ansiedad, estrés crónico e insomnio.

Castillo Díaz, Díaz Gómez, Navarro Otero, Guerra Morales y Alfonso García (2013) realizaron una investigación en el Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau” de la provincia de Villa Clara, Cuba; en el período de febrero-diciembre 2011, la cual fue publicada en 2013. En la misma estudiaron la efectividad de la intervención psicoterapéutica para la adecuación de la autoevaluación. Ellos plantean que el diagnóstico de cáncer de mama altera la vida de la paciente, de su familia y la de su entorno, modifica los hábitos y costumbres cotidianas, puede alterar las relaciones de pareja, puede ocasionar un estrés

emocional, genera tristeza y miedo al dolor, provoca incertidumbres, puede crear dependencias o limitar proyectos personales y/o profesionales.

Arndt, Gonzales y Aguilar (citado en Castillo Díaz et al., 2013) consideran que las pacientes tienen dificultades para aceptar los cambios corporales propios de la enfermedad generando modificaciones en diferentes esferas de la vida, asumiendo un nuevo status socio laboral, personal y sexual.

La investigación llega a la conclusión que en la etapa pre-prueba prevaleció una autoevaluación inadecuada por defecto o subvaloración, reflejado en una baja autoestima, no aceptación de la imagen, dificultad en la autoregulación, inadecuación autoconcepto, autoconocimiento, manifestándose subvaloración en salud, felicidad, autoconfianza, autocontrol y optimismo. Prevalecen altos niveles de ansiedad y depresión.

Luego de la intervención psicoterapéutica en el grupo de estudio se observó una adecuada valoración y disminuyeron los niveles de ansiedad y depresión como estado, se presentaron diferencias significativas con respecto al análisis de la autoestima, aceptación de la imagen, presencia de sentimientos de lucha, adecuado autoconcepto y autoconocimiento (Castillo Díaz et al., 2013).

## **2.2 Encuadre teórico**

### **2.2.1 Cáncer de mama**

#### **2.2.1.1 ¿Qué es el cáncer de mama?**

El cáncer de mama es una enfermedad producida por la multiplicación anormal de las células de la mama que forman un tumor maligno, esto puede ser consecuencia de diferentes factores de riesgo y de estilos de vida, como así también la carga genética que predispone a la mujer a enfermar o no (Secretaria de Gobierno de Salud, s.f).

En su mayoría los tumores que se producen en la mama son benignos y se deben a formaciones fibroquísticas.

El quiste es una especie de bolsa llena de líquido y la fibrosis consiste en un desarrollo anormal del tejido conjuntivo. En el caso de los quistes cuando éstos son grandes pueden resultar dolorosos, por lo cual suele llevarse a cabo una punción con el fin de eliminar el líquido y así hacer desaparecer el dolor. La presencia de uno o más quistes no favorece la aparición de tumores malignos (¿Qué es el cáncer de mama?, 2005).

Los tumores benignos están vinculados en su mayoría con factores genéticos, generan dolor e inflamación pero no se diseminan al resto del organismo y tampoco son peligrosos.

Con respecto a los tumores malignos existen distintos tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y de acuerdo a su estadio.

La enfermedad afecta, principalmente, a mujeres de entre 45 y 70 años. Sin embargo, Rodríguez, Ballesteros Becerra, Corona Sandoval, Flores Dueñas, Gonzales Fuentes, Haro Rangel y Palomino Alvarado (s.f) indican que después de los 30 años se incrementa de manera aguda la incidencia de este tipo de cáncer.

Son considerados factores de riesgo los antecedentes familiares, estilos de vida sedentaria, consumo alto de grasas, ser mayor de 50 años, la ausencia de embarazos o embarazos tardíos, exceso de peso, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, menstruación precoz y menopausia tardía.

En la actualidad, según lo indica Roche (2011), se tiene un mayor conocimiento de aspectos biológicos y genéticos de las células que originan el cáncer de mama lo cual permite planificar los tratamientos en función de estas características biológicas, que son responsables de los distintos comportamientos de la enfermedad. Según estas particularidades se puede conocer la mayor o menor tendencia a la recaída, a la diseminación o la mayor o menor sensibilidad a diferentes tipos de tratamientos.

### 2.2.1.2 El cáncer de mama, sus diferentes tipos y modos de detección

Espinosa Ramírez (2018) hace una clasificación del cáncer de mama según la afección o no de la membrana basal, en no invasivos (*in situ*) o invasivos. Los no invasivos se dividen en:

- *Carcinoma intraductal in situ*, la cual es la más frecuente de presentación, es una tumoración palpable. En la mamografía se puede ver una lesión neocrótica central con microcalcificaciones agrupadas en molde.

- *Carcinoma lobulillar in situ*: se encuentran mediante una biopsia, suelen ser bilaterales y multicéntricos.

En cuanto al *carcinoma invasivo* es aquel que, como bien lo dice, invade más allá de la membrana basal introduciéndose en el estroma mamario, desde ahí puede llegar a invadir los vasos sanguíneos, ganglios linfáticos regionales y a distancia.

Roche (2011) realiza una descripción más detallada y específica de los diferentes tipos de cáncer de mama teniendo en cuenta distintos factores:

- Según el grado de invasión del tumor puede ser:
  - *In situ*: se localiza dentro de los conductos galactóforos que son los encargados de la conducción de la leche hasta el pezón.
  - *Infiltrante*: en estos casos rompe el conducto galactóforo e invade la grasa de la mama que rodea el conducto. Las células pueden llegar a los pequeños vasos sanguíneos y linfáticos de la mama.
- Según el lugar donde el tumor se origina y el aspecto de las células que lo forman:
  - *Lobular*: tiene su origen en las glándulas que fabrican la leche.
  - *Ductal*: se encuentra presencia de células anormales en el revestimiento de un conducto de la mama.
  - *Medular*: en este tipo las células cancerosas se encuentran agrupadas.
  - *Coloide*: representa un tipo de carcinoma ductal infiltrante.
  - *Tubular*: es otro tipo de carcinoma ductal infiltrante.
  - *Inflamatorio*: las células cancerosas producen un bloqueo de los vasos linfáticos de la piel generando una inflamación en la mama.
- Según las características biológicas y genéticas de las células: el estado de los receptores hormonales y presencia del receptor HER2.

- *Basal-epitelial*: caracterizada por la ausencia de receptor de estrógeno (RE) y HER2 negativo.
- *HER2 positivo*: se caracteriza por una elevada expresión de receptor HER2.
- *Luminal A*: caracterizada por elevada expresión RE.
- *Luminal B y C*: expresión de baja a moderada de genes específicos, incluyendo los del grupo de RE.

La mujer puede llegar al diagnóstico mediante la autoexploración que activa la sospecha del cáncer pero, como indica Espinosa Ramírez (2018), hay diferentes métodos como son:

- **Mamografía**: primordial método diagnóstico por imagen, utilizado principalmente en pacientes asintomáticos.

Son signo de malignidad la presencia de nódulo denso, espiculado, de contornos irregulares, microcalcificaciones agrupadas finas e irregulares en número superiores a seis y no diseminadas como así también la desestructuración del tejido mamario con pérdida de su estructura.

- **Ecografía**: resulta más útil en mujeres jóvenes debido a la densidad del tejido mamario. Este instrumento tiene mayor capacidad para diferenciar lesiones quísticas de sólidas.

Se la emplea también para examinar axila en caso de sospechar afectación ganglionar. Mediante este método los nódulos malignos se visualizan irregulares, heterogéneos, lobulados y con sombra acústica.

- **Resonancia magnética**: se la indica para la detección de multifocalidad y en el control de las cicatrices en los casos que se ha realizado tratamientos conservadores en pacientes con prótesis mamarias.

Cuando se trata de mujeres que se encuentran en edad fértil se debe llevar a cabo entre los días 7 y 15 del ciclo menstrual para así reducir la tasa de falsos positivos por estimulación hormonal.

Rodríguez et al. (s.f) hacen mención también a la biopsia para llegar al diagnóstico la cual se puede realizar con aguja fina o gruesa. La biopsia con aguja fina o punción-aspiración se la utiliza para determinar si un bulto palpable es un simple quiste. Si el líquido obtenido es transparente no es necesario un estudio anatomopatológico y la mujer puede volver dentro de los 4 a 6 meses para una evaluación clínica mamaria si el bulto desaparece, en cambio si el bulto sigue apareciendo el tratamiento consiste en una mastografía y una ecografía diagnóstica. En el caso de que el líquido aspirado sea hemorrágico, se somete a un estudio anatomopatológico y se somete a mastografía y una ecografía diagnóstica.

En cambio la biopsia con aguja gruesa se realiza para obtener muestras de bultos sólidos mayores en la mama y se analizan en búsqueda de células anómalas en relación con el tejido mamario circundante obtenido con la muestra.

### **2.2.1.3 Estadios del cáncer de mama**

El estadio o etapa del cáncer de mama, siguiendo a Roche (2011), indica cual es el grado de extensión del mismo.

- *Estadio 0*

En esta etapa las células cancerosas no tienen un carácter invasivo y están localizadas únicamente en el interior de los conductos mamarios: el tumor es un cáncer in situ.

- *Estadio 1*

El cáncer se concreta en un nódulo (bulto) inferior a los 2 cm de diámetro y habitualmente no se extiende todavía a otros tejidos fuera de la mama.

- *Estadio 2*

En esta etapa se presentan dos alternativas: el tumor sigue siendo inferior a 2 cm pero éste se extiende a los ganglios de la axila; ó, el nódulo creció sin sobrepasar los 5 cm, con un 50% de probabilidades de haberse extendido a los ganglios axilares.

- *Estadio 3*

En este estadio también se presentan dos posibilidades: en la primera el nódulo no ha alcanzado los 5 cm pero sí se ha extendido ya a las axilas; y en la segunda, el tumor se extiende por los tejidos cercanos a la glándula mamaria.

- *Estadio 4*

Las células cancerosas en esta etapa se han extendido a otros tejidos y órganos del cuerpo, llegando a proliferar también en alguno de ellos; a esto se lo conoce bajo el nombre de metástasis.

Las metástasis son consideradas como grupos de células tumorales que se diseminan por el cuerpo y se alojan en lugares diferentes a donde se originó el tumor. Las metástasis se clasifican en:

- *Metástasis linfáticas o ganglionares:* se produce un alojamiento de las células tumorales en los ganglios linfáticos (vía linfática). Se las considera como un tipo de enfermedad loco-regional, absolutamente curable.
- *Metástasis a distancia:* en éstos el alojamiento de las células se genera en otros órganos o partes del cuerpo transportados por la sangre (vía hemática).

#### **2.2.1.4 Tratamientos para el cáncer de mama**

En cuanto al tratamiento, Espinosa Ramírez (2018) indica que va a depender de la estadificación de la neoplasia pudiéndose dividir de una forma sencilla en:

- Enfermedad temprana: donde los esfuerzos están centrados en el objetivo de curación, la mayoría de los tumores son abordados quirúrgicamente y posteriormente se planifica un tratamiento adyuvante con quimioterapia.
- Enfermedad localmente avanzada: en la cual se da en primer lugar una terapia de medicamentos quimioterapéuticos neoadyuvante para reducir el volumen tumoral, aumentar las posibilidades de resección y luego le sigue una intervención quirúrgica.
- Enfermedad metastásica: se tiene como objetivo la paliación con el fin o la intención de aumentar la posibilidad de sobrevivir, disminuir los síntomas asociados al tumor y mejorar la calidad de vida.

El equipo médico será quien decida el tratamiento que sea más adecuado para el caso concreto teniendo en cuenta el estadio, las características del tumor, el estado de salud de la paciente, etc. Existen varios métodos para tratarlos según los planteos de Roche (2011) como son: cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal y terapia biológica.

- *Cirugía*

A través de este método se procede a la extirpación del tejido canceroso, con los márgenes necesarios pero dependiendo del grado de afectación. Puede variar entre una tumorectomía o una mastectomía.

La primera es un tratamiento de tipo conservador que consiste en la extracción del tumor con un margen suficiente de tejido sano; o bien segmentectomía lo cual consiste en la extirpación de un segmento más amplio de glándula.

Este tipo de tratamiento se complementa siempre con el vaciamiento axilar y la radioterapia y solamente se realiza cuando las características de la extirpación permiten conservar un seno de volumen y forma adecuada.

En tanto, la mastectomía radical modificada es la práctica más generalizada, permite conservar los músculos pectorales con el fin de facilitar una posterior reconstrucción estética (Roche, 2011).

- *Radioterapia*

Siguiendo con el autor mencionado anteriormente, él indica como fin de la radioterapia la destrucción de posibles células cancerosas en el área en la que se administra. Es obligada tras

un tratamiento quirúrgico de tipo conservador y en ocasiones se la utiliza como complemento de la mastectomía.

Existen dos formas de aplicar este método: una externa y otra interna. La externa es la más habitual, se administra en breves sesiones diarias y la paciente no tiene en ningún momento contacto directo del cuerpo con la máquina a través de la cual recibe en tratamiento.

La interna es también conocida como braquiterapia, en la cual se colocan sustancias radiactivas cerca o dentro del tumor o zona donde se sospecha la presencia de células tumorales. Dichas sustancias se retiran luego de unos días.

- *Quimioterapia*

Este tipo de tratamiento consiste en la administración de medicamentos, frecuentemente por vía intravenosa, con el fin de eliminar las células cancerosas que pueda haber por todo el cuerpo (Roche, 2011).

Este mismo autor indica que los medicamentos destruyen o evitan que las células cancerosas se reproduzcan pero a su vez inciden (en menor medida) en las células normales por esto es que se producen efectos secundarios como vómitos, caída del cabello, deficiencia de glóbulos blancos (neutropenia), diarrea, úlceras en la boca y en el aparato digestivo, alteraciones cardíacas, cese de la menstruación (amenorrea) o adelanto de la menopausia.

- *Terapia hormonal*

Roche (2011) cuando las células que originan el cáncer conservan la capacidad de responder a los cambios hormonales, pueden ser atacadas si las hormonas que estimulan su desarrollo se suprimen o se administran medicamentos que contrarresten su efecto sobre el crecimiento.

La administración de la terapia hormonal puede ser oral e intramuscular y se realiza en aquellas pacientes que tienen receptores hormonales positivos, aproximadamente entre el 60 y 70% de los casos.

- *Terapia biológica*

“Los tratamientos biológicos son fármacos cuya acción se dirige específicamente a las células cancerosas e interfieren con su capacidad de crecimiento” (Roche, 2011, p.23). Se le llama receptor HER2 a una proteína que se encuentra en la superficie de muchas células. Algunos cánceres de mama presentan un número anormalmente elevado (sobreexpresión) de receptores HER2, lo que genera que las células se dividan y proliferen más rápidamente, haciendo al cáncer más agresivo. Este tipo de tumores reciben el nombre de HER2 positivos y se dan en el 30% de las mujeres diagnosticadas.

Este tipo de tratamiento tiene efectos secundarios muy bajos debido a que actúa sobre la célula maligna sin atacar las células sanas, lo cual permite una mejor calidad de vida de la paciente durante el tratamiento.

## 2.2.2 Las emociones

### 2.2.2.1 Conceptualización de las emociones

El término “emoción” proviene del latín “movere” (mover), con el prefijo “e” que puede significar mover hacia afuera, sacar de nosotros mismos (ex-movere). La emoción en sí puede ser definida según Bisquerra (2001) como “un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan habitualmente como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (p.61).

Cuando se genera una emoción se producen ciertos sucesos:

- 1- La persona, ya sea consciente o inconscientemente, evalúa un evento como relevante respecto a un objetivo personal que es valorado como importante. Cuando la emoción es positiva el evento supone un avance hacia el objetivo y si es negativa supone un obstáculo.
- 2- La emoción predispone a actuar, por esta razón emoción y motivación están relacionadas.
- 3- La vivencia de una emoción por lo general va acompañada de reacciones involuntarias (cambios corporales de carácter fisiológico) y voluntarias (expresiones faciales y verbales, comportamientos, acciones).

Existen numerosas definiciones a cerca de las emociones, Ferrera (2005) por su parte las define como “vivencias cortas, breves, pero intensas y profundas, que pueden llegar a conmocionar a la persona, con fuertes repercusiones en su parte somática” (p.117) y resalta cuatro rasgos fundamentales que la componen:

- Un estímulo sensorial, el mismo afecta en forma características la sensibilidad y causa la descarga del fenómeno de la emoción.
- La descarga que incluye el sistema nervioso, el sistema simpático y la segregación de adrenalina.
- La conciencia de los cambios somáticos.
- La manifestación de un comportamiento, el cual puede ser más o menos voluntario, consciente y expresivo, en el que termina la resonancia del fenómeno de la emoción.

Chóliz (2005) plantea que por emoción suele entenderse una “experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo” (p.3). Para comprender la emoción es conveniente atender a estas tres dimensiones por medio de las cuales se manifiesta, considerando que suele aparecer desincronía entre estos sistemas de respuesta. Cada una de

ellas puede adquirir especial relevancia en una emoción concreta, en una persona en particular o frente a una situación determinada.

Vinculado al planteamiento de Chóliz, Bisquerra (2001) refiere a tres niveles diferentes a través de los cuales se manifiesta una emoción: neurofisiológica, conductual y cognitiva.

- La manifestación neurofisiológica se da en respuestas como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, tono muscular, entre otros. En el sistema nervioso central residen las emociones que se encargan de hacerlas conscientes.
- Mediante la observación del comportamiento de una persona se puede inferir el tipo de emociones que está experimentando. El lenguaje no verbal aportan señales precisas, principalmente las expresiones del rostro y el tono de voz.
- El componente cognitivo o vivencia subjetiva es lo que muchas veces se llama dentro del lenguaje ordinario “sentimiento”; este componente permite que se pueda calificar un estado emocional y se le dé un nombre.

Las emociones son de carácter universal y bastante independientes de cada cultura, generan cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva) (Piqueras Rodríguez, Ramos Linares, Martínez González y Oblitas Guadalupe, 2010).

Desde el punto de vista psicológico ciertas emociones como la alegría, el miedo, la ansiedad o la ira son consideradas emociones básicas que se presentan en todos los individuos, las cuales son agradables o desagradables; nos activan y nos ponen en comunicación con los demás y pueden actuar como motivadores de la conducta (Cano-Vindel y Miguel-Tobal citados en Piqueras Rodríguez et al., 2010).

En las teorías cognitivas aplicadas a la emoción la característica principal está en el papel que se le asigna a las cogniciones que consisten en una evaluación positiva o negativa del estímulo, realizada de manera instantánea lo cual constituye una fase importante en el proceso emocional.

Las teorías cognitivas de la emoción establecen una serie de procesos cognitivos como valoración, interpretación, etiquetado, afrontamiento, objetivos, control percibido, expectativas, etc. que se sitúan entre la situación de estímulo y la respuesta emocional. La cualidad emocional es determinada por la actividad cognitiva (Bisquerra, 2001).

Las emociones son consideradas reacciones a las informaciones que recibimos en nuestras relaciones con el entorno, la intensidad de las mismas depende de las evaluaciones

subjetivas que se hace sobre cómo ésta información recibida afecta el bienestar. En las evaluaciones intervienen conocimientos previos, creencias, objetivos personales, percepción de ambiente provocativo, etc. La emoción depende de lo que es considerado como importante para cada persona. Cuando la emoción llega a tener una intensidad muy alta puede producir disfunciones intelectuales o trastornos emocionales como por ejemplo fobia, estrés, depresión, etc. (Bisquerra, 2001).

Las emociones deben ser contempladas como un proceso, el cual consta de cuatro etapas: anticipación (sólo cuando hay aviso previo), provocación, revelación y resultado.

*El cerebro emocional: sistema límbico.*

Siguiendo a Bisquerra (2001) en el cerebro se pueden diferenciar 3 partes desde el punto de vista filogenético: la corteza cerebral, el sistema límbico y el cerebro reptiliano. En el sistema límbico es donde se encuentran las funciones esenciales de la emoción, la corteza cerebral es la más reciente en su aparición y constituye una característica esencial del ser humano; en tanto que el reptiliano es el más antiguo y realiza funciones comunes con los animales.

Haciendo hincapié en el sistema límbico, éste constituye una red de neuronas que facilita la comunicación entre el hipotálamo, la corteza y las demás partes del encéfalo. Éste tiene un papel esencial en la vida emocional y a través del mismo se transmiten las sensaciones de hambre, sed, deseo sexual.

En el sistema anteriormente mencionado se encuentra la amígdala que representa el elemento esencial de la emoción (Bisquerra, 2001).

El sistema límbico es un gran circuito de estructuras según Bisquerra (2001) entre las que se destacan:

- a) La circunvolución del cíngulo o lóbulo límbico, el cual constituye un puente entre lo emocional y lo cognoscitivo.
- b) Circunvolución del hipocampo y el hipocampo, los cuales se relacionan con la memoria emocional.
- c) El uncus que tiene que ver con el procesamiento de la información olfativa y sus relaciones con la emoción.
- d) El septum verum o área septal, la cual está implicada en emociones como son la ira, los sentimientos maternales, el instinto de tutela de la prole y la motivación sexual.

Por otra parte, el sistema límbico tiene una serie de núcleos subcorticales de materia gris. Según Le Doux (citado en Bisquerra, 2001) no hay consenso entre los especialistas sobre la constitución del sistema límbico, sin embargo, a título indicativo, algunos autores mencionan las siguientes estructuras:

- a) La amígdala, vinculada especialmente a las emociones de miedo, rabia y en la conducta agresiva.
- b) El núcleo habenular, el mismo forma parte del epítalamo y se encuentra en la parte posterior del tercer ventrículo, cerca de la epífisis o glándula espinal.
- c) Los núcleos anteriores al tálamo.
- d) El hipotálamo, especialmente los llamados cuerpos mamilares, que representa un punto clave de conexión del sistema límbico con el sistema nervioso vegetativo y el sistema endócrino por medio de la vía hipotalámica-hipofisaria.
- e) El tegmento mesencefálico, forma parte de la llamada Formación Reticular y es en gran parte responsable de la dimensión intensiva de la emoción.

Bisquerra (2001) señala que por medio del estudio de las asimetrías interhemisféricas se llegó a la creencia de que el hemisferio izquierdo es más “racional”, se especializa en tratar la información de manera analítica y está ligado a funciones lingüísticas. En cambio, el hemisferio derecho está relacionado al procesamiento de la información perceptivo-espacial siendo su forma de procesar más sintética. Es en el hemisferio derecho donde se procesa la información emocional.

En las emociones juegan un papel fundamental los neurotransmisores, estos intervienen en numerosos procesos: transmiten las sensaciones de hambre, sed, sueño, placer, apetito sexual, ira, miedo, etc.; pero también están vinculados con la regulación de constantes metabólicas como son la temperatura corporal y la presión sanguínea (Bisquerra, 2001).

#### *Emoción y sentimiento.*

Resultaría útil hacer una distinción entre emoción y sentimiento ya que frecuentemente en el lenguaje coloquial se utilizan como sinónimos.

Bisquerra (2001) señala a modo de ejemplo que el encuentro con una persona me puede emocionar pero que pronto esto pasa. Sin embargo, esa emoción puede convertirse en sentimiento, el cual puede persistir en ausencia de los estímulos. Así los sentimientos se hacen más duraderos y estables que la emoción aguda que lo desencadena. Otra de las diferencias radica en que la emoción se experimenta de inmediato, es decir, de forma

visceral; puede llegar a ser más excitante pero la misma dura poco tiempo. En cambio un sentimiento es como una emoción filtrada por la razón y se prolonga en el tiempo, por lo general con la participación de la voluntad.

Lazarus (citado en Bisquerra, 2001) reserva el término sentimiento para hacer referencia a una percepción sensorial, como un sentimiento de pena, placer, repugnancia; es decir, restringir sentimiento a la toma de conciencia de sensaciones del cuerpo y utilizar la emoción para las ocasiones en las que se da una evaluación de pérdida o beneficio.

### **2.2.2.2 Las funciones de las emociones**

Para ciertos autores, según Bisquerra (2001), la función principal es motivar la conducta. Mientras que para aquellos que son fieles al legado de Darwin entienden que la emoción tiene una función adaptativa, es decir que son relevantes para la adaptación del individuo al entorno. Desde el punto de vista biólogo la función es alterar el equilibrio intraorgánico para informar, por ejemplo, de un determinado peligro. La función informativa consta de dos dimensiones, por un lado información para el propio individuo y, por el otro, información para otros individuos con los que convive a los cuales les comunica intenciones. De esta manera se entra en la dimensión social de las emociones, según la cual las emociones sirven para comunicarles como nos sentimos a los demás como así también para influir sobre los mismos.

Las emociones intervienen también en los procesos mentales, éstos pueden jugar un papel decisivo cuando la información es incompleta para tomar decisiones. Las emociones pueden afectar a la percepción, memoria, razonamiento, atención, creatividad y otras facultades.

Cada una de las emociones tiene una función que les confiere utilidad y le permite a la persona ejecutar con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen. Hasta las emociones más desagradables tienen importantes funciones en la adaptación social como en el ajuste personal (Chóliz, 2005).

Reeve (citado en Chóliz, 2005) distingue tres funciones principales:

- *Funciones adaptativas*

Una de las funciones más relevantes de la emoción es la de preparar al organismo para que ejecute adecuadamente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía requerida y dirigiendo la conducta, ya sea acercando o alejando hacia un objeto determinado.

Plutchick (citado en Chóliz, 2005) hace referencia a ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique cada una de las

reacciones con la función adaptativa que le corresponde. De esta manera se puede ver reflejada la correspondencia entre la emoción y su función en el siguiente cuadro:

<i>Lenguaje subjetivo</i>	<i>Lenguaje funcional</i>
Miedo	Protección
Ira	Destrucción
Alegría	Reproducción
Tristeza	Reintegración
Confianza	Afiliación
Asco	Rechazo
Anticipación	Exploración
Sorpresa	Exploración

La consolidación de las emociones como mecanismo adaptativo ya había sido manifestado por Darwin quien afirmaba que la emoción sirve para facilitar la conducta apropiada, la cual le confiere un papel de extraordinaria relevancia en la adaptación.

- *Funciones sociales*

Debido a que una de las funciones principales de las emociones es facilitar la aparición de las conductas apropiadas, la expresión de estas emociones va a permitir a los demás poder predecir el comportamiento asociado con las mismas por lo cual adquiere mucho valor en los procesos de relación interpersonal.

Izard (citado en Chóliz, 2005) resalta algunas funciones sociales de las emociones entre las que se destacan la facilitación de la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial. La felicidad favorece los vínculos sociales y las relaciones interpersonales, en tanto que la ira puede desencadenar respuestas de evitación o de confrontación.

La represión de las emociones también tiene una función social. En un principio se trata de un proceso adaptativo debido a que es socialmente necesaria la inhibición de determinadas reacciones emocionales que podrían alterar las relaciones sociales y afectar la propia estructura y funcionamiento de grupo u organización social.

- *Funciones motivacionales*

La relación entre emoción y motivación posee las dos principales características de la conducta motivada que son dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada, la cual de esta manera se realiza de forma más vigorosa. Y por otro lado, dirige la

conducta ya que facilita el acercamiento o la evitación del objeto de la conducta motivada en función de las características alguedónicas de la emoción.

La emoción puede determinar la aparición de la propia conducta motivada, dirigirla hacia un determinado objetivo y hacer que se ejecute con intensidad. En este sentido se puede indicar que toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y no otras.

### **2.2.2.3 Conceptualización de Impacto emocional**

Sainz (2003) para poder definir impacto emocional remite a la definición de impacto, el cual es definido en el diccionario como expresión derivada de la física que alude a choque, huella o señal. En sentido figurado es “repercusión, influencia importante” o “fuerte impresión en el ánimo”.

El Diccionario de Psicología F. Dorsch (citado en Sainz, 2003) refiere respecto a este término como los efectos de una situación cualquiera sobre el sujeto y su aparato psíquico.

De esta manera Sainz (2003) elabora el concepto de Impacto emocional de la siguiente manera:

Fuerte repercusión psicobiosocial, producida por un estado emotivo intenso y de breve desarrollo (emoción). Ese complejo proceso es iniciado por diversos factores incluidos en una situación significativa para el sujeto y/o grupo humano. Es una cualidad de los estados emotivos personales, grupales y masivos. Tiene manifestaciones a diferentes niveles: subjetivo-neurofisiológico; e interaccional. Incide positiva o negativamente en diferentes funciones: adaptación corporal; comunicación social y registro subjetivo-cognitivo. (p.37)

### **2.2.2.4 Clasificación de las emociones**

Desde el surgimiento de la Psicología científica ha habido muchos intentos por analizar la emoción en sus principales componentes que permitirían su clasificación y distinción entre las mismas. Dentro de estas la más conocida es la Teoría tridimensional del sentimiento de Wundt desarrollada en el año 1896, la cual considera que estos se pueden analizar en función a tres dimensiones agrado-desagrado; tensión-relajación y excitación-calma. Se puede entonces comprender a las emociones como una combinación específica de las dimensiones mencionadas.

Resulta difícil poder llegar a una clasificación exhaustiva de todas las emociones posibles en base a dimensiones independientes. Sin embargo, la dimensión agrado-desagrado sería

exclusiva y característica de las emociones, de manera que todas reacciones afectivas se comprometerían en dicha dimensión en alguna medida. Esta dimensión algedónica de placer-displacer sería considerada la característica definitiva de la emoción respecto a cualquier otro proceso psicológico. Oatley (citado en Chóliz, 2005) señala que lo definitivo y diferenciador de las emociones es la disposición para la acción y la “cualidad fenomenológica”. De esta manera la emoción podría definirse como “una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo” (p.4).

Respecto a la existencia de emociones básicas ésta se deriva directamente de los planteamientos de Darwin y significaría que se trata de reacciones afectivas innatas, distintas entre ellas, presentes en todos los hombres y que se expresan de forma característica. La distinción entre ellas no podría establecerse en términos de gradación en una determinada dimensión, sino que serían cualitativamente diferentes.

Siguiendo a Izard (citado en Chóliz, 2005) deben cumplir con cinco requisitos una emoción para poder ser entendida como básica:

- Tener un sustrato neural específico y distintivo.
- Tener una expresión o configuración facial específica y distintiva.
- Poseer sentimientos específicos y distintivos.
- Derivar de procesos biológicos evolutivos.
- Manifestar propiedades motivacionales y organizativas de funciones adaptativas.

De esta manera según el autor anteriormente mencionado las emociones que cumplirían con los requisitos son: placer, interés, sorpresa, tristeza, ira, asco, miedo y desprecio.

Considera culpa y vergüenza como una misma emoción debido a que no pueden diferenciarse entre sí por su expresión facial. Por otro lado, Ekman (citado en Chóliz, 2005) considera, en un primer momento, que son seis las emociones llamadas básicas mencionando a ira, alegría, asco, tristeza, sorpresa y miedo; posteriormente agrega el desprecio.

Para Ortony y Turner (citado en Chóliz, 2005) no existen las emociones básicas a partir de las cuales pueden construirse todas las demás sino que existen dos corrientes principales que abordan las emociones básicas. Por un lado, una corriente biológica la cual defiende que las emociones básicas han permitido la adaptación al medio, se encuentran en distintas culturas y debe haber un sustrato neurofisiológico común entre las emociones básicas de los mamíferos e incluso de los vertebrados. Y por otro, la corriente psicológica la cual plantea que todas las

emociones se pueden explicar en función de emociones irreducibles. Ambas corrientes están relacionadas y su diferenciación es básicamente didáctica.

Cada emoción se caracteriza por una serie de reacciones fisiológicas o motoras propias, así como por la facilitación de determinadas conductas que pueden llegar a ser adaptativas.

La reacción afectiva se manifiesta de acuerdo a si el estímulo que la elicitó está presente o ausente y según el tiempo en que dicho estímulo haya estado incidiendo. Esta dinámica correspondiente a la reacción afectiva se puede explicar a través de dos modelos complementarios: La “Teoría motivacional del proceso oponente” (Solomon y Corbit, citado en Chóliz, 2005) y la “Teoría de la transferencia de la excitación” (Zillman, citado en Chóliz, 2005).

Existe una variedad de modelos teóricos acerca de la emoción en los cuales cada uno de estos se enfoca sobre algunas de las variables que la componen y sobre estas se establecen los distintos desarrollos conceptuales.

Desde la mirada de la Terapia Cognitiva Conductual se las puede clasificar en positivas y negativas. Beck (1995) plantea que las emociones negativas intensas son muy dolorosas y pueden llegar a ser disfuncionales cuando interfieren en la capacidad de la persona para pensar con claridad, resolver problemas, actuar de manera eficaz e incluso lograr satisfacción. Pero no todas las emociones negativas son disfuncionales, existen algunas que son consideradas “normales” que forman, junto con las positivas, parte de la riqueza de la vida y tienen una función importante ya que nos alertan acerca de un problema potencial que debe ser enfrentado.

### **Emociones negativas.**

Piqueas Rodríguez et al. (2010) utiliza el término emociones negativas para hacer referencia a aquellas que generan una experiencia emocional desagradable, cumplen con una función preparatoria para que las personas puedan dar una respuesta adecuada a la demanda que el ambiente le presenta, por esto se las consideran respuestas inminentemente adaptativas para el hombre. Sin embargo, las mismas pueden volverse patológicas en algunas situaciones debido a alteraciones en la frecuencia, intensidad, adecuación al contexto, etc.

En tanto, Lazarus (citado en Bisquerra, 2001) refiere a las emociones negativas como resultado de una evaluación desfavorable (incongruencia) respecto de los propios objetivos. Se refiere a diversas formas de amenaza, frustración o retraso de un objetivo o conflicto entre objetivos.

Las emociones negativas son consideradas, siguiendo a Bisquerra (2001) desagradables, las cuales requieren de una considerable cantidad de energía y movilización para afrontar la situación de manera más o menos urgente.

- *Ira*

La ira se genera, según Bisquerra (2001), cuando la persona tiene la sensación de haber sido perjudicada. Consiste en una reacción de irritación, furia o cólera desencadenada por la indignación y el enojo de sentir vulnerados los derechos. La frustración que supone un obstáculo que se interpone en el camino e impide el logro de los propios objetivos puede generar ira. También lo puede desencadenar la sensación de ser manipulado, engañado, traicionado, herido, ser testigo de abusos, etc. (Bisquerra, 2001).

Similares consideraciones realizan Vivas, Gallego y González (2007), quienes señalan que se desencadena ante situaciones que son valoradas como injustas o que atentan contra los valores morales y la libertad personal; situaciones que ejercen un control externo o coacción sobre nuestro comportamiento, personas que nos afectan con abusos verbales o físicos, y situaciones en las cuales se consideran que se producen tratamientos injustos y el bloqueo de metas.

Se generan como consecuencia de la ira efectos subjetivos o sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia; va acompañada también de obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de los procesos cognitivos. La ira a su vez produce una sensación de energía o impulsividad, de necesidad subjetiva de actuar física o verbalmente de forma intensa e inmediata para solucionar de forma activa la situación problemática (Vivas et al., 2007).

Bisquerra (2001) destaca tanto a la ira como al miedo como las dos emociones que impulsivamente exigen una respuesta más urgente. Ante la ira hay una impaciencia por actuar. Por otro lado, la ira es la emoción potencialmente más peligrosa debido a que su propósito funcional es destruir. El ataque verbal (gritos, insultos, maldiciones) o físico (golpear objetos o personas) es la respuesta impulsiva inmediata e irrefrenable. La agresividad que desencadena esta emoción hace que sea considerada como “explosiva”.

Vivas et al. (2007) destacan que desde una perspectiva evolutiva la ira moviliza la energía hacia la autodefensa. Se asocia a esta emoción los términos de enfado, enojo, amargura, malhumor, indignación, venganza, exasperación, desprecio, irritación, furia, odio, cólera, aversión, resentimiento, celos, menosprecio, violencia, rencor, etc.

Una característica de la ira es que cuanto más se piensa en las causas, más razones y justificaciones se tiene para estar furioso. Dar vueltas al asunto es avivar las llamas de la ira. El afrontamiento de la ira debe ir en la dirección de ver las cosas de forma diferente. Situar el hecho desde un punto de vista más positivo es una de las formas más potentes de calmar la ira (Bisquerra, 2001).

Una de las estrategias más idóneas para afrontar la ira es la distracción como por ejemplo pasear, hacer ejercicios, deportes, ir al cine, ver la televisión, leer, bailar, escuchar música, contemplar imágenes agradables, etc. En estos casos las diversiones más apropiadas son las que impliquen momentos de alegría. La relajación también puede ser una alternativa apropiada (Bisquerra, 2001).

- *Hostilidad*

Vivas et al. (2007) considera a la hostilidad como una emoción secundaria negativa que implica una actitud social de resentimiento que conlleva respuestas verbales o motoras implícitas. Es un sentimiento mantenido en el tiempo en el que concurren el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. La hostilidad se desencadena cuando una persona percibe o atribuye en otras personas, hacia uno mismo o hacia personas queridas del entorno actitudes de irritabilidad, de negativismo, de resentimiento, de recelo o de sospecha. Los efectos subjetivos involucran usualmente sensaciones airadas. Incluye como componente afectivo varios estados emocionales como el enojo, el resentimiento, el disgusto o el desprecio. En cuanto a los efectos fisiológicos son similares a los de la ira pero más moderados en intensidad y, en cambio, más mantenidos en el tiempo.

- *Angustia*

La angustia es considerada como una de las emociones más universalmente experimentada por el hombre, suele tener un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones. Es conceptualizada como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en la persona; aparece cuando ésta se siente amenazada por algo, es visceral y obstructiva (Ayuso citado en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

La angustia está vinculada a situaciones de desesperación, puede ser adaptativa o no dependiendo de la magnitud con la que se presenta y el tipo de respuesta que se emita en

ese momento; la angustia normal no conlleva una reducción de la libertad del ser humano (Sierra et al., 2003).

- *Miedo*

Vivas et al. (2007) consideran que el miedo se encuentra muy ligado al estímulo que lo genera debido a que su activación se produce por la percepción de un peligro presente e inminente. Consiste en una señal emocional de advertencia que se aproxima un daño físico o psicológico. El miedo implica una inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o manejar una situación de amenaza. Genera aprensión, desasosiego y malestar, siendo su característica principal la sensación de tensión nerviosa, de preocupación y recelo por la propia seguridad o por la salud; habitualmente suele estar acompañada por la sensación de pérdida de control. Esta emoción se asocia a los términos de alarma, terror, nerviosismo, pánico, tensión, pavor, desasosiego, susto, temor, preocupación, horror, ansiedad. Bisquerra (2001) relaciona al miedo con las expresiones como “morirse de miedo”, “temblar de miedo”, “ciscarse de miedo”, “miedo cervical”, “miedo insuperable”, “hacerse un nudo en la garganta”, “helar la sangre”, etc.; todas estas pretenden describir la emoción que se experimenta ante un peligro.

Las formas más frecuentes de afrontar el miedo son la evitación o la huida de la situación considerada como peligrosa. El organismo reacciona rápidamente ante la experiencia de miedo, movilizandando una considerable cantidad de energía, de tal forma que prepara el cuerpo para respuestas más intensas de las que sería capaz en condiciones normales. Sin embargo, si la reacción es excesiva, la eficacia disminuye, debido a que la reacción entre activación y rendimiento mantiene la forma de “U” invertida. Es decir, a más activación mayor rendimiento, pero solo a un nivel óptimo, con lo cual a medida que aumenta la activación disminuye el rendimiento. Una vez que sean sobrepasados ciertos límites de activación más allá del mencionado nivel óptimo, puede producirse un bloqueo emocional y un entorpecimiento de la acción, lo que podría desencadenar un ataque de pánico por ejemplo (Bisquerra, 2001).

- *Ansiedad*

Bisquerra (2001) señala a las preocupaciones presentes en la génesis de la ansiedad. La preocupación es una búsqueda de lo que puede ir mal y como evitarlo. Si el miedo se desencadena ante un peligro real entonces la ansiedad es la anticipación de un peligro

futuro, indefinible e imprevisible, cuyos desencadenantes son imprecisos. Lo que caracteriza la ansiedad es la carencia de un estímulo desencadenante concreto.

La ansiedad consiste en un estado de agitación, inquietud y zozobo, parecida a la producida por el miedo. La ansiedad, al igual que todas las emociones, es un principio u conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas garantes de la supervivencia de las personas (Vivas et al., 2007).

En el caso de una persona enferma la ansiedad estaría vinculada a un temor confuso ya que la misma se da cuenta que su vida cambio pero hay una espera frente a un futuro incierto y tiene miedo de sufrir, de no curarse, de presentar complicaciones, de convertirse en carga para otros, de que la prescripción terapéutica no sea la más apropiada, y por supuesto, teme a la muerte (Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez y Salazar Torres, 2007).

La ansiedad, según lo indica Bisquerra (2001), tiene como tarea aportar soluciones a los peligros de la vida, anticipando los efectos negativos antes de que lleguen. El problema reside en las preocupaciones repetitivas que se convierten en crónicas, sin llegar nunca a una solución. Así se genera un estado general de ansiedad como rasgo personal.

Una forma de prevenir la ansiedad es identificar las situaciones que generan preocupación. La ansiedad puede ser afrontada también a través de técnicas de relajación, las cuales deben ser practicadas a diario como medida preventiva, no solo en el momento en que se genera la ansiedad.

Otra alternativa es la reestructuración cognitiva, ésta consiste en cambiar los pensamientos derrotistas por otros más realistas. Esto implica cuestionar la objetividad de los pensamientos destructivos y transformarlos en otros más esperanzados, positivos u optimistas (Bisquerra, 2001).

#### ▪ *Tristeza*

La tristeza se desencadena por la pérdida irrevocable de algo que se valora como importante; valorándose como pérdida el divorcio, la separación, una enfermedad grave, un fracaso, un desempleo, la vejez, etc.

La tristeza puede generar una pérdida de sensación de placer; la persona no encuentra el placer en actividades que hasta entonces habían sido satisfactorias. La característica es la reducción de la actividad, pudiendo observarse una desmotivación general (Bisquerra, 2001).

