

Universidad del **Aconcagua**

Facultad de Psicología

Alumno: Morales, María Belén

Director de Tesina: Lic. Granados, Elodia

Tesina de Licenciatura:

“Grupos de Reflexión

Homogéneos en pacientes con
cáncer de mama: su incidencia

Lugar y fecha de presentación:

Hoja de Evaluación

Tribunal

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Elodia Granados

Nota:

Resumen

El propósito de la presente investigación fue determinar la incidencia de los grupos de reflexión homogéneos en las pacientes que padecen cáncer de mama. El diseño metodológico que se utilizó fue el llamado “relatos de vida”, y se trabajó con bibliografía pertinente a la temática expuesta, desde un enfoque psicoanalítico grupal.

Por otra parte se analizaron los relatos y entrevistas recogidos de pacientes que hubiesen tenido cáncer de mama y que hubieron transitado durante la enfermedad por el mencionado grupo. Se observó que los grupos de reflexión homogéneos posibilitan que las pacientes puedan rescatar lo positivo de aquello que les está sucediendo, puedan expresar lo que sienten y reformular experiencias. Al mismo tiempo se observó la aceptación y elaboración de la enfermedad y la reducción de los sentimientos presentes en el diagnóstico y la evolución del cáncer. Además, el grupo, provoca como efecto terapéutico el cambio, mediante fenómenos que se dan en el grupo como las identificaciones de unas con otras, la semejanza, esperanza, confianza y la resonancia, las pacientes pueden reflexionar, comprender y pensar lo que les está sucediendo y de esta manera, pueden ir poco a poco elaborando la enfermedad, el hecho de compartir con personas semejantes a ellas, y que han atravesado por la enfermedad, permite este proceso de elaboración y aceptación.

Asimismo, posibilita el desarrollo de herramientas, concernientes al hecho de vivir con esta dolencia, que involucra numerosos ámbitos de la cotidianeidad, mediante este proceso facilita llevar a cabo la vida con mayor salud mental.

Abstract

The purpose of this research is to determine the incidence of homogeneous focus groups in patients suffering from cancer of breast. The research design chosen was the distinguished "life stories". Furthermore, pertinent references were consulted from a psychoanalytic group view/approach.

In addition, interviews as well as life stories of patients who suffered from this disease and were helped by homogeneous focus groups were included. It was noticed that the mentioned groups allowed patients to focus on the positive side of their lives, express their feelings and rethink experiences. Moreover, there was acceptance of the disease, and a positive change in their way of thinking towards cancer. Additionally, homogeneous focus groups caused, as a therapeutic effect, a considerable change through sharing experiences and giving hope to their peers. As a result, patients were able to reflect, understand and think about their own situations, and consequently, start accepting the disease. Being in contact with people who are experiencing the same process definitely helps to accept it and go through the illness.

Finally, homogenous focus groups allowed the development of different tools to face cancer which involves a considerable number of new habits. Through this process, mental health is simpler to reach.

Agradecimientos

- A Dios, por haberme permitido estudiar la carrera que tanto me gusta y haber llegado a esta instancia.
- A mi mamá: Miriam, mi papá Juan Carlos y mis hermanos: Ivana, Maxi, Florencia, Celeste y Juan Pablo, por haberme apoyado en todo momento y ser un sostén fundamental.
- A mis amigas: Belén, Laura, Analía, Gimena, Griselda, Paula, Anita, Silvina, Daiana y Florencia por haberme acompañado en todo este camino, ser excelentes personas y brindarme alegría.
- A Nicolás, mi novio, por ser un compañero incondicional y un sostén primordial.
- A mi directora de tesis: Elodia Granados por su dedicación incondicional y por haber colaborado con muy cálida predisposición en este trabajo de investigación.
- A la Lic. Graciela Kahane por haber colaborado desinteresadamente con humildad y buena voluntad.
- A Padre Pedro, por su generosidad.

A todos...¡Muchas Gracias!