Vivas et al. (2007) consideran que la tristeza es una emoción que se genera en respuesta a sucesos que son considerados como no placenteros. Denota pesadumbre o melancolía. Los efectos subjetivos de la tristeza se caracterizan por sentimientos de desánimo, melancolía, desaliento y pérdida de energía. Los términos que se asocian a esta emoción son: pesimismo, pesar, rechazo, decepción, bochorno, remordimiento, aislamiento, desánimo, infelicidad, etc.

Esta emoción tiene la función filogenética adaptativa para recabar la atención y el cuidado de los demás, constituir un modo de comunicación en situaciones de pérdida o separación, o ser un modo de conservar “energía” para poder hacer frente a ulteriores procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal y McKinney citados en Piqueras Rodríguez et al., 2010). La experiencia de estado de ánimo triste va a depender de la evaluación cognitiva que se haga sobre la demanda situacional y los recursos con los que cuente la persona para afrontar la situación, la cual sería negativa y con frecuencia predominaría cuando el estresor se cronifica (Beck citado en Piqueras Rodríguez et al., 2010).

Existen diferencias entre el miedo y la tristeza. Bisquerra (2001) indica que el miedo anticipa un peligro real e inminente, en cambio la tristeza es una respuesta a un suceso pasado. En cuanto a la ira refiere que la misma se produce contra alguien que es responsable, mientras que en la tristeza nadie es culpable. El miedo se asocia a la huida, la ira al ataque y la tristeza al llanto.

#### ▪ *Vergüenza*

Bisquerra (2001) considera la vergüenza como un sentimiento penoso de pérdida de dignidad, por alguna falta cometida por uno mismo; pudiendo ser desencadenada también por una humillación o un insulto. En ambos casos uno siente que es el culpable, ahora bien, cuando la falta que ocasiona la vergüenza ha sido cometida por otra persona se habla de “vergüenza ajena”.

En este sentido, Pascual y colaboradoras (citados en Etxabarría, 2008) señalan que el término vergüenza engloba experiencias emocionales provocadas por al menos tres tipos de situaciones:

- 1) Situaciones de exposición, es decir, donde la persona se siente expuesta al juicio de otros, y se ha cometido una falta mínima, muy leve.
- 2) Situaciones en las que hay un sentido de exposición y se ha cometido una falta más seria pero no de carácter moral.
- 3) Situaciones de exposición y donde se ha cometido una falta seria y de carácter moral.

Sintetizando, el elemento común es la exposición pública; constituyendo un elemento decisivo de la vergüenza. Esta emoción puede aparecer por faltas o fallas tanto morales como no morales; por lo cual la presencia de una falta no sería un elemento necesario ya que en algunos casos la vergüenza aparece sin que la persona haya cometido falta alguna.

La persona experimenta ante la vergüenza el deseo de esconderse, de desaparecer, la persona tiene conciencia de ser vista como defectuosa en algún sentido y quisiera huir de la situación (Etxebarria, 2008).

El afrontamiento de la vergüenza está en superar sentimiento de culpabilidad, de inferioridad y de timidez. Para esto resulta útil la reestructuración cognitiva, el cambio de atribución causal, la relajación y otras técnicas de inspiración cognitiva (Bisquerra, 2001).

#### ▪ *Culpa*

La culpa es considerada por Baumesiter, Stillwell, Heatherton, Etxebarria, Isasa y Pérez (citados en Etxebarria, 2008) como una emoción secundaria negativa, la cual surge sobre todo en relación con actos u omisiones (o la anticipación de los mismos) que puede suponer un daño en otros.

Pascual y colaboradoras (citados en Etxebarria, 2008) señalan que el término culpa engloba experiencias emocionales provocadas por dos tipos de situaciones: en la primera, la persona comete una falta que supone un daño para una tercera persona (culpa interpersonal) y, en la segunda, la persona contraviene su propio sentido de lo que “debe” ser (culpa intrapersonal).

En tanto, Hoffman (citado en Etxebarria, 2008) concibe la culpa como la reacción emocional que aparece de la conjunción de la reacción empática ante el sufrimiento ajeno y la conciencia de ser el agente causal de tal sufrimiento.

Esta emoción se experimenta como una reacción aversiva, desagradable que puede llegar a incluir componentes de otras emociones como la empatía, el asco, el miedo, la ansiedad, la agresividad, la vergüenza o la baja autoestima (Etxebarria y Apoda citados en Etxebarria, 2008). La culpa surge de una evaluación negativa del yo específica referida a una acción concreta mientras que la vergüenza surge cuando se da una evaluación negativa del yo de carácter global (Lewis y Tangney citados en Etxebarria, 2008).

- *Aversión*

Esta emoción, según Bisquerra (2001), implica el rechazo de algo o alguien. Dentro de esta familia se pueden incluir: hostilidad, desprecio, acritud, animosidad, resentimiento, rechazo, repugnancia.

La aversión es desencadenada por estímulos desagradables que provocan la necesidad de alejamiento. La forma de afrontamiento son el rechazo y la evitación; se puede llegar a sentir náuseas e incluso vómitos.

### **Emociones positivas.**

Las emociones positivas son el resultado de una evaluación favorable (congruencia) respecto del logro de objetivos o acercarse a ellos; entre los cuales incluye felicidad-alegría, estar orgulloso, amor-afecto, alivio. Son emociones agradables que se experimentan cuando se alcanza una meta (Bisquerra, 2001).

Diener, Larsen y Lucas (citados en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014) consideran a las emociones positivas como aquellas reacciones en las que predomina la valencia del placer o bienestar; tienen una duración temporal y movilizan escasos recursos para su afrontamiento; además, permiten cultivar las fortalezas y virtudes personales, aspectos necesarios y que conducen a la felicidad. El sujeto las experimenta en razón de sus circunstancias, son personales e involucran sentimientos, por lo que se los considera estados subjetivos (Vecina citado en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014). Contreras y Esguerra (citados en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014) señalan que son descritas como reacciones breves que típicamente se experimentan cuando sucede algo que es significativo para la persona.

Este tipo de emociones tienen un objetivo fundamental en la evolución, ya que amplían los recursos intelectuales, físicos y sociales de los individuos, los hacen más perdurables y acrecientan las reservas a las que se puede recurrir cuando se presentan amenazas u oportunidades; por otra parte, incrementan los patrones para actuar en ciertas situaciones mediante la optimización de los propios recursos personales en el nivel físico, psicológico y social (Fredrickson citado en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014).

Según Fredrickson (citado en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014) las emociones positivas tienen un papel fundamental en la calidad de vida de las personas. Siguiendo esta línea se puede distinguir una doble importancia de estas emociones: por un lado, como detonante para el bienestar y, por el otro, como un medio para lograr un crecimiento psicológico personal y duradero (Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014).

Fredrickson (citado en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014) indica que las emociones positivas optimizan la salud, el bienestar subjetivo y la resiliencia psicológica, favoreciendo un razonamiento eficiente, flexible y creativo. Este tipo de razonamiento contribuye al desarrollo de un aprendizaje significativo y es así como las emociones positivas ayudan a otorgar sentido y significado positivo a las circunstancias cambiantes y adversas (Fredrickson y Joiner citados en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014).

- *Alegría*

La alegría es una emoción producida por un suceso favorable. A esta misma familia pertenecen los conceptos de alborozo, júbilo, regocijo, gozo, placer, satisfacción, etc.

Bisquerra (2001) resalta como principales causas de alegría a las relaciones con amigos, satisfacciones básicas como son comer, beber, el sexo, etc., y experiencias exitosas. En tanto que son consideradas como acontecimientos positivos enamorarse, pasar un examen, obtener un título, curarse de una enfermedad grave, ir de vacaciones, reconciliarse con una pareja, casarse, ganar dinero, conseguir un empleo nuevo, etc.

Este mismo autor menciona como fuente de satisfacción beber, sexo, descansar, dormir y las relaciones sociales, actividad física, deporte, sentirse sano, leer, escuchar música, etc.

- *Humor*

Es considerado el humor, según Bisquerra (2001) como la buena disposición en que uno se encuentra para hacer alguna cosa. En el estudio de las emociones se emplea el término hilarante, el cual es un constructo teórico que significa “que inspira alegría o mueve a la risa” (Fernández-Abascal citado en Bisquerra, 2001, p.106).

El humor puede ser desencadenado por una gran variedad de estímulos, generalmente considerados divertidos o graciosos y que pueden provocar respuestas abiertas como la sonrisa, risa o carcajada.

El humor se vincula con la relajación, debido a que durante la risa hay una postura relajada y una bajada del tono muscular. Ruch (citado en Bisquerra, 2001) refiere que la persona riendo ha sido descripta como abandonada a la respuesta del cuerpo.

Las personas viven un mismo acontecimiento de forma diferente, ya que hay distintas maneras de percibir unos mismos estímulos, dependiendo en muchas ocasiones del estado de humor tanto propio como de las personas que lo rodean.

El humor y la risa contrarrestan las experiencias de emociones negativas; intensifican la confianza entre personas; preparan al organismo para experimentar placer sensorial, amortiguan el estrés, reducen el malestar y el dolor; bajan la tensión. Resumiendo, el humor y la risa son altamente beneficiosos tanto para la salud mental como física.

Holden (citado en Bisquerra, 2001) indico como la risa es la mayor medicina, aludiendo al poder curativo del buen humor.

#### ▪ *Amor*

Bisquerra (2001) define el amor como aquella emoción que es experimentada por una persona hacia otra, la misma se manifiesta en desear su compañía, alegrarse con lo que es bueno para ella y sufrir cuando ella sufre. Es el afecto que se siente por otra persona, animal, cosa o idea.

El desencadenante de esta emoción suele ser valoraciones subjetivas.

Se pueden distinguir distintos tipos de amor según el destinatario del mismo: amor maternal, amor erótico, amor fraterno, amor al prójimo, amor a la patria, amor a la humanidad, etc.

Fischer (citado en Bisquerra, 2001) hace la distinción entre dos clases de amor:

- a. Amor apasionado: también se lo puede llamar amor obsesivo o enamoramiento; es una emoción muy intensa que se caracteriza por el anhelo de unión con el otro.
- b. Amor de compañero: amor conyugal, o cariño, caracterizado por una emoción lejana que combina sentimientos profundos, compromiso e intimidad; se lo puede definir como el afecto y la ternura que se siente por las personas con las cuales se convive.

#### ▪ *Felicidad*

La felicidad es la forma de valorar la vida en su conjunto. La percepción y valoración global de las experiencias de vida, hay ciertos factores que juegan un papel fundamental; principalmente la familia y el trabajo; otros aspectos importantes son las relaciones sociales, ausencia de enfermedades, ingreso económico, tiempo libre, congruencia entre lo que se posee y lo que se desea, etc. Por otra parte puede presentar otros desencadenantes específicos como son los éxitos, logros, comparaciones favorables, etc. La felicidad es un estado de bienestar y, en consecuencia, deseable y deseado (Bisquerra, 2001).

La felicidad es un concepto que muchas veces refiere más a un estado de humor o incluso un rasgo de personalidad, que a una emoción aguda. La felicidad no es fugaz

como lo son el placer o la alegría, sino que mantiene una cierta estabilidad temporal. La felicidad es una facilitadora de empatía, con lo cual favorece la aparición de conductas altruistas, de compromiso social y voluntariado. Por otra parte, genera actitudes positivas hacia la persona misma y hacia los demás, favoreciendo así la autoestima, la autoconfianza, buenas relaciones sociales, rendimiento cognitivo, solución de problemas, creatividad, aprendizaje, memorización, curiosidad, flexibilidad mental y otros aspectos positivos.

Se ven incrementadas las sensaciones de reposo, tranquilidad, placer y fomenta la disponibilidad para enfrentarse a nuevas tareas. La felicidad está vinculada con el gozo, la sensación de bienestar, la capacidad de disfrute, el estar contento y la alegría; lo que no excluye la posibilidad de tener momentos de dolor, pena, lucha o conflicto (Bisquerra, 2001).

- *Optimismo*

El optimismo es considerado en la actualidad como un tema de renombrado interés entre los investigadores de la Psicología Positiva. El mismo es definido por Possek (citado en Alzívar Rojas y Salas Marín, 2010) como “una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro y cuya relación con variables como la perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar han hecho de esta materia uno de los puntos centrales de la psicología positiva” (p.66).

Por lo cual se entiende que la predisposición de la persona a mirar el futuro con una actitud más favorable le permite tener un mejor estado de ánimo y ser más perseverante en relación con sus metas futuras.

Considerándola como una emoción positiva el optimismo constituye una predisposición a esperar el futuro con resultados favorables, dando valoración al sujeto a enfrentar las dificultades con ánimo y constancia, y a apreciar las diferentes experiencias. Así mismo, se afirma que quienes gozan de altos niveles de optimismo tienden a salir recuperados, fortalecidos y a encontrar beneficios en circunstancias traumáticas, adversas y estresantes (Oblitas citado en Arancegüi, 2015).

Se pueden destacar ciertas ventajas para quienes experimentan el optimismo entre ellas suelen presentar mejores habilidades de resolución racional del problema, percepción optimista ante la enfermedad, mejor calidad de vida, tienen una vida más prolongada, personas más sociables y felices, rinden mejor en los deportes, se previenen en ellos el

desarrollo de síntomas depresivos, entre otros (Contreras, Esguerra, López, Kasanzew y López citados en Alpízar Rojas y Salas Marín, 2010).

- *Gratitud*

McCullough y Emmons (citados en Valero, 2014) definen a la gratitud como una emoción dirigida hacia la apreciación de la ayuda de otros, donde enfatizan el aspecto interpersonal. Se trata de una emoción cuyo núcleo son los sentimientos agradables generados por un beneficio recibido. El beneficio, regalo o ganancia personal puede ser tanto material como inmaterial. Esta emoción es dirigida por otros, incluyéndose personas como agentes intencionados no humanos como por ejemplo Dios, animales, el cosmos, etc.

La gratitud aparece cuando la persona agradece algo que vino a su encuentro como un preciado regalo. Es una sensación agradable donde se entremezcla la alegría y el agradecimiento sincero. Implica descubrir que alguien ha hecho un esfuerzo por hacer algo bueno por uno.

#### **2.2.2.5 Las emociones y la salud**

Fernández-Abascal y Palmero (citados en Bisquerra, 2001) enfatizan con el respaldo de las investigaciones más recientes la relación existente entre la salud física y los estados emocionales. Las emociones positivas tienen un rol importante para mantener o recuperar el equilibrio del organismo, ayudando a preservar la salud. Las emociones negativas, en tanto, afectan de forma nociva la salud, de manera tal que pueden actuar de desencadenantes o coadyuvantes en el desarrollo de enfermedades, así como de recaídas, agravamiento, recurrencias, etc. De esta manera las emociones están relacionadas, por lo tanto, con el bienestar y la calidad de vida.

Goleman (citado en Bisquerra, 2001) por su parte, señala que existen evidencias respecto a que las emociones tienen efectos tóxicos sobre la salud, principalmente las tres más importantes que son la ira, la ansiedad y depresión. En tanto, las emociones positivas como sentirse feliz, esperanzado, alegre, optimista tienen efectos curativos, de manera tal que pueden cambiar el curso de una enfermedad.

Las personas que se mantienen sanas en gran medida desarrollan según Antonovsky (citado en Bisquerra, 2001) un “sentido de coherencia”, el mismo se caracteriza por un sentido de confianza en que el mundo es predecible y de que hay grandes probabilidades de que las cosas vayan tan bien como razonablemente se puede esperar que vayan.

Este sentido de coherencia está caracterizado por el optimismo y la autoconfianza. En él se sitúa la proposición de Cousins (citado en Bisquerra, 2001) la cual se ha convertido en emblemática de la medicina holística: los estados emocionales felices tienen la capacidad de preservar la salud somática y curar enfermedades; en cambio los estados emocionales estresantes o infelices son destructivos y promueven enfermedades.

## 2.2.3 La pareja

### 2.2.3.1 ¿Qué se entiende por pareja?

Durante la adultez se lleva a cabo la búsqueda y elección de pareja. En el establecimiento de este vínculo se reconsideran el modelo de ésta formado en su familia y así deciden qué valores desean conservar, desarrollar y cuales abandonar (Griffa y Moreno, 2008).

Carr (2007) conceptualiza al matrimonio como la unión de dos familias y tradiciones, la cual se emplea para designar el matrimonio tradicional como la forma más moderna basada en formar pareja estable. Adams (citado en Carr, 2007) plantea la elección de pareja como un proceso complejo compuesto que comprende cuatro etapas. En la primera de ellas la persona elige pareja entre las personas disponibles para una interacción, se selecciona una pareja que sea físicamente atractiva y que se asemeje a ella desde el punto de vista de intereses, la inteligencia, la personalidad y otras conductas y atributos valorados. Luego, en la segunda etapa se produce una comparación de los valores tras una revelación de identidades por medio de conversaciones en las que se dan a conocer intimidades personales. Si esto refuerza la atracción original, la relación continuará. En la tercera etapa se explora la compatibilidad de los roles y de la medida en que puede hacer una empatía mutua. Cuando ya se han desarrollado unos roles entrelazados y una empatía mutua, los costes de la separación empiezan a pesar más que las dificultades y tensiones asociadas a seguir viviendo en pareja. Si la atracción se ha reforzado lo suficiente y las barreras para la separación son suficientemente fuertes, se genera la consolidación de la relación. En la cuarta y considerada última etapa se toma una decisión sobre la compatibilidad y el compromiso a largo plazo. Si la decisión es positiva respecto a estas dos cuestiones, la relación puede acabar en matrimonio o en la formación de una pareja estable. Tanto el matrimonio como la formación de una pareja estable suponen, según lo indica Argyle (citado en Carr, 2007), el desarrollo de una serie de relaciones importantes como la relación conyugal, las relaciones de parentesco y las relaciones paternofiliales, que tienen el potencial de contribuir a la felicidad y el bienestar. Respecto a esto Griffa y Moreno (2008) refieren que al formar una pareja se da el comienzo de una etapa de adaptaciones mutuas, de compartir, de vida común, de reparto de roles; en sí, la pareja es un sistema de dos, lo que implica un punto de llegada y confluencia de familias anteriores y a su vez, punto de partida de una nueva familia.

El período de búsqueda de la pareja adquiere ciertas características; una de las cuales es el enamoramiento que se distingue del amor. En el enamoramiento hay cierto grado de idealización del ser amado, es una sobrestimación o glorificación del mismo. Se tiene en cuenta a la exterioridad del otro y no penetra en su interioridad (Griffa y Moreno, 2008).

Stendhal (citado en Griffa y Moreno, 2008) plantea que los valores que el amante ve en el amado son algo que el mismo produce mediante una especie de autodeslumbramiento, según la imagen que desea tener del otro. El enamoramiento desde este punto de vista encefalece.

En cambio, en el amor no se ama en el otro las cualidades, las cuales pueden ser apreciadas o estimadas, sino que se ama a la persona como unidad, como totalidad. Se ama no solamente lo que es en la actualidad, sino lo que puede devenir ya que en el presente constituye el conjunto de potencialidades. El amor de los amantes es el de aquellos que se eligen, que se desean poseer espiritualmente y físicamente, que comparten proyectos, que son solidarios. Para que el amor permita que surja un “nosotros”, unidos pero no fusionados, diferenciados y no perdidos, el amor debe ser un dar para el cual se necesita la madurez de la autopercepción y la adecuación en la “alopercepción” (Griffa y Moreno, 2008).

Desde la perspectiva de la psicoterapia de pareja cognitivo-conductual se considera que la misma debe tener tres tipos de armonía: existencial, sexual y emocional.

La armonía emocional suele ser el principal soporte para los jóvenes y, si bien se considera necesaria, ésta no resulta suficiente para una unión verdadera.

Las investigaciones muestran que el 50% de los matrimonios presentan dificultades sexuales (Master y Jonson citados en Granero, s.f) por lo que se carece de armonía sexual y el estar enamorado o que se tengan cariño no garantiza que se vayan a llevar bien sexualmente.

En la actualidad se han ido perdiendo los rituales, lo cual exponen más al aislamiento social y a la alineación con uno mismo.

Los rituales tienen la función de ordenar las etapas de la vida.

En el sexo para poder gozar hay que estar en condiciones de suspender todo pensamiento ya sea negativo o destructivo y abandonarse a la experiencia erótica. Las personas que se muestran ansiosos mantienen un control tenso sobre sus emociones y observan sus reacciones sexuales. A esto Master y Jonson (citados en Granero, s.f.) lo llaman “rol espectador” en sexualidad y tiene un efecto destructor de la misma.

Por otro lado también se resaltan desde lo cognitivo-conductual ciertas características de la pareja funcional:

1. Whitaker (citado en Granero, s.f.) resalta el sistema abierto y el sistema cerrado como el sistema iatrogénico y no funciona.

En la pareja el sistema cerrado funciona como una membrana muy rígida a su alrededor sería una membrana no permeable que empobrece la relación impidiendo registrar los cambios externos.

Al ser un sistema cerrado con cada cosa que les pasa experimentan la sensación de que les pasa a ellos solos. Con el transcurrir del tiempo la situación se transforma en una verdadera disfunción, trayendo aburrimiento, dificultades para enfrentar cambios y acompañar ciclos vitales. En toda relación de pareja con el paso del tiempo pasa por períodos de sistema cerrado como son el inicio del noviazgo, nacimiento de los hijos, etc. pero se vuelve disfuncional cuando esta situación es un estilo de vida.

2. La pareja funcional tiene también como característica la buena comunicación, esto supone capacidad de escuchar, capacidad y tolerancia para preguntar, capacidad para metacomunicarse y también la capacidad para corregir mensajes, ya que reiteradas veces las personas suelen no expresarse bien.
3. La tarea característica es el respeto por las fronteras individuales y generacionales.
4. La capacidad para resolver problemas representa la cuarta característica. Las parejas disfuncionales frente a los problemas diarios y su incapacidad para resolverlos terminan por culpabilizarse unos a otros en vez de hacerse responsables o co-responsables de lo que ocurre.
5. En la pareja funcional cada uno de sus miembros debe ser reconocido como capaz en algún aspecto de su vida o de su hacer con la familia, por el otro.  
Este reconocimiento incluye también un acuerdo en los roles y permiso para aceptar que los mismos pueden cambiar en diferentes etapas de la vida. Dentro de la pareja funcional del tiempo va a permitir que cada uno pueda moverse de su papel sin vivir estos cambios como crisis o aspectos negativos.
6. Otra característica de funcionalidad es la libre expresión de las emociones incluso las negativas. Sus miembros deben permitirse expresar una amplia gama de emociones, expresar su enojo, frustración, tristeza o su miedo al igual que su alegría, su serenidad, lo cual permite un reequilibrio.

## 2.2.4 Estilos de afrontamiento

### 2.2.4.1 Conceptualización de afrontamiento

El término afrontamiento se ha utilizado para describir los procesos a través de los cuales las personas intentan adaptarse al estrés, y generalmente se ha restringido a reacciones “agudas” y estrés “fuerte” (Nieto Munuera, Abad Mateo, Esteban Albert y Tejeria Arreal, 2015). En tanto, Lazarus y Folkman (citados en Nieto Munuera et al., 2015) lo define como el conjunto de esfuerzo cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que lleva a cabo una persona para hacer frente o reducir las cualidades adversas de la situación estresante, resistir o superar las demandas excesivas, específicas, internas o externas, que se plantean a un acontecer vital, y restableces el equilibrio; en definitiva, adaptarse a la nueva situación. El mismo tiene dos funciones: por un lado, regular las emociones producidas por la evaluación cognitiva (afrontamiento dirigido a la emoción) y, por otro, tratar de cambiar la relación de la persona con el ambiente (afrontamiento dirigido al problema).

Diversas circunstancias estresantes suelen desencadenar ambos tipos de respuestas de afrontamiento, aunque el afrontamiento dirigido al problema tiende a predominar cuando la persona siente que se puede hacer algo constructivo y el afrontamiento dirigido a la emoción suele predominar cuando el sujeto siente que el estresor es algo que no se puede cambiar (Folkman y Lazarus citados en Rodríguez Fernández, 2007) que es lo que sucede frecuentemente cuando las personas enfrentan al cáncer (Folkman citado en Rodríguez Fernández, 2007).

#### *Estrategias de afrontamiento*

Los autores Lazarus y Folkman (citados en Rodríguez Fernández, 2007) indican las siguientes estrategias de afrontamiento como fundamentales:

- Confrontación: consiste en esfuerzo agresivos para cambiar la situación, conllevan hostilidad y asunción de riesgos.
- Distanciamiento: lo que implicaría esfuerzos por alejarse del problema y por ignorarlo.
- Autocontrol
- Búsqueda de apoyo social
- Aceptación de la responsabilidad

- Escape-evitación: pensamiento desiderativo y esfuerzo conductuales dirigidos a esquivar de la situación como por ejemplo comer, beber, dormir, etc.
- Solución planificada de problemas: esfuerzos dirigidos al problema para alterar la situación junto con un acercamiento analítico dirigido a solucionar el problema.
- Reevaluación positiva: esta estrategia implica esfuerzos por dar un significado positivo a la situación. En ocasiones puede tener un sentido religioso.

#### **2.2.4.2 Teoría del ajuste psicológico al cáncer de Moorey y Greer**

Este modelo según Moorey y Greer (citados en Rodríguez Fernández, 2007) implica el significado personal del cáncer y el proceso de adaptación al mismo. Desde esta perspectiva el diagnóstico genera una ruptura del sentido de invulnerabilidad personal. Los pacientes frente a esta situación desarrollan un proceso de evaluación cognitiva respondiendo a tres cuestiones según lo indican los autores:

- 1- Grado de amenaza: la enfermedad se la podría entender como reto, gran amenaza lo cual llevaría a la destrucción, daño o pérdida, o negación de la misma. Para estos autores la negación no representa una estrategia de afrontamiento a diferencia de Lazarus y Folkman, sino que sería una posible opción de evaluación primaria.
- 2- Capacidad de ejercer algún control.
- 3- Pronóstico: lo cual estaría relacionado con el significado que la enfermedad posea para la persona y el grado de control que perciba.

Moorey y Greer (citados en Rodríguez Fernández, 2007) proponen cinco estilos de ajuste frente al diagnóstico de cáncer:

- 1) *Espíritu de lucha*: implica vivir el diagnóstico como un reto, percibiendo control en el presente y teniendo una sensación de pronóstico optimista. Las estrategias de afrontamiento se manifiestan a través de la búsqueda de información, teniendo un papel activo en su recuperación y con intentos por seguir viviendo su vida habitual. Hay un tono emocional positivo y ligera ansiedad.
- 2) *Evitación o negación*: en este estilo no perciben el diagnóstico como amenaza, no se plantean la necesidad de control y tienen una sensación de pronóstico optimista. La minimización sería la estrategia de afrontamiento. El tono emocional es sereno.
- 3) *Fatalismo o aceptación estoica*: la persona ve el diagnóstico como una ligera amenaza, la percepción de control está ausente o depende de otros y vinculado al pronóstico se acepta con dignidad el que tenga que pasar, pues se desconoce. Las

estrategias consisten en la aceptación pasiva y las estrategias dirigidas al problema están ausentes. El tono emocional es sereno.

- 4) *Desamparo y desesperanza*: el diagnóstico es visto como una amenaza o pérdida real, no hay percepción de control y se es pesimista frente al pronóstico. La rendición constituye la estrategia de afrontamiento como así también la ausencia de estrategias dirigidas al problema y la expresión emocional. El tono emocional es depresivo.
- 5) *Preocupación ansiosa*: el diagnóstico representa una gran amenaza, hay incertidumbre sobre si se puede ejercer algún control sobre la situación y también acerca del pronóstico. Se presentan como estrategias de afrontamiento la búsqueda excesiva de seguridad, rumiación y una excesiva atención dirigida a detectar la recaída, encontrándose muy pendientes de los síntomas físicos. El tono emocional es de tipo ansioso.

# *Marco metodológico*

## Capítulo III - Marco metodológico

### 3.1 Tipo de investigación

La investigación realizada, según los objetivos planteados, es de tipo cualitativa descriptiva, dado que pretendió conocer cómo impacta emocionalmente el cáncer de mama en la pareja.

Se la puede clasificar, considerando el tipo de fuente como un estudio de campo.

Teniendo en cuenta la temporalidad de esta investigación, se trató de un estudio transversal ya que las entrevistas se realizaron en un momento determinado y de una sola vez.

### 3.2 Participantes

La muestra de la presente investigación estuvo compuesta por cinco mujeres de la ciudad de Paraná que al momento del diagnóstico se encontraban en pareja y dos de sus cónyuges.

En este sentido, de las cinco parejas seleccionadas, se presentaron tres hombres que al momento de concretar a la entrevista decidieron no acceder por diferentes motivos, principalmente la falta de interés y motivación.

Se incluyó de igual manera las entrevistas con las mujeres que no se tuvo acceso a la pareja ya que, por un lado, resultó interesante y altamente significativo para la investigación que, al momento del diagnóstico estaban juntos en pareja, y luego de esto se genera una crisis, distanciamiento e incluso separación.; y por el otro, debido a que se pudo conocer a través de sus relatos el impacto emocional generado en ellos.

Se trata de un muestreo considerado no probabilístico de tipo intencional, ya que se determinaron como criterios de inclusión que las mujeres tengan entre 30 y 50 años, diagnosticadas con cáncer de mama y debiendo la pareja llevar al momento del diagnóstico, como mínimo, un año juntos.

A continuación se detallan los datos específicos de cada participante y pareja, cabe aclarar que los nombres que se utilizan corresponden a seudónimos para poder de esta manera preservar y resguardar la identidad de cada uno de ellos:

Pareja N° 1

- Eugenia: 39 años, fonoaudióloga.

Tratamientos: quimioterapia y próxima mastectomía.

Hace 16 años que convive con su pareja, al momento de la entrevista se encontraban viviendo bajo el mismo techo pero sin relación alguna. Él no aceptó concretar la entrevista ya que no le interesaba hablar de la temática. Por lo que se pudo saber la relación tuvo un quiebre posterior al diagnóstico. Tienen dos hijas en común. Él actualmente se encuentra desempleado.

#### Pareja N° 2

- Estela: 50 años, ama de casa.  
Tratamientos: mastectomía, quimioterapia y actualmente estaba llevando a cabo un tratamiento con medicación oral.  
Casada hace 34 años con Carlos, tienen 6 hijos en común.
- Carlos: tiene 57 años y es mecánico.

#### Pareja N° 3

- Alicia: 46 años, ama de casa.  
Tratamiento: mastectomía, quimioterapia y rayos. Se encuentra en fase de control.  
Casada con Juan, hace 24 años que están en pareja. Tienen dos hijas en común.
- Juan: 49 años, es transportista.

#### Pareja N° 4

- Ana: 49 años, comerciante.  
Tratamiento: cuadrantectomía, quimioterapia y rayos. Fase de control.  
Con su pareja se separaron tiempo después del diagnóstico, estuvieron juntos parte del tratamiento pero en el transcurso de la enfermedad se fueron distanciando hasta que tomaron la decisión de separarse. No se pudo acceder a la entrevista con él pero aun así pudimos conocer cómo lo impactó. Tienen tres hijos en común y estuvieron 22 años juntos.

#### Pareja N° 5

- Laura: 46 años. Martillera y corredora inmobiliaria, posee una Maestría en Reiki y es estudiante de Biodecodificación emocional.  
Tratamiento: mastectomía y una adenomastectomía, actualmente comenzó tratamiento con Tamoxifeno.

Llevaban cuatro años y medios en pareja, a partir del diagnóstico ella decide separarse pero viven en la misma casa. Él no mostro interés en participar de la muestra y pudimos saber que padece de alcoholismo.

Ella tiene cuatro hijos de una pareja anterior.

### 3.3 Técnicas de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada en la cual se fueron planteando interrogantes como disparadores, la misma fue elaborada teniendo en cuenta la información que se necesitaba recoger, los objetivos planteados y los participantes de la muestra. Se adjunta un modelo en blanco de la entrevista en la parte de anexos.<sup>1</sup>

Se contó con la utilización un grabador de voz, con la previa autorización y consentimiento escrito de cada uno de los participantes, que permitió la posterior desgrabación y obtención precisa de los datos recogidos.

Se eligió como técnica la entrevista debido a que es considerada de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos siendo más eficaz que el cuestionario ya que obtiene información más completa y profunda, además presenta la posibilidad de aclarar durante el proceso asegurando de esta manera respuestas más útiles (Díaz Bravo, Torruco García, Martínez Hernández y Varela Ruíz, 2013).

Se escogió el tipo de entrevista semiestructurada porque este tipo de entrevista tiene un mayor grado de flexibilidad, la misma parte de preguntas planeadas que pueden ajustarse a los entrevistados, permite aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz Bravo et al., 2013).

Para la presente investigación se construyó un cuestionario ad hoc, del cual se presenta un modelo en blanco en el anexo<sup>2</sup>, que permitió recabar información sociodemográfica y de interés para la misma. Los ítems que se consideraron para la mujer diagnosticada fueron:

- Edad
- Ocupación/profesión
- Tiempo que lleva diagnosticada
- Edad que tenía en ese momento
- Tratamiento que realizaba al momento de la entrevista
- Realización o no de mastectomía

---

<sup>1</sup> Ver anexo páginas 113 y 114

<sup>2</sup> Ver anexo páginas 115 y 116

- Tiempo que lleva junto a su pareja
- Convivencia con la misma
- Hijos en común

En tanto que para la pareja los ítems fueron similares:

- Edad
- Ocupación/profesión
- Tiempo que lleva junto a su pareja
- Convivencia con la misma
- Hijos en común

### **3.4 Procedimiento de recolección de datos**

El muestreo fue reclutado asistiendo al Hospital San Martín de la ciudad de Paraná en el cual se debió presentar el proyecto de investigación acompañado de una nota dirigida al director de dicho nosocomio solicitando autorización para asistir a las áreas de Oncología y Salud Mental para poder reclutar la muestra. La misma fue aceptada bajo un señalamiento y pedido de modificación por parte del Comité de Docencia e Investigación del Hospital en el cual se solicitó hacer mención expresa en el consentimiento informado de la forma en la cual se guardaría la documentación garantizando la confidencialidad; por lo cual se decidió hacer una modificación en el consentimiento donde se garantiza el resguardo personal de las entrevistas haciéndolo extensivo para todos los entrevistados, sean pacientes del nosocomio o no.

Por otro lado también se contactó por medio de una página web a miembros de una asociación integral de cáncer perteneciente a la provincia de Entre Ríos.

Esta búsqueda de participantes en distintas instituciones llevó a una especie de “efecto bola de nieve” ya que al comentar sobre la investigación a diferentes profesionales y población en general se pudo dar con algunas mujeres que estaban atravesando por la enfermedad.

En todos los casos se procedió contactando a la mujer diagnosticada con el fin de comentarle acerca de la investigación, sus objetivos y resaltando sobretudo el carácter estrictamente confidencial que tendría cada entrevista; este mismo procedimiento se hizo con la pareja. Luego se pactó el día, horario y lugar de la entrevista.

Las entrevistas se realizaron con cada miembro de la pareja por separado, antes de iniciarla se informó nuevamente de los objetivos de la investigación, se le pidió autorización para grabarla garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad quedando la

entrevista bajo el resguardo personal de quien la realizó. Luego se procedió a entregarles el consentimiento informado para que lo lean y firmen, del cual se presentan un modelo en blanco en el anexo de la investigación<sup>3</sup>, y el cuestionario ad hoc para ser completado.

### **3.5 Procedimiento de análisis de datos**

La elección de estrategias cualitativas, según Schettini y Cortazzo (2015), implica hacer énfasis en procesos que no están estrictamente examinados o medidos en términos de cantidad, monto, intensidad o frecuencia. Las investigaciones cualitativas hacen hincapié en:

- la construcción social de la realidad
- en la relación íntima entre el investigador y lo que estudia
- en las construcciones del contexto que condiciona la investigación.

Según Monje Álvarez (2011) en las investigaciones cualitativas los datos que se recogen necesitan ser traducidos en categorías con el propósito de realizar comparaciones y posibles contrastes, de manera que se pueda organizar conceptualmente los datos y presentar la información siguiendo algún tipo de patrón o regularidad emergente.

La categorización facilita la clasificación de los datos registrados, consiste en la segmentación en elementos singulares o unidades que resultan relevantes y significativos desde el punto de vista de interés investigativo. La categorización se realiza por unidades de registro, es decir, estableciendo una unidad de sentido en un texto registrado por algún medio (usualmente grabado), por lo tanto es textual y a la vez conceptual.

El método utilizado es el análisis de contenido cualitativo, el cual no tiene como fin sólo la búsqueda de ciertos contenidos dentro de un corpus, sino de encontrar el sentido que estos poseen dentro del contexto (Díaz Herrera, 2018).

Marradi, Archenti y Piovanni (citados en Díaz Herrera, 2018) señalan que el análisis de contenido consiste en una técnica de interpretación de textos, basándose en procedimientos de descomposición y clasificación de éstos. Los textos de interés son diversos como por ejemplo transcripciones de entrevistas, protocolos de observación, notas de campo, artículos de revistas, etc.

Una vez que se realizaron las entrevistas, se procedió a la desgrabación y transcripción de las mismas con el fin de obtener un registro preciso y textual de los datos recogidos. Posteriormente, se ordenó la información recogida dentro de las categorías mientras que a su vez se iban analizando a la luz de los fundamentos teóricos.

---

<sup>3</sup> Ver Anexo página 117

# *Resultados*

## Capítulo IV - Resultados

A partir del análisis de las entrevistas se construyeron cuatro categorías de análisis con el fin de poder darle un orden a los datos recogidos. Cabe destacar que la primera categoría guarda relación con el objetivo general de la investigación; en tanto que, las restantes están en consonancia con los objetivos específicos.

Las categorías son:

- Impacto en la pareja.
- Emociones negativas y positivas.
- Pensamientos y preocupaciones más frecuentes.
- Principales conductas y actitudes frente al diagnóstico.

A continuación se exponen los datos recogidos en cada una de las categorías de análisis.

### **4.1 Impacto en la pareja**

Esta categoría incluye los relatos en los cuales se puede apreciar cómo cada uno de ellos tomó el diagnóstico desde el punto de vista de su pareja, las modificaciones (si las hubo) en la misma y cómo se sienten con sus parejas.

Ana: *“A todo esto mi pareja parece que no reaccionaba ante la situación, no se daba cuenta...para él... no sé cómo explicar cómo lo tomó pero no hablaba del tema, se cerró más en sí mismo, se ponía más pensativo pero no disfrutaba conmigo las cosas como yo quería disfrutarlas...Fue difícil porque yo me sentía angustiada y no encontraba quien me sostuviera como pareja en ese momento, fue una situación rara porque no tenía tiempo para mí...cuando yo me hacía...cuando fui hacer mi primera quimio incluso, él no me acompañaba nunca ni siquiera a las operaciones ni a las quimios ni a los rayos nunca me acompañó, está bien que eso siempre era en horario de su trabajo pero él nunca pidió un día para acompañarme siempre me acompañaban mis amigas, mis hermanas y mi papá”*.

Estela: *“la verdad que él es más jodido que yo, él lo tomo como que si yo ya me estaba muriendo. Lo tomo re mal, ¿viste? Pero bueno se supone que él tenía que sacarme adelante a mí, pero fue al revés. Le chocó bastante, le cayó re mal. [...] Iba, me abrazaba y se ponía a llorar y le decía bueno ya está, ¿qué le vas hacer? No me voy a morir, parece que todavía no me voy a morir (se ríe)”*.

Carlos: *“Se amargó un montón, me decía “la pucha mira la edad que tengo y me pasa esto, no puede ser” y ya la tenían que intervenir (mastectomía), bueno le digo tratemos de llevarla adelante, ojalá yo pudiera cambiar y estar en tu lugar”.*

*“Vos por ahí no tenes la respuesta a todo pero hay que aprender, entonces tuve que aprender a cómo manejarla, como hablarla, como tratarla, o sea te cambia la vida, en todo sentido te cambia porque no es lo mismo. Hasta que bueno, ahora ya sé cómo hacerlo. Yo hubiera preferido que me pase a mí y no a ella, pero bueno... Después en un momento por ahí el paciente cree que uno no le da bolilla pero es que vos no sabes cómo reaccionar y por ahí le produce enojo o cosas pero no es que a uno no le interesa sino que no sabes cómo manejarlo”.*

Eugenia: *“Él me llevó a la consulta en Córdoba porque fuimos todos, pero él no entró.*

*Cuando recibo el diagnóstico estaba también, pero él fue como que lo ignoró, él fue como que no pudo soportar perder el protagonismo porque él también tiene cáncer, eso es lo que dice pero yo nunca vi un estudio ni tampoco se hace tratar, yo tengo todos los estudios y análisis que me hago y te los puedo mostrar, pero él nunca jamás me mostró nada. Él hace su vida, entra y sale...se va todas las noches y vuelve 3 o 4 de la mañana, después duerme hasta el mediodía. Él ni se involucra en mi tratamiento, nunca me pregunta como estoy...nada...no me acompaña en nada ni siquiera aporta económicamente, ni me ayuda con las chicas...por eso yo también decido volver a Paraná y hacerme tratar acá porque mi trabajo es el único ingreso, yo no podía darme el lujo de quedarme allá”.*

Alicia: *“Para él también fue un proceso desde que yo detecto el bulto, se lo voy comentado hasta que fuimos a la ginecóloga, hasta que hicimos todo...digamos que él tiene una postura de que él es muy optimista en todo y él es el que siempre dice que va a estar todo bien.*

*El tema es después porque al principio es como que todos nos damos ánimo después, durante (refiriéndose al transcurso de la enfermedad y el tratamiento), es donde están los altibajos pero a ver uno también no se tiene que olvidar por ahí a uno...te bombardean con hormonas que vos no sabes qué tipo de droga te están poniendo, se te cae el pelo, vos te miras al espejo y no te reconoces porque no sabes quién sos es como que te separas el cuerpo físico de lo que se está reflejando y de lo que vos eras a lo que vos sos, por ejemplo te bombardean con corticoides, con antialérgicos, con*

*un montón de cosas y eso también te cambia un poco lo que es tu personalidad, te pones más agresiva...no es un enojo con la vida, es como que uno no lo controla tampoco entonces como que en ese momento vos no sabes, yo por lo menos, no supe separar lo que era el apoyo de lo que era la lastima o de...no sé, no es que yo me sentía agredida pero era yo la agresiva porque en vez de acercarlos yo los iba alejando”.*

Juan: *“Ella al principio estaba re mal, ella es una mujer re fuerte con carácter pero al principio la verdad es que estuvo mal...me decía que tenía miedo, tenía miedo por las nenas que son chicas, no fue fácil para ella pero después creo que lo fue asimilando a parte tenía que tratar de estar tranquila por las nenas, Alicia siempre quiere llevarle tranquilidad a ellas.*

*Otra cosa que le cayó mal fue cuando le sacaron el pecho, ella enseguida quiso ver cómo había quedado, pero eso la angustió mucho [...]*

*Hoy por hoy ella ya tiene otra postura con la enfermedad, como te digo, es re fuerte...lo del pecho fue al principio nomas que le chocó y por ahora dice que no quiere hacerse la reconstrucción porque los médicos le dijeron que se la puede hacer pero ella es como que ya no quiere saber más nada me parece”.*

Laura: *“Mi pareja... yo cuando ni bien me diagnosticaron el cáncer aproveché a separarme así que no lo comparto...él por su lado y yo por él mío.[...] Nosotros en crisis siempre estábamos por el tema de que él es una persona agresiva entonces cuando tomaba empezábamos a pelear, estábamos en una crisis constante que la veníamos piloteando pero bueno el diagnóstico detonó que yo me separara; a parte que me dijeron que las emociones que yo tenía con él despertaron el cáncer o sea eso de callar, de los maltratos y todo eso despertaron el cáncer entonces me separé de él”.*

#### **- Modificaciones en la pareja**

Ana: *“Sí, mi relación de pareja se vio muy afectada por no hablar, por no pedir ayuda no se... [...] Pero en mi relación de pareja afecto mucho, ¿porque afecto? Me afecto a mí, porque yo no me dejaba ver mi cicatriz, mientras estuve haciendo el tratamiento no tuvimos relaciones de pareja, yo no lo busque... nunca fui una de esas que necesitan todas las noches intimar con su pareja. . Él nunca me insistió, de eso no se hablaba, me respetaba demasiado diría yo porque si la persona te quiere demasiado,*

*no sé cómo considerarlo, porque si la persona te quiere demasiado te respeta, o si la persona te quiere demasiado, por ahí podría tratar de buscar ayuda porque ve que vos no estás bien, que vos no quieres, que vos no tenes ganas... buenooo... no sé cómo explicártelo, es complicado. Pero al tiempito me di cuenta que era...porque me daba la idea, porque a mi pareja no le importaba, fue difícil”.*

*Yo después cuando empezamos a intimar nuevamente, yo ya no me sentía, ya no disfrutaba como antes, yo no me sentía bien. Por ejemplo algo muy íntimo, yo hacía el amor de corpiño, yo no me sacaba el corpiño. Un día mi ginecóloga me pregunto cómo estamos con las relaciones sexuales, con las relaciones de pareja y yo le conté y ella me dijo ahh no querida esto no es así... esto tenes que resolverlo, esto tenes que trabajarlo, no es así y bueno así como me lo dijo me preocupe “nada”... Salí de la consulta y a mi vida habitual, no busque ayuda, no hable con nadie y ya te digo a mi marido no le molestaba con tal de tener relaciones, no importaba si está o no esa prenda, no era relevante, pero a mi si me cerro mucho, porque ya no pude disfrutar de mis relaciones, de mi sexualidad como antes. Yo ya no me veía como antes, no me sentía a gusto, no tenía unos senos grandes, pero tenía unos lindos senos que estaba a gusto con mis senos. [...] Él nunca me insistió, ya te digo, nunca le importo en sí, no le importaba si yo estaba bien o no estaba bien, no preguntaba, no hablaba. Yo siempre fui de mandarme sola, yo me levantaba a las 6 de la mañana y hasta las 7 o 8 de la tarde que volvía a mi casa dependían de mi los chicos, siempre a cuesta conmigo, porque tengo el negocio en la casa de mi mamá, entonces los chicos iban conmigo, de ahí a la escuela, los buscaba pero siempre estuvieron conmigo yo volvía a mi casa a las 20, ya con los gurises hasta por ahí bañados con las tareas hechas todo, porque como estaban conmigo en el negocio ya se hacía todo ahí. Entonces es como que uno va tomando esa independencia que te va alejando de la pareja, porque con el tiempo te vas dando cuenta de que cada cual tiene su vida y su rutina, el en su trabajo, hacia lo de él y yo en el mío, hacia lo mío. Pero¿ qué pasaba? cada vez mi horario de trabajo se extendía más y como los chicos estaban conmigo a mí no me preocupaba eso de volver a mi casa porque los chicos me esperaban, porque los chicos tenían que hacer la tarea; no, porque yo ya volvía con el combo completo. Y bueno nos fuimos alejando, yo me aleje mucho y él no me supo tirar hacia el de vuelta, nose...pero sí yo no volví a ser la misma nunca, con el ya no...no me podía abrir, lo hacía pero no lo disfrutaba y después bueno yo estaba mal con él y en el transcurso de todo esto nos separamos porque ya sentía que la vida juntos ya no*

*tenía sentido, cada cual tenía ideas distintas, proyectos distintos, ya no había cosas en común, proyectos en común.*

*[...]A mí a partir del diagnóstico me dieron ganas de hacer más cosas y lo que quería hacer trataba de hacerlo y trataba de llevar a mi pareja a hacer cosas y siempre me ponía un “pero” esa fue una de las cosas que nos fueron alejando que yo quería cosas simples como decirte ir a pasar el día el domingo al campo y siempre había una excusa, ir al parque a dar una vuelta y siempre había una excusa. Llegó un punto que dije “bueno, listo...” los chicos necesitan salir, yo quiero salir...salgamos! Entonces planteaba así “vamos a...¿quién va conmigo?” los chicos iban, él no; bueno fueron cosas que nos fueron distanciando, ¿no?”.*

*Estela: “Yo creo que no hubo modificación ¿viste? Porque a él le tocó ayudar a bañarme, ayudar a curarme, ayudar a vendarme y todas esas cosas, y es como que a veces la cicatriz le chocaba un poco al principio pero después se tuvo que acostumbrar porque no le quedaba otra que ayudarme, mis hijas mujeres no estaban y a los varones no les iba a pedir que me ayudaran a bañar y esas cosas, a vestirme. Le impactaba como había quedado, como que tenía temor de hacerme doler y yo le decía agarra el algodoncito o la gasita humedecela y me pasas pero pásame fuerte porque a mí me quedó sin sensibilidad todo esto y él lo pasaba con una suavidad como que le dolía más a él que a mí o por ahí le impresionaba, no sé. Yo le decía si te da asco deja!!; no, no me da asco pero me da cosa tocar y lo hacía despacito”.*

*Alicia: “Yo creo que cuando hay situaciones límites en la vida sea en la relación de pareja, en vos más que en el otro, el problema está en vos, el cambio lo estás viviendo vos eh yo soy muy práctica en ese sentido, yo creo que lo que no te separa te fortalece. Por ejemplo, yo a las quimio iba y me las hacía sola, no quería que él estuviera ahí conmigo. Es como que él me dejó hacer...él acepto todo lo que yo decidía, que él no estuviera ahí al lado mío sosteniéndome la mano a mí no...no era el que yo se lo pidiera, por ahí hubo muchas falencias por parte mía porque por ahí era yo la que ponía el límite, como te digo que yo le puse el límite al resto, el límite en el sentido de no me compadezcan, tratame como me trataron siempre no me tengas en una burbuja o en una cajita de cristal porque no soy así...que me dejaran ser. Por ejemplo él me vino un día de porque yo no iba a una psicóloga o a un grupo de autoayuda y eso sí me choco porque déjeme buscar a mí lo que yo necesito, yo no*

*quiero ir a sentarme y escuchar lo que le está pasando al otro cuando yo lo estoy viviendo, yo sé lo que se siente, no quiero escuchárselo al otro.*

*[...]Siempre hablamos de la enfermedad, de lo que me va a pasar, de cómo es verme sin una mama, de mirarme al espejo, no me hice la reconstrucción mamaria todavía”.*

Juan: *“No sé, ehh...no sé si algo se modificó...es difícil de sobrellevar la situación porque el humor de las personas que tienen esta enfermedad cambia mucho. Yo creo que no hubo un cambio, siempre hemos estado unidos y con una enfermedad mucho más me parece...sí a veces pasa que ella se enoja o se pone molesta porque le digo algo de lo que le conviene hacer o de que no haga alguna cosa pero por cuidados nomas y es como que se enoja y eso a mí también me pone mal porque no sé qué hacer, me bajonea un poco...porque uno trata de cuidarla, igual entiendo que es por lo que ella atraviesa. Yo creo que lo más complicado a veces para las personas que estamos alrededor es que no sabes como ella va a reaccionar, uno va aprendiendo pero mientras tanto hay que pasarlo y para uno eso también es difícil y hasta te terminas sintiendo mal, como angustiado”.*

Carlos: *“Quizás estamos más unidos que antes no sé si porque hay amor o porque pero sí estamos más cerca, eso ni dudarlo. Por ahí viste en la vida cuando tenés gurises aparece algún problema pero esto es mucho más; hay algo positivo en esto adverso y es que estamos más unidos que antes. Yo abandono cualquier cosa, dejo cualquier cosa así sea un trabajo, renuncio a todo pero primero está ella, después está lo demás porque si algún día se me va no voy a poder estar de lo arrepentido. Cuando ella no está bien yo ni siquiera salgo, me quedo acá; voy acomodando para poder estar cerca.*

*Siempre hablamos de la enfermedad y el tratamiento, por ahí que le sale mal una ecografía y bueno ahí es donde yo arranco y la acompaño de vuelta. Pero sí hablamos, por ahí yo le digo “¿y mami como andas?” porque por ahí está acostada, por ahí hay días que anda un rato y se acuesta por los remedios que la tiran abajo, entonces voy la acaricio...en esa parte yo en principio había cambiado pero después tuve que empezar hacer como si fuera todo normal como que nunca ha pasado nada y eso también la incentiva.*

*Yo le cocino, por ahí se va y la espero con la cocina limpia, la comida y todo; así se desenchufa y eso la hace sentir bien. También la ayudo con la ropa, saco el canasto,*

*la pongo a lavar, después la cuelgo, todo...y después ya también se la junto y eso la hace sentir bien.*

*Ha afectado mucho porque como te decía renuncié a un montón de cosas, se te caen las persianas y me enfoque en ella nomás y sí me ha afectado mucho, emocional y en todo sentido pero hasta ahora no he sido cobarde y estoy con ella”.*

Eugenia: *“Ahora ya directamente no compartimos nada, antes lo invitaba y ahora ya no, le digo me voy con las chicas. Tampoco a él le interesa, si decía “vamos a comer una pizza”, vamos, estamos nosotras tres sentadas y él en cualquier otra cosa dando vueltas, entonces ¿para qué?!! Entonces a todas esas cosas ya empecé a cortarlas, empecé a cortar todo...salgo, salgo con mis hijas; hago, hago con mis hijas, si quieres sumarte, sumate si no hacemos nada raro”.*

#### **- Cómo se sienten con sus parejas**

Estela: *“Mira yo prefiero que no me vea, que no vea la cicatriz. Es como que él ya está acostumbrado, ahora ya está el implante, está la forma todo bien pero las cicatrices quedan y yo prefiero que no me vea pero es por mí”.*

Alicia: *“Fueron muy esporádicos y muy pocos por el malestar propio de la quimio no te lo permitía y es como que eso pasa a un segundo plano para mí. Uno siempre reclama al otro y viceversa pero es como que en ese período no entran por ahí los reclamos, es más un día a día y capaz nos enfocamos más en las nenas que en otra cosa. No es una situación fácil de sobrellevar y a veces uno como adulto resolver, uno trata de alguna manera que sea más llevadero para todos...cada uno respeta los espacios y eso es muy de mi familia, respetar los momentos, los espacios, los estados de ánimo, de ayudarnos unos con otros en la medida que uno pueda o directamente dejándolo solo si necesita su espacio, su momento y no está mal”.*

Carlos: *“Me siento bien. En un momento hasta me puse a tomar vino porque no me podía sacar la espina pero no es la solución esa pero me siento bien con ella; ya te digo hay cosas que no son iguales que antes, ella misma sabe que no es igual pero tenes que asimilarlo.*

Eugenia: *“A nivel de pareja sí, me sentí como horrible, me sentí como muy fea eso sí lo sentí como que no era lo mismo en la intimidad porque me había quedado como el*

*jorobado de Notre Dame...igual!! No me sentía cómoda. En el momento en que salí era horrible y ahí era donde me sentía que en la intimidad era un monstruo porque me sentía, ya te digo una cosa rara, fea yo me veía fea entonces decía para el ojo del otro debe ser un asco, lo estoy corriendo (se ríe)”.*

#### **4.2 Emociones negativas y positivas**

Dentro de esta categoría se incluye el impacto inicial en las mujeres y las emociones positivas y negativas encontradas en las entrevistas: miedo, angustia, tristeza, ira, hostilidad, vergüenza, culpa, ansiedad, humor, gratitud y optimismo.

##### **- Impacto inicial**

Laura: *“Cuando me dijeron, me lo dijeron así... tenes cáncer de mama, sin más”.*

*[...] No me afectó en absoluto porque le pregunté “¿me voy a morir?” y me dice “no, no te vas morir” ...ah bueno le dije “¿puedo esperar hasta marzo, fines de febrero? que pase el verano de ir de tratármelo, ver que hacer... bueno me dijo, vos anda disfruta del verano y después ve un medico pero no dejes pasar un año así que bueno lo tomé con total naturalidad.*

Eugenia: *“primero fue “parece que tenes...” y yo quedé shockeada, “vamos a descartar” eso fue lo que me dijo el doctor y bueno yo me quede con eso sin darle mucha trascendencia a nada así que me quedé ahí ni muy muy, ni tan tan. Y cuando yo agarro el papel y leo “maligno” para mí fue un balde de agua fría, estaban mis hijas atrás y mi suegra y viste cuando decís “no, no, no quiero preocuparlas, quiero conservar la calma”.*

Estela: *“Después que estuvieron todos los resultados de las biopsias, de lo que llaman ellos receptores hormonales que son los que definen que tipo de quimioterapia lleva, yo la verdad que cuando vi que decía todo “positivo, positivo, positivo...” me quería morir porque yo dije estoy en el horno”.*

Alicia: *“terrible, es terrible lo que sentís...hay un solo pensamiento que es el que te viene a la cabeza en ese momento y yo creo que, capaz que ahora no tanto, pero en ese momento a vos te dicen cáncer y vos lo relacionas con la muerte...es así”.*

Ana: *“El día que la doctora me tenía que decir el resultado del análisis del quiste que me habían sacado había ido con mi pareja y él se quedó en el auto y mi ginecóloga me dijo cuándo me vio sola “no, decíle que se baje, que yo necesito hablar con los dos” entonces eso confirmaba todas mis teorías que era malo. Lo hice bajar, nos contó que era lo que tenía, nunca nunca se me mencionó la palabra cáncer siempre se me dijo salió mal y justamente ahí en el mismo piso donde atendía mi ginecóloga atendía un especialista en cáncer no me sale el nombre ahora, no me sale la palabra...la ginecóloga me hizo contacto enseguida y fuimos a hablar con él, un oncólogo!, ese mismo día. Fue bastante chocante porque fue una cosa que no la esperaba”.*

- **Miedo**

Alicia: *“fue terrible, terrible por la carga que uno tiene que te digo yo no tenía tanto miedo por mí, mi miedo eran las nenas, ¿entendes? Yo creo que no lo sufrí tanto por mí sino por ellas”.*

*“Miedo por sobre todas las cosas y ese fantasma que sigue estando, eso queda...olvídate. Te vuelvo a repetir, no miedo por mí no sé si me entendes lo que yo te quiero decir...mi miedo no era por lo que me pasara a mí, yo estaba dispuesta a hacer todo lo que se tenía que hacer pero mi miedo pasaba por otro lado”.*

Ana: *“La primer quimio le pedí a mi amiga que me acompañara porque yo estaba asustada, estaba asustada no demostraba el miedo pero bueno uno por dentro no sabe que es, no sabe que es una quimio, cómo uno va a reaccionar y bueno tenía miedo pero a la vez trataba de vivir cada día como si fuera el más lindo de los días sin pensar que podía llegar a un último día”.*

Eugenia: *“miedo a que esto siga, ese miedo uno lo tiene pero es como te digo yo no me enfoco porque no me quiero enfocar. Yo si tengo que pelearla, bueno sí la peleo...”.*

Estela: *“al principio veía todo negro, todo el panorama oscuro que ya te digo “me voy a morir” decía, serán unos meses y me voy a morir, todo va mal”.*

*“Ahora vine de un susto de vuelta de que me salió un nódulo en el otro pecho y estaba con la mamografía y la radiografía y mi médico estaba de vacaciones...[...]estaba con ese susto, todos te dicen “no va a pasar, vas a ver que todo va a estar bien” pero el susto lo tenes, ya tenes antecedentes y el susto lo tenes”.*

Laura: *“no me gustaba entrar al quirófano, entré muchas veces y cada vez que salía mi cuerpo como que empieza a temblar y la paso feo; miedo a salir siempre del quirófano así”*.

Juan: *“Y te puedo decir, como te decía, que sentí miedo, me daba miedo que le pase algo pero tenes que ponerte bien porque a ella pienso que no le hace bien sino”*.

- **Angustia**

Alicia: *“Hay días de bajón, hay días que no tengo ganas de hacer nada, que me la paso tirada, días que no tengo ganas de levantarme, días que tengo ganas de llorar, días que estoy angustiada como nos pasa a todos los seres humanos creo...”*.

*“Sí fue un impacto verme, cuando me operan al otro día que me tienen que hacer la curación el médico me dijo “no mires” y le digo yo quiero ver, me dice ¿estás segura? Y sí le digo porque si no lo veo ahora lo voy a ver después y es lo mismo y siii...dolió, no deja de ser una mutilación pero por otro lado era una teta o mi vida...primero está mi vida!*

*[...]Sí como que me impacto y después también con la caída del pelo...son bien particulares y te golpean...es estético y no solo que es estético sino que también es simbólico. El tema de las mamas es lo que a vos te hace ser atractiva, tiene que ver con el alimento de tus hijos; el tema del pelo también viste que todas las mujeres nos cuidamos el pelo entonces el pelo también es característico de tu femeneidad entonces sí te afecta, no lloré cuando se me cayó el pelo...yo fui muy drástica también, cuando empiezo con las quimio no me olvido más que el médico me dijo “cortate el pelo bien cortito porque cuando se te caiga vas a llorar” yo no voy a llorar le dije, “sí vas a llorar” me dice, yo no voy a andar como un gato apaliado le dije cayéndose los mechones y bueno lo primero que hice, yo lo tenía largo, muy largo y lo primero que hice fue cortármelo bien cortito y cuando empecé con las quimio, después de la primer quimio ya se te empieza a caer el pelo y me estaba duchando, me estaba lavando la cabeza y veo que se caía entonces agarré y le dije a mi hermana PELAME”*.

Ana: *“En principio mucha angustia por no saber lo que me esperaba; angustia por los chicos, angustia de ¿porque a mí? porque uno se pregunta ¿porque? Si yo me siento bien ¿porque tiene que pasar esto ahora?”*.

*“Cuando fui al oncólogo [...] me explicó que un tratamiento era que se hacían análisis, estudios del hígado, de los pulmones, los huesos y no me acuerdo que más, que eso era determinante para hacer un tratamiento que yo me acuerdo que le pregunté si la enfermedad estuviera en alguno de esos órganos donde se manda esos análisis, ¿qué pasa? Y él me dijo que ya no sería cuestión de hablar de tratamiento sino de tiempo, eso fue una bomba para mí porque tenía tres hijos, eso fue el impacto, lo que más dolió, ¿no?”*

*“A todo esto mi pareja parece que no reaccionaba ante la situación, no se daba cuenta...para él... no sé cómo explicar cómo lo tomo pero no hablaba del tema, se cerró más en sí mismo, se ponía más pensativo pero no disfrutaba conmigo las cosas como yo quería disfrutarlas...Fue difícil porque yo me sentía angustiada y no encontraba quien me sostuviera como pareja en ese momento, fue una situación rara porque no tenía tiempo para mí...cuando yo me hacía...cuando fui hacer mi primera quimio incluso, él no me acompañaba nunca ni siquiera a las operaciones ni a las quimios ni a los rayos nunca me acompañó, está bien que eso siempre era en horario de su trabajo pero él nunca pidió un día para acompañarme siempre me acompañaban mis amigas, mis hermanas y mi papá que por ahí era el que me llevaba a la quimio y cuando yo llamaba me iba a buscar”.*

Eugenia: *“A los 15 días yo ya tenía que ir a buscar los resultados, fui y busque todo, como estaba la mamografía y demás todo era un arrebato, llegamos y llegamos 10 minutos antes del turno que tenía con el médico, tenía que pasar primero por el centro a buscar los estudios y después iba con el doctor. En el arrebato de saber que decía, si era benigno o maligno, él (pareja) me saca el informe y queda con las placas y yo con el informe, abro y veo que era maligno y obviamente para mí fue una angustia grande y lo primero que pensé fue “mis hijas”. Digo bueno no, no son buenas noticias, es maligno así que vamos hablar con el médico a ver qué es lo que dice”.*

*“Angustia, mucha angustia que la deje acá (el pecho) porque estaban mis hijas”.*

Estela: *“Yo era como que ya iba preparada para que él me dijera que era cáncer porque Natalia que era mi ginecóloga me dijo “no es bueno” entonces ya estaba preparada para eso pero a mí lo que me más me cayó mal fue cuando me dijo te tuvimos que sacar todo el pecho”.*

Carlos: *“Fue difícil el primer tiempo porque yo vivía con un nudo acá (señala la garganta). [...]Y fue...(se angustia nuevamente y llora) lloré una semana (se disculpa por tanta angustia y va al baño a lavarse la cara). Lloré una semana... Y después tenía que cambiar, viste? No podía vivir llorando, si seguía llorando se ponía mal pero yo lloraba escondido pero bueno...”*

Juan: *“Y es triste, yo muchas veces me ponía mal porque no sabía que iba a pasar, ¿viste? Lloraba mucho al principio pero trataba que ella no me vea porque ¿para qué uno la va a amargar más todavía? También cuando a veces discutíamos porque a ella le molestaba algo a veces hasta se me hacía un nudo en la garganta...se hace todo cuesta arriba.  
[...]Yo creo que lo más complicado a veces para las personas que estamos alrededor es que no sabes como ella va a reaccionar, uno va aprendiendo pero mientras tanto hay que pasarlo y para uno eso también es difícil y hasta te terminas sintiendo mal, como angustiado”.*

- **Tristeza**

Ana: *“Me rapó, me dejo bien bajito el pelo y yo salí del gabinete con una peluquita lo más parecido a mi pelo y nadie sabía porque es muy triste encontrarte con gente en la calle que hace mucho tiempo no ves y tenes que contarle que estas enferma...es feo, es feo porque es chocante...chocante porque la persona amigo, conocido, familiar que te quiere y no sabe que estás pasando por ese mal momento...encontrarte en la calle y que te vean como todos los días es una cosa, pero que te vean con un pañuelo que estás haciendo una quimioterapia es horrible, yo me acuerdo que lo evitaba yo porque la persona no sabía cómo encararte y cómo responderte, es muy doloroso”.*

Carlos: *“Fue una cirugía rápida. Impactó mucho porque también tenía a mi vieja enferma en ese ínterin y bueno...no es fácil porque de repente te cambia todo, se te borran ilusiones que uno las encaró juntos y muchas cosas que se abandonan por esto pero la seguimos peleando”.*

*“Y ha afectado mucho porque como te decía renuncié a un montón de cosas, se te caen las persianas y me enfoque en ella nomás y sí me ha afectado mucho, emocional y en todo sentido pero hasta ahora no he sido cobarde y estoy con ella”.*

- **Ira**

Estela: *“lloré mucho, azoté cosas y todo pero después dije bueno hay que asumirlo y seguir adelante, no queda otra”*.

Ana: *“Al cabo de dos o tres días sentía mucha impotencia, una bronca porque tenía hijos muy chicos; no me dolía en sí la enfermedad, no me dolía el tener que atravesar un tratamiento que yo a este ese momento no sabía nada, no sabía porcentaje de curación, no sabía porcentajes de resultados, no tenía ni idea”*.

- **Hostilidad**

Alicia: *“Lo que pasa es que a veces es uno, no es tanto el resto, es uno el que pone...no es solo que pones los límites sino que tenes una carga bastante grande, no solo por lo que vos estás atravesando sino también por tu entorno porque llega un punto que vos tenes que contener al entorno en vez que el entorno te esté conteniendo a vos. El límite que por ahí yo sí puse, que me agobió mucho fue el tema que todo el mundo lloraba, lloraban mis amigas, lloraba mi mamá, lloraban mis tías...entonces llegó un punto que yo dije basta! A ver dejen de velarme que yo todavía estoy viva...un poquito de humor negro, fue mi manera de ponerles un límite; a ver yo necesito que me ayuden ustedes a mí, no estar yo consolándolos a ustedes por algo que a mí todavía no me paso y no quiero que me pase”*.

*“Te bombardean con corticoides, con antialérgicos, con un montón de cosas y eso también te cambia un poco lo que es tu personalidad, te pones más agresiva...no es un enojo con la vida, es como que uno no lo controla tampoco entonces como que en ese momento vos no sabes, yo por lo menos, no supe separar lo que era el apoyo de lo que era la lastima o de...no sé, no es que yo me sentía agredida pero era yo la agresiva porque en vez de acercarlos yo los iba alejando”*.

Estela: *“Encima lo que él (pareja) hacia era sentarse al lado mío y lloraba y lloraba, lloraba y yo le decía ¿Carlos vas a llorar? Anda a llorar a otro lado”*.

Alicia: *“él (pareja) me vino un día de porque yo no iba a una psicóloga o a un grupo de autoayuda y eso sí me choco porque déjame buscar a mí lo que yo necesito, yo no*

*quiero ir a sentarme y escuchar lo que le está pasando al otro cuando yo lo estoy viviendo, yo sé lo que se siente, no quiero escuchárselo al otro”.*

#### **- Vergüenza**

Estela: *“es como cuando tenés que usar el barbijo, subías al colectivo de barbijo y todos te miraban como si fueras un bicho raro, como si vos los fueras a contagiar a ellos”.*  
*“Yo prefiero que no me vea, que no vea la cicatriz. Es como que él ya está acostumbrado, ahora ya está el implante, está la forma todo bien pero las cicatrices quedan y yo prefiero que no me vea pero es por mí, en realidad prefiero que no me vea nadie pero vos vas al hospital y entra el médico tuyo con 200 practicantes, te ven todos los residentes...Está bien, está perfecto, es como que ya me adapté pero en cuanto a él prefiero que no me vea”.*

Ana: *“Me afecto a mí, porque yo no me dejaba ver mi cicatriz, mientras estuve haciendo el tratamiento no tuvimos relaciones de pareja. Yo hacía el amor de corpiño, yo no me sacaba el corpiño. Un día mi ginecóloga me pregunto cómo estamos con las relaciones sexuales, con las relaciones de pareja y yo le conté y ella me dijo ah no querida esto no es así... esto tenes que resolverlo, esto tenes que trabajarlo, no es así. Yo ya no me veía como antes, no me sentía a gusto, no tenía unos senos grandes, pero tenía unos lindos senos que estaba a gusto con mis senos”.*

Eugenia: *“me sentí como horrible, me sentí como muy fea eso sí lo sentí como que no era lo mismo en la intimidad porque me había quedado como el jorobado de Notre Dame...igual!! No me sentía cómoda.[...] En el momento en que salí era horrible y ahí era donde me sentía que en la intimidad era un monstruo pero después cuando se empieza con las quimio y se empieza a tener una mejoría, empieza a limpiarse porque había como piel muerta que no desprendía con el agua y jabón de la ducha”.*

#### **- Culpa**

Alicia: *“No es una noticia muy linda para dar y más con mi propia madre que yo al ser mamá creo que el dolor es doble porque yo creo que todos estamos preparados para perder a nuestros padres pero no para perder a nuestros hijos, entonces era un momento que digamos primero que no lo iba a poder dilatar mucho por mi estado*

*anímico y segundo que me parecía que era yo la que tenía que ir y hablarlo y contárselo a ella. Sí lo que recuerdo de eso que después que se lo dije que nos abrazamos y lloramos las dos juntas”.*

Estela: *“Estos dos (los hijos) me repitieron de curso, no se quedaron con muchas materias, se quedaron con tres pero no las pudieron sacar. Sobre todo al más chico le cayó re mal, ellos siempre fueron más pegados a mí”.*

#### - **Ansiedad**

Estela: *“Ya te digo cada vez que sale algo raro, sí es como que me agarra un ataque de ansiedad, de nervios que tengo que salir y desquitarme con algo, me voy a caminar o me pongo a hacer tortas o panqueques, cocinar que es algo que me gusta. Tengo que descargar la energía negativa y cargarme de energía positiva”.*

*“Por ahí me atacaba, me ponía loca, me atacaban los nervios y es como que te quieres caminar el techo, entonces agarraba me calzaba las zapatillas y caminaba, caminaba, caminaba, caminaba hasta que me cansaba”.*

#### - **Humor**

Eugenia: *“A veces estoy en la sala de espera ahí con todos los oncológicos y yo soy la única que se está riendo, la única que hace charlas, que habla macanas...soy la única, después están todos con unas caras largas y yo los entiendo pero bueno... También me lleve una amiga para que me haga el aguante, vos no sabes...una jarana, una joda, nos miraban todos y la pase re bien, fui con otra onda y me hizo super amena la estadía ese día. Yo no voy angustiada, es más me tomo el día que voy hacer quimioterapia como un día de spa, se me ríen todos cuando les digo, “un día de spa tarada, estas con suero” pero es un día para mí más allá que estoy con mi enfermedad es un día para mí, frena el mundo”.*

Alicia: *“yo lo tenía largo, muy largo y lo primero que hice fue cortármelo bien cortito y cuando empecé con las quimio...después de la primer quimio ya se te empieza a caer el pelo y me estaba duchando, me estaba lavando la cabeza y veo que se caía entonces agarré y le dije a mi hermana PELAME, rapame, pásame la maquinita.*

*Estaban todos, estaban mis hijas y la más chiquita me miraba y se le caían las lágrimas, yo le decía pero no, si me va a quedar la cabeza como Yoly Bell (se ríe)”.*

Eugenia: *“Me fui al peluquero y le dije “pelame ya!”, me paso la máquina y parecía el de los tres chiflados, para qué?!! Yo sola me reía de mi misma y “jua jua pero si estas divina” y yo les decía callense manga de mentirosos si soy el de los tres chiflados...yo lo tomo con mucho humor”.*

*“El sábado fui a lo de mi hermana y caí con unos pañuelos, me quemaba el coco y dije esto no es para mí, déjenme con el coco al aire libre y acéptenme así como estoy al que le gusta bien y al que no que no me mire, lo que sí me puse aros porque no soy de usar pero como para que vean que soy mujer (se ríe)”*

Estela: *“Por ahí iba mi suegra, mis cuñados y me abrazaban y se ponían a llorar, y les decía no sé para que lloran, yo sigo viva todavía (se ríe) lloren cuando esté muerta. A parte, después que paso el susto empecé a tomarlo con humor, me tocaba a mí levantarle el ánimo a todos y me paso eso que a mi vieja le cayó re mal y me tocó a mí levantarle el ánimo a todos”.*

#### **- Gritud**

Estela: *“El que a mí me ayudó mucho, te digo la verdad, el que me ayudo a salir adelante fue un enfermero de los que hacían la quimioterapia. Él es divino, él estábamos en la quimio y nos hacía cantar, nos llevaba caramelos, nos llevaba cafecitos, nos hacia algún té...porque vos llegabas a la quimio 7 de la mañana y salías a las 1 o 2 de la tarde entonces con él era como que te levantaba el ánimo, llegaba y nos decía a ver cómo estamos para la quimio, vamos a ponerle el pecho”.*

Eugenia: *“Yo estoy re satisfecha con la atención, ahí en la parte donde hacemos las quimios la atención y contención de los enfermeros es fantástica, ella es divina (médica oncóloga), muy respetuosos todos”.*

Ana: *“Valoré y valoro mucho más a las personas que están cerca de mí, trato de ayudar en lo posible cuando conozco gente que por mi actividad que es comercio viene mucha gente al negocio que por ahí está atravesando por la enfermedad y empezamos a hablar y por ahí compartir experiencias”.*

*“En cuanto a mi forma de vivir me dio más ganas de vivir, me dieron más ganas de hacer cosas y menos de dejar para mañana lo que tengo que hacer hoy, me sobreactive me parece”.*

Alicia: *“Gratitud en primer lugar por una posibilidad más o una oportunidad más, gratitud por el hecho de estar viva. Son tantas cosas para ponerlas en palabras!! El disfrutar el día a día como te decía[...] Celebrar la vida más allá de las circunstancias a celebrar la vida y enfocarse en lo que es importante, por ahí yo trato de explicarle a mis hijas lo importante, lo importante es que estamos vivos, lo importante es que estamos juntos, lo importante es que la peleamos que no bajamos los brazos, que tienen salud, que gracias a Dios no les falta nada o no les falta lo que a otros les falta, aprender a dejar de mirar para arriba y empezar a mirar para abajo que siempre hay gente que está peor que vos, a valorar lo que tenes, a valorar lo que sos, a tratar de ser una buena persona...buena persona en el sentido de no hacer mal a nadie o no hacer lo que no te gusta que te hagan a vos y disfrutar y seguir siendo vos y ser auténtica y VIVIR!!”.*

#### **- Optimismo**

Estela: *“Y yo creo un poco que está el tema de que hay que ser positiva, no dejarse caer...yo al principio sí me vine abajo pero después bueno no me quedaba otra. Tenes que mirar para adelante porque si no salís vos nadie te va a sacar, no va haber psicólogo ni psiquiatra ni nadie que te saque, es así...yo sé que el psicólogo ayuda, el psiquiatra también pero si uno no pone de su voluntad es imposible”.*

Eugenia: *“Todos tenían miedo a que este descompuesta o a que me lo tome de otro modo y no, gracias a Dios estoy super super bien, no sé si lo supe llevar o que... no sé pero tampoco le di rienda...dije “¿qué es esto? ¿Qué hay que hacer? ¿Operamos? Bueno, operamos”...No poner trabas, esto es lo que me toca y bueno, punto. No dejo venirme abajo, por nada y por nadie. No me dejo venir abajo porque yo sé que donde me vengo abajo chau, se me viene todo abajo.*

*[...] De lucha porque no me vine abajo en ningún momento es que al estar tan ocupada yo y no permitirme el momento de decir “che loca te está pasando esto” no no...es más, se hacen más problema los otros que yo, yo digo bueno ya voy a salir de esta y ya está. No te digo que no me generó angustia al principio pero después es de*

*lucha y no darle cabida, no estar pensando si esto me va a vencer, si esto me va a ganar, no! es al revés”.*

Ana: *“y después optimismo cuando fui sobrellevando el tratamiento porque a uno le dicen cáncer y quimio y uno lo primero que piensa es q vas a estar enferma, deprimida, postrada, eso es no saber...eso es no tener idea, de no haber pasado la enfermedad con nadie cercano como para ver cómo es realmente; si bien es una enfermedad, tomada a tiempo y con un tratamiento médico que hay que hacerlo tal como se pide, tal como se debe fuera de las descomposturas las quimios o la mala medicación por ahí porque a mí me pasaba que la mutual mandaba un medicamento genérico para los vómitos, para contrarrestar eso me prevenía de no descomponerme tanto, las dos veces que la mutual me mando el genérico me descomponía o sea que con buena medicación...hay muchas cosas que pueden ayudar a tener una mejor calidad de vida durante todo el tratamiento, de poder sobrellevarlo mejor”.*

Carlos: *“Lo importante es que sigue, se siente bien, se siente apoyada, mimada pero es por lo que uno le da y el entorno.*

*[...] La tranquilidad es que uno hace todo lo que puede, lo que está a nuestro alcance.[...] Hay algo positivo en esto adverso y es que estamos más unidos que antes.*

*[...]Lo positivo es que va saliendo adelante y se está sintiendo mejor, eso genera alegría”.*

Juan: *“Hay que tener fe que va a salir adelante y ser optimista, eso trato de transmitirle a ella*

*[...] Está bueno cuando uno ve que avanza en el tratamiento, que empieza a mejorar...cuando le empieza a crecer el pelo...todas esas cosas generan entusiasmo y optimismo.*

*Cuando empezas a ver que ella va saliendo adelante, que los tratamientos hacen efecto es como que vuelves a la vida...te da mucha esperanza eso ¿viste? Yo siempre le digo a ella que todo va a estar bien, que tiene que tener fe, que esto va a pasar también porque hemos pasado otras situaciones difíciles[...] esto también lo vamos a superar.”*

### **4.3 Pensamientos y preocupaciones más recurrentes**

En esta categoría se incluyen las preocupaciones referidas a los hijos y los estilos de afrontamientos utilizados frente a la situación que atraviesan, los cuales dan cuenta de los pensamientos recurrentes que experimentan. Estos se pueden ver reflejados en los siguientes relatos:

#### **- Preocupaciones referidas a los hijos**

Ana: *“Lo primero que pensé fue en mis hijos, en que eran muy chiquitos...en qué iba hacer mi marido con esas tres criaturas chiquitas, yo ya me hacía la idea de que iba a estar viviendo con mi mamá porque no iba a poder resolver la situación, que por el trabajo de él no los iba a poder tener con él, nunca lo vi como un papá haciéndose cargo de las criaturas siempre delegándole a mi mamá todas las funciones que es mi mano derecha y es mi apoyo incondicional, mi mamá y mis hermanas”.*

Estela: *“más que nada mis hijos y la verdad la preocupación que tengo es más que nada con ellos, que terminen la escuela, que puedan...los más grandes ya estudiaron, se recibieron y están cada uno en lo suyo pero me quedan ellos dos, que terminen la escuela y poder encaminarlos que encuentren lo que quieren hacer; más que nada me preocupa Ariel con la condición que él tiene (Síndrome de Asperger), ¿viste? Le cuesta mucho todo, le cuesta adaptarse, le cuestan muchos los cambios. [...] Lo que más me preocupa son ellos dos, más que nada...que puedan salir adelante, que puedan terminar la escuela y que puedan encontrar el camino de lo que quieren seguir, lo que quieren estudiar, lo que quieren ser en la vida”.*

Alicia: *“En ese momento sí mi cabeza iba más allá de lo que tendría que ir, que de hecho lo hablé con el mastólogo por la herencia genética y creo que él también me ayudo a poner los pies sobre la tierra y me dijo “te estás preocupando hoy por algo que no sabes si va a pasar, vamos paso a paso”. Uno se quiere anticipar a los hechos. Yo hasta a llegue a pensar en una prueba para buscar el gen, viste que se hace una prueba para ver si vos podes llegar a desarrollar en un futuro...y el mastólogo me dijo “vos estás loca” y sí, capaz que en ese momento estaba un poquito loca...entonces directamente opté por y bueno...vamos día a día, llegado el momento se resolverá”.*

*“Prepararlas a ellas en caso que vos llegues a faltar...que no es fácil... Yo creo que es la mayor preocupación que una puede tener como mamá, tampoco hice un drama...no lo tomé como algo dramático, tuve mis momentos...sí...pero por otro lado es como que también trataba de darles tranquilidad a ellas. Por ejemplo la charla más fuerte que yo tuve fue con mi hija mayor y creo que eso fue algo de lo que más me marco en esa situación que ella me preguntó si yo me iba a morir...yo siempre fui con ellas muy del día a día, de que la vida da muchas vueltas, uno nunca está preparado para lo que te puede pasar entonces uno tiene que ser fuerte ante lo que te toque en la vida. Lo que yo le respondí en ese momento es que uno no sabe ni cuándo ni cómo ni dónde, que ni yo lo sabía ni los médicos lo sabían pero que a mí nadie me había hablado de que me iba a morir sino que estábamos haciendo todos los tratamientos y todas las cosas para que yo me sanara”.*

Eugenia: *“Preocupación...mis hijas porque esto es hereditario y tienen de los dos lados, puede ser que en ellas no se manifieste y se manifieste en la generación que sigue entonces bueno, mi preocupación es que después tenga que ocuparme de ellas”.*

#### **- Preocupación ansiosa**

Ana: *Cuando fui al oncólogo la primera vez, mi preocupación fue esa, él me dijo que había dos tipos de diagnósticos que para eso había que hacer una serie de análisis previos de acuerdo a lo que salía en esos análisis se iba a proceder a qué tipo de tratamiento se hacía. Entonces me explicó que un tratamiento era que se hacían análisis, estudios del hígado, de los pulmones, los hueso y no me acuerdo que más, que eso era determinante para hacer un tratamiento que yo me acuerdo que le pregunté si la enfermedad estuviera en alguno de esos órganos donde se manda esos análisis, ¿qué pasa? Y él me dijo que ya no sería cuestión de hablar de tratamiento sino de tiempo. [...]Me acuerdo que otras de mis preocupaciones... viste que nosotras somos mujeres, otras de las preguntas de la charla fue si se me iba a caer el pelo y él me dice sí, se te va a caer todo el pelo. [...] Mis preocupaciones eran esas, que no sabía que tan difícil era la enfermedad, que si se curaba o no, que en cuanto tiempo se curaba[...]Mi preocupación es esa...curarme!”.*

Estela: *“A mí no se me cayó el pelo[...] esa era otra de las cosas que me preocupaba de la quimio, porque me decían te va a arder, te va a quemar la droga cuando entre y todas esas cosas y yo decía mientras no se me caiga el pelo déjalo nomas.[...] Era lo que más me preocupaba, no me importaba salir con los brazos llenos de pinchazos porque las venas se rompían y te pinchaban, no me importaba...mientras no se me caiga el pelo”.*

- **Desamparo y desesperanza**

Estela: *“Nosotros veníamos de una tía que había fallecido de cáncer de mama. A ella la diagnosticaron más o menos en la misma fecha que a mí pero lo de ella fue irreversible, la diagnosticaron en abril y falleció en enero. Yo a ella la veía y la vi, las primeras veces cuando la operaron y la veía bien. Con la quimio se le cayó el pelo, después ella se mejoró, andaba con peluca, estaba bastante bien hasta noviembre andaba bien y ya para las fiestas se puso re mal y ya para los primero días de enero...el 11 de enero falleció y yo dije bueno me va a pasar lo mismo que a la tía y voy a tener que estar ahí acostada en una cama y que están todos alrededor mirándome, esperando a ver si voy a seguir viva o me voy a morir o que me va a pasar. Porque yo lo primero que pensé es que me va a pasar “eso”, me voy a morir, porque te digo la verdad las personas con cáncer que yo conocía habían muerto o sea un tiempo y habían muerto”.*

- **Espíritu de lucha**

Alicia: *“hay un solo pensamiento que es el que te viene a la cabeza en ese momento y yo creo que, capaz que ahora no tanto, pero en ese momento a vos te dicen cáncer y vos lo relacionas con la muerte...es así. Nadie te explica que hay alternativas, nadie te explica. Mientras allá vida hay esperanza, es así, a menos que ya te den un diagnóstico terminal la esperanza está; incluso yo creo en los milagros o sea que yo creo que la fe mueve montañas también, no me malinterpretes pero yo creo que son situaciones donde uno más se aferra a lo que mejor le hace”.*

Eugenia: *“De lucha porque no me vine abajo en ningún momento es que al estar tan ocupada yo y no permitirme el momento de decir “che loca te está pasando esto” no no...es más, se hacen más problema los otros que yo, yo digo bueno ya voy a salir de esta y ya está. No te digo que no me generó angustia al principio pero después es de lucha y*

*no darle cabida, no estar pensando si esto me va a vencer, si esto me va a ganar, no! es al revés”.*

**- Evitación o negación**

Laura: *“Lo primero que pensé es preguntarle si me iba a morir, por eso se lo pregunté, pero el al contestarme que no, que me hiciera tratar antes de un año... y yo solamente quería disfrutar del verano así que para febrero, mediados de febrero empecé... [...] A mí no me afectó en absoluto, en nada... [...] no lo tomo como la palabra CANCER no me modificó la vida”.*

**- Fatalismo o aceptación estoica**

Carlos: *“Y lo primero fue que no quería que se me muera.[...] Lo primero que quiero y lo único en que pienso es en que esté bien después lo demás viene solo, principalmente me preocupa la salud de ella y bueno voy hacer hasta donde pueda hacer porque viste que vos en esa situación no tenes la respuesta entonces es acompañarla, estar con ella...esa es la preocupación. Casi que no me preocupa tanto lo demás como ella. La salud es lo primero, lo demás...viste que hay un dicho que dice “Dios proveerá”.*

Juan: *“me dio miedo, miedo a que le pueda pasar algo, de lo que venía de ahora en más [...] En ese momento se te cruzan un montón de cosas por la cabeza, como ella lo va a sobrellevar, tenemos hijas chicas también que necesitan de la madre...se te juntan un montón de cosas.*

*[...]Y a mí lo que más me preocupa hoy en día es que ella esté bien, solamente eso quiero...pienso en que ella pueda ganarle a la enfermedad, que se cure...esos son mis pensamientos...Creo que todo lo demás es secundario, cuando pasas por algo que afecta la salud, lo único que piensas y que quieres es que esa persona esté bien”.*

#### **4.4 Principales conductas y actitudes frente al diagnóstico**

En la presente categoría se incluye la manera en que perciben el diagnóstico y el tipo de ajuste que adoptan, los cuales se ven reflejados en sus conductas y actitudes; lo que se conoce como estrategias de afrontamiento.