Índice

Título	2
Calificación	3
Resumen	4
Abstract	5
Agradecimientos	6
Indice	7
Introducción	8
Capítulo I: De la psicología del paciente con cáncer de mama	9
I.1. Reacción ante el diagnóstico.....	10
I.2. La familia en el diagnóstico.....	18
I.3. Del diagnóstico a la aceptación de la enfermedad.....	22
I.4. La evolución del cáncer de mama.....	26
Capítulo II: Psicología y Medicina	32
II.1. ¿Qué es el cáncer?.....	33
II.2. Psicología y Oncología.....	36
II.2.1. Estrés y duelo en los pacientes con cáncer.....	36
II.2.2. Un poco de historia... ..	42
Capítulo III: Grupos	46
III.1. Los vínculos y la construcción grupal del psiquismo: aportes de algunos autores.....	47
III.2. El fenómeno de la resonancia en el grupo.....	56
III.3. ¿Cómo opera el grupo en el psiquismo de sus participantes, y cómo a través de esas operaciones pueden producirse cambios psíquicos?.....	57
Capítulo IV: Marco Metodológico	66
IV.1. Objetivos.....	67
IV.2. Método.....	67
IV.3. Presentación y análisis	68
IV.4. Discusión.....	74
Conclusiones	77
Referencias Bibliográficas	79
Apéndice	84

Introducción

El diagnóstico de cáncer de mama genera en la persona afectada sentimientos tales como: miedo, confusión, abatimiento, pérdida, angustia, cuestionamiento, sensación de “no saber qué hacer”

Este tipo de experiencias son las que se repiten en general en las pacientes con enfermedades como la que se ha mencionado que comienzan a transitar los primeros pasos en el camino de la curación.

El no saber despierta fantasmas del miedo y la desesperanza. Al mismo tiempo la mujer se siente sola y es muy difícil que otras personas desde afuera puedan comprender las controvertidas emociones que han pasado por ella. Los primeros momentos, desde la detección de la enfermedad amenazan un camino tortuoso en el que el miedo y la culpa sólo pueden provocar estupor y detención.

La información, el encuentro con otras mujeres que enfrentan la misma enfermedad, la contención que brindan las instituciones, en general producen un cambio importante en su actitud, que de pronto un mundo de esperanza se abre ante su vida. Es por ello que se intenta en la presente investigación conocer cuál es la incidencia que tienen los grupos de reflexión homogéneos (en este caso por la temática que reúne a los miembros se debe a que comparten la misma enfermedad: cáncer de mama) en las pacientes y si esta incidencia genera en ellas una mayor aceptación y elaboración de la enfermedad.

Capítulo I: De la Psicología del paciente con cáncer de mama

I.1 Reacción ante el diagnóstico

El momento de mayor estrés es el impacto inicial, en el periodo transcurrido entre el hallazgo clínico y el diagnóstico de la enfermedad, es decir, es importantísimo el impacto que ocasiona el diagnóstico del Cáncer de mama, pero estas reacciones son secundarias (hasta cierto punto), al acontecimiento de padecer una enfermedad catalogada como potencialmente fatal, y a eso se le suma el temor a los tratamientos conocidamente agresivos y mutilantes.

Por otra parte se deberá valorar la percepción de la persona así como sus reacciones psicológicas dado que la respuesta de las personas al saber que tienen cáncer, puede determinar parcialmente tanto su tiempo de supervivencia como su calidad; y para respaldar lo anterior se ha comunicado, que la fuerza de la persona para afrontar (fuerza del yo) al cáncer está relacionada positivamente con las respuestas de los anticuerpos (McClelland y Cols, 1980) El impacto emocional no sólo depende del pronóstico del médico sino que se basa en las creencias previas que tenga el paciente respecto al cáncer de mama, estas creencias provocan sentimientos de culpabilidad en la mujer.¹ Para algunas mujeres el impacto psicológico provocado por el diagnóstico de cáncer de mama puede ser mayor debido a trastornos psicológicos como el miedo, la depresión, ansiedad y hostilidad.

Asimismo existen variables individuales que influyen en la duración de dicho impacto, tales como: edad, importancia en la apariencia física y las creencias sobre los tratamientos.²

Es interesante destacar que el cansancio también puede convertirse en un síntoma enormemente ansiógeno que interfiere no solamente con la capacidad del paciente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, sino con su capacidad para relacionarse con personas de su entorno, desencadenando, además, un gran aislamiento social y soledad.

¹ Rea Barajas, M. Tirado, H. (2009). Repercusiones psicológicas en pacientes con cáncer de mama. *Cáncer de mama o de seno*. Consultada el 3 de febrero de 2010 en <http://html.cancer-de-mama-o-de-seno.html>

² *Ibíd*em

Entre las consecuencias psicológicas del cansancio en el paciente puede descubrirse el aislamiento social, que resulta no solo de la incapacidad para mantener relaciones sociales, sino también para establecer nuevos vínculos. Es decir, el paciente al ser diagnosticado de cáncer tiende a alejarse de la sociedad, su autoestima se encuentra afectada y las actividades de la vida diaria se ven alteradas.³

Por otra parte existe una sensación de pérdida en estas personas y suele ser intensa en un enfermo cansado, gira en torno a la pérdida de funciones, de capacidades, de interés, de salud, de control sobre su vida y sobre la enfermedad, de energía. Las actividades que antes resultaban placenteras ahora no se pueden realizar. Las actividades laborales también se ven limitadas, cuando no prohibidas por la aparición del síntoma.