A continuación se exponen los relatos que dan cuenta de lo mencionado:

- **Cautela, búsqueda de información y papel activo en la recuperación con intentos por seguir con su vida habitual**

Estela: *“Cuando lo supe a mi marido, al primero y después que tuve los estudios se lo empecé a decir a mis hermanas, a mi suegra, a mis papás, a todos. Tuve el diagnóstico, o sea cuando la ginecóloga me lo dijo le dije a mi marido” no vamos a decir nada hasta que tenga los estudios”, cuando lo tuve y se confirmó que tenía que ir a una cirugía y todo eso ahí sí empecé a hablarlo despacito”.*

Ana: *“Cuando me enteré lo que hice fue acudir a internet”.*

*“Era hacer lo que me decía el médico y listo y después meterme de lleno en mis cosas cotidianas, con mi vida, mis hijos y mi trabajo y meterle para adelante. Nunca estuve deprimida porque no me daba el tiempo porque era todo el día estar haciendo cosas, levantarme y seguir adelante. Me levantaba al principio, me ponía mi peluquita hasta que la toleré y el calor me dijo basta, me maquillaba y a salir a la calle y nada más... no esperaba otra cosa, lo tomé natural. Yo no soy una persona linda, no me considero linda y pensaba que el no tener pelo, el que viste esas cosas que las mujeres nos ponemos, que un pañuelo en la cabeza que que feo que queda y todas esas cosas quedaron en un segundo plano totalmente, totalmente!!. Yo me maquillaba, me delineaba los ojos, cambiaba mi mirada y salía adelante, como te decía...nunca sentí que me haya deprimido ni bajoneado siempre apostando a la vida, por así decirte”.*

Eugenia: *“Todos tenían miedo a que este descompuesta o a que me lo tome de otro modo y no, gracias a Dios estoy super super bien, no sé si lo supe llevar o que... no sé pero tampoco le di rienda...dije ¿qué es esto? ¿Qué hay que hacer? ¿Operamos? Bueno, operamos...No poner trabas, esto es lo que me toca y bueno, punto. No dejo venirme abajo, por nada y por nadie. No me dejo venir abajo porque yo sé que donde me vengo abajo chau, se me viene todo abajo.*

*Voy a cumplir con lo que tenga que cumplir, cuando me dijeron vamos a quitar el pecho yo dije y bueno, quítenlo...para mí ya cumplió la función más importante y más hermosa de mi vida que fue crear ese vínculo madre-hija que amamanté, eso ya lo tengo, ya lo viví y me encanto...ya está, es como que cumplió su objetivo y ya está, soy como muy práctica”.*

*“Yo agenda completa, trabajo desde las 8 a las 12 y retomo a las 14/14.30 a veces 15 y estoy hasta las 20 y termino...y sigue el teléfono, si bien yo trabajo sola, no tengo un equipo pero estoy constantemente comunicándome, entonces eso me lleva un tiempito más. Me mantengo siempre ocupada, a parte no soy una persona que esta “ayy pobre de mí, lo que me pasa”...no!!”.*

Alicia: *“Yo mientras estaba con la quimio hacia los mandados, hacia todo en mi casa no es que yo estaba tirada en la cama, no! Yo trataba de sobreponerme porque había días que sí estaba con las náuseas y demás pero traté que me afecte lo menos posible porque si no todo se desmorona. Entonces vos tenes que hacer que todo siga funcionando, para uno se para el mundo porque es como que ese tiempo de quimio vos estás en un stand by pero el resto no, hay que seguir trabajando, las nenas tienen que seguir yendo a la escuela, hay cosas que te movilizan al tener que seguir...no sos vos sola, hay personas que dependen de vos en ese momento.*

*Yo salgo a hacer los mandados, cocino, me junto con mis amigas...me protegí poniéndome una coraza, no los dejaba avanzar más de lo que yo quería o de decir que estaba todo bien, salvo los días que hacía la quimio que estaba con las náuseas y demás”.*

**- Búsqueda de seguridad, rumiación y excesiva atención dirigida a los síntomas físicos**

Estela: *“Ahora vine de un susto de vuelta de que me salió un nódulo en el otro pecho y estaba con la mamografía y la radiografía y mi médico estaba de vacaciones...[...]estaba con ese susto, todos te dicen “no va a pasar, vas a ver que todo va a estar bien” pero el susto lo tenes, ya tenes antecedentes y el susto lo tenes siempre”.*

*“Entonces agarraba me calzaba las zapatillas y caminaba, caminaba, caminaba, caminaba hasta que me cansaba y si me daba me volvía caminando. [...] Yo creo que*

*eso me sacó adelante y el no quedarme en mi casa sentada esperando que pasaran las cosas”.*

Ana: *“Fui hablar con este muchacho, cuando me vio me dice “¿qué haces acá flaquita?” y cuando le comenté no lo podía creer. Entonces él me dijo yo te voy a conseguir una peluca parecida a tu pelo y vos el primer día que se te caiga un pelo te venís para acá. Entonces me acuerdo que me rapó, me dejó bien bajito el pelo y yo salí del gabinete con una peluquita lo más parecido a mi pelo y nadie sabía”.*

- **Reevaluación positiva**

Alicia: *“Un día llega mi suegro contándonos de un lugar para ir a hacer equitación y toda la cuestión entonces yo dije, en mi cabeza, es una oportunidad re linda para arrancarlas de lo que se vive en casa, del drama y disfrutar desde otro punto de vista. Es como que vos por dentro quieres mostrarles que la vida sigue, que la vida es linda, que la vida hay que vivirla y disfrutarla no importa el momento que vos estás transitando, que tenes un montón de cosas para disfrutar. Yo me enganché a subirme al caballo porque toda la vida me gustaron y esa fue mi terapia, la hora que yo estaba ahí arriba yo me olvidaba de todo, de todo... yo estaba al aire libre, estaba al sol, estaba rodeada de animales o sea que esa fue mi terapia psicológica”.*

- **Minimización**

Laura: *“Yo fui a hacerme los chequeos como siempre, a parte me salía como un calostro de la mama, me hicieron unos análisis para ver la prolactina, la prolactina estaba bien y no me quise hacer la mamografía en julio y la extendí para diciembre”.*

*“Cuando me dijeron, me lo dijeron así...tenes cáncer de mama, sin más. No me afectó en absoluto porque le pregunté “¿me voy a morir?” y me dice “no, no te vas morir”...ah bueno le dije “¿puedo esperar hasta marzo, fines de febrero? que pase el verano de ir de tratármelo, ver que hacer...[...]así que bueno lo tomé con total naturalidad”.*

*“La doctora me hizo por las distintas cuadrantectomías cirugía para ver de qué tamaño era y si todo el cáncer era el mismo o era distinto y era el mismo, y bueno me dijo que tenía que hacer 6 meses de quimioterapia y 6 meses de rayos de los cuales me negué”.*

- **Escape-evitación**

Carlos: *“En un momento hasta me puse a tomar vino porque no me podía sacar la espina pero no es la solución esa, ya te digo hay cosas que no son iguales que antes, ella misma sabe que no es igual pero tenes que asimilarlo”.*

- **Aceptación**

Carlos: *“Yo no fui al psicólogo,[...] pero tuve que aprender a convivir con la enfermedad. Vos por ahí no tenes la respuesta a todo pero hay que aprender, entonces tuve que aprender a cómo manejarla, como hablarla, como tratarla; o sea te cambia la vida, en todo sentido te cambia porque no es lo mismo.[...] Yo abandono cualquier cosa, dejo cualquier cosa así sea un trabajo, renuncio a todo pero primero está ella, después está lo demás porque si algún día se me va no voy a poder estar de lo arrepentido”.*

- **Apoyo y contención**

Juan: *“Yo estaba al tanto de todo...o sea yo iba con ella a todos los controles que se hacía, ella empezó a notar algo raro y bueno decidió ir al médico [...]de ahí empezaron un montón de estudios y ahí estaba yo. Desde el primer momento estuve con ella...es más hasta le sugerí que hagamos una consulta en Santa Fe que no se quede solamente con lo que le decían acá, no era que no creía lo que decían sino que nunca está de más tener otra opinión. Ella siempre se hizo tratar en acá (Paraná), fuimos a Santa Fe, hicimos la consulta ahí ellos le dijeron lo mismo y que estaban bien los tratamientos que le hacían.*

*[...] Estoy siempre pendiente y si ella necesita...porque a veces, por ejemplo con las quimios se sentía mal entonces por ahí tenía que retrasar alguna entrega o postergar un viaje...o sea yo siempre trato de ayudarla, ella dice que no la traten como si ella no puede hacer nada pero bueno yo trato de cuidarla...”.*

Carlos: *“La acompañaba hasta el hospital a hacerse atender, si bien yo no podía participar ni acompañarla adentro pero siempre estaba en la puerta. [...]Cuando ella no está bien yo ni siquiera salgo, me quedo acá; voy acomodando para poder estar cerca. Cuando tiene algún estudio o algo así, por ejemplo en diciembre que estuvo internada un par de días, yo la acompañé todas las veces.*

*[...] Cuando tuvo la primer cirugía que fue bastante densa, le dieron el alta y yo la cuide todo el tiempo, la curé, la bañé”.*

*Discusión, conclusiones,  
limitaciones y sugerencias*

## Capítulo V - Discusión, conclusiones, recomendaciones y limitaciones

### 5.1 Discusión

En la presente sección “Discusión” se procede a interpretar, desde los referentes teóricos, los datos arrojados en el capítulo anterior “Resultados”, con el fin de comprender los hallazgos obtenidos y otorgar respuesta a los objetivos planteados en el presente trabajo.

En la búsqueda de la muestra se encontraron importantes resultados, los cuales fueron sorprendidos ya que no cumplían con las expectativas iniciales. El primer resultado da cuenta de numerosos casos en los cuales las mujeres y sus parejas no aceptaron participar por temor a remover emociones, esto ya representa un claro indicio de que el diagnóstico genera un impacto negativo desde el punto de vista emocional. Esta negación se interpreta como una resistencia, un temor a enfrentarse con la realidad que se presenta, no querer generar una introspección o simplemente no dar lugar a que sus propias emociones afloren.

El cáncer representa un suceso vital y de gran significación que genera un fuerte impacto emocional y amplia repercusión social en quienes lo padecen. Una vez que la paciente es puesta en conocimiento del diagnóstico se manifiestan un conjunto de reacciones emocionales, las cuales están estrechamente vinculadas con los rasgos de personalidad, los recursos de afrontamiento que posee la persona, el estadio del cáncer y todo un conjunto de factores externos como son el apoyo social que recibe, las condiciones materiales económicas y de vida, etc.

A través del análisis de la categoría “Impacto en la pareja” se considera, teniendo en cuenta los resultados, que el diagnóstico del cáncer genera en la pareja importantes afectaciones siendo algunas de ellas el proyecto de vida compartido, la comunicación, cambio de roles, modificaciones en lo que respecta al área laboral, la intimidad y, lo más destacado por ellas, la sexualidad.

En esta investigación se han encontrado dos situaciones particulares; por un lado, parejas que pese a las dificultades, aprendizajes y modificaciones aparejadas al diagnóstico siguen unidas y, por otro lado, parejas que al momento del diagnóstico se constituían como tales pero luego de este suceso atraviesan una crisis, distanciamiento e incluso separaciones. Algunas de ellas ya presentaban problemas de pareja previos a la enfermedad, en otras las problemáticas se fueron dando o haciendo visibles posterior al diagnóstico. Estas últimas situaciones de parejas representan para la investigación un descubrimiento, ya que el trabajo de campo fue mostrando esta problemática como recurrente en la temática abordada, la cual no se podía dejar de mencionar y abordar ya que eran reiterados estos casos. Por otra parte ha

sido de gran valor e importancia dentro de los resultados obtenidos, ya que brinda información del impacto que genera emocionalmente en ambos miembros de la pareja y también da cuenta de la falta de colaboración que algunas parejas le brindan a quienes transitan por la enfermedad. Esto último se hace visible en los relatos de algunas mujeres entrevistadas, donde se visualiza la falta de cooperación desde la crianza de los hijos, distribución de las tareas del hogar, acompañamiento en los tratamientos, espacios de escucha y contención hasta incluso, la colaboración económica. Lo mencionado lleva a que algunas mujeres, según lo observado, tengan que enfrentar la enfermedad sin el acompañamiento de sus parejas, dejándolas al frente de responsabilidades que en una relación de pareja deberían ser compartidas. Por lo cual, se considera que en ocasiones las pacientes se ven sobrecargadas, encontrándose solas en lo que respecta a su familia nuclear con las consecuentes implicancias en lo que respecta al área emocional.

Heber (citado en Moreno-López et al., 2014) entiende esta reacción de la pareja como una “indiferencia emocional”, donde el hombre es incapaz de hacerle frente a cómo reacciona emocionalmente su pareja.

La contención frente al cáncer para las tres mujeres entrevistadas que atraviesan por una crisis o separación, fue brindada por sus familias y amistades, pero no así por sus parejas; lo cual es interpretado como una carga emocional negativa que forma parte del diagnóstico.

En una situación vital como es el atravesar el cáncer, se considera fundamental la contención y apoyo que la paciente recibe de sus familiares y, más aún, de su pareja quien suele convertirse en la mayoría de los casos en el cuidador primario. Gevaert (citado en Griffa y Moreno, 2008) concibe al hombre como un ser con los demás y para los demás, su existencia siempre está orientada, ligada a la comunión con los demás. El amor que se recibe es uno de los principales determinantes para el desarrollo y equilibrio. Por lo tanto, se considera clave el amor y acompañamiento ya que se entiende que desde éste la persona podría encontrar un equilibrio, y no sólo quien padece la enfermedad, sino también su compañero quien suele estar afectado casi de igual manera por el cáncer.

Los datos recabados arrojan como resultado el aislamiento emocional experimentado en ocasiones por los hombres, lo cual se relaciona con una variedad de sentimientos que el mismo puede experimentar. Uno de los cuales es, según Austrich y González (citados en Moreno-López et al., 2014), el “aislamiento y soledad”, en la cual le resulta muy difícil al hombre conversar con la paciente respecto a sus actividades, sentimientos y pensamientos. Esto, de acuerdo a los resultados analizados, podría llevar a que las mujeres experimenten emociones negativas como es la angustia. Por otra parte, se observó que en ocasiones la

pareja experimentan malestar por sentirse angustiados y no querer transmitirles estas emociones a ellas, como así también suelen sentirse culpables por no saber cómo ayudar y tratar a su compañera. Esto mencionado se condice con los resultados observados por Aguilar González (2014) en su investigación, en la cual señala que las parejas no solamente experimentan el aislamiento emocional, sino que también suelen sentirse culpables y preocupados por sus propias emociones e inquietudes, pensando que no deberían sentirse como se sienten porque es su pareja la que tiene cáncer. Es recurrente también que se sientan impotentes, consideran que es importante que ellos “sean fuertes” para sus parejas y podrían sentirse frustrados por no poder “arreglar la situación”.

Así mismo, resulta pertinente destacar que, en algunas parejas entrevistadas, pese a estas experiencias de frustración e impotencia, también se observan manifestaciones de afecto como son las caricias, abrazos, besos, muestras de apoyo, etc.; las cuales son interpretadas como positivas para la recuperación de la mujer. Peinado Portero (2015) asegura que las mismas tienen un efecto positivo a medio y largo plazo, ya que favorecen la calidad de la relación de pareja.

Los resultados dan cuenta que el padecimiento de esta enfermedad suele tener repercusiones en la sexualidad, según lo observado, como consecuencia de la vergüenza que las mujeres sienten en la intimidad. La cirugía genera una disminución de la autoestima; las entrevistadas expresan no sentirse iguales que antes, inseguras y frecuentemente avergonzadas; repercutiendo de forma negativa en su vida sexual y, por consiguiente, en la sexualidad de la pareja. Amayra, Exteberría y Valdoseda (citados en Martínez-Basurto et al., 2014) refieren que la mastectomía produce sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal. En tanto que, Henzo (citado en Martínez-Basurto et al., 2014) indica que las mujeres mastectomizadas suelen experimentar dificultades sexuales como la disminución de frecuencia de la actividad coital y anorgasmia. Estas alteraciones en la sexualidad, coinciden con lo destacado por Martínez-Basurto et al. (2014) en su investigación; quienes señalan que se convierte en una situación difícil de sobrellevar debido a los cambios en la imagen corporal, lo cual entorpece el disfrute de las relaciones sexuales y la relación de pareja en general.

Estas dificultades en la sexualidad repercute en los tipos de armonía que, desde la Psicoterapia de pareja cognitivo-conductual se considera que la pareja debe tener: armonía existencial, sexual y emocional. Desde esta perspectiva, para poder lograr una acorde armonía sexual y poder disfrutar de la sexualidad, la persona debe encontrarse en condiciones

de suspender todo pensamiento, ya sea negativo o destructivo, y abandonarse a la experiencia erótica (Master y Jonson citados en Granero, s.f.).

La alteración de la sexualidad que se refleja en los resultados, se corresponde con lo señalado por Moreno-López et al. (2014) en su investigación, quien afirma que la vida sexual de la pareja se altera como consecuencia del cáncer. Esta alteración se produce ya sea porque la mujer no tiene deseo de intimidad por su cambio físico, porque tiene afectada su autoestima y/o la seguridad en sí misma. Es frecuente que la mujer prefiera no ser vista por su pareja para no generar desagrado y, a su vez, puede estar evitando sentir un posible rechazo.

Otra de las alteraciones observadas como consecuencia de las emociones experimentadas son las dificultades en la comunicación derivadas de la ira, el miedo y la angustia; las cuales interfieren en la calidad de la relación. La comunicación suele ser el principal motivo por los cuales las parejas tienen problemas (Feliú y Güell, Geiss y O'Learly citados en Peinado Portero, 2015). Hay una correlación significativa entre las habilidades de comunicación de los miembros de la pareja con su satisfacción y la duración de la relación. La comunicación está estrechamente relacionada con la empatía que es fundamental para favorecer el crecimiento de la relación (Peinado Portero, 2015).

En ocasiones los interrogantes que abre la situación de la enfermedad plantean miedos que difícilmente se expresan en voz alta. Tanto la paciente como su pareja pueden empezar a suponer o adivinar los sentimientos del otro, e incluso a interpretar gestos y actitudes. Granero (s.f.) refiere que desde el enfoque cognitivo conductual se destaca como característica de la pareja funcional la buena comunicación, la cual presenta dificultades en algunas relaciones que transitan por el cáncer. La buena comunicación supone la capacidad de escuchar, capacidad y tolerancia para preguntar, capacidad para metacomunicarse y también la capacidad para corregir mensajes, ya que reiteradas veces las personas suelen no expresarse bien.

El impacto emocional generado por el diagnóstico de cáncer de mama, teniendo en cuenta los resultados de las entrevistas, llevó a modificaciones en los roles, las actividades compartidas y vida cotidiana de los miembros de la pareja. Moreno-López et al. (2014) señala que la pareja de la paciente diagnosticada suele presentar modificaciones en las rutinas que tiene en su vida diaria y es probable que tenga la necesidad de tomar roles que antes tenía la mujer. En tanto que Griffa y Moreno (2008) señalan que el diagnóstico de una enfermedad moviliza fantasías, afectos y roles en los integrantes del núcleo familiar y en la pareja, que suele ser la principal fuente de apoyo; así la enfermedad conmociona, desestructura y obliga a la modificación súbita de roles.

El compartir actividades en la pareja es fundamental para la misma, sin embargo los resultados de las entrevistas muestran que muchas de estas parejas no lo hacen o son escasas y generalmente con los hijos. González (citado en Vélez Mejía, 2017) sostiene que el tiempo que la pareja comparte es fundamental para promover la satisfacción. El compartir planes favorece la capacidad de ser amigos y amantes, reír juntos, compartir momentos, las expresiones de cariño y el sentido del humor rompen con la monotonía. La rutina se caracteriza por sentimientos de tedio, aburrimiento y monotonía, generándose así sensaciones negativas como el agotamiento, ausencia del humor y la sensación de no soportar estar dentro de esa relación.

Costa y Serrat (citados en Vélez Mejía, 2017) coinciden y añaden que el disfrute mutuo y la risa pueden contribuir a combatir las interacciones negativas como el aburrimiento, la distancia emocional y la percepción negativa del otro.

Todas las parejas se han visto afectadas de una u otra manera. El diagnóstico de cáncer de mama, como se ha mencionado con anterioridad, acarrea dificultades en la comunicación, malos entendidos, emociones negativas, modificaciones en la vida cotidiana, cambio de roles, alteraciones en el área laboral, etc. Lo mencionado coincide con los datos aportados por la investigación de Baladín Sanchez (2014) en los cuales hace referencia a un posible deterioro de la relación de pareja conyugal como consecuencia del déficit en la expresión emocional de ambos miembros, factores personales en relación al estado de ánimo, la autoestima, la anhedonia, entre otros. Sin embargo, en la presente investigación se ha podido observar que aquellas parejas maduras y comprometidas, con altos niveles de confianza, buena comunicación y en donde se ama al otro en su totalidad, pueden salir fortalecidas y unidas de esta situación vital que se le presenta a la mujer y que amenaza los proyectos vitales compartidos en la pareja. Esto puede ser interpretado como amor maduro, es decir, que la pareja ha abandonado la etapa del enamoramiento en donde se produce una especie de idealización y deslumbramiento, pudiendo así ver al otro en su interioridad, como totalidad y unidad. Se observa un “nosotros” el cual es fundamental en la pareja, ya que da cuenta de personas que se encuentran unidas pero no fusionadas, sujetos que se eligen con libertad.

No se indicaría lo mismo para aquellas en donde las problemáticas ya estaban presentes de antemano, las cuales el diagnóstico vendría a agravar aún más. Esto se condice con la investigación llevada a cabo por Rodríguez-Loyola y Costas-Muñiz (2013) en la cual se observó en parejas puertorriqueñas que el diagnóstico se presenta como la posibilidad de incrementar la intimidad o proximidad, como así también puede llevar a intensificar los

problemas previos al cáncer. Esta investigación da cuenta que muchas parejas abandonan a las pacientes debido a no saber cómo lidiar emocionalmente con la situación

En cuanto a la categoría “emociones positivas y negativas”, resulta relevante la cantidad de emociones negativas encontradas en relación a las positivas. Éstas últimas son más difíciles de reconocer y registrar para los entrevistados, lo cual es interpretado como producto del impacto negativo que el diagnóstico genera en ellos.

Referido al área emocional es importante analizar el shock que el diagnóstico genera en la pareja siendo más fuerte, lógicamente, en quién padece el cáncer. Lo cual se relaciona con la carga emocional negativa que la palabra cáncer tiene cultural y socialmente, ya que se vincula a términos como muerte, sufrimiento, dolor, etc. Tal como lo plantean Arrivillaga Quintero et al. (2007), el momento donde se informa el diagnóstico es el más exigente desde el punto de vista emocional. En algunos casos la paciente recibe algún tipo de preparación previa pero en otros casos es un acto instrumental, técnico y de rutina donde se pasa por alto la amplia gama de emociones que suscita el recibir una mala noticia relacionada con la salud. Esto se pudo observar en los resultados arrojados en donde algunas mujeres recibieron el diagnóstico sin una previa preparación y contención; pudiéndose detectar un “tsunami” de sensaciones, emociones y pensamientos, algunas de ellas expresan haberse sentido shockeadas ante la situación como así también haber sentido un “baldazo de agua fría” quedando heladas o perplejas. Esto podría interpretarse en relación con la emoción de miedo que es la que aparece con más frecuencia tanto en las mujeres como en las parejas entrevistadas.

El miedo en los entrevistados aparece al percibir el diagnóstico como una amenaza para la vida y donde se ve disminuida la salud. El miedo se interpreta, teniendo en cuenta los relatos de los entrevistados, como una consecuencia de la incertidumbre frente al pronóstico, tratamiento y desconocimiento del mismo; cirugías e ingreso al quirófano, temor a la muerte y temor suscitado por la aparición de nuevos nódulos o quistes. Por otro lado, el miedo también surge en algunas mujeres ante la incertidumbre por el futuro de los hijos.

El miedo, según Bisquerra (2001) se experimenta ante un peligro real e inminente; se activa por amenazas a nuestro bienestar físico o psíquico. Vivas et al. (2007) plantean que el miedo consiste en una señal emocional de advertencia que se aproxima un daño físico o psicológico. El miedo implica una inseguridad respecto a la propia capacidad para soportar o manejar una situación de amenaza. Genera aprensión, desasosiego y malestar, siendo su característica principal la sensación de tensión nerviosa, de preocupación y recelo por la

propia seguridad o por la salud; habitualmente suele estar acompañada por la sensación de pérdida de control.

Las expresiones que se encuentran directamente relacionadas con el miedo son “morirse de miedo”, “temblar de miedo”, “ciscarse de miedo”, “miedo cervical”, “miedo insuperable”, “hacerse un nudo en la garganta”, “helar la sangre”, etc.; todas estas pretenden describir la emoción que se experimenta ante un peligro (Bisquerra, 2001).

La angustia es otra de las emociones negativas encontradas desencadenadas por la incertidumbre en cuanto al futuro, en otros relatos la angustia es interpretada como resultado de las dudas que se generan y la pregunta que se desencadena: “¿por qué a mí?”, angustia por los hijos frente a la posibilidad de que a ellas les pudiera pasar algo; en los hombres, se pudo detectar que la angustia sería producto de pensamientos en torno a la posible muerte de su cónyuge y también frente a las respuestas emocionales que las mismas tienen para con ellos, como es por ejemplo la ira; esto mencionado contribuiría a que se cree un clima emocional negativo en la pareja.

La angustia representa junto con el miedo, según los resultados, una de las emociones con las cuales suelen identificar el momento en que reciben el diagnóstico.

La angustia está vinculada a situaciones de desesperación, puede ser adaptativa o no dependiendo de la magnitud con la que se presenta y el tipo de respuesta que se emita en ese momento; la angustia normal no conlleva una reducción de la libertad del ser humano (Sierra et al., 2003).

Los efectos secundarios de los tratamientos como la quimioterapia y la mastectomía, en los cuales se produce la caída del pelo y la pérdida de los senos, ya sea de forma parcial o total, son una fuente importante de angustia para las pacientes generando un fuerte impacto emocional en la mujer, no sólo por el daño corporal sino por las consecuencias en la autoimagen que dicha cirugía genera. Esto se interpreta teniendo en cuenta la connotación simbólica que los mismos tienen. Los pechos según Moreno-López et al. (2014) representan la feminidad y la maternidad, por lo que se da una dificultad para expresar los verdaderos sentimientos en cuanto a encontrar el justo equilibrio entre el papel de madre y de mujer cumplida.

Luego, aparece en los relatos la tristeza como emoción negativa. La misma estaría relacionada también con los efectos secundarios del tratamiento ya que este tipo de emoción según Bisquerra (2001), se desencadena por la pérdida irrevocable de algo que se valora como importante; valorándose como pérdida el divorcio, la separación, una enfermedad grave, un fracaso, un desempleo, la vejez, etc. En los resultados encontrados se consideran

como pérdida la caída del cabello generada por la enfermedad y el tratamiento que se realiza, pero también los proyectos construidos juntos como parejas, los cuales se visualizan como abandonados.

Otra de las respuestas emocionales esperables durante el diagnóstico y transcurso de la enfermedad es la ira. Se detectó en las entrevistas que frecuentemente algunas mujeres se sienten irascibles, las invade una sensación de injusticia ante lo que están viviendo y, consecuentemente, aparece la necesidad de descarga de la frustración. Bisquerra (2001) considera que la ira se genera cuando la persona tiene la sensación de haber sido perjudicada. Consiste en una reacción de irritación, furia o cólera desencadenada por la indignación y el enojo de sentir vulnerados los derechos.

Se generan producto de la ira efectos subjetivos o sentimientos de irritación, enojo, furia y rabia; va acompañada también de obnubilación, incapacidad o dificultad para la ejecución eficaz de los procesos cognitivos. La ira a su vez produce una sensación de energía o impulsividad, de necesidad subjetiva de actuar física o verbalmente de forma intensa e inmediata para solucionar de forma activa la situación problemática (Vivas et al., 2007). La ira exige una respuesta urgente. Es considerada como una de las emociones más potencialmente peligrosa debido a que su propósito funcional es destruir las barreras que se perciben. El ataque verbal (gritos, insultos, maldiciones) o físico (golpear objetos o personas) es la respuesta impulsiva inmediata e irrefrenable. La agresividad que desencadena esta emoción hace que sea considerada como “explosiva” (Bisquerra, 2001).

En las pacientes las reacciones emocionales de sus parejas, según lo que se pudo interpretar en sus relatos, suelen desencadenar en ocasiones hostilidad quizás por el hecho de no saber cómo manejar la situación, por no sentirse contenidas y por el hecho de que sean ellas quienes tienen que contener al resto; lo cual representaría una carga que se suma a la situación que viven con el diagnóstico de la enfermedad. En otras ocasiones, esta emoción surge al considerar que no respetan sus decisiones, momentos o espacios.

La hostilidad es considerada una emoción secundaria negativa que implica una actitud social de resentimiento que conlleva respuestas verbales o motoras implícitas. Es un sentimiento mantenido en el tiempo en el que concurren el resentimiento, la indignación, la acritud y la animosidad. Incluye como componente afectivo varios estados emocionales como el enojo, el disgusto o el desprecio. En cuanto a efectos fisiológicos son similares a los de la ira pero más moderados en intensidad y, en cambio, más mantenidos en el tiempo (Vivas et al., 2007).

Otra de las emociones encontradas a destacar es la vergüenza experimentada por las mujeres, la cual es interpretada en relación directa con los cambios en el propio cuerpo repercutiendo en la intimidad de la pareja. Ésta vergüenza se la interpreta como cierto pudor e incomodidad al dejar al descubierto cicatrices, mutilaciones y secuelas propias de la mastectomía realizada. Bisquerra (2001) considera la vergüenza como un sentimiento penoso de pérdida de dignidad, por alguna falta cometida por uno mismo; pudiendo ser desencadenada también por una humillación o un insulto.

El término vergüenza engloba, siguiendo a Pascual y colaboradoras (citados en Etxabarría, 2008) experiencias emocionales provocadas por al menos tres tipos de situaciones:

- 1) Situaciones de exposición, es decir, donde la persona se siente expuesta al juicio de otros, y se ha cometido una falta mínima, muy leve.
- 2) Situaciones en las que hay un sentido de exposición y se ha cometido una falta más seria pero no de carácter moral.
- 3) Situaciones de exposición y donde se ha cometido una falta seria y de carácter moral.

Sintetizando, el elemento común es la exposición pública; constituyendo un elemento decisivo de la vergüenza. Esta emoción puede aparecer por faltas o fallas tanto morales como no morales; por lo cual la presencia de una falta no sería un elemento necesario ya que en algunos casos la vergüenza aparece sin que la persona haya cometido falta alguna.

La persona experimenta ante la vergüenza el deseo de esconderse, de desaparecer; la persona tiene conciencia de ser vista como defectuosa en algún sentido y quisiera huir de la situación (Etxabarría, 2008).

La culpa es otra de las emociones que se hace presente en los resultados obtenidos. Sobreviene ante dos situaciones según las interpretaciones realizadas: una al momento de compartir el diagnóstico con familiares y amigos, debido a que considera que la noticia podría generarles algún tipo de malestar o tristeza; y la otra, se interpreta como culpa por las consecuencias o efectos que el diagnóstico trae aparejados en la vida de los hijos. La culpa es una emoción secundaria negativa, la cual surge sobre todo en relación con actos u omisiones (o la anticipación de los mismos) que puede suponer un daño en otros (Baumeister et al citados en Etxebarria, 2008).

Pascual y colaboradoras (citados en Etxabarría, 2008) señalan que el término culpa engloba experiencias emocionales provocadas por dos tipos de situaciones: en la primera la persona comete una falta que supone un daño para una tercera persona (culpa interpersonal) y, en la segunda, la persona contraviene su propio sentido de lo que “debe” ser (culpa intrapersonal).

Hoffman (citado en Etxabarría, 2008) concibe la culpa como la reacción emocional que aparece de la conjunción de la reacción empática ante el sufrimiento ajeno y la conciencia de ser el agente causal de tal sufrimiento.

Esta emoción se experimenta como una reacción aversiva, desagradable que puede llegar a incluir componentes de otras emociones como la empatía, el asco, el miedo, la ansiedad, la agresividad, la vergüenza o la baja autoestima (Etxebarria y Apodaca citados en Etxabarría, 2008).

En una de las entrevistadas surge como emoción a destacar la ansiedad, la misma se da ante complicaciones en el tratamiento y aparición de nuevos nódulos, lo cual genera en ella una necesidad urgente de descarga canalizada en la realización de actividad física. Como lo indican Vivas et al. (2007) la ansiedad, al igual que todas las emociones, es en principio un conjunto de procesos adaptativos, reacciones defensivas innatas garantes de la supervivencia de las personas. La ansiedad consiste en un estado de agitación, inquietud y zozobo.

Bisquerra (2001) menciona como génesis de la ansiedad las preocupaciones; la cual es una búsqueda de lo que puede ir mal y como evitarlo. La ansiedad se genera por la anticipación de un peligro futuro, indefinible e imprevisible, cuyos desencadenantes son imprecisos. Tiene como tarea aportar soluciones a los peligros de la vida, anticipando los efectos negativos antes que lleguen.

El cáncer es una enfermedad que sitúa tanto a quien la padece como a sus familiares y seres queridos, frente a una situación difícil, impactante y que inevitablemente evoca emociones y pensamientos negativos, siendo muy difícil poder encontrar o reconocer emociones positivas en el transcurso de la misma. Esto se ve reflejado en la cantidad de emociones positivas encontradas durante las entrevistas, las cuales son notablemente menores en relación con las negativas.

Una de las emociones positivas que aparece rápidamente en las entrevistas es el humor, éste es entendido por Bisquerra (2001) como la buena disposición en que uno se encuentra para hacer alguna cosa. En el estudio de las emociones se emplea el término hilarante, el cual es un constructo teórico que significa “que inspira alegría o mueve a la risa” (Fernández-Abascal citado en Bisquerra, 2001, p.106).

El humor puede ser desencadenado por una gran variedad de estímulos, generalmente considerados divertidos o graciosos y que pueden provocar respuestas abiertas como la sonrisa, risa o carcajada.

En los relatos de las mujeres entrevistadas se puede observar como el humor viene a contrarrestar la situación por la cual están atravesando, manteniendo ante todo una actitud

positiva y tratando de sobrellevar los tratamientos de la mejor manera, compartiendo momentos con personas agradables para ellas y que ayudan a generar estas respuestas abiertas mencionadas como son la sonrisa, risa o carcajada. El humor también sobreviene frente a situaciones como la cirugía y la caída del pelo, tomando esos momentos con gracia, incluso riéndose de ellas mismas; intentando así quitarle un poco de drama a la situación y levantándole el ánimo a quienes las rodean. El humor puede ser interpretado también, en algunas ocasiones, como un mecanismo de defensa.

El humor y la risa contrarrestan las experiencias de emociones negativas; intensifican la confianza entre personas; preparan al organismo para experimentar placer sensorial, amortiguan el estrés, reducen el malestar y el dolor; bajan la tensión. Resumiendo, el humor y la risa son altamente beneficiosos tanto para la salud mental como física.

Holden (citado en Bisquerra, 2001) señala a la risa como la mayor medicina, aludiendo al poder curativo del buen humor.

Dentro de los resultados se destaca la presencia de la gratitud que emerge como agradecimiento al personal de salud por la calidad humana, a sus familiares y seres queridos por la ayuda recibida; gratitud por la posibilidad de disfrutar de un día más y las cosas simples de la vida. La gratitud implica descubrir que alguien ha hecho un esfuerzo por hacer algo bueno por uno. La gratitud aparece cuando la persona agradece algo que vino a su encuentro como un preciado regalo. Es una sensación agradable donde se entremezcla la alegría y el agradecimiento sincero.

McCullough y Emmons (citados en Valero, 2014) definen a la gratitud como una emoción dirigida hacia la apreciación de la ayuda de otros, donde enfatizan el aspecto interpersonal. Se trata de una emoción cuyo núcleo son los sentimientos agradables generados por un beneficio recibido. El beneficio, regalo o ganancia personal puede ser tanto material como inmaterial. Esta emoción es dirigida por otros, incluyéndose personas como agentes intencionados no humanos como por ejemplo Dios, animales, el cosmos, etc.

Durante el transitar de la enfermedad se pudo observar que ambos miembros de la pareja experimentan optimismo, lo cual se lo interpreta como beneficioso ya que genera bienestar y contribuye a la salud. Según los datos recabados esta emoción surge, en los entrevistados, como una actitud con la cual se decide enfrentar la enfermedad, frente al pronóstico y a los avances que la paciente va realizando en el tratamiento. Poseck (citado en Alpízar Rojas y Salas Marín, 2010) la concibe como “una característica psicológica disposicional que remite a expectativas positivas y objetivos de futuro y cuya relación con variables como la

perseverancia, el logro, la salud física y el bienestar han hecho de esta materia uno de los puntos centrales de la psicología positiva” (p. 66).

Es decir que la predisposición de la persona a mirar el futuro con una actitud más favorable le permite tener un mejor estado de ánimo y ser más perseverante en relación con sus metas futuras.

Considerándola como una emoción positiva el optimismo constituye una predisposición a esperar el futuro con resultados favorables, dando valoración al sujeto a enfrentar las dificultades con ánimo y constancia, y a apreciar las diferentes experiencias. Así mismo se afirma que quienes gozan de altos niveles de optimismo tienden a salir recuperados, fortalecidos y a encontrar beneficios en circunstancias traumáticas, adversas y estresantes (Oblitas citado en Arancegüi, 2015).

Esta emoción posee ciertas ventajas ya que quienes la experimentan suelen presentar mejores habilidades de resolución racional del problema, percepción optimista ante la enfermedad, mejor calidad de vida, tienen una vida más prolongada, personas más sociables y felices, rinden mejor en los deportes, se previene en ellos el desarrollo de síntomas depresivos, entre otros (Contreras et al. citados en Alpízar Rojas y Salas Marín, 2010).

Sintetizando, las parejas experimentan según lo detectado durante la investigación, un clima emocional negativo producto del diagnóstico, los tratamientos y las emociones que experimentan cada uno de ellos; lo cual generan indefectiblemente emociones negativas en el otro.

Se observa que ciertas emociones negativas como el miedo, la angustia y la tristeza son experimentadas por ambos miembros; a éstas se le suman en las mujeres ansiedad, ira, hostilidad, culpa y vergüenza.