Como consecuencia de todo ello, la autoestima del enfermo puede verse significativamente alterada, pudiendo aparecer sentimientos de frustración, incapacidad e inutilidad.⁴

Un hallazgo interesante es el que anunció la Universidad del Valle de México, el mismo reveló que las pacientes con cáncer de mama tras recibir el diagnóstico sufren una serie de pensamientos catastróficos, la idea de que pueden morir las lleva a una etapa de ansiedad y depresión.⁵

Cuando las pacientes sufren tales sentimientos se afecta también su sistema inmunológico, esto provoca que los resultados de los tratamientos no sean óptimos. Tras identificar estos resultados las pacientes pasan a una etapa que consiste en brindarles ayuda psicológica.

Esta ayuda psicológica permite que las pacientes disminuyan los sentimientos anteriormente mencionados, y las conduce a una mayor tranquilidad, entre más tranquilas estén, su sistema inmunológico también reacciona de mejor manera en el combate de la enfermedad.⁶

³ Esteve S.A. (2007). Impacto psicológico: consecuencias psicológicas. La vida sigue. Consultada el 21 de diciembre de 2009 en <http://www.lavidasigue.com>

⁴ *Ibíd*em

⁵ Bonilla, J. (2009, Mayo 31). Ofrece la UVM atención psicológica a pacientes con cáncer de mama. *Crónica*.

⁶ *Ibíd*em

Asimismo, numerosos estudios han investigado acerca del impacto de las enfermedades crónicas en la vida de los pacientes. Las investigaciones destinadas a evaluar el funcionamiento de grandes muestras de pacientes con una gran variedad de enfermedades crónicas (Stewart y Cols, 1989) establecieron que estos pacientes presentaban un peor funcionamiento social y físico, tenían una salud mental deteriorada y experimentaban mayor dolor que aquellos que no padecían estas enfermedades.

Los resultados revelaron que las enfermedades crónicas difieren en su impacto, no sólo en lo que respecta a su gravedad, sino en la medida en que interfieren en la vida de los pacientes.⁷

Un importante impacto de las enfermedades crónicas es el modo en que las personas se conciben así mismas; en otras palabras, el diagnóstico de una enfermedad crónica altera la autopercepción. El diagnóstico de una enfermedad como el cáncer cambia la vida de las personas, éstas atraviesan un proceso gradual de comprensión del significado de su enfermedad y la integran a sus vidas, así como la percepción de sí mismos.⁸

Del mismo modo, la enfermedad crónica hace impacto en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su autoestima, sus sentimientos y dominio personal. Así pues, sufre sentimientos de culpabilidad, en especial si familiares suyos han fallecido a causa del cáncer de mama o por alterar la vida de sus familiares, debido a los cargos económicos que generan, entre otros.

Se han dado a conocer testimonios, afirmando que cuando una mujer es diagnosticada de cáncer de mama esto es para ella un golpe al ego muy fuerte, en el que se enferma también de su ser mujer, ser amante y de su ser atractivo.⁹ Esto porque a raíz del tratamiento, muchas mujeres quedan con cicatrices en los pechos, engordan por los corticoides y se les cae el cabello por la quimioterapia, entre otras secuelas.

⁷ Feist, J. (2001). Vivir con una enfermedad crónica. En Brannon, L. (Ed.), *Psicología de la salud*. España: Prainfo Thomsom Learning

⁸ *Ibídem*

⁹ Consorcio Periodístico de Chile S.A. (2008, abril 2008). Describen impacto emocional del cáncer de mama en la familia. [versión electrónica]. *La tercera*.

Las consecuencias estéticas suelen representar un duro golpe emocional para las mujeres enfermas, esto es por la autoimagen y porque se hace pública la enfermedad que padecen las pacientes con cáncer de mama, ya que, desde el minuto que se les cae el pelo todo el mundo sabe que son paciente de cáncer.¹⁰

También el diagnóstico puede llevar un incremento de la ansiedad, desesperación y sometimiento al sufrimiento debido a las creencias amenazantes del cáncer de mama.

Entre las reacciones que se presentan frente al diagnóstico de cáncer de mama son: negación, perdición, abatimiento y confusión, entre otros, que se desarrollarán más adelante.¹¹

Por otra parte, cuando las pacientes carecen de información acerca de dicha enfermedad y reciben el diagnóstico, presentan momentos de incertidumbre al no saber que sucederá en el futuro. Esta reacción va acompañada paralelamente con la pérdida de control debido a la incapacidad para actuar.

Considerables estudios acerca del impacto del diagnóstico en este tipo de pacientes presentan que las reacciones de los mismos son debidas a las creencias y expectativas que tiene acerca de la enfermedad del cáncer de mama y las ideas de la sociedad, puesto que ejerce una gran presión a la paciente así mismo a la falta de información acerca de esta enfermedad. Para esto, especialistas recomiendan conocer a la paciente y en base a eso saber cómo dar el diagnóstico, en qué momento, con qué personas, además prepararla para que pueda recibir dicha información y pueda tener un control del impacto.¹²

¹⁰ Ibidem

¹¹ Ibidem

¹² Ibídem

De lo dicho anteriormente, se desprende que la mujer que ha sido diagnosticada de cáncer de mama, asocia la enfermedad a muerte, así como también a la castración de un órgano significativo, en este caso, la mama, considerada un símbolo de feminidad, según investigaciones realizadas a las pacientes.¹³

El diagnóstico de cáncer de mama suele generar sentimientos de ansiedad, tristeza y miedo, así como dudas y cuestionamientos, debido al estigma de enfermedad terminal que ocasiona sufrimiento y muerte.

Este tipo de cáncer en general produce impacto entre las mujeres, tanto por la importancia que se da a la mama, como por el miedo relacionado a los tratamientos.

Cabe resaltar que el descubrimiento de un nódulo mamario representa una amenaza para la mujer, principalmente si se confirma su malignidad. Este hecho acarrea, casi siempre, un desequilibrio emocional en la mujer, que puede extenderse a la familia .

El diagnóstico de la enfermedad entraña un peligro para la mujer, por ser el cáncer visto como una enfermedad sin cura. Por ello, es importante, para la toma de decisiones por parte de la misma, la relación que mantendrá con el profesional de salud, exigiendo una relación de confianza para una mejor aceptación.¹⁴

Según datos importantes registrados en el Hospital Oncológico de la ciudad de Santiago, señalan que en situaciones específicas donde el problema es de Cáncer de mama, cuando a las pacientes se les trabaja la parte emocional, salen a relucir en un 100% de los casos, sentimientos de desesperanza y desamparo en las mismas que por lo regular se acompañan de un estado depresivo que requiere ser tratado. Además, de que se hace necesario trabajar la parte emotiva, ya que las mujeres en estas circunstancias

¹³ Mesquita, M. [Magalhães da Silva](#), R. Carvalho, A. [De Almeida](#), A. (2007). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama [versión electrónica]. [Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería](#). 10, 1- 10.

¹⁴ *Ibíd*em

comienzan a ajustarse a una nueva realidad que implica ser asimilada y tratada, tanto en el plano médico como en el psicológico.

Las pacientes con Cáncer de Mama de dicho hospital precisan manejar su estado emocional, de tal manera que su entorno tanto social como psicológico, le brinden respuestas para contraponerse a esta situación. Lo peor que puede sucederle a este tipo de pacientes es carecer de afecto, ayuda y apoyo; pero sobretodo, verse en una situación que muchas veces por diferentes razones no pueden ser enfrentadas de forma razonable.

Sin embargo, los datos arrojados por el estudio del Hospital Oncológico de la ciudad de Santiago reflejan, según datos de archivo que, normalmente, pasado un año del diagnóstico, el ajuste de las pacientes que fueron tratadas en la parte emocional es considerado bueno, una vez que fueron tratadas sobre su progreso y evolución.

Asimismo, la cantidad de pacientes cuya evolución no ha sido progresiva o no han sido tratadas reflejan entre un 25-30% problemas que requieren tratamiento, porque la situación no les ha permitido superar el trauma de la enfermedad.

Dichos resultados también demostraron que las pacientes tratadas en su parte emocional, aun sin haber superado la enfermedad, han dado muestra de que sí han logrado entender que deben enfrentar la enfermedad pues el estado depresivo solo las llevaría a acelerar el deterioro porque eso requiere de la intervención médica para sobrevivir a la enfermedad.¹⁵

Ante una problemática de salud de esta magnitud, como ya se ha mencionado, las pacientes suelen mantener un comportamiento que les impide mostrarse positivamente y con ello sólo generan situaciones que afectan la vida emocional, la cual interfiere con la efectividad del tratamiento.