La emoción positiva que se registra como compartida en la pareja es el optimismo; además de ésta las mujeres experimentan el humor y la gratitud. Este tipo de emociones se interpretan como fruto de los avances que la mujer realiza en los tratamientos los cuales son percibidos en la pareja generando sensaciones agradables, también se las vincula con el agradecimiento a la vida por poder disfrutar de un día más, lo que promueve fe y esperanza en ellos.

Las emociones que han experimentado están estrechamente vinculadas con los pensamientos desencadenados frente al cáncer; es decir, la forma en que perciben y afrontan la enfermedad.

En la categoría “pensamientos y preocupaciones más frecuentes” se registran diferencias reveladoras en cuanto a los pensamientos y preocupaciones que experimentan las parejas. En

las mujeres giran en torno a los hijos y el futuro de los mismos, siendo muy significativas las preocupaciones en cuanto a la posibilidad de que las hijas mujeres hereden la enfermedad. Podría interpretarse estos pensamientos vinculados al rol de la madre dentro de la familia, la cual procura criar y educar los hijos, velar por la salud y bienestar general de ellos. Se podría comprender también estos pensamientos en torno a la concepción que culturalmente cumple la mujer y la madre, donde se la percibe como el pilar de la familia, en donde sin ella la misma se desmorona o se produce un desequilibrio importante. Un dato que resulta revelador para la investigación es la ausencia de pensamientos o preocupaciones, por parte de las mujeres, en donde hagan referencia a sus parejas.

En cambio, en los hombres los pensamientos tienen que ver con rumiaciones en torno a la muerte y salud de la pareja. Sus preocupaciones posiblemente estén vinculadas con el rol del padre de familia el cual se establece como protector, encargado del sustento y seguridad del grupo familiar. Similares resultados se ven reflejados en la tesis doctoral realizada por Baladín Sánchez (2014) la cual da cuenta del sufrimiento de la pareja en el proceso de la enfermedad y el miedo a la pérdida.

Por otra parte, se registran otros pensamientos de las mujeres diagnosticadas asociados con el pronóstico y los efectos secundarios de los tratamientos que realizan, ya que éstos suelen tener un impacto en la autoestima, la femineidad y la imagen corporal.

Los pensamientos y preocupaciones encontrados como resultados se los vincula con los estilos de afrontamiento. Uno de los más recurrentes en las entrevistas es el denominado “preocupación ansiosa”, ya que se puede observar en los relatos preocupación acerca del pronóstico y los efectos secundarios del tratamiento, los cuales se interpreta que podría afectar la autoestima, femineidad e imagen corporal de quienes atraviesan por la enfermedad. Moorey y Greer (citados en Rodríguez Fernández, 2007) consideran que en este tipo de ajuste frente al cáncer la persona percibe el diagnóstico como una gran amenaza, hay incertidumbre sobre si se puede ejercer algún control sobre la situación y también incertidumbre sobre el pronóstico.

En una de las entrevistadas se pudo interpretar que sus vivencias previas relacionadas con la enfermedad y la muerte experimentadas en el seno familiar, son trasladadas a la propia vivencia con el cáncer; lo cual genera temor respecto a que le pueda pasar lo mismo que a sus familiares. Esto se lo relaciona con el estilo de afrontamiento “desamparo y desesperanza” que ella utiliza, en el cual según Moorey y Greer (citados en Rodríguez Fernández, 2007), la persona ve al diagnóstico como amenaza o pérdida real, no hay percepción de control y la expectativa sobre el pronóstico es pesimista.

El pensamiento referido a la muerte es esperable en este tipo de enfermedades ya que, como se ha mencionado en otras ocasiones, en nuestra cultura el cáncer se encuentra asociado a la muerte. Aún en tiempos actuales donde la ciencia ha realizado avances muy significativos.

Arrivillaga Quintero et al. (2007) señala que la relación cáncer-muerte es predominante en los primeros momentos y es fuente de incertidumbre, desesperanza y ansiedad. Cuando la información suministrada es insuficiente o confusa la paciente saca sus propias conclusiones con lo cual se incrementan sus expectativas, miedo y barreras en el afrontamiento de la enfermedad.

Pese a esto mencionado, se pueden encontrar en los resultados relatos en los cuales se puede vislumbrar que algunas de ellas experimentan, el estilo de ajuste llamado “espíritu de lucha”. Estas mujeres consideran que mientras estén con vida hay oportunidades, hay esperanza; haciendo incluso mención a los milagros y la fe. Hay en ellas un fuerte espíritu de lucha en el tratamiento lo que no les permite entregarse, ya que consideran que se puede salir de esa situación que están viviendo y convencidas de que así será.

El espíritu de lucha consiste en vivir el diagnóstico como un reto, percibiendo control en el presente y teniendo una sensación de pronóstico optimista (Moorey y Greer citados en Rodríguez Fernández, 2007).

Por otro lado, se pudo observar una situación diferente y particular que sorprendió dentro de los resultados, en el cual se detectó una fuerte negación o falta de relevancia con respecto al diagnóstico al punto tal, de que le resultaba muy difícil reconocer emociones. Esto se relaciona con el estilo “evitación o negación” en el cual, los autores indican que la persona no percibe el diagnóstico como una amenaza, no se plantea la necesidad de control y tiene una sensación de pronóstico optimista.

En algunas pacientes la negación es una forma de responder al diagnóstico, tanto en su fase inicial como en otras etapas de la enfermedad. Para Fonnega (citado en Arrivillaga Quintero et al., 2007) esta reacción funciona como una especie de amortiguador ante una noticia inesperada e impresionante; lo que le permite a la persona recobrar de manera gradual y movilizar otras defensas menos radicales para asumir en forma activa, en etapas venideras, los retos de su enfermedad. Esta fase puede llegar a durar días a unas cuantas semanas.

En tanto que en las parejas entrevistadas se pudo interpretar, teniendo en cuenta los resultados encontrados, que se presenta el estilo denominado “fatalismo o aceptación estoica”. Este estilo se genera en el ellos vinculado a los pensamientos en torno a la muerte y

salud de sus esposas. Moorey y Greer (citados en Rodríguez Fernández, 2007) consideran que en el mencionado estilo la persona ve el diagnóstico como una ligera amenaza, la percepción de control está ausente o depende de otros y vinculado al pronóstico se acepta con dignidad el que tenga que pasar, pues se desconoce.

Los pensamientos, es decir, el modo en que perciben el diagnóstico las parejas, se ven reflejadas en las conductas y actitudes que tienen frente al mismo; lo que se conoce como estrategias de afrontamiento. Dentro de la categoría “principales conductas y actitudes frente al diagnóstico” se destacan diferencias registradas en los miembros que componen la pareja en cuanto a la utilización de estas estrategias, interpretando estas diferencias como parte de las distintas preocupaciones que experimentan.

Las mujeres se comportan con cautela a la hora de comunicar el diagnóstico a sus familiares, ya que necesitan seguridad respecto al mismo, es decir, pruebas certeras que den cuenta de ellos. Así mismo orientan sus conductas a la búsqueda de información como, por ejemplo, recurriendo a internet para conocer más acerca de la enfermedad y los tratamientos. Lo cual se comprende que podría ser producto de sus preocupaciones en torno a los efectos colaterales y como un intento de adoptar un papel activo en la recuperación. Otro comportamiento detectado como característico son aquellas que se dirigen a resolver la situación, lo que da cuenta también del papel activo mencionado. Parte de este rol activo se ve reflejado en seguir las indicaciones médicas, tomar decisiones rápidas en cuanto a cirugías y tratamientos; como así también, continuar con sus actividades diarias y cotidianas, adaptar sus tareas laborales a la situación, disfrutar el día a día, compartir actividades con sus hijos y seres queridos, como formas de impedir que la enfermedad interfiera lo menos posible en sus vidas.

Estas conductas mencionadas están relacionadas con las estrategias de afrontamiento propias del espíritu de lucha, las mismas según Moorey y Greer (citados en Rodríguez Fernández, 20017), se manifiestan mediante la búsqueda de información, teniendo un papel activo en la recuperación y con intento por seguir con la vida habitual.

Algunos resultados reflejan una fuerte atención centrada en el área afectada por el cáncer, por ejemplo, en la situación donde una de las pacientes detecta un nódulo en el pecho sano y conductas en las cuales las mujeres experimentan la necesidad de descarga para así poder ejercer algún tipo de control y encontrar seguridad. De esta manera realizan actividad física, cocinan, limpian como intento por mantener el control. En otro relato se buscó seguridad frente a su preocupación de la caída del cabello recurriendo a un peluquero, quien le realizo

una peluca y de esta manera nadie se daba cuenta del tratamiento que estaba realizando y la enfermedad por la cual estaba atravesando.

Se vinculan estas conductas y actitudes con las estrategias propias de la preocupación ansiosa, las cuales consisten en la búsqueda excesiva de seguridad, rumiación y una excesiva atención dirigida a detectar la recaída, estando pendientes de los síntomas físicos (Moorey y Greer citados en Rodríguez Fernández, 2007).

Otra conducta analizada fue la observada en una paciente la cual estuvo relacionada con la reevaluación positiva, ya que ella intentaba darle a sus hijas un mensaje esperanzador, transmitiéndoles por medio de una actividad recreativa, como la equitación; que la vida es hermosa, que hay que vivirla y disfrutarla más allá de la situación que uno puede estar atravesando. Lazarus y Folkman (citados en Rodríguez Fernández, 2007) consideran que la reevaluación positiva implica esfuerzos por dar un significado positivo a la situación, teniendo en ocasiones un sentido religioso.

En contraposición, se encuentran las conductas de procrastinación y minimización que se detectaron en una de las mujeres. La procrastinación fue detectada tanto a la hora de realizarse los estudios correspondientes como con el inicio de tratamiento. En tanto que la estrategia de afrontamiento utilizada fue minimizar el diagnóstico como así también los estudios previos al mismo. Estas conductas se podrían interpretar como una negación, es decir, como un mecanismo de defensa frente al diagnóstico. Moorey y Greer (citados en Rodríguez Fernández, 2007) señalan la minimización como la estrategia de afrontamiento propia del estilo “evitación o negación”.

En tanto que en los hombres se destacan tres conductas, por un lado, escape-evitación observada ante el consumo de alcohol como un intento de solución por parte de uno de ellos. Por otro lado, se detectan las conductas de los entrevistados orientadas a aprender a vivir con la enfermedad y adaptarse a la realidad lo que es interpretado como aceptación, constituyendo así una estrategia de afrontamiento; y por último, las estrategias de apoyo y contención observadas en los dos hombres entrevistados, lo cual se considera como un sólido compromiso con la pareja.

La estrategia de afrontamiento “escapa-evitación” consiste en un pensamiento desiderativo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación como por ejemplo comer, beber, dormir, etc. (Lazarus y Folkman citados en Rodríguez Fernández, 2007). En tanto que la estrategia de aceptación es propia del estilo “fatalismo o aceptación estoica”.

Teniendo en cuenta el análisis de los resultados realizados resulta interesante resaltar que tanto, en las parejas que permanecen unidas como las que no, se considera que el impacto emocional del diagnóstico de cáncer de mama es negativo debido a que las emociones que registran son en su mayoría de esta índole. Se detectan dificultades en ambos miembros para poder registrar las emociones positivas que han experimentado, requiriendo de mayor tiempo para poder encontrar momentos o situaciones en las que este tipo de emociones se han hecho presentes. Se entienden estas dificultades como propias de la situación que atraviesan, comprendiendo que el diagnóstico de este tipo de enfermedades es vivenciado como sorpresivo, “shockeante”, movilizándolo así experiencias y sensaciones displacenteras. En cambio, las emociones negativas aparecen naturalmente, sin mayor esfuerzo por registrarlas y hasta en ocasiones experimentándolas durante las entrevistas, ya que se han registrado momentos en los que la angustia y el llanto se hacían presentes. Las emociones negativas son vividas a flor de piel, predominan notoriamente frente al diagnóstico en ambos miembros.

De las cinco parejas, dos son las que se han fortalecido mientras que en las tres restantes se han visto seriamente afectadas coincidiendo con los tres hombres que se negaron a participar. En dos de ellas se ha podido observar que las mujeres se han visto afectadas por el diagnóstico ya que éste estuvo relacionado con la separación o distanciamiento, siendo interpretada esta situación como abandono, falta de apoyo y comprensión; mientras que en la restante representó una especie de alivio, ya que venía con una carga emocional negativa y situaciones de violencia previas, representando el diagnóstico para ella el detonante de su separación.

Los resultados obtenidos a lo largo de la investigación resultan relevantes ya que nos permiten detectar las principales necesidades que la pareja experimenta durante el transcurso de la enfermedad y así poder desde el campo de la Psicooncología atenderlas, ya que se considera fundamental para la recuperación de la paciente su estado anímico, como así también, el apoyo y la contención que recibe de su entorno, en el cual la pareja ocupa un rol muy importante.

Esta investigación permite detectar puntos claves para atender en una pareja donde la mujer es diagnosticada con cáncer de mama, como son: trabajar las emociones negativas previniendo que éstas se tornen patológicas, la comunicación dentro la pareja, distribución de tareas, etc. En la mujer trabajar la autoestima y la autoimagen, las cuales se ven seriamente afectadas como consecuencia de cirugías y efectos secundarios de los tratamientos. En los hombres poder brindar un espacio de escucha y contención debido a que en muchas ocasiones se convierten en los cuidadores primarios, tarea que conlleva a cierto desgaste, por momentos

incertidumbre y frustración y para quienes el apoyo queda relegado, ya que el foco de atención está puesto en quien padece la enfermedad.

## **5.2 Conclusiones**

Teniendo en cuenta los resultados y lo mencionado en la sección discusión, se derivan las siguientes conclusiones de la presente investigación.

En primer lugar, vinculado con el objetivo general de la investigación, se puede inferir que el diagnóstico de cáncer de mama genera en la pareja un impacto emocional negativo ya que ambos miembros experimentan este tipo de emociones a partir de dicho suceso. Las emociones negativas que experimentan cada uno de ellos influyen directamente en el estado ánimo de su pareja, creándose así un clima emocional negativo general dentro de la misma.

En segundo lugar, se puede determinar que el diagnóstico de la enfermedad produce un impacto tal que repercute en las áreas emocional, cognitiva y conductual. A partir de dicho acontecimiento los miembros de la pareja presentan preocupaciones en torno a temas como la muerte y la salud; prevaleciendo en la mujer pensamientos referidos a los hijos y el futuro de los mismos, siendo relevante la ausencia de pensamientos o preocupaciones referidos a su pareja. En relación directa con la enfermedad, en las mujeres se presentan preocupaciones por los efectos secundarios de los tratamientos. En el área conductual, se deducen comportamientos dirigidos a la búsqueda de seguridad e información en la mujer como así también un rol activo y, en el hombre se destacan dos conductas contrapuestas: por un lado el escape-evitación y, por el otro, la contención y apoyo.

En tercer lugar, se deduce que la pareja experimenta más emociones negativas que positivas. Dentro de las consideradas negativas ambos miembros experimentan miedo, angustia y tristeza; en tanto, en las concebidas como positivas se destaca únicamente el optimismo. Además de las mencionadas, las mujeres también experimentan ansiedad, ira, hostilidad, culpa y vergüenza; y dentro de la positivas, humor y gratitud.

Se concluye en la presente investigación que las emociones negativas desencadenadas por diagnóstico de cáncer de mama tienen importantes consecuencias en la relación, llevando aparejadas modificaciones en distintas áreas como ser laboral, familiar, sexual también en lo que respecta a la comunicación y estado anímico; pero sobretodo se destacan las modificaciones en lo que respecta a la intimidad y el compromiso de la pareja. El diagnóstico de cáncer puede generar en la pareja mayor unión y fortaleza pero también puede llevar a que se intensifiquen los problemas matrimoniales previos, haciéndolos más visibles o

desencadenando nuevos conflictos producto de la situación vital que se presenta para cada uno de ellos.

De esta forma se confirma el supuesto de trabajo planteado, el cual indica que el diagnóstico de cáncer de mama produce un impacto emocional negativo en la pareja, generando modificaciones en la vida diaria y en las áreas afectiva/emocional, cognitiva y conductual.

### **5.3 Limitaciones**

Una de las principales limitaciones está relacionada con la población de estudio, ya que se trata de una población sumamente sensible y vulnerable debido a la situación por la cual están atravesando. Esto hace que la misma no sea de fácil acceso, más teniendo en cuenta que se trata de una investigación cualitativa donde la técnica de recolección de datos es la entrevista, lo cual moviliza en la población ciertos temores y resistencias.

Otra de las limitaciones de relevancia en torno a la muestra que se presentaron en la investigación, está dada por la negativa de acceder a la entrevista en tres hombres que al momento de seleccionar la muestra estuvieron de acuerdo en participar.

El tamaño y la temporalidad de la investigación representó otra limitación; ya que se trabajó con una población intencionalmente pequeña y al tratarse de un estudio transversal, la obtención de los resultados se realizó en base a una única entrevista en un momento determinado y de una sola vez.

### **5.4 Sugerencias**

Una de las recomendaciones se relaciona con los motivos por los cuales se llevó a cabo este trabajo. Continuar la investigación de esta temática para así poder aportar y ampliar los conocimientos en el campo de la Psicooncología, respecto al impacto que el cáncer genera en las parejas y las posibles consecuencias en la relación, teniendo en cuenta que son escasas las investigaciones al respecto en nuestra sociedad.

Por otro lado, vinculado a los resultados obtenidos se sugiere una posible línea a investigar respecto del impacto en la relación madre-hijo posterior al diagnóstico de cáncer de mama. Teniendo en cuenta las preocupaciones que las mujeres refieren a sus hijos, resultaría interesante poder conocer el impacto que esta enfermedad genera en ellos y las posibles consecuencias o modificaciones en la relación filial.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar González, C. N. (2014). *Dimensiones psicológicas entre parejas que enfrentan cáncer* (tesis de grado). Servicio de Psico-Oncología del Instituto Nacional de Cancerología, México.
- Alpízar Rojas, H. Y. y Salas Marín, D. E. (2010). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva. *Wímb lu*. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3922019>
- Arancegüi, C. (2015). *Emociones positivas y sentido del humor para una calidad de vida saludable* (Trabajo final de grado: monografía). Universidad de la República, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.
- Arrivillaga Quintero, M., Correa Sanchez, D. y Salazar Torres, I. C. (2007). *Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá, Colombia: El manual moderno.
- Balandín Sánchez, J. (2014). *Tarea stroop como medida del impacto emocional en pacientes con cáncer de mama y familiares* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid – Facultad de Psicología, Madrid, España.
- Barragán Estrada, A. R y Morales Martínez, C. I. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. Recuperado de  
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona, España: Gedisa.
- Bisquerra, R. (2001). *Educación emocional y bienestar* (6ª ed.). Barcelona, España: Wolters Kluwer.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva*. Barcelona, España: Paidós
- Castillo Díaz, Z., Díaz Gómez, I., Navarro Otero, M., Guerra Morales, V. y Alfonso García, A. B. (Noviembre, 2013). Efectividad de la intervención psicoterapéutica en mujeres en tratamiento por cáncer de mama para la adecuación de la autovaloración. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XXII (3), 287-298.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Recuperado de  
[www.uv.es/=choliz](http://www.uv.es/=choliz)
- Díaz Bravo, L., Torruco García, U., Martínez Hernández, M. y Varela Ruíz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2 (7), 162-167. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>

- Díaz Herrera, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Revista General de Información y Documentación*, 28(1), 119-142. doi: <https://doi.org/10.5209/RGID.60813>
- Espinosa Ramírez, M. (2018). Cáncer de mama. *Revista Médica Sinergia*, 2 (1), 8-12. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms171b.pdf>
- Etxebarria, I. (2008). *Emociones sociales*. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/264910427\\_Etxebarria\\_I\\_2008\\_Emociones\\_sociales\\_En\\_P\\_Palmero\\_y\\_F\\_Martinez\\_Sanchez\\_Coors\\_Motivacion\\_y\\_Emocion\\_p\\_p\\_275-314\\_Madrid\\_McGraw-Hill\\_ISBN\\_978-84-481-6101-9](https://www.researchgate.net/publication/264910427_Etxebarria_I_2008_Emociones_sociales_En_P_Palmero_y_F_Martinez_Sanchez_Coors_Motivacion_y_Emocion_p_p_275-314_Madrid_McGraw-Hill_ISBN_978-84-481-6101-9)
- Ferrera, J. E. (2005). *Proceso de maduración personal*. Madrid: Edibesa.
- Granero, M. (s.f). *La psicoterapia de pareja cognitivo-conductual*. Recuperado de [http://www.conductitlan.org.mx/15\\_conflictosdepareja/Materiales/Psicoterapia%20C%20de%20pareja.pdf](http://www.conductitlan.org.mx/15_conflictosdepareja/Materiales/Psicoterapia%20C%20de%20pareja.pdf)
- Griffa, M. C. & Moreno, J. E. (2008). *Claves para una psicología del desarrollo. Vol II*. Buenos Aires: Lugar.
- Instituto Nacional del Cáncer, (s.f). *Cáncer de mama*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/cancer-de-mama/>
- Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer (s.f). *Info sobre cáncer de mama*. Recuperado de <http://www.lalcec.org.ar/mama>
- López Bazan, K. Y. (2017). *El impacto socio-afectivo en las familias de pacientes oncológicas de cáncer de mama, del instituto regional de enfermedades neoplásicas* (tesis de grado). Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Ciencias Sociales, Trujillo, Perú.
- Martínez Basurto, A. E., Lozano Arrazola, A., Rodríguez Velazquéz, A. L., Galindo Vázquez, O. y Alvarado Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta mexicana de oncología*. 13 (1), 53-58. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Aime\\_Martinez/publication/279205322\\_Impacto\\_psicologico\\_del\\_cancer\\_de\\_mama\\_y\\_la\\_mastectomia/links/5590a79308aed6ec4bf6698c.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Aime_Martinez/publication/279205322_Impacto_psicologico_del_cancer_de_mama_y_la_mastectomia/links/5590a79308aed6ec4bf6698c.pdf)
- Monje Álvarez, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: guía didáctica*". Recuperado de <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>
- Moreno-López, S. L., Lara-Medina, F. U. y Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico en la pareja de la paciente con cáncer de mama. *Gaceta mexicana de*

*oncología*. 13 (1), 1-88. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-pareja-paciente-con-X1665920114278789>

- Nieto Munuera, J., Abad Mateo, M. A., Esteban Albert, M. y Tejerina Arreal, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*". Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana
- Peinado Portero, A. I. (2015). *Inteligencia emocional y optimismo en pacientes con cáncer y sus parejas: relación con la calidad de vida de la persona enferma, calidad de la relación, nivel de sobrecarga en la pareja y diferencias de género* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, España.
- Pintado Cucarella, S. (2013). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Facultad de Psicología, España.
- Piqueras Rodríguez, J. A., Ramos Linares, V., Martínez González, A. E. y Oblitas Guadalupe, L. A. (2010). Emociones negativas y salud. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2010/joseantoniopiqueras.pdf>
- ¿Qué es el cáncer de mama?. (2005). Recuperado de <https://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/mama.html>
- Roche Farma S.A. (2011). *Hablemos de cáncer de mama*. Recuperado de [http://fecma.vinagrero.es/documentos/HABLEMOS\\_DE\\_CANCER\\_MAMA.pdf](http://fecma.vinagrero.es/documentos/HABLEMOS_DE_CANCER_MAMA.pdf)
- Rodríguez, M. F., Ballesteros Becerra, D., Corona Sandoval, D., Flores Dueñas, J. L., González Fuentes, E., Haro Rangel, L. y Palomino Alvarado, A. A. (s.f). *Cáncer de mama*. Universidad Autónoma de Nayarit, México.
- Rodríguez Fernandez, M. I. (2007). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, Madrid.
- Rodríguez Loyola, Y. y Costas Muñiz, R. (2013). El diagnóstico de cáncer de mama desde una perspectiva familiar: retos para la psico-oncología en América latina. *Revista Interamericana de Psicología*. 47 (1), 121-130. Recuperado de <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/208>
- Sainz, S. M. (2003). *Estrategias de afrontamiento del Impacto emocional y sus efectos en trabajadores de emergencias* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología, Argentina.

- Sala, V. (s.f). *Guía de orientación de la familia del paciente oncológico*. Folleto del Hospital Municipal de Oncología “María Curie”. Capital Federal, Argentina.
- Schavelzon, J. (2004). *Psiconcología: principios teóricos y praxis para el siglo XXI*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). *Análisis de datos cualitativos en la investigación social: procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa*”. Buenos Aires, Argentina: Editorial de la Universidad de La Plata.
- Secretaria de Gobierno de Salud. (s.f). *Prevención de cáncer de mama*. Recuperado de [http://msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/199-2-  
prevencion-de-cancer-de-mama](http://msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/199-2-prevencion-de-cancer-de-mama)
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003, marzo). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-  
61482003000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002)
- Sociedad Americana Contra El Cáncer. (2017). *Las emociones y el cáncer de seno*. Recuperado de [https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/la-vida-como-una-  
sobreviviente-de-cancer-de-seno/las-emociones-y-el-cancer-de-seno.html](https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/la-vida-como-una-sobreviviente-de-cancer-de-seno/las-emociones-y-el-cancer-de-seno.html)
- Valero, G. B. (2014). *Psicología de la gratitud. Integración de la psicología positiva y humanista*. Recuperado de: <http://www.cuadernosartesanos.org/Psicologia/2015/cdp01.pdf>
- Vélez Mejía, L. S. (2017). *Relación de pareja: satisfacción e insatisfacción conyugal* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Santiago de Cali.
- Vivas, M., Gallego, D. y González, B. (2007). *Educación de las emociones*. Recuperado de: [http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H\\_Recursos/h\\_3\\_Educacion\\_Emocional/h\\_3.1.Documentos\\_basicos/10.Educacion\\_las\\_emociones.pdf](http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/H_Recursos/h_3_Educacion_Emocional/h_3.1.Documentos_basicos/10.Educacion_las_emociones.pdf)

# *Anexos*

### **Modelo de entrevista con la mujer diagnosticada**

- ¿Por qué acudiste al médico? ¿Fuiste acompañada?
- ¿Cómo se llegó al diagnóstico?
- ¿Qué sentiste cuando te lo comunicaron?
- Si tuvieras que identificar ese momento en una emoción ¿cuál sería?
- ¿Qué fue lo primero que pensaste?
- ¿Con quién lo compartiste? ¿A quién se lo comunicaste?
- ¿Cómo te sentiste en ese momento?
- ¿Cómo tomó tu pareja el diagnóstico?
- ¿Qué aspectos de la relación de pareja sentís o crees que se han modificado a partir del diagnóstico?
- ¿Hablan sobre la enfermedad y el tratamiento? ¿Cómo es la comunicación entre ustedes?
- ¿Cómo te sentís cuando estas con tu pareja?
- ¿Qué actividades comparten hoy en día?
- ¿Cómo ha afectado la enfermedad en tu manera de vivir?
- ¿Cómo afecta esta situación en tu trabajo, familia, actividades cotidianas?
- ¿Cuáles son tus preocupaciones o pensamientos más frecuentes?
- Desde el diagnóstico al día de hoy ¿qué sentimientos y emociones, tanto positivas como negativas has tenido?
- ¿Cuáles son las actividades que hoy por hoy disfrutas?
- ¿Has buscado ayuda profesional psicológica?

### **Modelo de entrevista con la pareja**

- ¿Cómo te enteraste del diagnóstico?
- ¿Qué fue lo primero que pensaste?
- ¿Cómo te sentiste en ese momento?
- Si tuvieras que identificar ese momento en una emoción ¿cuál sería?
- ¿Con quién lo compartiste? ¿Pudiste hablar con alguien?
- ¿Cómo tomo ella la noticia?
- ¿Cómo crees que se siente hoy en día?
- ¿Qué aspectos de la relación de pareja sentís o crees que se han modificado a partir del diagnóstico?
- ¿Hablan con ella sobre la enfermedad y el tratamiento? ¿Cómo es la comunicación entre ustedes?
- ¿Cómo te sentís cuando estas con ella?
- ¿Qué actividades comparten hoy en día?
- ¿Cómo ha afectado la situación en tu vida cotidiana?
- ¿Qué áreas de tu vida se ven modificadas a partir de la enfermedad?
- ¿Cuáles son tus preocupaciones o pensamientos más frecuentes?
- Desde el diagnóstico al día de hoy ¿qué sentimientos y emociones, tanto positivas como negativas has tenido?
- ¿Cuáles son las actividades que hoy por hoy disfrutas?

### **Cuestionario ad hoc para la mujer**

- Edad.....
- Ocupación/profesión.....
- ¿Hace cuánto tiempo que fue diagnosticada?.....
- Edad que tenía en ese momento.....
- Tratamiento que realiza actualmente.....
- Mastectomía    Sí             No
- Tiempo que llevan juntos en pareja.....
- Conviven    Sí             No             ¿Hace cuánto tiempo?.....
- Hijos en común    Sí             No             ¿Cuántos?.....

### Cuestionario ad hoc para la pareja

- Edad.....
- Ocupación/profesión.....
- Tiempo que llevan juntos en pareja.....
- Conviven Sí  No  ¿Hace cuánto?.....
- Hijos en común Sí  No  ¿Cuántos?.....

### **Consentimiento informado**

Acepto participar voluntariamente en la investigación sobre “Impacto emocional del diagnóstico de cáncer de mama en la pareja”, realizada por Evangelina Micaela Castelucci bajo la dirección de la Lic. María Soledad Solari como requisito para acceder al título de Licenciada en Psicología en la Pontificia Universidad Católica Argentina, Facultad “Teresa de Ávila”.

He sido informado/a y autorizo a que la entrevista a realizar sea grabada quedando la misma bajo el resguardo personal de quien la realiza.

Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado/a y he entendido que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Acepto que los resultado del estudio, sean publicados estando garantizado que la información a difundir sea anónima, por lo que mi identidad se mantendrá siempre en reserva.

Firma:.....

Aclaración:.....

Fecha:.....

Evangelina Micaela Castelucci  
[emcastelucci@gmail.com](mailto:emcastelucci@gmail.com)

## Entrevista a Eugenia

### **Entrevistadora: ¿Por qué fuiste al médico?**

**Eugenia:** Un día estábamos trasladando los muebles a mi nuevo consultorio con mis hijas, él no ayudaba. Estos muebles no son tan pesados pero cuesta, entonces yo hice ese esfuerzo y me había quedado un dolor en el pecho y digo bueno, debe ser muscular entre que no hago actividad física ni nada por fin levante un mueble...dije me va a llevar unos días y ya se me va a pasar. Esto fue en abril de este año y para el 27 era el cumpleaños de 15 de mi hija entonces estábamos organizando una pintada y todo el tema de los materiales que estaban ahí porque estaban los albañiles, como yo estaba en todo ese baile no me percate de nada simplemente dolor muscular. Llego el 24 que fue el cumpleaños de la más chicas y bañándome sentí como el nudillito del dedo, como una puntita en el pecho, que raro dije, no me dolía pero durito. Seguí con todas las cosas y cuando termina el evento de mi hija que era lo que más me tenía preocupada, note que esto estaba creciendo y dije voy hacer consulta. Lamentablemente yo acá en Paraná he tenido muy malas experiencias con los médicos, en ese momento yo tenía unos ahorritos entonces lo que hice fue irme a Córdoba. Allá me hice ver con un médico que ni bien me recibió, en el mismo lugar que atiende tenía su propio ecógrafo así que enseguida me paso, me hizo ecografía y me dice mira veo algo allá atrás, no sé qué es pareciera como si se estuviera calcificando, no sé qué es, quiero descartar así que vamos hacer una punción para quedarnos tranquilos.

Me quedé ahí en Córdoba, me fui a un centro de investigación muy renombrado, conseguí turno enseguida, ahí me hicieron mamografía, punción...una punción que me viene siendo traumática porque el ruido que hace es como...unas jeringas de latas, el ruido es terrible así que bueno...una punción dije, no! fueron 10 punciones de acá de allá, o sea bien bien estudiado. Ahí me dicen vas a tener que tener cierto cuidados, que no levante temperatura, de ser así ponete en contacto con nosotros, mientras tanto me sacaron con una almohadita de frio y a ir intercambiando cada 10 minutos con la almohadita, 5 sin, volver a poner 10 y así estuve 2 días. La higiene después era el primer día no me podía bañar, el segundo sí me podía bañar con agua y jabón que caiga mucha agua y bueno así para ya terminar de cicatrizar.

A los 15 días yo ya tenía que ir a buscar los resultados, fui y busque todo, como estaba la mamografía y demás todo era un arrebato, llegamos y llegamos 10 minutos antes del turno que tenía con el médico, tenía que pasar primero por el centro a buscar los estudios y después iba con el doctor. En el arrebato de saber que decía, si era benigno o maligno, él (pareja) me saca el informe y queda con las placas y yo con el informe, abro y veo que era maligno y

obviamente para mí fue una angustia grande y lo primero que pensé fue “mis hijas”. Digo bueno no, no son buenas noticias, es maligno así que vamos hablar con el medico a ver qué es lo que dice.

Él me dice veo que ya lo abrieron, sí es maligno, es de rápida proliferación, no está encapsulado así que tenemos que intervenir urgente. Bueno programemos ya la cirugía, a todo esto ya estábamos por pisar julio así que ya estábamos con las vacaciones así que justo enganche las vacaciones, yo me fui a hacerme la cirugía, fue un viernes así que el domingo ya estaba de alta pero me tenía que quedar unos días más para ver si no había infección o algo por el estilo. La operación fue buenísima, sacaron el tumor, sacaron un poco más de tejido y los ganglios centinelas, todo eso fue a estudio patológico y mientras tanto yo quede recuperándome. A los 10 días ya están los estudios patológicos y me dicen que era chiquitito que se agarró a tiempo y demás pero de muy rápida proliferación, maligno y a empezar quimioterapia urgente.

He aquí que el médico que dice yo no sé qué quieres hacer vos, te quieres volver a Paraná, te quieres quedar acá, que quieres hacer. Julio, agosto ya estábamos empezando las clases, el trabajo único ingreso, yo no me podía dar el lujo de quedarme; le dije no, me vuelvo a Paraná. Me dice te buscas una oncóloga y empezás urgente quimioterapia, ella te va a decir que haces si quimio, rayos, que es lo que vas hacer, va a ser ella.

Me vine para acá, por la mamá de un paciente me dice yo la conozco a la “Dr. V.”, es divina así que despreocupate yo te voy a conseguir un lugar para que hagas ya la entrevista y te va hacer entrar por el hospital porque yo me quede sin obra social, en el cambio de monotributista yo pase a responsable inscripta y me dormí para hacer la obra social, entonces quede sin obra. Así que bueno enganche con ella, los tiempos del hospital son distintos entonces lo inmediato que me pedía el Dr. allá en Córdoba acá no pudo ser tan inmediato, hicimos control, centellograma, tomografía para ver si no estaba desparramado por otro lado pero dio negativo todo eso, que estaba todo centrado en el pecho así que bueno... Cuando ella me examina para poder empezar con la quimioterapia me encuentra con una teta inflada, roja y yo con un dolor que venía soportándomelo, el doctor allá me decía que el dolor era propio de lo que habían tocado dentro y es verdad, yo lo vi después de la operación estaba todo inflamado propio de lo que tocaron pero él no me vio después. Yo estuve acá prácticamente un mes donde tenía unos dolores que eran terribles, un ardor terrible, la hinchazón parecía que tenía una prótesis más o menos y bueno era que el tumor mío muto, muto a un inflamatorio. La doctora de acá me decía yo no puedo hacer quimio porque te baja las defensas y si esto es una infección yo no sé para donde se va a ir esa infección, entonces

te vas ya con el medico que te operó porque este pecho yo no lo vi antes de la operación, te vas con el médico y el que él decida. A todo esto números telefónicos intercambiados entre ellos y ellos se pusieron de acuerdo y bueno conseguí también el turno inmediato, ella me ve todos los jueves y el viernes yo ya estaba en Córdoba de nuevo. Cuando llega el medico viene con una cajita toda envuelta con todos los instrumentos, agujas, hilos, anestesia, todo y me dice esto es más el ruido y el quilombo que voy hacer para preparar pero lo que tengo que hacer con vos que ya lo hable con tu doctora es una microcirugía donde yo te voy a estar sacando un poquito de tejido porque lo vamos a mandar a estudiar porque así como esta inflamado seguro que muto. Sacó, lo mando a biopsia y me dijo por mi vasta experiencia que tengo esto ha mutado, está en inflamatorio, es decir que está en tejido ahora, lo que tenes que hacer es empezar urgente con las quimios.

Me volví con las indicaciones del médico, el hablo con la doctora delante mío y me hicieron un sobretorno acá y enseguida ese mismo jueves empecé con las quimioterapias así que bueno, yo ya voy 9 sesiones de quimio y tengo que cumplir 12 y la doctora ya decidió junto con el médico que lo mejor va a ser quitar el pecho así que por más que haya sido efectiva o no la quimio para quedarse todos tranquilos quieren quitar el pecho.

Yo estoy re satisfecha con la atención, ahí en la parte donde hacemos las quimios la atención y contención de los enfermeros es fantástica, ella es divina (médica oncóloga), muy respetuosos todos.

Yo mientras tanto todo este tiempo enfocada en esto (su consultorio), lo único que tuve en la primer quimio que sí me tiro a la cama, la segunda si bien me canse ya no fue tanto, me dormí hasta las 17 y nada más; la tercera me provocó acidez ahí me medicaron, yo no tenía medicación así que cuando fui para la cuarta les explique que tuve acidez y lo único que hice fue pasar todo con agua, livianito. El finde este que paso sí ya me entro más cansancio pero ya llevo varias.

Todos tenían miedo a que este descompuesta o a que me lo tome de otro modo y no, gracias a Dios estoy super super bien, no sé si lo supe llevar o que... no sé pero tampoco le dí rienda...dije ¿qué es esto? ¿Qué hay que hacer? ¿Operamos? Bueno, operamos...No poner trabas, esto es lo que me toca y bueno, punto. No dejo venirme abajo, por nada y por nadie. No me dejo venir abajo porque yo sé que donde me vengo abajo chau, se me viene todo abajo.

Mis hijas estuvieron muy pendientes de mí y están muy pendientes.

**Entrevistadora: ¿Qué edades tienen?**

**Eugenia:** ellas tiene 10 y 15 y las dos están muy pendientes de mí...¿mamá necesitas algo? O por ahí me ven que yo ya llega un momento del día donde ya me pinta el sueño y empiezo “bueno chicas levanten la mesa, acomoden ustedes porque no me siento bien, me voy a bañar y ya me cuesto porque no me siento bien”, pero no me siento bien no es porque me sienta descompuesta siempre les explico, estoy cansada nada más. Son super compañeras, son quienes me tienen de pie...

Yo agenda completa, trabajo desde las 8 a las 12 y retomo a las 14/14.30 a veces 15 y estoy hasta las 20 y termino...y sigue el teléfono, si bien yo trabajo sola no tengo un equipo pero estoy constantemente comunicándome, entonces eso me lleva un tiempito más.

Me mantengo siempre ocupada, a parte no soy una persona que esta “ayy pobre de mí, lo que me pasa”...no!! Yo eso se lo agradezco mucho al deporte, como hice natación y tuve un entrenador re loco, muy exigente...yo estaba en un alto rendimiento deportivo, vivía concentrando, yo me la pasaba el finde concentrando porque tenía un objetivo, tenía que llegar a tal torneo, mi exigencia siempre estaba arriba entonces cuando me toco esto yo dije la tengo que pelear y no voy a abajar los brazos y eso se lo agradezco al deporte y a mi entrenador.

Voy a cumplir con lo que tenga que cumplir, cuando me dijeron vamos a quitar el pecho yo dije y bueno, quítenlo...para mí ya cumplió la función más importante y más hermosa de mi vida que fue crear ese vínculo madre-hija que amamanté, eso ya lo tengo, ya lo viví y me encanto...ya está, es como que cumplió su objetivo y ya está, soy como muy práctica.

**Entrevistadora: ¿te preocupa que te saquen el pecho?**

**Eugenia:** no, ahora justamente tengo que hablar con el médico porque mis amigas me dicen que hay una ley que abala para reconstituir y les digo honestamente no tengo ni idea, si se reconstituye o no, he tenido tantas malas experiencias con el quirófano que lo que menos quiero es el quirófano.

**Entrevistadora: no es una preocupación hoy en día...**

**Eugenia:** no, para mí no es una preocupación. Qué se yo viste que vienen esas gomitas de silicona que metes en el corpiño y ya está, el que quiera aceptarme...Porque lo que es quirófano yo le tengo, no miedo pero le tengo su respeto.

**Entrevistadora:** Cuando vas al médico por esta “pelotita” que habías encontrado, ¿estabas sola o acompañada?

**Eugenia:** estaba acompañada pero él no entro.

**Entrevistadora:** ¿en el momento del diagnóstico también estabas con él?

**Eugenia:** Sí, él me llevó a la consulta en Córdoba porque fuimos todos, pero él no entró. Cuando recibo el diagnóstico estaba también.

**Entrevistadora:** ¿qué fue lo primero que sentiste cuando te lo comunicaron?

**Eugenia:** primero fue “parece que tenes...” y yo quedé shoqueada, “vamos a descartar” eso fue lo que me dijo el doctor y bueno yo me quede con eso sin darle mucha trascendencia a nada así que me quedé ahí ni muy muy ni tan tan. Y cuando yo agarro el papel y leo “maligno” para mí fue un balde de agua fría, estaban mis hijas atrás y mi suegra y viste cuando decis “no, no, no quiero preocuparlas, quiero conservar la calma”. Pase el trago yo sola y el panton del lagrimón sola, me limpie, las mire y con el nudo en la garganta igual lo dije “es maligno”, las chicas empezaron a llorar y les digo no lloren porque hoy en día todo esto tiene solución así que hay que enfrentarlo y nada más, les transmití a ellas tranquilidad para que estén tranquilas, no se amarguen ni nada por el estilo porque para ellas fue muy difícil porque su padre con un diagnóstico de cáncer y ahora la mamá también era difícil para ellas.