¹⁵ Arias Rodríguez, V. de León Zapata, T. (2007). Perfil emocional de las pacientes con cáncer de mama, atendidas en el hospital oncológico de la ciudad de Santiago. [versión electrónica]. *Departamento de Investigaciones y publicaciones*. Chile.

Cabe destacar que sentido general la mujer, en su integridad física y espiritual, brinda especial cuidado a su salud y es común que sienta sus mamas como el centro de su feminidad estética.

Siguiendo los estudios del ya nombrado hospital, la cuestión psicológica y el estado anímico de las pacientes con cáncer de mama se encuentran fuertemente afectados cuando se recibe el diagnóstico, (independientemente de tener una relación directa con los cambios hormonales, alimentación y predisposición genética),este padecimiento afecta el estilo de vida por los altos niveles de estrés, miedo, tristeza, ira y ansiedad que genera.

Por otra parte las reacciones emocionales en estas situaciones de amenaza son normales y no se consideran patológicas salvo que su duración, intensidad o frecuencia, sean excesivas e interfieran en el funcionamiento de la persona. Las principales respuestas se relacionan con: el miedo, ansiedad, tristeza, depresión, angustia, rabia, ira, apatía, llanto, abatimiento y desesperanza.¹⁶

Aunque existen factores orgánicos, psicológicos y socioculturales que inciden en la conducta y la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, es bueno que durante el proceso la paciente reciba algún tipo de entrenamiento para que haga más llevadera su situación, ya que la pérdida de pelo y el descuido personal afecta su estima.

Es muy importante el poder orientar a las pacientes sobre la influencia que podría tener enterarse del diagnóstico del cáncer de mama, para que al recibir la respuesta a sus inquietudes no se afecte psicológicamente.

El hecho de ofrecer una mayor atención psicológica ayuda a las pacientes para que puedan manejar el diagnóstico en el entorno de una mejor manera.¹⁷

¹⁶ Ibídem

¹⁷ Ibídem

Para concluir se puede decir que el cáncer es una enfermedad que se asocia a con dolor y con muerte. El sólo diagnóstico obliga a pensar que no habrá mejoría, porque hay tantas personas que mueren, aunque hay tantas otras que sobreviven, pero que poco se sabe de todos aquellos que se mejoran.¹⁸

Una vez conocido el diagnóstico, se produce el bloqueo, la negación de la realidad. La infraestructura psíquica es incapaz de absorber la verdad y entonces comienza otro peregrinaje para pedir nuevas opiniones, para que algún otro profesional acierte en el diagnóstico. Pero éste se confirma nuevamente, aunque cada vez cueste más creerlo.

La negación va dando paso a la rabia, a la pena, al horror y a la incertidumbre. Esta etapa de la enfermedad provoca más que cualquier otra, un desconcierto familiar y una desintegración personal.

Una persona que hasta hace pocos días llevaba una vida laboral y familiar aparentemente normal pasa a ser un “enfermo” con todo lo que con todo lo que ello implica y significa respecto a dependencia, humillación e incertidumbre. Es un cambio de vida demasiado violento.

La persona que ha sido diagnosticada de cáncer podría definirse como alguien a quien se le ha interrumpido la vida violentamente, que se encuentra desorientado, desconcertado, con pánico , pero además, perdido en un montón de opiniones y consejos que contribuyen aún más en acelerar este proceso donde la desesperación va ganando territorio.¹⁹

Aunque para contrarrestar todos estos sentimientos, de esta experiencia que resulta tan desgastante para los pacientes, están los especialistas y profesionales de la salud que a diario reciben casos similares, y que sin lugar a

¹⁸ Middleton, J. (1996). El diagnóstico. En Middleton, J. (Ed.), *Yo (no) quiero tener cáncer*. (pp 149-152). México.D.F: Grijalbo. S.A. de C.V.

¹⁹ *Ibidem*

dudas pueden ayudar a los enfermos a superar a nivel emocional la enfermedad a aceptarla.

I.2 La familia en el Diagnóstico

Cuando una paciente es diagnosticada de cáncer de mama, el diagnóstico no solo lo recibe ella, sino que también juega un papel importante la propia familia. Es decir, que el cáncer no le sucede a un solo miembro de la familia, sino que el impacto se siente en todo el grupo familiar. Si la paciente comparte sus sentimientos, le resultará más fácil elegir qué decisión tomar, además de sentirse más conforme con la elección que haga.

Se han realizado numerosos estudios acerca del papel de la familia en el diagnóstico del cáncer y en todo el proceso de la enfermedad.