**Entrevistadora:** si tuvieras que identificar una emoción de ese momento, ¿cuál sería?

**Eugenia:** angustia, mucha angustia que la deje acá (el pecho) porque estaban mis hijas. Yo a las cosas que me hacen mal, que me lastiman le pongo muchos parches o mucho hielo, es como una autodefensa que tengo, es como que lo dejo ahí y es como que no le doy relevancia y eso me juega a favor en el momento pero después a medida que pasa el tiempo surgen preguntas “che pero vos ¿cómo?” y ahí es como que recapitulo a ver cómo era, que me dijo y ahí empiezo como a revolver eso que no quise revolver...no sé si es bueno o si es malo pero es como mi mecanismo que tengo.

Es más a veces estoy en la sala de espera ahí con todos los oncológicos y yo soy la única que se está riendo, la única que hace charlas, que habla macanas...soy la única, después están todos con unas caras largas y yo los entiendo pero bueno... También me lleve una amiga para que me haga el aguante, vos no sabes...una jarana, una joda; nos miraban todos y la pase re bien, fui con otra onda y me hizo super amena la estadía ese día. Yo no voy angustiada, es

más me tomo el día que voy hacer quimioterapia como un día de spa, se me ríen todos cuando les digo, “un día de spa tarada, estas con suero” pero es un día para mi más allá que estoy con mi enfermedad, es un día para mí, frena el mundo y soy yo porque yo siempre ando atrás de todos entonces es el momento que es para mí y lo disfruto. Hay algunos que hablan, otros que no, otros que duermen porque la medicación que te pasan es fuerte y a veces te duerme pero siempre en un ambiente lindo, más allá de la situación no es un ambiente de disgusto así que bueno...por ahí hay otros casos que también están con rayos y te das cuenta que el semblante de ellos es distinto y que están más cansados y los respeto...los respeto a todos pero siempre les pongo una cuota de humor.

Yo la verdad que lo vengo llevando bien, una cosa es que lo diga yo pero todo el entorno está sorprendido de la forma en que yo la estoy llevando porque no me ven bajoneada ni me ven quieta, yo quieta no estoy siempre ando acomodando, limpiando, llevando, trayendo, llega el fin de semana y yo no quiero estar acá porque tengo mi trabajo acá también; entonces no quiero estar en mi casa, las llevo a pasear (hijas), no tengo que estar expuesta al sol y estoy en el sol nomas ahora tengo que incorporar un paraguas para andar porque soy reacia a las cremas, no quiero estar encremada.

El pelo decidí cortármelo porque para la tercera sesión “hacia así” y me quedaba con los pelo y eso me deprimió, eso me tiro...a parte saludar a mi paciente y decirle “chau mi amor nos vemos la semana que viene”, darle una abrazo grande y verlos que se iban con un souvenir mío un pelo ahh noooo dije, termine ese día la sesión, el viernes, termine de trabajar, me fui al peluquero y le dije “pelame ya!” me paso la máquina y parecía el de los tres chiflados, ¿para qué?! Yo sola me reía de mi misma y “jua jua pero si estas divina” y yo les decía callense manga de mentirosos si soy el de los tres chiflados...yo lo tomo con mucho humor. Subía a los estados de WhatsApp y ahí estaban todos los padres de mis pacientes que estas hermosa, fortaleza y todos con ayuda y tirándome buena onda. El sábado fui a lo de mi hermana y caí con unos pañuelos, me quemaba el coco y dije esto no es para mí, déjenme con el coco al aire libre y acéptenme así como estoy al que le gusta bien y al que no que no me mire, lo que sí me puse aros porque no soy de usar pero como para que vean que soy mujer jaja. Yo siempre soy de andar de deportivo porque trabajo con niños, estoy en el piso pero bueno a veces trato de ponerme algunas pulseras, fragancias o algún jeans, alguna remerita...con mis pacientes al principio me miraban raro o me decían ¿Por qué te cortaste el pelo así? Y yo le decía porque tenía calooooor...ah pero te queda horrible y bueno pero a mí me encanta, así que a vos te tiene que encantar pero bueno, bien...la mayoría lo tomo bien. Otros que son más grandes saben, les explique que estoy con unos remedios y que la

medicación es muy fuerte y hace que el pelo se me caiga y por eso me pelé, esa fue la explicación y lo tomaron bien...y mira que tengo autistas, TGD, síndrome de Down, tengo de todo, un abanico re lindo tengo. Por suerte todos me aceptaron y saben en la situación que estoy.

**Entrevistadora: ¿en ese momento qué fue lo primero que pensaste? En el diagnóstico.**

**Eugenia:** ni la pensé, directamente lo que dije fue “¿qué hay que hacer?”, no pensé “ayy ¿qué va a ser de mí?” Ni nada de eso, fue ¿qué hay que hacer?

**Entrevistadora: pensaste en la solución...**

**Eugenia:** sí, directamente la solución...simplemente eso.

**Entrevistadora: ¿con quién lo compartiste?**

**Eugenia:** me tocó con todos juntos, con toda la familia al mismo tiempo arriba del auto. Después sí se los transmití telefónicamente a mi familia acá, hable primero con mi papá...hice un audio para toda la familia y el primero al que se lo envié fue a mi papá, él me dijo bueno gorda no te pongas mal, quédate tranquila tiene solución, arriba el ánimo como siempre luchadora, positiva que lo vamos a resolver y toda la familia lo tomo así. A mi papá le cayó la ficha de mi enfermedad cuando me vio pelada.

**Entrevistadora: ¿Cómo tomó tu pareja el diagnóstico?**

**Eugenia:** él fue como que lo ignoró, él fue como que no pudo soportar perder el protagonismo porque él también tiene cáncer, eso es lo que dice pero yo nunca vi un estudio ni tampoco se hace tratar; yo tengo todos los estudios y análisis que me hago y te los puedo mostrar, pero él nunca jamás me mostró nada. Él hace su vida, entra y sale...se va todas las noches y vuelve 3 o 4 de la mañana, después duerme hasta el mediodía. Él ni se involucra en mi tratamiento, nunca me pregunta como estoy...nada...no me acompaña en nada ni siquiera aporta económicamente, ni me ayuda con las chicas...por eso yo también decido volver a Paraná y hacerme tratar acá porque mi trabajo es el único ingreso, yo no podía darme el lujo de quedarme allá.

**Entrevistadora: ¿qué áreas de tu vida sentís que ha afectado el diagnóstico? O sea trabajo, familia...**

**Eugenia:** primero el trabajo porque después de la operación yo no podía, como tengo pacientes pediátrico y trabajo con el cilindro entonces yo no podía hacer contacto, fue lo que más me limito porque yo utilizo mucho mi cuerpo, tengo chiquitos que están con parálisis cerebral entonces necesitas poder eslongarlo, tenes que relajar y ahí utilizas mucho el cuerpo tenes que acompañar la eslongacion, el estiramiento y bueno a todo eso yo no lo podía realizar al igual que levantar peso pesado. Tuve que hacer una evaluación con un nene que no lo pude terminar de evaluar y le tuve que decir al padre que no pude porque el necesita otro tipo de información que yo no se la puedo brindar porque es el contacto físico y yo no se lo puedo brindar. Con algunos pacientes tuve que cambiar la modalidad y con ese en particular tuve que dejar el caso pero con el resto les explique a los padres como iba a trabajar, también con la ayuda del equipo con el trabajo por ejemplo el kinesiólogo me los mandaba eslongados, me daban una mano.

A nivel de pareja sí, me sentí como horrible, me sentí como muy fea eso sí lo sentí como que no era lo mismo en la intimidad porque me había quedado como el jorobado de Notre Dame... igual!! No me sentía cómoda. Mi médico me decía pero si es una cirugía hermosa y yo le decía pero si parezco el jorobado y se reía. Hoy sí te puedo decir que fue una buena cirugía y que quedó divísima y ahora digo foo y me la tengo que sacar?! Jaja En el momento en que salí era horrible y ahí era donde me sentía que en la intimidad era un monstruo pero después cuando se empieza con las quimio y se empieza a tener una mejoría, empieza a limpiarse porque había como piel muerta que no desprendía con el agua y jabón de la ducha entonces cuando empiezo con las quimioterapias ahí es cuando empiezo a limpiar bien mi pecho, ahí quedó fantástica, quedó bien.

En esas cosas fue donde me limitó en el trabajo y me afectó en la intimidad porque me sentía, ya te digo una cosa rara, fea yo me veía fea entonces decía para el ojo del otro debe ser un asco, lo estoy corriendo jaja

**Entrevistadora: ¿sentías que él te lo transmitía?**

**Eugenia:** no, era idea mía nomas... él nada. Eso sí, era idea mía.

**Entrevistadora: ¿Cuáles son tus preocupaciones o pensamientos más frecuentes?**

**Eugenia:** por sobretodo que no se vaya para otro lado, yo sé que de ahora en más vienen otros tipos de cuidados todos preventivos. Sé que después de la operación voy a continuar

con rayos, quimio o no sé con qué...pastillas, esto es algo que le médico de Córdoba ya me anticipó.

Preocupación...mis hijas porque esto es hereditario y tienen de los dos lados, puede ser que en ellas no se manifieste y se manifieste en la generación que sigue entonces bueno, mi preocupación es que después tenga que ocuparme de ellas.

**Entrevistadora: desde el diagnóstico al día de hoy ¿qué emociones, ya sean positivas o negativas has experimentado?**

**Eugenia:** como te dije, de lucha porque no me vine abajo en ningún momento es que al estar tan ocupada yo y no permitirme el momento de decir “che loca te está pasando esto” no no...es más, se hacen más problema los otros que yo; yo digo bueno ya voy a salir de esta y ya está. No te digo que no me generó angustia al principio pero después es de lucha y no darle cabida, no estar pensando si esto me va a vencer, si esto me va a ganar, no! es al revés yo.

He sentido miedo...miedo a que esto siga, ese miedo uno lo tiene pero es como te digo yo no me enfoco porque no me quiero enfocar. Yo si tengo que pelearla, bueno sí la peleo... Si yo registre algo yo sola tengo esto que lo bloqueo, lo mando a freezar y no lo revuelvo más salvo que alguien me pregunte pero nada más, es como que voy viviendo el día a día. Por ahí no proyecto, en lo único que proyecto es en mis hijas por tienen la información genética por todos lados.

**Entrevistadora: ¿qué actividades disfrutas hoy en día?**

**Eugenia:** me encanta, necesito, quiero y deseo volver urgentemente a la pileta.

**Entrevistadora: ¿la dejaste a partir del tratamiento?**

**Eugenia:** no, desde antes por falta de tiempo como el único ingreso es el mío, yo sola para todo entonces es como que me superpoble de pacientes para medianamente tener y voy resolviendo y me olvido de mi eso es algo que yo me lo debo, algo que yo tengo que trabajar conmigo misma porque yo siempre soy el ultimo orejón del tarro y no tiene que ser así. Yo si tengo plata en el bolsillo y veo algo que me gustó para él le compro para él; algo para las nenas, les compro a las nenas; capaz que me gustó algo para mí y no, no yo no...no me permito ni mi lugar ni mi tiempo ni nada. Salgo para algún lado, salgo con las nenas a mí no me molesta porque las adoro y muchas veces hago actividades para que ellas se sientan cómodas pero si hay algo que yo tengo que hacer es darme mi tiempo y brindármelo.

**Entrevistadora: ¿qué actividades comparten con tu pareja?**

**Eugenia:** Ahora ya directamente no compartimos nada, antes lo invitaba y ahora ya no, le digo me voy con las chicas. Tampoco a él le interesa, si decía “vamos a comer una pizza”, vamos, estamos nosotras tres sentadas y él en cualquier otra cosa dando vueltas, entonces ¿para qué?!! Entonces a todas esas cosas ya empecé a cortarlas, empecé a cortar todo...salgo, salgo con mis hijas; hago, hago con mis hijas, si quieres sumarte, sumate si no hacemos nada raro”

**Entrevistadora: ¿has buscado algún tipo de apoyo psicológico?**

**Eugenia:** mira como te decía... como estoy super poblada de pacientes el único momento que tengo es el fin de semana y no, no me lo he dado al tiempo te soy honesta. Es con vos, está siendo con vos ahora. No me dan los tiempos, lo que más me absorbe es el laburo.

## Entrevista a Estela

### **Entrevistadora: ¿Por qué acudiste al médico?**

**Estela:** yo fui porque mi marido se dio vuelta, yo estaba durmiendo boca arriba y él se dio vuelta y me dio un codazo en el pecho izquierdo...de ahí empecé a notar un bultito y yo dije debe ser producto del golpe y no le dí importancia, eso fue en febrero y no se iba no se iba; pasaban los días y voy a ver a mi ginecóloga, estaba de vacaciones entonces me dice la secretaria vuelve en dos semanas te doy turno. A las dos semanas cuando tenía turno fui, en esas dos semanas ya se me había hecho un canal debajo del pezón que yo levantaba el brazo y eso era como que se iba para adentro. Cuando la fui a ver me dice “mira yo te voy a ser sincera, hace años que nos conocemos, yo te voy a ser sincera...no es bueno” me mando una mamografía, una ecografía mamaria y me dijo llévala a un cirujano. Bueno, fui pedí los turnos, me los dieron urgente, cuando tenía los resultados se los llevé al “Dr. N”, él es especialista en mamas, me dijo sí ya acá se ve que no es bueno hay dos tumores y se ve que no es bueno, hay varios ganglios afectados en la axila, hay que operar y lo más probable es que haya que hacer una mastectomía. Perfecto, ya fui saque turno para la cirugía, yo no tengo obra social así que me atienden en el hospital, fui saque el turno en abril y me lo dieron para el 12 de mayo. Me saco el pecho izquierdo, 10 ganglios de la axila y al otro día fui y me hablo de la cirugía que me había hecho y que me habían dejado todo listo para hacer una reconstrucción y que el tema era si el cáncer era positivo había que hacer un tratamiento de quimioterapia y el oncólogo decidirá si es la quimio sola o rayos también. Después que estuvieron todos los resultados de las biopsias, de lo que llaman ellos receptores hormonales que son los que definen que tipo de quimioterapia llevas, yo la verdad cuando vi que decía todo “positivo, positivo, positivo...” me quería morir porque yo dije estoy en el horno y él me dijo que no, que eso era bueno porque quiere decir que nosotros tenemos donde atacar. Bueno, me derivó al oncólogo y el oncólogo me dio la quimioterapia y después que terminara con eso y los quinientos estudios que tenía que hacer, que gracias a Dios salieron todos bastante bien, empezamos con el tratamiento oral con pastillitas.

### **Entrevistadora: ¿Cuánto tiempo estuviste con quimio?**

**Estela:** empecé en el mes de julio y terminé en diciembre, fueron 6 sesiones...6 ciclos le llaman ellos. Cada quimio llevaba 3 drogas.

**Entrevistadora: ¿Estabas acompañada cuando fuiste al médico?**

**Estela:** siempre fui sola, la verdad es que siempre fui sola y prefiero ir sola porque me ponen más nerviosa que haya alguien que te diga ¿cuándo te van a atender? ¿A qué hora? ¿Y que te van a decir? Entonces me pone más nerviosa eso así que prefiero ir sola y hablo con las otras señoras que está ahí y es como que nos sentimos acompañadas entre nosotras.

**Entrevistadora: ¿Qué sentiste cuando te lo comunicaron?**

**Estela:** mira yo era como que ya iba preparada para que él me dijera que era cáncer porque Natalia que era mi ginecóloga me dijo “no es bueno”, entonces ya estaba preparada para eso pero a mí lo que me más me cayó mal fue cuando me dijo te tuvimos que sacar todo el pecho.

**Entrevistadora: vos a eso no lo sabías...**

**Estela:** no, no se sabía pero el tema era que uno de los tumores era de los que hacen metástasis, los tumores invasivos y expansivos que le llaman...como que hacen ramificaciones y hacen tumorcitos por otro lado. Eso fue lo que más mal me cayó a mí, ósea al tema del cáncer yo ya lo tenía asumido...sí lloré mucho, azoté cosas y todo pero después dije bueno hay que asumirlo y seguir adelante, no queda otra. El que a mí me ayudó mucho, te digo la verdad, el que me ayudo a salir adelante fue un enfermero de los que hacían la quimioterapia. Él es divino, el estábamos en la quimio y nos hacía cantar, nos llevaba caramelos, nos llevaba cafecitos, nos hacia algún té...porque vos llegabas a la quimio 7 de la mañana y salías a las 1 o 2 de la tarde entonces con él era como que te levantaba el ánimo, llegaba y nos decía “a ver cómo estamos para la quimio, vamos a ponerle el pecho”. A mí no se me cayó el pelo pero había mujeres que sí y andaban con el gorrito porque estaban sin pelo y él decía no hay que tener vergüenza acá, ¿vos quieres que las pelemos a todas? Las pelamos a todas. Esa era otra de las cosas que me preocupaba de la quimio porque me decían te va a arder, te va a quemar la droga cuando entre y todas esas cosas y yo decía mientras no se me caiga el pelo déjalo nomas. Una amiga que también tiene cáncer de mama me decía yo tengo de cuando tenía los gorritos, los turbantes y ya te los lave a todos, te los preparé y yo le decía no los quiero, no los quiero porque a mí no se me va a caer el pelo. Era lo que más me preocupaba, no me importaba salir con los brazos llenos de pinchazos porque las venas se rompían y te pinchaban, no me importaba...mientras no se me caiga el pelo.

**Entrevistadora: es muchas veces lo que más le preocupa a la mujer**

**Estela:** sí, es como cuando tenes que usar el barbijo, subías al colectivo de barbijo y todos te miraban como si fueras un bicho raro, como si vos los fueras a contagiar a ellos.

**Entrevistadora: te genera incomodidad...**

**Estela:** sí, eso era como chocante pero bueno...

**Entrevistadora: ¿Qué fue lo primero que pensaste?**

**Estela:** mira nosotros veníamos de una tía que había fallecido de cáncer de mama. A ella la diagnosticaron más o menos en la misma fecha que a mí pero lo de ella fue irreversible, la diagnosticaron en abril y falleció en enero. Yo a ella la veía y la ví las primeras veces cuando la operaron y la veía bien. Con la quimio se le cayó el pelo, después ella se mejoró, andaba con peluca, estaba bastante bien hasta noviembre andaba bien y ya para las fiestas se puso re mal y ya para los primero días de enero...el 11 de enero falleció y yo dije bueno me va a pasar lo mismo que a la tía y voy a tener que estar ahí acostada en una cama y que están todos alrededor mirándome, esperando a ver si voy a seguir viva o me voy a morir o que me va a pasar. Porque yo lo primero que pensé es que me va a pasar “eso”, me voy a morir, porque te digo la verdad las personas con cáncer que yo conocía habían muerto o sea un tiempo y habían muerto, no vi muchos casos de cáncer en la familia, solamente mi abuelo que falleció hace 40 años casi, mi tía y el otro caso era el mío.

**Entrevistadora: ¿No tenés muchos antecedentes en tu familia?**

**Estela:** si hay antecedentes pero de gente de muchos años, o sea de mis años de vida solo mi abuelo y mi tía y nadie más. De ellos mi abuelo enfermó en agosto y falleció en diciembre, está bien hace un montón de años no estaba la medicina tan avanzada y mi tía también fueron unos meses, ni siquiera un año.

Yo pensaba en ellos, que ellos fueron así casos que fueron terminales y ninguno llego al año desde el diagnóstico hasta la muerte entonces dije la pucha che esto es lo que me espera pero no, gracias a Dios.

**Entrevistadora: ¿Con quién lo compartiste? ¿A quién se lo comunicaste cuando lo supiste?**

**Estela:** cuando lo supe a mi marido, al primero y después que tuve los estudios se lo empecé a decir a mis hermanas, a mi suegra, a mis papás, a todos. Tuve el diagnóstico, o sea

cuando la ginecóloga me lo dijo le dije a mi marido “no vamos a decir nada hasta que tenga los estudios”, cuando lo tuve y se confirmó que tenía que ir a una cirugía y todo eso ahí sí empecé a hablarlo despacito. Mi mamá tiene 80 años ahora, a ellos les cayó re mal viste porque veníamos de mi tía que le había pasado eso y bueno...en realidad yo creo que todo el mundo pensó eso... Es más ahora yo me estoy enterando de que mis tías fueron a visitarme y salían del hospital y lloraban porque me veían mal.

Por ahí iba mi suegra pobrecita que falleció a los dos meses que a mí me operaron; iba ella, mis cuñados y me abrazaban y se ponían a llorar, y les decía no sé para que lloran, yo sigo viva todavía jajaj lloren cuando esté muerta. A parte, después que paso el susto, que pasó todo más o menos empecé a tomarlo con humor, me tocaba a mí levantarle el ánimo a todos y me paso eso que a mi vieja le cayó re mal y me toco a mí levantarle el ánimo a todos.

Estos dos (los hijos) me repitieron de curso, no se quedaron con muchas materias, se quedaron con tres pero no las pudieron sacar. Sobre todo al más chico le cayó re mal, ellos siempre fueron más pegados a mí.

**Entrevistadora: ¿Cómo te sentiste en ese momento cuando vos se lo comunicas a tus familiares?**

**Estela:** ¿cómo me sentí? Yyy es difícil, es difícil de explicar porque la verdad es que bien no me sentía. Ya te digo esto de mi tía había pasado hacia tan poquito y fue tan corto que bien no me sentía. Sí estaban mis hermanas que siempre están, yo te digo yo ahora vine de un susto de vuelta de que me salió un nódulo en el otro pecho y estaba con la mamografía y la radiografía y mi médico estaba de vacaciones...yo lo vi el lunes recién y las tengo desde los primeros días de enero pero recién el lunes lo vi porque estaba de vacaciones y estaba con ese susto, todos te dicen “no va a pasar, vas a ver que todo va a estar bien” pero el susto lo tenes, ya tenes antecedentes y el susto lo tenes siempre pero bueno gracias a Dios dijo no, no hay de qué preocuparse lo vamos a controlar pero no es positivo. A parte tenía la biopsia de que fui a quirófano en diciembre pasado, el año pasado ya fui 3 veces a quirófano y en los 3 años ya fui 6 veces.

**Entrevistadora: ¿Por qué fue la última?**

**Estela:** la primera fue la mastectomía, después tuve un legrado porque la medicación produce engrosamiento de endometrio que eso puede provocar una endometriosis y provocar un cáncer también. Ya llevamos 3 porque tuve 2 el año pasado y 1 el anteaño pasado por suerte las biopsias van saliendo negativo, cambiamos la medicación y seguimos en la misma

así que vamos a esperar un tiempo dice y hacemos otro estudio y vemos si sigue en la misma vamos a tener que pensar en sacar el útero ¿porque no lo hacemos ahora? Porque es una cirugía que es muy complicada ósea para una persona con cáncer es complicada, baja mucho las defensas, lleva mucha pérdida de sangre y vas a tener 2 meses largos de recuperación; un mes seguramente en cama y yo un mes en cama?!! No sé si me quedo dos días. Ahora salió todo perfecto, en julio vamos hacer el próximo control y ahí vemos.

**Entrevistadora: con este nuevo nódulo ¿qué tienen pensado hacer?**

**Estela:** hay que controlarlo porque por ahora es algo chiquitito y no se ve que sea maligno.

Si se agranda o se ve que tiene una forma rara o color raro sí lo vamos a sacar me dijo pero hasta ahora no porque tiene apenas unos milímetros. O sea el nódulo está pero es chiquitito.

Yo le digo a mi ginecólogo, mira yo ya vine preparada porque el año pasado 3 veces a quirófano ya vengo preparada como para que me diga bueno anda y saca un turnito para el quirófano devuelta pero no, afortunadamente no. Y yo creo un poco que esta el tema de que hay que ser positiva, no dejarse caer...yo al principio sí me vine abajo pero después bueno no me quedaba otra.

Tenes que mirar para adelante porque si no salís vos nadie te va a sacar, no va haber psicólogo ni psiquiatra ni nadie que te saque, es así...yo sé que el psicólogo ayuda, el psiquiatra también pero si uno no pone de su voluntad es imposible. Yo lo digo con Ariel (hijo) que tiene Asperger que si no fuera por la psicóloga...él hasta el año pasado con 18 años no te usaba celular, no tenía amigos, él ha cambiado un montón; lo diagnosticaron el año pasado.

**Entrevistadora: ¿Cómo lo tomo tu pareja al diagnóstico?**

**Estela:** la verdad que él es más jodido que yo, él lo tomo como que si yo ya me estaba muriendo. Lo tomo re mal, ¿viste? Pero bueno se supone que él tenía que sacarme adelante a mi pero fue al revés. Le chocó bastante, le cayó re mal. Más que al poquito tiempo falleció la mamá, ese año fue de terror para nosotros.

**Entrevistadora: así que eras vos la que tenía que hacer un poco de sostén...**

**Estela:** siiiii... vos imagináte que yo estaba recién operada, a mi me operan en mayo y la mamá fallece en julio y no podía hacer fuerza ni nada, no podía ni colgar la ropa ni nada

porque me costó mucho tiempo recuperar la movilidad del brazo izquierdo. Es mucha voluntad de uno porque hay muchas mujeres que no hacen lo que tienen que hacer y el brazo les queda ahí, no lo pueden mover más, te digo porque las conozco las he visto en el hospital; el médico me dijo eso lo tenes que hacer vos y le digo pero doctor no puedo, me tira y no puedo; no dice, la piel es el órgano más grande que tiene el cuerpo y es el que tiene más docilidad vos al brazo lo estiras sobre un armario, la apoyas arriba y lo dejás, contás hasta 10 y lo bajas, contás hasta 20, volvés a apoyarlo y contás hasta 10 y así...y lo recuperé. Me tira un poco pero...

Y bueno...ya te digo me tocó a mí sacarlo a delante a todos. Encima lo que él (pareja) hacía era sentarse al lado mío y lloraba y lloraba, lloraba y yo le decía ¿Carlos vas a llorar? Anda a llorar a otro lado.

Iba, me abrazaba y se ponía a llorar y le decía “bueno ya esta, ¿qué le vas hacer? No me voy a morir, parece que todavía no me voy a morir” (se ríe).

**Entrevistadora: ¿Qué aspectos de la relación crees que estuvieron afectadas o se modificaron?**

**Estela:** yo creo que no hubo modificación ¿viste? Porque a él le tocó ayudar a bañarme, ayudar a curarme, ayudar a vendarme y todas esas cosas y es como que a veces la cicatriz le chocaba un poco al principio pero después se tuvo que acostumbrar porque no le quedaba otra que ayudarme, mis hijas mujeres no estaban y a los varones no les iba a pedir que me ayudaran a bañar y esas cosas, a vestirme.

**Entrevistadora: cuando decís que a él le chocaba, ¿le impactaba como había quedado o tenía miedo de generarte dolor?...**

**Estela:** le impactaba como había quedado, como que tenía temor de hacerme doler y yo le decía agarra el algodoncito o la gasita humedecela y me pasas pero pásame fuerte porque a mí me quedó sin sensibilidad todo esto y él lo pasaba con una suavidad como que le dolía más a él que a mí o por ahí le impresionaba, no sé. Yo le decía si te da asco deja!!; no, no me da asco pero me da cosa tocar y lo hacía despacito.

**Entrevistadora: ¿Los fortaleció quizás?**

**Estela:** si, puede ser pero no era que nosotros nos vivíamos peleando ni nada, nosotros siempre anduvimos...no te digo bien, tampoco te digo que no hemos tenido peleas ni antes ni ahora tampoco. Yo soy media loca que por ahí hay algo que no me gusta y voy y se lo digo,

él se enoja, capaz que está dos días sin hablar y después vuelve porque tenía razón y no te queda otra. Pero cambios no hubo.

**Entrevistadora: ¿Hablan sobre la enfermedad, el tratamiento? ¿Cómo es la comunicación entre ustedes?**

**Estela:** ahora ya no, él sabe todo lo que tengo que hacer, lo que hago. Yo en el momento dije cuando el médico me dijo yo deje todo listo para hacer una reconstrucción, yo dije yo lo voy hacer esté de acuerdo o no, entonces cuando llegó el momento fui hablar con el cirujano para hacer la reconstrucción. Él me dice de mi parte no la hagas, a mí no me molesta pero a mí sí le digo, a mí sí me molesta y yo la voy hacer. Pero por mí no la hagas me decía, yo la voy hacer por mí; bueno si vos la querés hacer yo te acompaño dice. Él siempre me preguntaba a qué hora te operan y ahí estaba. Si es por él hacer una cirugía de reconstrucción no quería, yo llevo 2 cirugías de reconstrucción y me falta una todavía que la voy hacer ahora cuando se vaya el calorcito del todo.

Yo lo decidí desde el primer día que me operaron y me dijeron te puedes hacer una reconstrucción, ese mismo día lo decidí.

**Entrevistadora: ¿Te quedaste un poco más tranquila cuando te dijeron?**

**Estela:** si si. La reconstrucción consiste de tres partes, la primera te ponen un dispositivo porque la piel queda pegada al músculo entonces en la primer cirugía te ponen un dispositivo que se llama expansor, el expansor tiene una membrana, esa membrana tiene adentro un cosito con un imán y tiene para clavar una aguja entonces cada 15 días vos vas y a eso le van inyectando un líquido, un gel para que la piel se vaya estirando y vuelva al tamaño que tendría que estar. Llegado el momento que pasa esto, te sacan ese expansor y ponen el implante que es lo que yo tengo hecho desde septiembre y ahora la tercer parte es que reconstruyen el pezón. Es lo que me falta hacer, quería hacerlo los primeros días de enero el médico pero vamos a esperar que pase un poquito el calorcito porque son tres días de internación que tengo que estar seguro, entonces prefiero esperar.

**Entrevistadora: ¿Cómo te sentís cuando estas con tu pareja?**

**Estela:** mira yo prefiero que no me vea, que no vea la cicatriz. Es como que él ya está acostumbrado, ahora ya está el implante, está la forma todo bien pero las cicatrices quedan y yo prefiero que no me vea pero es por mi; en realidad prefiero que no me vea nadie pero vos vas al hospital y entra el médico tuyo con 200 practicantes, te ven todos los residentes...Está

bien, está perfecto, es como que ya me adapté pero en cuanto a él prefiero que no me vea. Es más antes yo prefería que no me tocara esa parte pero después con el tiempo te vas acostumbrando.

**Entrevistadora: ¿Qué actividades comparten hoy en día?**

**Estela:** vos sabes que es como que si vamos a una fiesta o alguna cosa es porque hay que ir los dos juntos, a mí me gusta salir y a él no le gusta salir entonces si vamos a algún lado es porque es un casamiento, algún cumpleaños o cosas así que hay que ir juntos. A veces me manda a mí para que quede bien por los dos, el tema es cuando las reuniones son con la familia de él, con mi familia por lo general voy yo sola. El tema es cuando es la familia de él, es tu familia Carlos andá, fooo bueno hay que ir pero bueno vamos los dos...ahhh que vivo que sos. Salir no, por ahí lo invito a dar una vuelta porque a mí me gusta caminar, yo antes me hacía 50/60 cuadras por día que ahora lo pienso retomar cuando empiecen los días fresquitos porque salgo temprano. “Carlos vamos a caminar a la tardecita”, “bueno vamos a caminar” con pocas ganas. Por ahí me dice bueno el sábado vamos a salir y ya los gurises lo miran con cara de susto como diciendo “¿será?” y llega el sábado y dice no, no tengo ganas vamos a comer algo acá.

**Entrevistadora: ¿Cómo ha afectado la enfermedad en tu manera de vivir?**

**Estela:** mira me afecto antes que nada que me quedé sin trabajo. Yo trabajaba con un servicio para fiestas, trabajaba en la cocina, ayudaba a cocinar, limpiaba el salón, limpiaba la cocina, limpiaba todo, es más se terminaba la fiesta y no se alcanzaban a lavar las cosas yo iba al otro día y lavaba todas las copas, platos, todo; cuando me operaron fue “no te hagas problema, cuando estés bien volves al trabajo” y nunca más volví porque ellos no se querían arriesgar a tener una persona enferma y que le pudiera pasar algo; en realidad fue eso, no quisieron arriesgarse a tener una persona enferma trabajando y que le pudiera hacer algo y que me pudiera hacer algo y les haga una demanda o algo, eso fue lo que paso. El resto no, al principio sí me afectaba que no tenía ganas de salir, ni que me vieran en la calle entonces me quedaba en mi casa nomas... porque te veían los vecinos y ya todos te miraban y te preguntaban pero después no les dí importancia seguí con mi vida, bueno no se podía trabajar en lo que hacía busque otras cosas, otras alternativas para hacer, es más ahora vendo productos aromatizantes de ambientes, para autos, las varillas difusoras de bambú, todas esas cosas y yo ando bien con eso; tengo mis clientes, una vez por mes las llamo y les pregunto que necesitan, entonces me dicen traeme tal y tal cosa y se las llevo, voy y vengo y así.

**Entrevistadora: supiste buscarle la vuelta**

**Estela:** Sí...por ahí me atacaba, me ponía loca, me atacaban los nervios y es como que te quieres caminar el techo; entonces agarraba me calzaba las zapatillas y caminaba, caminaba, caminaba, caminaba hasta que me cansaba y si me daba me volvía caminando; y sino donde me cansaba paraba y me tomaba el colectivo.

**Entrevistadora: muy activa, eso ayuda un montón**

**Estela:** yo creo que eso me sacó adelante y el no quedarme en mi casa sentada esperando que pasaran las cosas. Yo no me puedo quedar quieta, no soy así es más estoy enferma, porque a veces me pasa que la medicación es fuerte y por ahí tengo días que me levanto re descompuesta con vómitos y todo, y bueno quedate en la cama...me quedo, se levantan y se van todos y se me pasó, salí de la cama y ya me fui a lavar ropa, a cocinar, limpiar y a todo porque si yo me quedo en la cama la que se perjudica soy yo.

**Entrevistadora: bueno, como afecto en tu trabajo me lo comentaste...¿Cómo afecto en tu familia, en tu pareja?**

**Estela:** les pego muy mal pero no quedo otra que asumirlo más que yo lo supere y seguí adelante y estoy bien medianamente...ellos tenían que estar bien, yo les decía ustedes tienen que estar bien no por mí sino por ustedes porque si ustedes están mal yo me pongo mal entonces ustedes tienen que salir adelante. Al más chico el padre cometió el error de llevarlo apenas a mí me habían sacado de quirófano y me vio mal porque es la verdad, al principio no estaba tan bien y él a eso le afecto muy mal, muchísimo entonces él dijo yo nunca más te voy a ir a ver cuando estés operada; después paso lo de la abuela que falleció y dijo yo nunca más quiero ir a un velorio. Él fue uno de los más afectados, el otro si sabes algo del síndrome de Asperger sabrás que él no exterioriza, es como que no le afectan esas cosas que pasan le afectarán a su manera pero no lo demuestra y bueno los otros dos varones fue como que se apegaron más a mí, siempre están.

**Entrevistadora: ¿y tus hijas mujeres?**

**Estela:** ellas...a ellas creo que les afectó menos o lo demostraron menos, creo que ellas al ser mujeres...es como que los varones siempre fueron más pegados conmigo y ellas con el padre, capaz que por eso no lo demostraron tanto, sí les afecto. La mayor es enfermera, está viviendo en el sur de Buenos Aires cerca de Coronel Suarez y está todo el tiempo pendiente

de mí, de mis estudios, si sabe que tengo un estudio porque todos saben cuándo tengo uno, ¿fuiste a hacértelo? ¿Se lo llevaste al médico? ¿Qué salió?...cuando yo tengo un estudio enseguida mensajito en el grupo de la familia “¿Qué te salió?” “mandame mensajito y te digo” y por ahí para no preocuparla “no, si está todo bien” entonces empieza “decime la verdad” entonces ya te llama y parece que con el tono de voz ya se da cuenta de todo.’

**Entrevistadora: ¿Cuáles son tus preocupaciones o pensamientos más frecuentes?**

**Estela:** más que nada mis hijos y la verdad la preocupación que tengo es más que nada con ellos, que terminen la escuela, que puedan... los más grandes ya estudiaron, se recibieron y están cada uno en lo suyo pero me quedan ellos dos, que terminen la escuela y poder encaminarlos que encuentren lo que quieren hacer; más que nada me preocupa Ariel con la condición que él tiene ¿viste? Le cuesta mucho todo, le cuesta adaptarse, le cuestan muchos los cambios, repitió la escuela y yo quería cambiarlo, él no quiso y los hermanos me dijeron no, él ya está adaptado ahí dejalo que repita y así tenga 30 años y tenga que terminar la escuela ahí dejalo que lo haga ahí porque ya está adaptado, vos lo sacas de ahí es volver a empezar. A parte el sufrió mucho el tema del bullying, empezando que es extremadamente blanco que lo llamaban fantasma que le decían muchas cosas más hirientes en la escuela, él no se defiende de las agresiones de los compañeros ni nada, él estuvo muchos años en la escuela primaria y secundaria con los mismos compañeros y había uno que era grandote de la misma edad pero grandote y lo defendía, Gastón se cambió de escuela y es como que quedó solo, como que le soltaron la mano y ya te digo lo que más me preocupa son ellos dos, más que nada... que puedan salir adelante, que puedan terminar la escuela y que puedan encontrar el camino de lo que quieren seguir, lo que quieren estudiar, lo que quieren ser en la vida. El más chico ya me dijo que cuando cumpla los 18 quiere pasarse a una escuela nocturno y ser voluntario en el ejército, está desde el año pasado con eso y no me queda otra que callarme y aceptarlo porque si te le pones en contra... aprobarlo porque quizás es lo que le gusta, él quería ser piloto de avión, después no sé porque motivo se le paso y ahora quiere entrar de voluntario en el ejército.

**Entrevistadora: y con respecto a vos ¿hay algún pensamiento o alguna preocupación?**

**Estela:** no, porque a mí me preocupa cuando me hago los estudios y veo que sale algo que no está bien, que no está dentro de los parámetros normales ahí sí me entra una preocupación hasta que le llevo las cosas al médico y ahí me tranquilizo porque me dice no, eso es normal

puede pasar...pero no. Es más a mí me gustaría conseguir un trabajo ahora, algo estable...por la edad que tengo...es bastante imposible, más con los antecedentes es más que imposible entonces me dedico a hacer lo que puedo hacer dentro de lo que se me permite.

**Entrevistadora: te gusta mantenerte ocupada...**

**Estela:** sii, si o sea nunca fui de estar quieta...es más donde yo trabajaba antes que iba al servicio cuando empezaba la temporada de fiestas octubre, noviembre, diciembre todo eso empezábamos a hacer las cosas el miércoles, se las guardaba en el freezer y yo iba los miércoles eran 15 cuadras para ir, 15 cuadras para volver y 15 cuadras a la tarde para ir, 15 para volver y así. “Tenes colectivo” sí, pero tenes que esperarlo como una hora...yo puedo caminar, ¿porque no lo voy a hacer? A parte me hace bien caminar y ahora si lo tengo que hacer lo hago.

Me paso una vez que tenía turno al médico y mi marido me llevo, fui me atendió todo, yo case mi cartera y ya me venía caminando...por ahí me llama y me dice te atendió? Si le digo, esperame en el hospital me dice...¿en el hospital? Le digo (se ríe)...ya iba caminando. Nooo me dice esperame que ya te voy a buscar.

**Entrevistadora: del diagnóstico al día de hoy ¿qué emociones has experimentado?**

**Tanto positivas como negativas**

**Estela:** mira al principio veía todo negro, todo el panorama oscuro que ya te digo “me voy a morir” decía, serán unos meses y me voy a morir; todo va mal pero después no, es como que lo tomé como si fuera una gripe, natural, seguí para adelante...no te queda otra que seguir y seguí caminando. Ya te digo cada vez que sale algo raro, sí es como que me agarra un ataque de ansiedad, de nervios que tengo que salir y desquitarme con algo, me voy a caminar o me pongo a hacer tortas o panqueques, cocinar que es algo que me gusta. Tengo que descargar la energía negativa y cargarme de energía positiva. Muchos me dijeron proba de ir con un psicólogo...no, yo tengo que salir sola doctor y voy a salir sola y bueno pero ahora es como que me dicen las cosas y sí salió un nodulito, tendrá que operar devuelta y empezar denuevo pero ahora ya es como que lo tomo natural, no me afecta, si bien al principio me afecto, ahora no me afecta en nada. Tenes que acostumbrarte a la enfermedad y a vivir con la enfermedad por todas las consecuencias que trae, siempre acarrea algo...los estudios, ahora me dijo esta todo perfecto, vamos a empezar a espaciar más los estudios, “ayy al fin dije, al fin pegué una”. Yo ahora estoy con tres médicos: el ginecólogo, el cirujano

plástico y el oncólogo, el oncólogo me manda un estudio se lo tengo que llevar a él, al ginecólogo; el ginecólogo me manda un estudio y es lo mismo.

**Entrevistadora: ¿cuáles son las actividades que disfrutas hoy en día?**

**Estela:** caminar, cocinar y te digo salgo con mis amigas, salimos a cenar o nos juntamos en el parque, caminamos, hablamos, tomamos algo, se hace tarde y comemos una pizza. Mis hijos son grandes, no tengo bebés, tienen manos, tienen la heladera y el freezer; yo soy la madre, no la empleada doméstica...siempre se los dije, ¿vos tenés hambre y querés comer? Te cocinas! Se hacen hamburguesas, huevos fritos, no tienen drama porque ellos ya saben que salgo con mis amigas y no sé a qué hora vuelvo, antes que tenga el ultimo colectivo seguro vuelvo.

**Entrevistadora: ¿Has buscado ayuda profesional pero de la parte psicológica en algún momento?**

**Estela:** No. Te digo la verdad, fui una vez a un grupo que había en el hospital pero sinceramente salí peor de lo que entré porque era como que yo estaba saliendo, que estaba bien, que estaba marchando para adelante y ellos como que me tiraban para atrás porque estaban todos con diagnóstico mal, o sea mi diagnóstico era bueno y el de ellos estaba para atrás, ¿me entendés? Entonces dije no, voy ahí y tengo que escucharlos a ellos, te pones a llorar con ellos que todo va mal y entonces no.

**Entrevistadora: ¿Sentías que no podías compartir tu situación?**

**Estela:** claro, el tema era que yo hablaba les contaba que mis estudios estaban bien, salieron de 10 y ellos estaban “y no porque a mí me salió esto...” incluso uno salió y dijo “porque a mí me dijeron que lo máximo que me quedan son 3 meses de vida” entonces dije no, eso no me va a ayudar a salir, me va a tirar para atrás y capaz que a ellos al verme tan bien tampoco les ayudaba, entonces dije no voy más.

## Entrevista a Carlos

**Entrevistadora: ¿cómo se entera usted del diagnóstico?**

**Carlos:** fue muy de repente, fue a un control médico y se encontraron con el diagnóstico. Fue una cirugía rápida. Impacto mucho porque también tenía a mi vieja (su mamá) enferma en ese interín y bueno...no es fácil porque de repente te cambia todo, se te borran ilusiones que uno las encaró juntos y muchas cosas que se abandonan por esto pero la seguimos peleando.

**Entrevistadora: ¿fue ella la que le comunicó?**

**Carlos:** si si porque yo la acompañé. La acompañaba hasta el hospital a hacerse atender, si bien yo no podía participar ni acompañarla adentro pero siempre estaba en la puerta. Supongo que para ella es más difícil que para mí, seguro. Pero viste que todo te junta, te arrastra la situación laboral, todo.

**Entrevistadora: ¿qué fue lo primero que pensaste?**

**Carlos:** y lo primero fue que no quería que se me muera. Fue difícil el primer tiempo porque yo vivía con un nudo acá (señala la garganta, se angustia y no puede hablar, llora)

**Entrevistadora: ¿te angustiaba?...**

**Carlos:** mucho...

**Entrevistadora: ¿había mucho miedo?**

**Carlos:** siiii...pero siempre nos mantuvimos cerca y nos acompañamos pero fue difícil. Yo no fui al psicólogo, ella creo que si la atendió un psicólogo en el hospital, la atendieron de maravilla todo el tiempo; yo no fui pero tuve que aprender a convivir con la enfermedad. Vos por ahí no tenes la respuesta a todo pero hay que aprender, entonces tuve que aprender a cómo manejarla, como hablarla, como tratarla; o sea te cambia la vida, en todo sentido te cambia porque no es lo mismo. Hasta que bueno, ahora ya sé cómo hacerlo. Yo hubiera preferido que me pase a mí y no a ella, pero bueno... Después en un momento por ahí el paciente cree que uno no le da bolilla pero es que vos no sabes cómo reaccionar y por ahí le produce enojo o cosas pero no es que a uno no le interesa sino pero no sabes cómo manejarte. No todos los días son iguales, ahora ya sé cuando está bien, cuando está mal y ya sabemos cómo llevarnos, es decir que me ha cambiado pero tuve que aprender sin ayuda profesional

porque no tenía ganas de ir a que me ayuden. Y ahora es ya prácticamente como una vida normal de nuevo para con ella

**Entrevistadora: ella ha avanzado mucho en su tratamiento...**

**Carlos:** siiii ha avanzado mucho, por ahí muchas veces la enfermedad no se cura, quizás con el tratamiento “se duerme” y queda ahí pero bueno, lo importante es que sigue, se siente bien, se siente apoyada, mimada pero es por lo que uno le da y el entorno. Por ahí suelen surgir problemas en la familia como todos y la primera que se cae es ella, así que cuando hay algo que no funciona bien ella es la primera que se cae así que últimamente estamos pendiente de que no llegue a pasar eso.

A parte con el tratamiento no deja pasar un día, tiene muchas ganas de vivir por eso es que te dan ganas de apoyarla. Ella cumple con todo. Lo que sí a veces se descuida un poco es que se pone hacer tareas que no puede hacer porque semejante cirugía ¿viste? Y ella por ahí no se cuida y después anda 2 o 3 días hasta que se recupera.

**Entrevistadora: no puede estar mucho quieta...**

**Carlos:** nooo, porque aparte quizás eso la hace empeorar y no, no puede estar planchada. Y el impacto de entrada fue..me dice “estoy mal, estoy hecha m..” bueno le digo mira, yo te voy a esperar hasta los 100 años...después...(llora, se vuelve angustiar mucho)

**Entrevistadora: ¿tenés miedo hoy en día?**

**Carlos:** sí. La tranquilidad es que uno hace todo lo que puede, lo que está a nuestro alcance y yo creo que lo que más le sirve a la persona con ese problema es la autoestima, ella tiene mucha autoestima y eso hoy por hoy es lo que creo que le ayuda mucho; y eso se lo enseñaron en el hospital. Ella sale, se pinta, se plancha el pelo todo... Ella se sintió muy mal durante mucho tiempo hasta que el año pasado se hizo un implante y le cambió la vida; sufrió más que quizás con la primera cirugía pero ella ahora se siente distinta, se siente activa. Ya cuando volvió de la cirugía, la sentí otra mujer. Yo tuve la experiencia de que casi pierdo la mano derecha y eso me fortaleció un montón, ese tiempo tuve que aprender muchas cosas pero lo único que le pedía a Dios no perder la mano.

**Entrevistadora: si tuvieras que identificar una emoción de ese momento ¿cuál sería?**

**Carlos:** y fue...(se angustia nuevamente y llora) lloré una semana (se disculpa por tanta angustia y va al baño a lavarse la cara). Lloré una semana, después vino mi hermano mayor...

Y después tenía que cambiar viste? No podía vivir llorando, si seguía llorando se ponía mal pero yo lloraba escondido pero bueno...ya zafamos.

**Entrevistadora: ¿angustia sería?**

**Carlos:** siiii, mucha angustia.

**Entrevistadora: ¿con quién lo compartiste? ¿Con quién lo pudiste hablar?**

**Carlos:** con mi hermano mayor. Nuestra madre nos enseñó a ser unidos, yo cuando estaba peleado o enojado con mis cuñadas no le daba bolilla, que no me afecte con mi hermano, que no afecte lo que pase en el entorno de cada uno. Él se preocupa mucho también, él tiene una cuñada que hace años que la viene peleando, debe hacer como 30 años ya.

**Entrevistadora: así que vos le brindas apoyo a ella pero vos también tenés apoyo por parte de tu familia**

**Carlos:** sii, mi vieja cuando se enteró lo primero que me dijo “cuidala a Estela”, que la cuide. Hasta que se murió, hasta que pudo hablar me dijo que la cuide, que la cuide (se angustia nuevamente)

**Entrevistadora: ¿cómo crees que tomó ella la noticia? ¿Cómo la viste vos?**

**Carlos:** se amargó un montón, me decía “la pucha mira la edad que tengo y me pasa esto, no puede ser” y ya la tenían que intevenir (mastectomía), bueno le digo tratemos de llevarla adelante, ojala yo pudiera cambiar y estar en tu lugar, siempre pensaba dentro de mí y por ahí se lo decía algún amigo íntimo hubiera preferido que me engañe y no que se enferme así, o cualquier cosa pero no esto pero bueno toco esto y hay que remarla.

**Entrevistadora: ¿qué aspectos de la relación se han modificado?**

**Carlos:** no, quizás estamos más unidos que antes, no sé si porque hay amor o porque pero sí estamos más cerca, eso ni dudarlo. Por ahí viste en la vida cuando tenés gurises aparece algún problema pero esto es mucho más; hay algo positivo en esto adverso y es que estamos más unidos que antes. Yo abandono cualquier cosa, dejo cualquier cosa así sea un trabajo, renuncio a todo pero primero está ella, después está lo demás porque si algún día se me va no voy a poder estar de lo arrepentido. Cuando ella no está bien yo ni siquiera salgo, me quedo acá; voy acomodando para poder estar cerca. Cuando tiene algún estudio o algo así, por ejemplo en diciembre que estuvo internada un par de días, yo la acompañé todas las veces si

bien de noche yo no me podía quedar si quedaba una de nuestras hijas, como es sala de mujeres no dejan a los hombres quedarse.

Estoy todas las veces que puedo y después ya cuando tuvo la primera cirugía que fue bastante densa, le dieron el alta y yo la cuide todo el tiempo, la curé, la bañé.

**Entrevistadora: ¿hablan con ella de la enfermedad, del tratamiento? ¿Cómo es la comunicación entre ustedes?**

**Carlos:** y siempre, por ahí que le sale mal una ecografía y bueno ahí es donde yo arranco y la acompaño de vuelta porque ahora le hacen cada 4 meses estudios de todo, análisis así que la tienen bien controlada. Pero sí hablamos, por ahí yo le digo “¿y mami como andas?” porque por ahí está acostada, por ahí hay días que anda un rato y se acuesta por los remedios que la tiran abajo, entonces voy la acaricio...en esa parte yo en principio había cambiado pero después tuve que empezar hacer como si fuera todo normal como que nunca ha pasado nada y eso también la incentiva.

**Entrevistadora: ¿Cómo te sentís cuando estás con ella?**

**Carlos:** me siento bien. En un momento hasta me puse a tomar vino porque no me podía sacar la espina pero no es la solución esa pero me siento bien con ella; ya te digo hay cosas que no son iguales que antes, ella misma sabe que no es igual pero tenes que asimilarlo.

**Entrevistadora: ¿qué actividades comparten?**

**Carlos:** y por ejemplo cocinar, cortar el pasto que se yo por ahí limpiar, por ahí muy poco salir a caminar muy poco; y por ahí miramos una novela juntos o una película; ella no puede tomar mucho mate porque le hace mal se ataca de los intestinos. Lo que más le gusta es cuando yo cocino, por ahí se va y la espero con la cocina limpia, cocino y todo así se desenchufa y eso la hace sentir bien.

Los chicos colaboran mucho, los dos más chicos, cuando ella no está van y sacan el cesto de la ropa y ponen a lavar, la cuelgan todo, después se la juntan y eso la hace sentir bien; por ahí si veo una o dos veces seguidas que ellos no están encima los habló y enseguida se van atrás de ella. Los chicos son re compañeros con ella y yo creo que ella la está peleando mucho por los dos chicos más chicos que tenemos y los dos viven mimándola, besándola, molestándola, por ahí se ponen a jugar a las cartas con ella.

**Entrevistadora: ¿cómo ha afectado esta situación en tu vida cotidiana?**

**Carlos:** y ha afectado mucho porque como te decía renuncié a un montón de cosas, se te caen las persianas y me enfoque en ella nomás y sí me ha afectado mucho, emocional y en todo sentido pero hasta ahora no he sido cobarde y estoy con ella.

**Entrevistadora: ¿Cuáles son tus preocupaciones o pensamientos más frecuentes?**

**Carlos:** lo primero que quiero y lo único en que pienso es en que esté bien después lo demás viene solo, principalmente me preocupa la salud de ella y bueno voy hacer hasta donde pueda hacer porque viste que vos en esa situación no tenes la respuesta entonces es acompañarla, estar con ella...esa es la preocupación. Casi que no me preocupa tanto lo demás como ella. La salud es lo primero, lo demás...viste que hay un dicho que dice “Dios proveerá”, hay veces que hemos estado muy mal y ella a veces se preocupa, dice “yo no puedo trabajar por esto” porque tenía que ir a veces hasta tres veces a la semana al hospital, vivía en el hospital pero ahora ya va un poco menos, pero se enoja porque no puede trabajar, no puede ayudar pero yo le digo me ayudas con que estés bien nomás, lo demás Dios proveerá. Hemos llegado a situaciones complicadas y el último día aparece la solución y eso lo tenemos no sé si por una cuestión de fé o que pero ella se acuerda de muchas situaciones anteriores de hasta cuando teníamos los chicos chicos y yo me vine de Cerrito y changueaba por una bolsa de papa, una bolsa de cebolla, una garrafa y así; después tuvimos un muy buen pasar cuando yo trabajaba en el frigorífico en Buenos Aires hasta el 2001 que se cerró la exportación, el frigorífico cerró.

**Entrevistadora: desde el diagnóstico al día de hoy ¿Qué sentimientos y emociones positivas y negativas has experimentado?**

**Carlos:** las positivas que va saliendo adelante y se está sintiendo mejor, eso genera alegría. Las negativas no las pienso porque si vos al momento de pensar en lo negativo, lo negativo viene.

**Entrevistadora: ¿Qué actividades disfrutas hoy en día?**

**Carlos:** disfruto, como soy mecánico, disfruto cuando un trabajo queda bien y eso repercute y le da valor a lo que vos haces, es decir, por ahí hay veces que se enojan un rato porque a raíz de que cuando Estela no está bien yo dejo el trabajo un día más pero en lo mecánico me da mucha satisfacción hacer cosas y cosas buenas entonces eso te da ganas de seguir haciendo cosas.

## Entrevista a Alicia

### **Entrevistadora: ¿Por qué acudiste al médico? ¿Cómo se llegó al diagnóstico?**

**Alicia:** Lo mío fue bastante atípico yo ya tenía displasia mamaria que son bloques fibroglandulares que se van moviendo por dentro de la mama eso me lo fui controlando y un día, yo me noto como un cordón que iba en la parte de abajo de la mama, del pezón para abajo era todo un cordón duro. Fui a la ginecóloga me lo palpó me dijo mira yo creo esto es más de lo que ya sabemos, que son los bloques fibroglandulares que van cambiando de lugar pero por las dudas vamos a hacer el control ahora. Yo ya me hacía mamografías, me hice mamografía y salió todo normal en la mamografía; no se vio nada raro, no se detectaba nada. Yo por lo general me hacía la mamografía y la ecomamaria pero justo era muy fin de año, los médicos se iban todos de vacaciones entonces me dice la ginecóloga “vamos hacer una cosa, hacete la mamografía ahora” así que me la hice, me la controló, me dice está todo normal, no hay ningún cambio, no hay nada raro, me dice hacete la eco cuando vuelvas de vacaciones. Viste que entre que te haces el estudio, te vuelve a ver el médico, ya capaz que pasaron 30 días, no es que todo es tan dinámico, en noviembre yo también...en diciembre yo me coloqué también un diú, yo no me cuidaba con el diú, me coloqué...a ver, charlando con mi ginecóloga me coloqué el que libera hormonas a nivel local para no tomar pastillas que era menos invasor y todo eso. Enero y febrero todo normal, cuando arranca toda la temporada en marzo yo me hago la ecografía mamaria y ahí arrancó todo porque con la mamografía no salía absolutamente nada pero en la ecografía mamaria se vieron dos imágenes, no solamente una, ya había otro tumor más y ahí arrancamos.

Mi ginecóloga me deriva a un especialista en mamas entonces ahí ya arranqué con él, digamos que esto no fue culpa de nadie, a ver... viste que por ahí uno enseguida busca responsabilizar algo, las cosas se hicieron como se debían hacer quizás me las tendría que haber hecho enseguida a la eco y me hubiese evitado quizás otras cosas pero bueno eso nadie lo puede saber...eh...y bueno el colocarme el diú fue como darle, como alimentar el tumor porque mi cáncer es 95% hormonal y del crecimiento rápido los tumores que yo tenía. Así que el primer paso fue hacerme la punción mamaria que yo quería obviarme ese paso, yo quería directamente me operaran y el médico, el mastólogo, me dijo que no porque el quería ver con qué tipo de cáncer había que pelear para el tratamiento y para ver los pasos a seguir o sea que me hice la punción mamaria cuando estuvo el diagnóstico era carcinoma y yo ya estaba en grado 4 creo, estaba avanzado y me sacaron tejido, la biopsia que hicieron fue del lado que estaban los tumores y ya eran de grado 4.

Bueno lo primero, el paso a seguir fue la cirugía mamaria, me sacaron toda la mama izquierda me sacaron toda la mama, toda toda...lo mandaron a analizar y ya había metástasis en casi todo el tejido mamario, sacaron cadena ganglionar también, de los 13 ganglios que me sacaron uno tenía metástasis parcial con eso decidieron que yo tenía que hacer quimioterapia y después rayos. Fui a ver a un doctor que es una eminencia en Santa Fe, me hice ver, le lleve todos los estudios y me dijo que me quedara tranquila que lo mío era...es decir el tratamiento era de protocolo porque podía ser que con la cirugía yo ya estuviera curada o no, como ya había comprometido un ganglio, el ganglio centinela que le dicen que le hacen la punción antes de la cirugía y después deciden si sacan cadena ganglionar o no, ya había una metástasis parcial decidieron que ante la duda haga el tratamiento. O sea primero hice el tratamiento que era cada 21 días por tres meses y después era semanal, me operaron en mayo y en junio arranque con lo que era quimioterapia y en diciembre que se terminaba el tratamiento de quimio arranque con lo que eran los rayos que eso era todos los días salvo sábados y domingos, en Santa Fe, los rayos me los hice en Santa Fe, en el centro oncológico de allá.

**Entrevistadora: ¿solo los rayos fueron en Santa Fe?**

**Alicia:** claro, yo me hice tratar todo acá en Paraná...hice solamente una interconsulta en Santa Fe con este médico que era una eminencia para tener otra opinión pero el tratamiento fue acá en Paraná y únicamente los rayos en Santa Fe.

**Entrevistadora: ¿En todos esos momentos vos ibas acompañada, estabas sola?  
¿Cómo fue esa situación?**

**Alicia:** Siempre estuve acompañada, me acompañó mi esposo cuando me hice la punción. Después estuvieron mi mamá, mi hermana, mi papá...lo que es mi familia directa estuvieron todos. Lo que pasa es que a veces es uno, no es tanto el resto, es uno el que pone...no es solo que pones los límites sino que tenes una carga bastante grande, no solo por lo que vos estás atravesando sino también por tu entorno porque llega un punto que vos tenes que contener al entorno en vez que el entorno te esté conteniendo a vos. El límite que por ahí yo sí puse, que me agobió mucho fue el tema que todo el mundo lloraba, lloraban mis amigas, lloraba mi mamá, lloraban mis tías...entonces llegó un punto que yo dije basta! A ver dejen de velarme que yo todavía estoy viva...un poquito de humor negro, fue mi manera de ponerles un límite; a ver yo necesito que me ayuden ustedes a mí, no estar yo consolándolos a ustedes por algo que a mí todavía no me paso y no quiero que me pase. Ya por ahí tenía una carga grande lo

que eran mis nenas que son chicas, osea que el contexto era también fuerte para ellas. Yo tenía que tratar de contenerlas a ellas pero también tener que estar conteniendo a mi familia directa, es todo...y a la vez, como me explicó una vez la oncóloga, no es una enfermedad tuya solamente es una enfermedad a nivel familiar porque digamos que también te cambia la vida y todos lo sufren, no solamente la persona que está enferma sino la familia lo sufre y vos imagínate no era fácil explicarle a una criatura lo que a mí me estaba pasando y a la vez también a nivel emocional y psicológico uno es como que toma decisiones o se pone...como que vos tomas distancia también por ejemplo las empecé a dejar también más solas, no solas en la parte afectiva sino en el sentido que se manejaran solas, que se peinen, que se vistan, que se hagan la leche...que se valgan por ellas mismas...yo creo que también es una forma de uno prepararse o prepararlas a ellas en caso que vos llegues a faltar...que no es fácil... Yo creo que es la mayor preocupación que una puede tener como mamá, tampoco hice un drama...no lo tomé como algo dramático, tuve mis momentos...sí...pero por otro lado es como que también trataba de darles tranquilidad a ellas. Por ejemplo la charla más fuerte que yo tuve fue con mi hija mayor y creo que eso fue algo de lo que más me marco en esa situación que ella me preguntó si yo me iba a morir...yo siempre fui con ellas muy del día a día, de que la vida da muchas vueltas, uno nunca está preparado para lo que te puede pasar entonces uno tiene que ser fuerte ante lo que te toque en la vida. Lo que yo le respondí en ese momento es que uno no sabe ni cuándo ni cómo ni dónde, que ni yo lo sabía ni los médicos lo sabían pero que a mí nadie me había hablado de que me iba a morir sino que estábamos haciendo todos los tratamientos y todas las cosas para que yo me sanara. En sí después que a mí me sacaran la mama me dijeron que el tratamiento que yo estaba haciendo era curativo no paliativo, era para prevenir si alguna célula se había disparado para cualquier otra parte del cuerpo atacarla de entrada con la quimioterapia.

**Entrevistadora: ¿Cómo te sentiste cuando te lo comunicaron? Si pudieras identificar una emoción de ese momento...**

**Alicia:** Terrible, es terrible lo que sentís...hay un solo pensamiento que es el que te viene a la cabeza en ese momento y yo creo que, capaz que ahora no tanto, pero en ese momento a vos te dicen cáncer y vos lo relacionas con la muerte...es así. Nadie te explica que hay alternativas, nadie te explica. Mientras allá vida hay esperanza, es así, a menos que ya te den un diagnóstico terminal la esperanza está; incluso yo creo en los milagros o sea que yo creo que la fe mueve montañas también, no me malinterpretes pero yo creo que son situaciones donde uno más se aferra a lo que mejor le hace. Yo soy consciente que hay que gente que no

sobrevivió, yo sé que pasa lo que puede llegar a pasar, yo en ningún momento me autoengaño ni engañé a nadie yo sabía las alternativas, después es esperar a ver qué pasa con el tratamiento. Por ahí viste que empezas a escuchar campanas de todos lados...que no te hagas el tratamiento, no te hagas la quimio, no te hagas esto, ajá sí pero si no me lo hago y me quedo con la duda de que si me lo hubiese hecho y a veces es preferible agotar todas las posibilidades...hacer las cosas como hay que hacerlas y bueno si tiene que ser va a ser y eso no lo va a evitar nada ni nadie.

Fue terrible, terrible por la carga que uno tiene que te digo yo no tenía tanto miedo por mí, mi miedo eran las nenas, ¿entendes? Yo creo que no lo sufrí tanto por mí sino por ellas.

**Entrevistadora: ¿Esa era tu preocupación?**

**Alicia:** Yo creo que sí. Yo siempre fui así con ellas, no es que yo dejé mi vida por mis hijas no, pero siempre las prioricé a ellas antes que cualquier cosa. Pasa que también he vivido circunstancias bastantes graves con ellas como para siempre priorizarlas, sin ir más lejos la más chica cuando tenía un añito y dos meses tuvo Síndrome Urémico Hemolítico así como lo escuchas, yo en ese momento también escuchaba los noticieros y nadie te dice que de eso también se sobrevive...vos siempre escuchas “ay se murió, ay le paso esto, ay quedó con secuelas, ay que...”. Vos imagínate cuando yo me entero el diagnóstico casi me da un infarto, es más el pediatra de guardia que estaba ese día me dice “tenés que estar preparada para lo peor” pero “¿vos me estás diciendo que mi hija se va a morir? No! mi hija no se va a morir”, “no, vos tenes que prepararte para lo peor” a ver el de ella fue un caso re leve, era muy poquita la bacteria que le había agarrado pero uno se aferra a la posibilidad, ¿me entendes? Y gracias a Dios no le quedó secuelas y creció normal, ya no lleva una dieta estricta es más ya comemos con poquita sal pero porque uno ya se acostumbra y el paladar de ella también se acostumbró a eso pero vos imagínate, una nenita de un año y dos meses recién había arrancado a caminar, una semana entera en terapia intensiva...y con la buena de Dios porque no hay tratamiento, es únicamente paliativo, vos vas ayudando y acompañando a medida que se va agravando la situación... eh... pero bueno, por eso yo soy de las que creen que los milagros sí existen...llámalo Dios, llámalo universo, ser superior o lo que sea que uno se aferre a sus creencias.

**Entrevistadora: Entonces si tuviéramos que identificar una emoción de ese momento ¿cuál dirías vos que podría ser? Miedo, tristeza, angustia...**

**Alicia:** Miedo por sobre todas las cosas y ese fantasma que sigue estando, eso queda...olvídate. Te vuelvo a repetir, no miedo por mí no sé si me entendes lo que yo te quiero decir...mi miedo no era por lo que me pueda pasar a mí, yo estaba dispuesta a hacer todo lo que se tenía que hacer pero mi miedo pasaba por otro lado...

**Entrevistadora: ¿Qué fue lo primero que pensaste? Me decías en tus hijas...**

**Alicia:** Sí, obvio.

**Entrevistadora: ¿Con quién lo compartiste ni bien supiste del diagnóstico?**

**Alicia:** Con mi esposo. Obvio que lo estamos viviendo todos acá, yo a las nenas las iba preparando a medida que pasaban las cosas porque claro, ellas preguntaban es obvio los chicos van presintiendo, van sintiendo que algo está pasando...no creo en los secretos, yo creo que esconder cosas dentro de tu propia familia no le hace bien a nadie porque a la larga yo en algún momento iba a tener que blanquear lo que estaba pasando. La relación que yo tengo con mis hijas es muy abierta, como toda mamá vos estas en el baño y tus hijos se meten y bueno...iba a haber cosas que yo no iba a poder esconder o disimular ante ellas entonces yo pensé y opté que lo mejor era paso a paso ir diciéndoles todo lo que iba pasando, desde que empecé a hacerme la toma de biopsia hasta el momento de la cirugía que iba a ser lo más dramático pero bueno.

Hablé con mi esposo y con la segunda persona que fui hablar y que se lo dije yo personalmente fue mi mamá.

**Entrevistadora: ¿Y cómo fue ese momento de contárselos? ¿Cómo te sentiste vos?**

**Alicia:** Es que no es una noticia muy linda para dar y más con mi propia madre que yo al ser mamá creo que el dolor es doble porque yo creo que todos estamos preparados para perder a nuestros padres pero no para perder a nuestros hijos, entonces era un momento que digamos primero que no lo iba a poder dilatar mucho por mi estado anímico y segundo que me parecía que era yo la que tenía que ir y hablarlo y contárselo a ella. Sí lo que recuerdo de eso que después que se lo dije que nos abrazamos y lloramos las dos juntas.

### **Entrevistadora: ¿Cómo tomo tu pareja el diagnóstico?**

**Alicia:** Para él también fue un proceso desde que yo detecto el bulto, se lo voy comentado hasta que fuimos a la ginecóloga, hasta que hicimos todo... digamos que él tiene una postura de que él es muy optimista en todo y él es el que siempre dice que va a estar todo bien.

El tema es después porque al principio es como que todos nos damos ánimo después, durante (refiriéndose al transcurso de la enfermedad y el tratamiento), es donde están los altibajos pero a ver uno también no se tiene que olvidar por ahí a uno... te bombardean con hormonas que vos no sabes qué tipo de droga te están poniendo, se te cae el pelo, vos te miras al espejo y no te reconoces porque no sabes quién sos, es como que te separas el cuerpo físico de lo que se está reflejando y de lo que vos eras a lo que vos sos; por ejemplo te bombardean con corticoides, con antialérgicos, con un montón de cosas y eso también te cambia un poco lo que es tu personalidad, te pones más agresiva... no es un enojo con la vida, es como que uno no lo controla tampoco, entonces como que en ese momento vos no sabes, yo por lo menos, no supe separar lo que era el apoyo de lo que era la lastima o de... no sé, no es que yo me sentía agredida pero era yo la agresiva porque en vez de acercarlos yo los iba alejando. De por sí nunca fui una persona que me guste dar lástima a nadie, es como que a mis cosas las sufro yo pero no se lo demuestro al resto. Capaz que es una caparazón pero pasa que la gente también te lleva a eso, vos imagínate, mira un ejemplo... uno te digo... tenía una cobradora del seguro del vehículo que venía a cobrarme acá en casa y me dice "ay ¿Cómo estás?", bien le digo, todo bien; toma te doy la plata y me voy adentro porque no me tenía que enfermar, no me tenía que resfriar, no me tenía que enfermar nada para poder continuar con los tratamientos; "ay" me dice ella "tan llena de vida", yo la mire como diciendo perdóname la expresión "¿vos sos o te haces?" Un comentario muy tonto para la situación, ¿me entendés?

Yo mientras estaba con la quimio hacia los mandados, hacia todo en mi casa no es que yo estaba tirada en la cama, no! Yo trataba de sobreponerme porque había días que sí estaba con las náuseas y demás pero traté que me afecte lo menos posible porque si no todo se desmorona. Entonces vos tenes que hacer que todo siga funcionando, para uno se para el mundo porque es como que ese tiempo de quimio vos estás en un stand by pero el resto no, hay que seguir trabajando, las nenas tienen que seguir yendo a la escuela, hay cosas que te movilizan al tener que seguir... no sos vos sola, hay personas que dependen de vos en ese momento.

Yo no trabajo, soy ama de casa, también todo tuvo que ver con todo... cuando yo busco mi primer hija me diagnosticaron que tenía endometriosis y me operaron tenía el intestino pegado al útero, el útero pegado a la vejiga, los ovarios también pegado al útero todo un

matete, me dijeron que no iba a poder tener hijos en forma natural cuando quedo embarazada imagínate era algo...para mí un milagro. Entonces nace mi hija mi ginecóloga me dice mira es difícil que puedas tener más hijos entonces yo dije no me quiero perder de criar a mi hija yo trabajaba de 13 a 21 o sea que me la iba a terminar criando las abuelas y decidí dejar de trabajar para yo dedicarme porque mi marido viaja o sea que él tampoco iba a estar en casa para ocuparse de ella, por eso te digo una cosa fue llevando a otra. Capaz que la decisión fue egoísta porque si es la única hija que voy a tener la quiero criar yo, no me quiero yo privar de criarla, yo trabajaba en una empresa y pedí en la empresa que me cambiaran a la mañana entonces yo trabajaba ponele de 6 a 14 y después ya tenía toda la tarde para estar con ella y no me lo dieron, o sea que me limitaba mucho el tema del horario de 13 a 21 y yo a veces llegaba a las 11 de la noche a mi casa o sea muy loco, era mucho...mucho para una criatura estar sin su mamá, mira que mi mamá trabajó no es que yo me crié con mi mamá en mi casa, no! Mi mamá trabajaba pero ella entraba a las 6 de la mañana y salía a las 14 o sea que yo la tenía a mi mamá.

**Entrevistadora: ¿Qué aspectos de la relación de pareja vos sentís o crees que se modificaron? ¿Cómo fue la relación de pareja después del diagnóstico?**

**Alicia:** No, a ver...yo creo que cuando hay situaciones límites en la vida sea en la relación de pareja, en vos más que en el otro, el problema está en vos, el cambio lo estás viviendo vos eh yo soy muy práctica en ese sentido, yo creo que lo que no te separa te fortalece. Por ejemplo, yo a las quimio iba y me las hacía sola no quería que él estuviera ahí conmigo. Es como que él me dejó hacer...él acepto todo lo que yo decidía, que él no estuviera ahí al lado mío sosteniéndome la mano a mí no...no era el que yo se lo pidiera, por ahí hubo muchas falencias por parte mía porque por ahí era yo la que ponía el límite, como te digo que yo le puse el límite al resto, el límite en el sentido de no me compadezcan, tratame como me trataron siempre no me tengas en una burbuja o en una cajita de cristal porque no soy así...que me dejaran ser. Por ejemplo él me vino un día de porque yo no iba a una psicóloga o a un grupo de autoayuda y eso sí me choco porque déjeme buscar a mí lo que yo necesito, yo no quiero ir a sentarme y escuchar lo que le está pasando al otro cuando yo lo estoy viviendo, yo sé lo que se siente, no quiero escuchárselo al otro porque yo me voy a encontrar con personas que están mejor o peor que yo y por ahí como soy muy empática por ahí siento lo que siente el otro y yo quería sentir lo que yo sentía, no ponerme en el lugar del otro porque yo lo estoy viviendo no necesito escuchar como lo vive el otro.

Yo fui a hablar con un psiquiatra, no con un psicólogo pero no por mí sino porque mi mamá me insistió mucho “porque no vas a poder y que cuando te operen y...” bueno, yo voy a ir pero yo creo que lo hice más para conformarla a ella que por mí. Me senté a hablar con el psiquiatra y él me escuchaba y me decía “y vos ¿cómo estás?, ¿cómo te sentís?” y tengo miedo y “¿vos sabes lo que te van hacer?” sí, yo sé lo que me van hacer pero yo quiero que me lo hagan ya, ahora, no quiero perder más tiempo, no quiero que eso siga avanzando. Y bueno hablando después entramos con mi mamá y él le dijo la veo más entera a ella de lo que te veo a vos...Es como que yo necesitaba que me dejaran ser, que me dejaran ser yo no que me impusieran cosas que a mí no sirven, no digo que no funcione para otras personas pero yo a mi catarsis la hago a mi manera, la hago con mis amigas y si tengo que llorar lloro y si nos tenemos que reír hasta llorar nos reímos pero yo no necesitaba gente que no conocía.

Yo lo que necesitaba era otra cosa, yo necesitaba estar con mis hijas, necesitaba estar con mis afectos, necesitaba estar en mi casa, de hecho a nosotros nos gustan mucho los animales y eso fue una terapia para mí y hasta el día de hoy lo sigo haciendo; a mi hija mayor le gustan los caballos, a mí me gustan desde que era chica...un día llega mi suegro contándonos de un lugar para ir a hacer equitación y toda la cuestión entonces yo dije, en mi cabeza, es una oportunidad linda para arrancarlas de lo que se vive en casa, del drama y disfrutar desde otro punto de vista. Es como que vos por dentro querés mostrarles que la vida sigue, que la vida es linda, que la vida hay que vivirla y disfrutarla no importa el momento que vos estás transitando, que tenés un montón de cosas para disfrutar. Yo me enganché a subirme al caballo porque toda la vida me gustaron y esa fue mi terapia, la hora que yo estaba ahí arriba yo me olvidaba de todo, de todo... yo estaba al aire libre, estaba al sol, estaba rodeada de animales o sea que esa fue mi terapia psicológica. También aprendes porque uno siempre lo ve en la vereda del frente y a todos nos pasan cosas entonces vos empezás a ver la vida de otra manera, nosotros hemos pasado por cosas fuertes en la familia, mi hija se cayó y tuvo conmoción cerebral pero sigo apostando a eso... a la vida hay que disfrutarla. Igual tengo muchísimos miedos, no te creas que no, yo la veo a mi hija saltar en el caballo y sí se me llena la cabeza de preguntas, estás con miedo...el miedo siempre va a estar de que le pase algo y uno aprende también de los hijos porque una vez que ella se cayó mal, feo agarré y le dije no saltes más con el caballo, subí y anda pero no saltes más y me dice “ay mamá a mí no me va a pasar nada, no tengas miedo” y vos decís ¿Quién soy yo para cortarte las alas a vos? Si lo que tiene que ser va a ser, no lo vas a poder evitar. Tenes que superar los miedos porque sino no vivís.

**Entrevistadora: ¿Con tu pareja hablan del tema?**

**Alicia:** Siempre hablamos de la enfermedad, de lo que me va a pasar, de cómo fue verme sin una mama, de mirarme al espejo, no me hice la reconstrucción mamaria todavía y vos me preguntas ¿Por qué? Y no sé, por no volver a pasar por un quirófano porque tengo un montón de cirugías encima entonces como que otra vez el quirófano, una anestesia...no es miedo, es el que me pesa volver a pasar, es como que uno también empieza a sentir un rechazo hacia los médicos, el estrés que eso te genera, te genera un trastorno también de donde te haces esto y es como decir ¿es tan necesario? Y no...porque a mi hacerme la reconstrucción me implica 6 meses con el expansor después ponerme la prótesis, después ver si no la rechaza el organismo entonces vos decís tengo un año largo y creo que inconscientemente también lo relaciono con el año largo de quimioterapia y digo no. Cuando yo me hice la mastectomía había que esperar que llegue el expansor de Buenos Aires y yo quería ya, quería que me saquen ya eso que estaba enfermo. Sí fue un impacto verme, cuando me operan al otro día que me tienen que hacer la curación el médico me dijo “no mires” y le digo yo quiero ver, me dice ¿estás segura? Y sí le digo porque si no lo veo ahora lo voy a ver después y es lo mismo y siii...dolió, no deja de ser una mutilación pero por otro lado antes de cirugía era una teta o mi vida...primero está mi vida! No le di muchas vueltas, no “ay que no, que me va a faltar, qué ¿cómo voy a quedar?!?”.

**Entrevistadora: ¿no te preocupaba?**

**Alicia:** En ese momento no, después sí como que me impacto y después también con la caída del pelo...son bien particulares y te golpean...es estético y no solo que es estético sino que también es simbólico. El tema de las mamas es lo que a vos te hace ser atractiva, tiene que ver con el alimento de tus hijos; el tema del pelo también viste que todas las mujeres nos cuidamos el pelo entonces el pelo también es característico de tu femeneidad entonces sí te afecta, no lloré cuando se me cayó el pelo...yo fui muy drástica también, cuando empiezo con las quimio no me olvido más que el médico me dijo “cortate el pelo bien cortito porque cuando se te caiga vas a llorar” yo no voy a llorar le dije, “sí vas a llorar” me dice, yo no voy a andar como un gato apaliado le dije cayéndose los mechones y bueno lo primero que hice, yo lo tenía largo, muy largo y lo primero que hice fue cortármelo bien cortito y cuando empecé con las quimio, después de la primer quimio ya se te empieza a caer el pelo y me estaba duchando, me estaba lavando la cabeza y veo que se caía entonces agarré y le dije a mi hermana PELAME, rapame, pásame la maquinita. Estaban todos, estaban mis hijas y la más chiquita me miraba y se le caían las lágrimas, yo le decía pero no, si me va a quedar la cabeza

como Yoly Bell (se ríe) por eso te digo a veces es uno el que tiene que demostrarle la fortaleza al otro y vos no te podes permitir quebrarte. Ojo, yo delante de mis hijas lloro, lo hablamos, es como que no soy partidaria de los secretos, de ocultar, es más ellas me han visto desnuda sin una mama, es totalmente natural a eso voy, enfermarte es también parte de la vida.

**Entrevistadora: Con tu pareja ¿cómo te sentís cuando estas con él?**

**Alicia:** Fueron muy esporádicos y muy pocos por el malestar propio de la quimio no te lo permitía y es como que eso pasa a un segundo plano para mí. Uno siempre reclama al otro y viceversa pero es como que en ese período no entraban por ahí los reclamos, era más un día a día y capaz nos enfocamos más en las nenas que en otra cosa. No es una situación fácil de sobrellevar, a veces uno como adulto resolver, uno trata de alguna manera que sea más llevadero para todos...cada uno respeta los espacios y eso es muy de mi familia, respetar los momentos, los espacios, los estados de ánimo, de ayudarnos unos con otros en la medida que uno pueda o directamente dejándolo solo si necesita su espacio, su momento y no está mal.

**Entrevistadora: ¿Cómo ha afectado la enfermedad en tu manera de vivir y en tus actividades cotidianas?**

**Alicia:** Por ahí en el momento de la cirugía porque yo estaba más imposibilitada por el tema que no podía mover el brazo izquierdo por la cirugía porque tenía los puntos o por ejemplo lo que yo sí resguardé mucho fue no exponer a mis hijas o por ejemplo no las llevaba a la escuela ni las iba a buscar como para...viste que los chicos son muy crueles a veces y ellas están en una edad particular en plena escolaridad y la mayor con su personalidad iba a salir a defender con capa y espada entonces era evitar que ellas tuvieran que pasar por esa situación no las buscaba ni nada de la escuela...no era que me vieran sus compañeritos porque de hecho había amiguitos que vinieron acá a casa y me vieron sin pelo, sin pañuelo sin nada y lo tomaron totalmente natural; se les explico que yo estaba haciendo un tratamiento y que los remedios me hacían caer el pelo nada más pero ellos no fueron groseros o hirientes el problema era el resto, los más grandes que le llamara la atención ver una mujer sin pelo, con el pañuelo, lo que fuera...fue una forma mía de protegerlas a ellas, de no tener que exponerlas a ellas a una situación que capaz no saben manejar o capaz que sí porque los chicos sorprenden un montón, te salen con cualquier cosa que vos decís uy lo entienden mejor de lo que yo creo pero eso fue lo único.

Yo salgo a hacer los mandados, cocino, me junto con mis amigas... me protegí poniéndome una coraza, no los dejaba avanzar más de lo que yo quería o de decir está todo bien, salvo los días que hacía las quimio que estaba con las náuseas y demás, capaz que ese día me la pasaba durmiendo, eran uno o dos días que capaz que yo no servía para nada. A veces no es el día que te la haces, no todos los organismos reaccionan de la misma manera, ¿viste? En mi caso el día que yo me la hacía estaba pum para arriba, como me estaba bombardeada de corticoide, ese día estaba pum para arriba y capaz que al otro día no servía para nada y me la pasaba todo el día durmiendo, ¿me entiendes? No tuve vómitos, toleraba los alimentos no tuve mayores problemas, no puedo decir que la pase mal físicamente, es más, yo me hacía la quimio a la mañana y al mediodía llegaba almorzaba y a la tarde nos íbamos a montar a caballo con mis hijas...no los sufrí. Es más, yo sin peluca sin pañuelo andaba acá en mi casa y donde ellas hacen equitación también porque nadie me miraba, ¿me entiendes? Nadie me señalaba porque como allá vos ves cosas peores con los chicos que hacen equinoterapia, discapacidades enserio que una caída de pelo entonces lo mío...no sé cómo explicarte...me sentía cómoda. Para salir hacer los mandados me ponía un pañuelo y ya está, no es que yo me escondía...yo trataba de resguardarlas a ellas en el tema escolar, nada más.

No lo sufrí en el sentido de estar tirada en la cama deprimida, no! jamás! Ni yo me lo permitía a eso.

**Entrevistadora: ¿Cuáles son tus preocupaciones o pensamientos más frecuentes?**

**Alicia:** Al principio...en ese momento sí mi cabeza iba más allá de lo que tendría que ir, que de hecho lo hablé con el mastólogo por la herencia genética y creo que él también me ayudo a poner los pies sobre la tierra y me dijo “te estás preocupando hoy por algo que no sabes si va a pasar, vamos paso a paso”. Uno se quiere anticipar a los hechos. Yo hasta a llegue a pensar en una prueba para buscar el gen, viste que se hace una prueba para ver si vos podes llegar a desarrollar en un futuro...y el mastólogo me dijo “vos estás loca” y sí, capaz que en ese momento estaba un poquito loca...entonces directamente opté por y bueno...vamos día a día, llegado el momento se resolverá. No sirve preocuparse hoy por algo que todavía no existe y así en todo, no es que ahora vivo con miedo o pensando...es más, los miedos son los cotidiano miedo a que te asalten, miedo a que le pase algo a mis hijas...lo del día a día.