Una interesante publicación que investiga el comportamiento de los familiares frente al diagnóstico de cáncer de mama asegura que la familia constituye un componente esencial para la recuperación y, consecuentemente, para la seguridad personal, siendo la integración y la armonía familiar factores que contribuyen a la recuperación de la mujer²⁰.

Así mismo los autores de anteriormente mencionada publicación afirman en sus conclusiones que la familia al enfrentarse al diagnóstico de cáncer de mama presenta comportamientos de miedo, asociados al hecho de que la enfermedad es considerada mortal o por la imposibilidad de cura. Así, los familiares, en gran parte de los casos, demostraron reacciones inútiles, afectando el equilibrio y la dinámica familiar.

Con el propósito de adaptarse mejor a la situación vivenciada, la familia acostumbra a utilizar mecanismos de enfrentamiento, que se traducen en el diálogo con el médico, para el conocimiento real del problema; mantenimiento de la calma, para ayudar a los otros familiares; una unión mayor de la familia, a través de la realización de reuniones familiares a discutir sobre el problema; y

²⁰ Mesquita, M. [Magalhães da Silva](#), R. Carvalho, A. [De Almeida](#), A. (2007). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama [versión electrónica]. [Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería](#). 10, 1- 10.

la fe, manifestada por la creencia en Dios, las oraciones y el frecuentar la iglesia.

Es interesante resaltar que, en la medida de lo posible, los familiares procuran desempeñar sus roles de forma que contribuyan para el equilibrio, manifestando comportamientos adaptativos. De esta forma, los roles precisaron en algunas circunstancias ser reorientados.²¹

Por otra parte según distintos estudios acerca de dicha temática señalan que el diagnóstico de cáncer de mama afecta a cada miembro de la familia de manera particular, esto depende de diversos factores tales como el grado de parentesco que se tenga con el enfermo y del tipo de relación que se tenga con este. No es lo mismo tener un hermano con cáncer que tener un cónyuge, un padre o madre, o un hijo afectados.

El grado de apego y el tipo de relación suelen variar dentro de una misma familia, de modo que, por ejemplo, no todos los hijos de una mujer con cáncer de mama responderán de igual forma al diagnóstico.²²

Asimismo existen diversas formas en las que los miembros de la familia toman el diagnóstico, es decir, es distinto el impacto que produce en cada uno de ellos. Diana Rowden, directora de la Fundación Susan G. Komen, una de las organizaciones más grandes del mundo que se encarga de enseñar a prevenir y tratar el cáncer de mama, asegura: "el apoyo emocional de la familia es clave para el bienestar de la mujer enferma".²³

De la misma forma la enfermera-oncóloga y presidenta de la corporación Yo mujer, Anita Cox, afirma que una mujer al ser diagnosticada de cáncer de mama se produce en su familia una crisis, y una redistribución de roles, ya que muchas veces le toca al hermano mayor el papel de padre, o el mismo padre

²¹ Ibídem

²² Ibídem

²³ Ibídem

se tiene que encargar de los quehaceres de la casa. Y al ser una enfermedad larga es desgastadora emocionalmente para los miembros de la familia.²⁴

También está el hecho de que la familia siente miedo al enterarse que su esposa o madre tiene cáncer. Desconocen la evolución de la enfermedad y se dan cuenta de que la mujer que tanto aman está enferma y puede no sobrevivir. Este fantasma vuelve incluso luego de sanar el cáncer durante los controles anuales para descartar recaídas. Asegura Rowden

Toda la familia vive lo que se llama un “duelo oncológico” que va desde la negación y la rabia hasta la aceptación de la enfermedad asegura Gonzalo Rojas-May -psicooncólogo de la Clínica Las Condes.²⁵

Por otra parte Cox aclara, que ante el diagnóstico de cáncer de mama, las reacciones de los miembros de la familia varían de acuerdo a la edad, quienes peor toman la noticia son los adolescentes, ya que reaccionan con agresividad y rebeldía frente a la enfermedad, el hecho es que inconscientemente tienen tanto miedo de que la madre muera que tienden a alejarse para no sufrir.

En el caso de los niños es diferente, ya que a estos se les oculta generalmente lo que sucede, pero éstos sospecha que algo malo está ocurriendo con su madre y se estresan mucho. Las hijas por lo general se aferran más a la madre y la acompañan durante el proceso de la enfermedad. En el caso de los esposos reaccionan ocupándose de todo lo correspondiente a los tratamientos y de la parte administrativa, aparentemente responden con frialdad cuando en realidad lo que sucede es que no cuentan con las herramientas emocionales para apoyar a una mujer con cáncer de mama.²⁶

²⁴ Ibidem

²⁵ Ibidem

²⁶ Ibidem

Por otro lado en la familia pueden darse 3 períodos existentes en la enfermedad crónica²⁷

1) Periodo de desorganización (tocar fondo)

El impacto de la enfermedad hace que una primera fase se rompa la estructura de funcionamiento familiar.

Al identificarse el problema hay aumento de tensión, angustia, impaciencia, búsqueda desordenada de consejo u opinión (preguntas a personas no adecuadas, superposición de familiares o amigos)

El término “tocar fondo” hace referencia a lograr aceptar la situación de disminución para poder después actuar con los medios necesarios para mitigarla.

2) El punto de recuperación

Se puede decir que en este periodo la familia está llegando a un punto a partir del cual será posible su recuperación de la crisis. En este caso el elemento cognitivo empieza a actuar como organizador del contexto.

3) La fase de reorganización

El tipo de reorganización al que arribe la familia dependerá del tipo de enfermedad y de la invalidez resultante de ello.

La intervención del equipo de salud en esta fase debe estar dirigida a que la familia se encamine hacia un tipo de reestructuración que posibilite el crecimiento de sus miembros.

²⁷Plazas, L. (2008). Pacientes con cáncer de mama y su etapa de crisis. Enfermería 21. Consultada el 21 de diciembre de 2009 en <http://www.enfermeria21.com>

Feist, J. afirma que las enfermedades crónicas no sólo afectan a las personas que la padecen, sino también a sus familiares y amigos. Los pacientes crónicos presentan necesidades fisiológicas, sociales y emocionales diferentes de aquellas que demandan las personas sanas, de manera que tienen que encontrar algún modo de satisfacerlas. En ocasiones, los profesionales de la salud y las personas que atienden a los pacientes descuidan las necesidades sociales y emocionales de éstos, atendiendo esencialmente sólo a sus requerimientos físicos. Los psicólogos de la salud y los grupos de apoyo ayudan a cubrir las necesidades emocionales relacionadas con las enfermedades crónicas.²⁸

I.3 Del diagnóstico a la aceptación de la enfermedad

Según Angione y Zuker, frente al diagnóstico de cáncer el paciente suele experimentar ciertos sentimientos negativos, tales como los que se exponen a continuación:²⁹

1. *Negación*: procedimiento en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular uno de sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezca³⁰. "Esto no me puede estar pasando. El diagnóstico es erróneo. Los estudios que me entregaron son de otro paciente."
2. *Ira o Rabia*: Es la pasión del alma que causa indignación y enojo.³¹ "El diagnóstico es cierto y me da mucha rabia que esto me esté sucediendo. Rabia al médico que me dio la noticia, o a mis padres que me transmitieron malos genes, o al destino. ¿Por qué me tocó a mí? ¿Qué voy a hacer con los proyectos que tengo? "

²⁸ Feist, J. (2001). Vivir con una enfermedad crónica. En Brannon, L. (Ed.), *Psicología de la salud*. (pp). España: Prainfo Thomsom Learning.

²⁹ Angione, M. Zuker, M. Información para pacientes operadas de cáncer de mama. La enfermedad y su impacto psicológico.

Adaptación de la cartilla del Servicio de salud mental del Hospital de Oncología "Miria Curie".

³⁰ Laplanche, J. Pontails. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona. Paidós

³¹ Real Academia Española. (2001) Diccionario de lengua española. XXII Edición. <http://www.rae.es/rae/gestores>

3. *Negociación*: Tratar asuntos procurando su mejor logro.³² “Si cumplo con todas las indicaciones médicas ¿podré curarme?”
4. *Depresión*: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.³³ Sentimiento de desesperanza y un sentimiento extremo de vulnerabilidad. “Tengo cáncer y cuando voy al hospital para seguir con los tratamientos, me siento triste, las lágrimas fluyen sin que pueda impedirlo. Tengo un sentimiento de pérdida de una parte simbólica e importante de mi cuerpo. Me siento decaída, con poca voluntad, de noche me cuesta dormir porque pienso mucho en todo esto que me está pasando.”
5. *Dudas*: Suspensión o indeterminación del ánimo entre dos juicios o dos decisiones, o bien acerca de un hecho o una noticia.³⁴ “¿Podré seguir realizando mis proyectos? ¿Podré realizar las mismas actividades o algo me limitará? ¿Podré seguir siendo independiente? ¿Continuaré recibiendo la estima de mis allegados?”