**Entrevistadora: Desde el diagnóstico hasta el día de hoy ¿qué emociones puedes señalar, ya sean positivas o negativas, que has experimentado?**

**Alicia:** El de gratitud en primer lugar por una posibilidad más o una oportunidad más, gratitud por el hecho de estar viva. Son tantas cosas para ponerlas en palabras!! El disfrutar el día a día como te decía, los miedos van a estar siempre, los fantasmas están siempre...y por ahí no ir tanto para adelante y no ir tanto para atrás sino tratar de vivir el hoy...no sé explicarlo en sensaciones o sentimientos son más pensamientos que otra cosa...es simple y a la vez complicado no es tan de emoción son más pensamientos creo yo, por lo menos en mí.

**Entrevistadora: Vos me hablabas de actividades que disfrutas como equinoterapia ¿qué otras cosas disfrutas hoy en día?**

**Alicia:** Todo!!! Todo, desde el momento de despertarte ya el hecho de estar vivos es algo para disfrutar. Hay días de bajón, hay días que no tengo ganas de hacer nada, que me la paso tiraba, días que no tengo ganas de levantarme, días que tengo ganas de llorar, días que estoy angustiada como nos pasa a todos los seres humanos creo pero acá entre todos nos hacemos bromas, nos reímos, nos abrazamos o nos acostamos los cuatro a mirar una película...todo es para celebrar y uno tiene que aprender eso...a celebrar la vida más allá de las circunstancias a celebrar la vida y enfocarse en lo que es importante, por ahí yo trato de explicarle a mis hijas lo importante, lo importante es que estamos vivos, lo importante es que estamos juntos, lo importante es que la peleamos que no bajamos los brazos, que tienen salud, que gracias a Dios no les falta nada o no les falta lo que a otros les falta, aprender a dejar de mirar para arriba y empezar a mirar para abajo que siempre hay gente que está peor que vos, a valorar lo que tenés, a valorar lo que sos, a tratar de ser una buena persona...buena persona en el sentido de no hacer mal a nadie o no hacer lo que no te gusta que te hagan a vos y disfrutar y seguir siendo vos y ser auténtica y VIVIR!! Nada más, la vida está para vivirla, cada uno con sus errores, nadie es perfecto, nos equivocamos, aprender en lo que es perdonar, aprender en decir al otro que lo queremos o no, o en vos también expresar tu punto de vista en la cosas, nos hacemos "bullying" entre nosotros cuatros sí, nos reímos...que también es parte de la vida, yo le digo si vos no aprendes a reírte de vos mismo y le das el poder al otro a que te hiera; a quererse, a tener autoestima, a saber que vos vales, aprender a quererte como sos y lo que sos...cosas que por ahí pasan a ser secundarias y no, son primordiales!! Todo cumple una función, todo es lindo en la vida y todo tiene una magia en la vida, magia me refiero al decir vos ves una plantita que está creciendo y después la flor que te dio y te maravillas, maravillarse con las cosas simples de la vida que cuando no las tenés es cuando te das cuenta

entonces no necesitas perderlas para darte cuenta, tenes que valorarlas cuando están. Eso es lo que tenemos acá o por lo menos lo que yo trato de enseñarles a ellas, me puedo equivocar y de hecho me voy a equivocar un millón de veces porque la vida te enseña día a día

## Entrevista a Juan

### **Entrevistadora: ¿cómo te enteraste del diagnóstico?**

**Juan:** Ella me lo dijo, igualmente yo estaba al tanto de todo...o sea yo iba con ella a todos los controles que se hacía, ella empezó a notar algo raro y bueno decidió ir al médico. Siempre iba a la doctora porque ella desde antes tenía un problema en los pechos, no me acuerdo en este momento como se llama lo que tiene pero ya era algo normal que vaya con la doctora...pero aca fue otra cosa, ella sola se dio cuenta que tenía algo y bueno de ahí empezaron un montón de estudios y ahí estaba yo.

### **Entrevistadora: ¿Vos la acompañabas?**

**Juan:** Sí, desde el primer momento estuve con ella...es más hasta le sugerí que hagamos una consulta en Santa Fe que no se quede solamente con lo que le decían acá, no era que no creía lo que decían sino que nunca está de más tener otra opinión. Ella siempre se hizo tratar acá pero fuimos a Santa Fe hicimos la consulta ahí ellos le dijeron lo mismo y que estaba bien los tratamientos que le hacían.

### **Entrevistadora: ¿Cómo te sentiste?**

**Juan:** Y es difícil, me sentí mal...no sé cómo decirte que me sentí, como que me dio miedo, miedo a que le pueda pasar algo, de lo que venía de ahora en más...no sabía que hacer, qué decirle porque uno no sabe cómo lo va a tomar...ella por ahí se enoja con cosas que por ahí le digo o si le doy un consejo, yo lo hago por ella, por su bien pero bueno ella lo toma mal. En ese momento se te cruzan un montón de cosas por la cabeza, como ella lo va a sobrellevar, tenemos hijas chicas también que necesitan de la madre...se te juntan un montón de cosas...es difícil.

### **Entrevistadora: si tuvieras que identificar ese momento con una emoción ¿cuál sería?**

**Juan:** Y te puede decir, cómo te decía, que sentí miedo, me daba miedo que le pase algo pero tenes que ponerte bien porque a ella pienso que no le hace bien sino, hay que tener fe que va a salir adelante y ser optimista, eso trato también de transmitirle a ella

**Entrevistadora: ¿Cómo lo tomo ella? Según lo que vos pudiste observar...**

**Juan:** Ella al principio estaba re mal, ella es una mujer re fuerte con carácter pero al principio la verdad es que estuvo mal...me decía que tenía miedo de morir, tenía miedo por las nenas que son chicas, no fue fácil para ella pero después creo que lo fue asimilando a parte tenía que tratar de estar tranquila por las nena, Alicia siempre quiere llevarle tranquilidad a ellas.

Otra cosa que le cayó mal fue cuando le sacaron el pecho, ella enseguida quiso ver cómo había quedado, eso la angustió mucho...igual creo que es normal que se sienta así, me imagino que no debe ser fácil ver que te falta algo, ¿no?

**Entrevistadora: y hoy en día ¿cómo crees que se siente?**

**Juan:** Hoy por hoy ella ya tiene otra postura con la enfermedad, como te digo, es re fuerte...lo del pecho fue al principio nomas que le chocó y por ahora dice que no quiere hacerse la reconstrucción porque los médicos le dijeron que se la puede hacer pero ella ya como que no quiere saber más nada me parece.

**Entrevistadora: ¿qué aspectos de la relación de pareja sentís o crees que se modificaron a partir del diagnóstico?**

**Juan:** No sé, ehh...no sé si algo se modificó...es difícil de sobrellevar la situación porque el humor de las personas que tienen esta enfermedad cambia mucho. Yo creo que no hubo un cambio, siempre hemos estado unidos y con una enfermedad mucho más me parece...si a veces pasa que ella se enoja o se pone molesta porque le digo algo de lo que le conviene hacer o de que no haga alguna cosa pero por cuidados nomas y es como que se enoja y eso a mí también me pone mal porque no sé qué hacer, me bajonea...porque uno trata de cuidarla, igual entiendo que es por lo que ella atraviesa. Yo creo que lo más complicado a veces para las personas que estamos alrededor es que no sabes como ella va a reaccionar, uno va aprendiendo pero mientras tanto hay que pasarlo y para uno eso también es difícil y hasta te terminas sintiendo mal, como angustiado. Yo trato de estar siempre cuando ella me necesita, tengo mi trabajo que por ahí me complica pero ella sabe que voy a estar cuando me necesite.

**Entrevistadora: ¿Hablan de la enfermedad y del tratamiento? ¿Cómo es la comunicación entre ustedes?**

**Juan:** Sí, siempre hablamos de lo que ya ha pasado, de lo que puede venir...yo trato de apoyarla en todo lo que puedo, trato que ella esté bien y se ponga bien...esta bueno cuando

uno ve que avanza en el tratamiento, que empieza a mejorar...cuando le empieza a crecer el pelo...todas esas cosas generan entusiasmo y optimismo...es como que te levanta el ánimo, respiras un poco ¿no?

**Entrevistadora: ¿Cómo te sentís cuando estas con ella?**

**Juan:** yo me siento bien con ella, hace muchos años que estamos juntos entonces imagínate que la confianza que hay es mucha...lo que por ahí sí es difícil es que uno no sabe qué hacer para que ella no se sienta mal o hacer algo que a ella la incomode pero después para mí no ha cambiado nada en la relación o por lo menos así lo siento yo.

**Entrevistadora: ¿Cómo ha afectado la situación en tu vida cotidiana?**

**Juan:** En mi vida cotidiana...no sé si tanto en mi vida cotidiana porque yo tuve que seguir trabajando, obvio que estoy siempre pendiente y si ella necesita... porque a veces por ejemplo con las quimios se sentía mal entonces por ahí tenía que retrasar alguna entrega o postergar un viaje...o sea yo siempre trato de ayudarla, ella dice que no la traten como si ella no puede hacer nada pero bueno yo trato de cuidarla...Por ahí la enfermedad lo que hace es que tengas que reacomodarte con el trabajo y más yo que tengo que viajar.

**Entrevistadora: ¿Cuáles son tus preocupaciones o pensamientos más frecuentes?**

**Juan:** Y a mí lo que más me preocupa hoy en día es que ella esté bien, solamente eso quiero...pienso en que ella pueda ganarle a la enfermedad, que se cure...esos son mis pensamientos...Creo que todo lo demás es secundario, cuando pasas por algo que afecta la salud, lo único que piensas y que querés es que esa persona esté bien. Siempre hemos considerado que la salud es lo más importante, no sé si será por las cosas...porque nosotros hemos pasado cosas con las nenas, no sé si ella te las habrá comentado pero la hemos pasado...cosas con la salud de las nenas entonces en esas cosas, en esos momentos es donde ves que es lo importante ¿no?

**Entrevistadora: desde el diagnóstico al día de hoy ¿qué emociones, tanto positivas como negativas has experimentado?**

**Juan:** Y es triste, yo muchas veces me ponía mal porque no sabía que iba a pasar, ¿viste? Lloraba mucho al principio pero trataba que ella no me vea porque ¿para qué uno la va a amargar más todavía? También cuando a veces discutíamos porque a ella le molestaba algo a veces hasta se me hacía un nudo en la garganta...se hace todo cuesta arriba. Ahora cuando

empezas a ver que ella va saliendo adelante, que los tratamientos hacen efecto es como que vuelves a la vida...te da mucha esperanza eso ¿viste? Yo siempre le digo a ella que todo va a estar bien, que tiene que tener fe, que esto va a pasar también porque hemos pasado otras situaciones difíciles como te decía recién pero bueno ...esto también lo vamos a superar.

**Entrevistadora: ¿cuáles son las actividades que hoy por hoy disfrutas?**

**Juan:** ehh...una de las cosas que disfruto es del trabajo porque como viajo eso me ayuda un poco a desenchufarme, me gusta eso...después disfruto de mi familia también ¿no? por ahí salimos a pasear cuando estoy acá o miramos películas...no se...esas son las cosas que me gustan.

## Entrevista a Ana

### **Entrevistadora: ¿Por qué acudiste al médico?**

**Ana:** Acudí cuando yo estaba amamantando a mis hijos y en una de esas situaciones me noté que tenía una pelotita en el seno le empecé a prestar atención y empecé a notar que por ahí me ardía y una noche me acuerdo que me la palpé bien y en ese momento sentí que era malo, yo presentí que era malo y que era cáncer...no sé porque pero en ese momento fue así. Fui a mi ginecóloga, esto fue en diciembre justo para las fiestas, en el mes de enero/febrero fui a mi ginecóloga me hizo una punción para mandar a analizar y me dijo que no había sido una muestra suficiente y que no tenía resultados pero que quedara tranquila que yo era joven, que era sana, que estaba todo bien pero que eso no era común que estuviera ahí, que era mejor si se sacaba, que me organizara con mis hijos porque eran muy chiquitos, que me organizara con mi trabajo y programamos una cirugía para julio recién, de febrero a julio entonces yo me podía organizar con mis hermanas que cuidaran a los chicos y que bajara la actividad laboral. Bueno en julio me operaron y del análisis de esa operación salió que era malo, que era un cáncer.

### **Entrevistadora: ¿Estabas acompañada?**

**Ana:** Siempre me moví sola en todas mis consultas ginecológicas, únicamente mi pareja me acompañaba en las épocas de los embarazos por el tema de los controles, las ecografías y eso sino yo siempre todos los años fui sola, en general siempre fui sola al médico. El día que la doctora me tenía que decir el resultado del análisis del quiste que me habían sacado había ido con mi pareja y él se quedó en el auto y me ginecóloga me dijo cuándo me vio sola “no, decile que se baje, que yo necesito hablar con los dos” entonces eso confirmaba todas mis teorías que era malo. Lo hice bajar, nos contó que era lo que tenía, nunca nunca se me mencionó la palabra cáncer siempre se me dijo salió mal y justamente ahí en el mismo piso donde atendía mi ginecóloga atendía un especialista en cáncer no me sale el nombre ahora, no me sale la palabra...la ginecóloga me hizo contacto enseguida y fuimos a hablar con él, un oncólogo!, ese mismo día. Fue bastante chocante porque fue una cosa que no la esperaba, fuimos los dos, hablamos con él; ya habían pasado varios días de la cirugía entonces por protocolos médicos hay tiempos para hacer la cirugía de extracción total y esas cosas entonces había que programar lo más rápido posible la cirugía nueva. Yo me acuerdo que mi preocupación cuando me dijo que tenía que operarme y en qué consistía la operación y que luego no le pregunte, él me dijo eso además se manda a analizar y después de eso recién se

determina el tratamiento médico. Bueno me operaron el día 19 de agosto y mi primer quimio fue el 21 de septiembre, me acuerdo patente por las fechas cumpleaños de una amiga y el día de la primavera, son días que no se olvidan, ¿no?. Cuando fui al oncólogo la primera vez, mi preocupación fue esa, él me dijo que había dos tipos de diagnósticos que para eso había que hacer una serie de análisis previos de acuerdo a lo que salía en esos análisis se iba a proceder a qué tipo de tratamiento se hacía. Entonces me explicó que un tratamiento era que se hacían análisis, estudios del hígado, de los pulmones, los hueso y no me acuerdo que más, que eso era determinante para hacer un tratamiento que yo le pregunté si la enfermedad estuviera en alguno de esos órganos donde se manda esos análisis, ¿qué pasa? Y él me dijo que ya no sería cuestión de hablar de tratamiento sino de tiempo, eso fue una bomba para mí porque tenía tres hijos, eso fue el impacto, lo que más dolió, ¿no?

Me acuerdo que otras de mis preocupaciones...viste que nosotras somos mujeres, otras de las preguntas de la charla fue si se me iba a caer el pelo y él me dice sí, se te va a caer todo el pelo y sacó una tarjeta de un peluquero que le había dejado en el escritorio y cuando yo vi la tarjeta me sonreí porque conocía a ese peluquero, sabía que trabajaba con personas con tratamiento oncológico entonces me dio mucha cosa decir “uh nunca fui a él y voy a tener que ir con él ahora”; mi doctor me dijo, mi oncólogo porque ya de ahí paso a ser mi doctor, me dijo vos vas y hablas con él, él te va a sugerir que hacer es una persona muy muy amable, muy caritativa, te va a saber escuchar porque esta enfermedad tiene dos cosas el 50% es medicina y el 50% estado anímico, de tu estado anímico va a depender como encares el tratamiento y como lo lleves, y bueno...así fue. Fui a hablar con este muchacho, él me vio y me dice “¿qué haces acá flaquita?” y cuando le comenté no lo podía creer. Entonces él me dijo yo te voy a conseguir una peluca parecida a tu pelo y vos el primer día que se te caiga un pelo te venís para acá. Entonces me acuerdo que me rapó, me dijo bien bajito el pelo y yo salí de gabinete con una peluquita lo más parecido a mi pelo y nadie sabía porque es muy triste encontrarte con gente en calle que hace mucho tiempo no ves y tenes que contarle que estas enferma...es feo, es feo porque es chocante...chocante porque la persona amigo, conocido, familiar que te quiere y no sabe que estás pasando por ese mal momento...encontrarte en la calle y que te vean como todos los días es una cosa pero que te vean con un pañuelo que estás haciendo una quimioterapia es horrible, yo lo evitaba porque la persona no sabía cómo encararte y cómo responderte, es muy doloroso.

**Entrevistadora: ¿Cómo se llegó al diagnóstico?**

**Ana:** En base a eso se llegó al diagnóstico, por un tacto mío, una visita, una punción, un análisis, un segundo resultado y la operación final, luego el tratamiento.

**Entrevistadora: ¿Qué sentiste cuando te lo comunicaron?**

**Ana:** En el momento no sé qué sentí, no lo podía creer por más que yo el primer día que me lo toqué yo sabía que era malo. Al cabo de dos o tres días sentía mucha impotencia, una bronca porque tenía hijos muy chicos; no me dolía en sí la enfermedad, no me dolía el tener que atravesar un tratamiento que yo a este ese momento no sabía nada, no sabía porcentaje de curación, no sabía porcentajes de resultados, no tenía ni idea. Cuando me enteré lo que hice fue acudir a internet. No leo, no escucho más... la única campana que tengo que escuchar acá es mi doctor y hacerle caso a él y así fue. Desde el día que enteré y que resolví que únicamente mi doctor me tenía que guiar me entregue a él, lo que él me decía que tenía que hacer lo hacía y bueno ponerle la mejor onda que puedo al día a día, tratar de disfrutar con mis hijos el tiempo que Dios me estaba dando que hasta ese momento yo no sabía cómo iba a ser ni cuanto ni cuando entonces me dedique a eso, todos los días me levantaba como si fuera el más lindo de los días, lo disfrutaba. Vestía a mis hijos, los preparaba para ir a la escuela la más grande, los más chiquitos los empecé a mandar a llevar a una guardería así yo podía encarar más tranquila el tratamiento.

**Entrevistadora: y si tuvieras que identificar ese momento con una emoción ¿Cuál sería?**

**Ana:** uy que difícil!! Yo creo que en un primer momento...en principio mucha angustia por no saber lo que me esperaba; angustia por los chicos, angustia de ¿por qué a mí? porque uno se pregunta ¿por qué? Si yo me siento bien, ¿por qué tiene que pasar esto ahora?

**Entrevistadora: ¿Cómo lo tomo tu pareja?**

**Ana:** a todo esto mi pareja parece que no reaccionaba ante la situación, no se daba cuenta...para él... no sé cómo explicar cómo lo tomo pero no hablaba del tema, se cerró más en sí mismo, se ponía más pensativo pero no disfrutaba conmigo las cosas como yo quería disfrutarlas... Fue difícil porque yo me sentía angustiada y no encontraba quien me sostuviera como pareja en ese momento, fue una situación rara porque no tenía tiempo para mí...cuando yo me hacía... cuando fui hacer mi primera quimio incluso, él no me acompañaba nunca ni siquiera a las operaciones ni a las quimios ni a los rayos nunca me

acompañó, está bien que eso siempre era en horario de su trabajo pero él nunca pidió un día para acompañarme siempre me acompañaban mis amigas, mis hermanas y mi papá que por ahí era el que me llevaba a la quimio y cuando yo llamaba me iba a buscar. La primer quimio me acompañó mi amiga porque yo le dije a mi mamá un par de días antes nada más que tenía que hacerme quimio pero no los quise comprometer a nada porque para mis papás también fue muy difícil todo eso entonces yo era como minimizaba la situación como que no pasaba nada. Le pedí a mi amiga que me acompañara porque yo estaba asustada, estaba asustada no demostraba el miedo pero bueno uno por dentro no sabe que es, no sabe que es una quimio, cómo uno va a reaccionar y bueno tenía miedo pero a la vez trataba de vivir cada día como si fuera el más lindo de los días sin pensar que podía llegar a un último día, nunca pensé en eso, nunca pensé en quizás puede ser el último día...siempre tuve una actitud positiva sobre todo y bueno así siempre lo encaré con una actitud positiva.

**Entrevistadora: ¿Qué fue lo primero que pensaste?**

**Ana:** Lo primero que pensé fue en mis hijos, en que eran muy chiquitos...en qué iba hacer mi marido con esas tres criaturas chiquitas, yo ya me hacía la idea de que iba a estar viviendo con mi mamá porque no iba a poder resolver la situación, que por el trabajo de él no los iba a poder tener con él, nunca lo ví como un papá haciéndose cargo de las criaturas siempre delegándole a mi mamá todas las funciones que es mi mano derecha y es mi apoyo incondicional, mi mamá y mis hermanas porque tengo una de mis hermanas que siempre está presente en todo momento, codo a codo conmigo también y siempre ayudándome con los chicos también.

**Entrevistadora: ¿Con quién lo compartiste?**

**Ana:** bueno lógicamente con mi pareja que era quien estaba conmigo en el mismo momento que yo lo supe y luego se lo fui contando primero a mi familia, mis padres y hermanas.

**Entrevistadora: ¿Qué aspectos de la relación de pareja sentís o crees que se han modificado a partir del diagnóstico?**

**Ana:** Bueno... si, mi relación de pareja se vio muy afectada por esto, pero por no hablar, por no pedir ayuda no se...cuando estaba en plena quimio, yo siempre estuve de buen humor no tenía caídas, no tenía altibajos...siempre estoy ocupada y de buen humor y bueno me acuerdo que en una visita al oncólogo me dijo...ya llevaba como la cuarta visita... un día voy

al oncólogo y me dice “ay Ana yo nunca te dije que existe en el equipo médico, existe la asistencia psicológica, si vos necesitás un psicólogo, si vos necesitás hablar con alguien está eso a tu disposición”. Entonces le dije, me acuerdo, “noo ¿porque? ¿Vos me ves mal?” Le digo... no me dice yo te decía porque nunca te lo ofrecí me dice. Entonces le digo yo, bueno si vos en algún momento me ves mal o ves que lo necesito me lo decís, me sugerís y lo voy a considerar, pero mientras tanto no; la verdad que ni tengo tiempo para ir al psicólogo le digo... y me reí, porque te digo la verdad yo nunca hice terapia, como que... no sé cómo te puedo decir... directamente no lo considero... no lo considero para mí, algún día si lo necesito y bueno ahí se verá!! Y bueno yo me acuerdo que lo pensé por ahí pero no, es como que la vida pasaba muy rápido y por ahí no me tome el tiempo para pensar.

Pero en mi relación de pareja afecto mucho, ¿por qué afecto? Me afecto a mí, porque yo no me dejaba ver mi cicatriz, mientras estuve haciendo el tratamiento no tuvimos relaciones de pareja, yo no lo busque... nunca fui una de esas que necesitan todas las noches intimar con su pareja, “hacer el amor”. Él nunca me insistió, de eso no se hablaba, me respetaba demasiado diría yo porque si la persona te quiere demasiado, no sé cómo considerarlo, porque si la persona te quiere demasiado te respeta, o si la persona te quiere demasiado, por ahí podría tratar de buscar ayuda porque ve que vos no estás bien, que vos no querés, que vos no tenés ganas... buenooo... no sé cómo explicártelo, es complicado. Pero al tiempito me di cuenta que era... porque me daba la idea, porque a mi pareja no le importaba, fue difícil. Yo después cuando empezamos a intimar nuevamente, yo ya no me sentía, ya no disfrutaba como antes, yo no me sentía bien. Por ejemplo algo muy íntimo yo hacía el amor de corpiño yo no me sacaba el corpiño. Un día mi ginecóloga me preguntó cómo estamos con las relaciones sexuales, con las relaciones de pareja y yo le conté y ella me dijo “ahh no querida esto no es así... esto tenés que resolverlo, esto tenés que trabajarlo, no es así” y bueno así como me lo dijo me preocupó “nada”... Salí de la consulta y a mi vida habitual, no busque ayuda, no hable con nadie y ya te digo a mi marido no le molestaba con tal de tener relaciones, no importaba si está o no esa prenda, no era relevante, pero a mí si me cerró mucho, porque ya no pude disfrutar de mis relaciones, de mi sexualidad como antes. Yo ya no me veía como antes, no me sentía a gusto, no tenía unos senos grandes, pero tenía unos lindos senos que estaba a gusto con mis senos. Después hable con mi ginecóloga para hacerme la reconstrucción y ella como medio que me desalentaba, me decía no esperá un poquito.

Él nunca me insistió, ya te digo, nunca le importo en sí, no le importaba si yo estaba bien o no estaba bien, no preguntaba, no hablaba. Yo siempre fui de mandarme sola, yo me levantaba a las 6 de la mañana y hasta las 7 o 8 de la tarde que volvía a mi casa dependía de

mi los chicos siempre a cuesta conmigo, porque tengo el negocio en la casa de mi mamá; entonces los chicos iban conmigo, de ahí a la escuela, los buscaba pero siempre estuvieron conmigo yo volvía a mi casa a las 20, ya con los gurises hasta por ahí bañados con las tareas hechas todo, porque como estaban conmigo en el negocio ya se hacía todo ahí. Entonces es que como que uno va tomando esa independencia que te va alejando de la pareja, porque con el tiempo te vas dando cuenta de que cada cual tiene su vida y su rutina, él en su trabajo hacia lo de él y yo en el mío, hacia lo mío. Pero ¿qué pasaba? cada vez mi horario de trabajo se extendía más y como los chicos estaban conmigo a mí no me preocupaba eso de volver a mi casa porque los chicos me esperaban, porque los chicos tenían que hacer la tarea, no porque yo ya volvía con el combo completo. Y bueno nos fuimos alejando, yo me aleje mucho y él no me supo tirar hacia el de vuelta, nose...pero si yo no volví a ser la misma nunca, con el ya no... no me podía abrir, lo hacía pero no lo disfrutaba y después bueno yo estaba mal con él y en el transcurso de todo esto nos separamos porque ya sentía que la vida juntos ya no tenía sentido, cada cual tenía ideas distintas, proyectos distintos, ya no había cosas en común, proyectos en común.

**Entrevistadora: ¿Cómo afectó la enfermedad en tu manera de vivir?**

**Ana:** en cuanto a mi forma de vivir me dio más ganas de vivir, me dieron más ganas de hacer cosas y menos de dejar para mañana lo que tengo que hacer hoy, me sobreactive me parece...nunca fui muy “aplastada” por decirte pero a partir del diagnóstico me dieron ganas de hacer más cosas y lo que quería hacer trataba de hacerlo y trataba de llevar a mi pareja a hacer cosas y siempre me ponía un “pero” esa fue una de las cosas que nos fueron alejando que yo quería cosas simples como decirte ir a pasar el día el domingo al campo y siempre había una excusa, ir al parque a dar una vuelta y siempre había una excusa. Llegó un punto que dije “bueno, listo...” los chicos necesitan salir, yo quiero salir...salgamos! Entonces planteaba así “vamos a...¿quién va conmigo?” los chicos iban, él no; bueno fueron cosas que nos fueron distanciando, ¿no?”.

En el trabajo no me afectó mucho porque gracias a Dios tuve la suerte y tengo la suerte de trabajar, tengo un negocio en la casa de mis papás entonces yo me sentía muy contenida porque no tenía que pedir permiso para ir a hacer el tratamiento. El negocio es mío, siempre lo manejé yo pero mis viejos me ayudaron un montón, mis viejos y mis hermanas; cuando yo me iba hacer el tratamiento venía una de mis hermanas y la ayudaba a mi mamá. Yo cuando me operé a los chicos los ubique en una guardería entonces podía salir a hacer el tratamiento tranquila; trataba de hacer todo de mañana, la quimio la hacía de mañana, los rayos los hacía

a la siesta cuando cerraba el negocio entonces no salía tanto porque para hacer los rayos tenía que salir todos los días.

En la familia me sentí mucho más acompañada, más contenida por toda la familia, me ayudan mucho, hablamos de familia...no de la pareja.

En las actividades cotidianas no me afecta porque yo sigo haciendo lo mismo, yo no le hice caso a los médicos en cuanto a los cuidados de, hacía todo lo que ellos me decían, ¿no? pero por ejemplo a los chicos yo tenía que alzarlos, bañarlos, vestirlos, hacerlos dormir y yo cuidé mi cicatriz pero una vez que cuidé la cicatriz, que sano...a mí me sacaron la mitad del pecho izquierdo hacia el lado de afuera y la cadena de ganglios entonces tenía que tener cuidado con hacer fuerza con ese brazo y todo; mi ginecóloga me tiene prohibido hacer un montón de cosas, que yo no puedo lavar pisos, que yo no puedo esto...yo nunca me enteré de eso, yo sigo haciendo mis cosas, siempre cuidándolo obvio pero te puedo asegurar que hoy en día tengo tanta fuerza en el brazo izquierdo como en el derecho, lo cuido pero nunca lo sobreprotegí al lado izquierdo. Entonces en mis actividades cotidianas no me influyo para nada, no me perjudico, incluso he ido a gimnasio y todo y cuando voy a la ginecóloga me pregunta ¿cómo andas? ¿Qué cosas hago? Y todo eso, le comento que voy al gimnasio y me dice “pero no haces fuerza con el brazo, ¿no?”, si supiera que levanto tanto con el izquierdo como con el derecho...no le entro en detalles para que no me rete más ¿viste? Porque yo estoy bien, me siento bien así que bueno...

**Entrevistadora: ¿Cuáles son preocupaciones o pensamientos más frecuentes?**

**Ana:** Mis preocupaciones eran esas, que no sabía que tan difícil era la enfermedad, que si se curaba o no, que en cuanto tiempo se curaba, eh...yo nunca le di importancia a las enfermedades de ese tipo, en mi familia no había habido casos de familiares muy cercanos, había habido casos en tías abuelas más o sea, hermanas de mis abuelos; pero de eso no se hablaba, ¿viste? Se hablaba en secreto “la tía tanto está enferma, ¿viste?” pero no se decía nada, tiene cáncer se decía pero nada más, no se preguntaba nada y bueno entonces al no saber mucho de la enfermedad yo trataba tampoco de preguntar mucho más.

Mi preocupación es esa...curarme! Ahora con cada control tengo que concientizarme mucho, no me bajoneo pero sí me estresa un poquito, me estresa el ir y salir con todas las recetas, sacar los turnos, hacerlo... me cuesta; tengo que hacerme centellograma, análisis, ecografía, mamografía...entonces se hace como muy extenso, es como tedioso y el tema de esperar el resultado es la cuestión.

**Entrevistadora: en relación a las emociones... ¿Qué emociones has experimentado, tanto positivas como negativas, desde el diagnóstico al día de hoy?**

**Ana:** Qué difícil es esta!! Valoré y valoro mucho más a las personas que están cerca de mí, trato de ayudar en lo posible cuando conozco gente que por mi actividad que es comercio viene mucha gente al negocio que por ahí está atravesando por la enfermedad y empezamos a hablar y por ahí compartir experiencias. Compartir y hacerles ver que uno se hace un mundo cuando recibe la noticia y después no es tan grave, que hay que ocuparse de la enfermedad más que preocuparse, hay que hacer todo lo que dice el médico y tomarlo con calma y con tranquilidad porque se cura, tomado a tiempo se cura y eso hay que estar consiente...que nos vamos a curar.

Y después optimismo cuando fui sobrellevando el tratamiento porque a uno le dicen cáncer y quimio y uno lo primero que piensa es q vas a estar enferma, deprimida, postrada, eso es no saber...eso es no tener idea, de no haber pasado la enfermedad con nadie cercano como para ver cómo es realmente; si bien es una enfermedad, tomada a tiempo y con un tratamiento médico que hay que hacerlo tal como se pide, tal como se debe fuera de las descomposturas las quimios o la mala medicación por ahí porque a mí me pasaba que la mutual mandaba un medicamento genérico para los vómitos, para contrarrestar eso me prevenía de no descomponerme tanto, las dos veces que la mutual me mando el genérico me descomponía o sea que con buena medicación...hay muchas cosas que pueden ayudar a tener una mejor calidad de vida durante todo el tratamiento, de poder sobrellevarlo mejor.

Yo no le di mucha importancia a lo que me estaba pasando, era hacer lo que me decía el médico y listo y después meterme de lleno en mis cosas cotidianas, con mi vida, mis hijos y mi trabajo y meterle para adelante. Nunca estuve deprimida porque no me daba el tiempo porque era todo el día estar haciendo cosas, levantarme y seguir adelante. Me levantaba al principio, me ponía mi peluquita hasta que la toleré y el calor me dijo basta, me maquillaba y a salir a la calle y nada más...no esperaba otra cosa, lo tomé natural. Yo no soy una persona linda, no me considero linda y pensaba que el no tener pelo, el que viste esas cosas que las mujeres nos ponemos, que un pañuelo en la cabeza que qué feo que queda y todas esas cosas quedaron en un segundo plano totalmente, totalmente!!! Yo me maquillaba, me delineaba los ojos, cambiaba mi mirada y salía adelante, como te decía...nunca sentí que me haya deprimido ni bajoneado siempre apostando a la vida, por así decirte.

**Entrevistadora: ¿Qué actividades hoy por hoy disfrutas?**

**Ana:** Todas!! Todo lo que tengo ganas de hacer trato de hacerlo y lo disfruto, me gusta mucho salir a caminar, me gusta sentarme en la playa, en el parque o en donde sea a mirar el paisaje nomas, me gusta andar en bicicleta, me gusta correr pero por ahí tengo una edad que no tengo una resistencia que desearía tener entonces lo disfruto pero me gustaría exigir un poquito más pero ya no me da, me falta preparación física.

Disfruto de estar con amigos, disfruto de estar con la familia, con los hijos, una charla, un mate, me gusta pasear, me gusta viajar por ahí por el tema económico no puedo viajar mucho en familia con los chicos porque se me hace muy pesado pero cuando tengo oportunidad de un par de días me gusta escaparme con amigas, así sea a pasar el día a la playa o un par de días irnos a una terma o ir a un recital o ir a cualquier lado, me gusta salir...me gusta mucho y ya te digo por el tema económico lo hago más sola, con amigas porque es bancarme a mí misma pero trato de hacer cosas con los chicos también.

**Entrevistadora: ¿Buscaste en algún momento ayuda psicológica?**

**Ana:** No, nunca busque ayuda porque estoy tan metida en mis cosas en mi mundo... ocupada con los chicos, con la casa, con proyectos que nunca me sentí deprimida, nunca me sentí bajoneada.

A mi pareja sí le recomendé un par de veces que vaya al psicólogo porque yo nunca creía tener la necesidad de ir cuando pensaba en eso de mis miedos o de lo referente a mi sexualidad no lo estimaba. Mi ginecóloga me dijo un día que buscara ayuda para vencer ese miedo y yo le dije que no pero yo creo que era porque yo ya a todo eso ya no estaba a gusto con mi pareja.

## Entrevista a Laura

**Entrevistadora: ¿Por qué acudiste al médico?**

**Laura:** Yo fui a hacerme los chequeos como siempre, a parte me salía como un calostro de la mama, me hicieron unos análisis para ver la prolactina, la prolactina estaba bien y no me quise hacer la mamografía en julio y la extendí para diciembre.

**Entrevistadora: ¿Fuiste acompañada?**

**Laura:** Al médico siempre iba sola así que no me acompañó nadie.

**Entrevistadora: ¿Y cómo es que se llega al diagnóstico?**

**Laura:** El diagnóstico me lo dieron los primeros días de enero, donde me hicieron la punción porque en la mamografía ya habían detectado que había una masa grande de algo que no se sabía que era pero sí se veía algo maligno. Cuando me hicieron la punción los primeros días de enero me detectaron el cáncer.

**Entrevistadora: ¿Qué sentiste en ese momento cuando te lo comunicaron?**

**Laura:** Cuando me dijeron, me lo dijeron así...tenes cáncer de mama, sin más. No me afectó en absoluto porque le pregunté “¿me voy a morir?” y me dice “no, no te vas morir”...ah bueno le dije “¿puedo esperar hasta marzo, fines de febrero? que pase el verano de ir de tratármelo, ver que hacer... bueno me dijo, vos anda disfruta del verano y después ve un medico pero no dejes pasar un año así que bueno lo tomé con total naturalidad.

**Entrevistadora: Si tuvieras que identificar ese momento en una emoción ¿cuál sería?**

**Laura:** En ese momento la emoción fue...noo... de curiosidad, preguntar si iba a estar todo bien, él como médico me garantizó que iba a estar todo bien, que no era algo grave, que no me iba a morir entonces me quedé tranquila así fue.

**Entrevistadora: ¿Qué fue lo primero que pensaste?**

**Laura:** Lo primero que pensé es preguntarle si me iba a morir, por eso se lo pregunté, pero él al contestarme que no, que me hiciera tratar antes de un año... y yo solamente quería disfrutar del verano así que para febrero, mediados de febrero empecé...me fui a otro ginecólogo que se dedica a tratar las mamas, mastólogo se llama...fui y no me fue muy bien porque confrontamos pero lo tomé con total naturalidad.

**Entrevistadora: ¿Con quién lo compartiste? ¿A quién se lo comunicaste?**

**Laura:** Creo que se asustaron más cuando se lo dije a mi mamá, mis hermanos, mis hijos, a ellos se lo conté...ósea a todos los que se los decía todos lo tomaban “tenes cáncer!!!” y yo decía porque se asustan si yo no estoy asustada ehh... porque lo único después que quería, cuando me empezaron a hacer los estudios la otra ginecóloga era que me lo saquen y me pongan prótesis.

**Entrevistadora: ¿Cómo tomó tu pareja el diagnóstico?**

**Laura:** Mi pareja... yo cuando ni bien me diagnosticaron cáncer aproveché a separarme, así que no lo comparto...él por su lado y yo por él mío...Yo fui, la doctora me hizo por las distintas cuadrantectomías cirugía para ver de qué tamaño era y si todo el cáncer era el mismo o era distinto y era el mismo, y bueno me dijo que tenía que hacer 6 meses de quimioterapia y 6 meses de rayos de los cuales me negué. Como era todo encapsulado ella no quería ponerme un expansor, ella me decía que había que esperar, que había que sacar el tumor y esperar no sé cuánto meses o un año para poder ponerme un expansor y después una prótesis así que me operé con un cirujano plástico, él me sacó el cáncer ósea el tumor, me puso un expansor por dos meses y a los dos meses como mi piel era elástica porque tengo 4 hijos enseguida cedió el tejido y me pusieron las prótesis que tengo o sea para mí fue todo un trámite nada más.

**Entrevistadora: Vos dijiste que aprovechaste para separarte, ¿ustedes ya venían en una crisis y con el diagnóstico se terminó la pareja? ¿Cómo fue?**

**Laura:** Nosotros en crisis siempre estábamos por el tema de que él es una persona agresiva entonces cuando se tomaba empezábamos a pelear y la verdad que sí, estábamos en una crisis constante que la veníamos piloteando pero bueno el diagnóstico detonó que yo me separaré; a parte que me dijeron que las emociones que yo tenía con él despertaron el cáncer o sea eso de callar, de los maltratos y todo eso despertaron el cáncer entonces me separé de él.

**Entrevistadora: ¿Qué aspectos de la relación de pareja sentís o crees que se han modificado a partir del diagnóstico?**

**Laura:** Y repetirte...como yo con él me separé al tiempo que tuve el diagnóstico, no tenía nada...A mí no me afectó en absoluto, en nada...no me deprimí nooo...no sé si fui consiente,

la verdad y creo que esa inconciencia a mí me salva ósea no lo tomo como la palabra CANCER no me modificó la vida.

**Entrevistadora: ¿Cómo ha afectado la enfermedad en tu manera de vivir?**

**Laura:** Y mi vida transcurrió mejor porque yo no tenía pechos así que vos imagínate que me pusieron pechos porque como le decía al cirujano plástico poneme los que tengo porque no me vas a poner como Moría Casan porque yo era plana y me dice para eso quédate cómo estás así que bueno, de tener un corpiño 80 llegué a tener uno 90 entonces para mí fue todo, no me importaba no tener pezón, no me sentí avergonzada ni nada, re bien.

**Entrevistadora: ¿Cómo ha afectado esta situación en tu trabajo, vida cotidiana, familia?**

**Laura:** ya te digo a mí no me ha afectado, yo lo tomo como algo natural...me hice operar y como yo me negué a hacer los rayos y las quimios que me dijeron mi vida siguió normal, no me afecta en mi trabajo, ni estudio ni nada.

**Entrevistadora: ¿Cuáles son tus preocupaciones o pensamientos más frecuentes?**

**Laura:** Como no lo tomé como algo grave, hago lo que tengo que hacer, tomo mi medicación...si te puedo decir que tengo entendido que el cáncer se despierta por las emociones y con la pareja que yo estaba es una persona violenta, me golpeaba entonces decían que el cáncer se despertó por la violencia que él generaba en mí pero bueno....Él es violento, él me pega...es violento.

**Entrevistadora: ¿y hay alguna actividad que compartan?**

**Laura:** no, hoy en día no compartimos más nada...solamente que vivimos en la misma casa porque yo me separé pero seguimos compartiendo el techo...cada uno en la suya digamos.

**Entrevistadora: Desde el diagnóstico al día de hoy ¿qué sentimientos y emociones, tanto positivas como negativas has tenido?**

**Laura:** De las emociones negativas...no me gustaba entrar al quirófano, entré muchas veces y cada vez que salía mi cuerpo como que empieza a temblar y la pasó feo, esa es la emoción negativa, miedo a salir siempre del quirófano así.

La emoción positiva...ehh...era que me iban a reconstruir el pecho porque o sea no era un cáncer agresivo así que como estaba todo encapsulado y los ganglios no estaban tomados, me limpiaron bien, me pusieron el expansor y después la prótesis entonces fue como una emoción de estar bien, me sentí así sana y tener pechos que nunca tuve porque era plana. Esas son las emociones, el temor de salir del quirófano cada vez que entraba y por resultado final el hecho de terminar toda la cirugía con una reconstrucción como quería.

**Entrevistadora: ¿Cuáles son las actividades que hoy por hoy disfrutas?**

**Laura:** Las actividades que disfruto hoy en día son todas, salir con amigas, con mis hijos... disfrutar de la vida, estudiar...disfruto todo.

**Entrevistadora: ¿has buscado ayuda profesional psicológica en algún momento?**

**Laura:** si si, hago terapia y también hago meditación...ahora voy más espaciado a la psicóloga, voy de vez en cuando digamos.