Todo lo anteriormente dicho es normal que suceda, pero en la medida que aumente la confianza de la paciente en el equipo tratante, se sentirá contenida y más segura. Todo esto es parte de un proceso, hasta llegar al momento positivo de la aceptación de la enfermedad.³⁵

Algo que resulta de mucho valor en este tipo de pacientes es compartir sus sentimientos y hablar abiertamente sobre lo que siente con alguien cercano , como el esposo, pareja, amiga íntima o algún miembro de la familia. Ello ayuda a reducir la ansiedad y a que no se sienta sola ni desprotegida.

³² *Ibíd*em

³³ *Ibíd*em

³⁴ *Ibíd*em

³⁵ *Ibíd*em

Es muy valioso también que tenga una persona que funcione como soporte durante este período. Es importante buscar los recursos más amplios de protección disponibles en la comunidad en la que vive la paciente.³⁶

Una interesante investigación llevada a cabo con pacientes con cáncer de mama de la Unidad Patológica Mamaria del Hospital Clínico Regional Valdivia en Chile, publicó muy importantes datos acerca de las reacciones que éstas tienen desde que se les da el diagnóstico hasta la aceptación de la enfermedad, dicha información revela, en primer lugar que en gran parte de los casos, el hecho de despojar a una mujer de algo tan propio como son sus "pechos", no sólo son un instrumento para alimentar a la propia descendencia, ni un medio por el cual se tiene el primer contacto con los hijos. Sino que también forman parte de la coquetería y feminidad propia de la mujer, como parte importante del erotismo entre la pareja. Es por ello tal vez que el Cáncer de Mamas cala tan hondo y fuertemente en la vida de las mujeres que lo padecen y en sus parejas. No implica tan sólo saber que se tiene una enfermedad potencialmente mortal, implica también el miedo a la "mutilación" de su cuerpo, el miedo al rechazo de la pareja y el no tener certeza de lo que vendrá.³⁷

Por otra parte y continuando con el mencionado estudio, las mujeres que reciben la noticia inicialmente sienten un gran impacto psicológico, presentan variadas reacciones y aunque algunas de las mujeres tenían la sospecha de lo que les estaba sucediendo fue un suceso inesperado que les ocasiona gran confusión: *"Cuando me dijo que era Cáncer parece que me hubieran levantado, quería morirme, llegué a la casa, cerré el portón con llave y me puse a llorar"*³⁸

³⁶ Ibidem

³⁷ Calvo-Gil, M. Narváez Pinochet, A. (2008). Experiencia de mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mama. *Index de Enfermería*. <http://www.scielo.isciii.es>. Consultada el 8 de Abril de 2010

³⁸ Ibidem

En otros casos se da una respuesta muy común en las pacientes, que constituye la primera etapa de la reacción ante la enfermedad, ésta es la de negación, en esta situación las pacientes intentan negar el diagnóstico como un arco protector ante esta difícil realidad. *"A veces me parece un sueño". "Tengo miedo, pero no estoy enferma porque no tengo dolor en la mama"*³⁹ Generalmente, las pacientes no han consultado en forma precoz, por esta razón surgen casi inevitablemente sentimientos de culpa y dudas con respecto a la necesidad de una consulta y atención oportuna. *"Si pudiera volver el tiempo y cuando me lo sentí hubiera consultado, quizás habría tenido posibilidad de mejorar, pero las cosas están hechas y uno no puede echar pie atrás"*⁴⁰

Dentro del proceso de aceptación de la enfermedad, en principio deben aceptar la Mastectomía, proceso disímil en las pacientes y que se ve influenciado por distintos factores como feminidad, temor a las consecuencias si la intervención no se realiza, temor a la discriminación y la posibilidad de someterse a una Cirugía Reconstructiva entre otros. Las pacientes sufren intensamente ante el temor al desamparo de los hijos, reafirman su rol de sostén del hogar y sienten pánico por el futuro de sus hijas. *"Si me retiran la mama y quedo bien sería bueno, pero si lo hacen y después de un año reaparece el Cáncer sería mucho. Lo estoy tomando con calma, espero no flaquear, sin niños creo mi posición sería distinta, hubiese decidido matarme"*.⁴¹

Una reacción común ante tan confusa, difícil e inesperada situación, es rabia y rebeldía, generalmente en mujeres con un fuerte sentimiento de independencia.

Con respecto impacto en la estabilidad familiar; los hijos son la primera y gran preocupación para las mujeres que reciben este diagnóstico, sufren intensamente por el posible desamparo en que ellos quedarán, más que por su

³⁹ Ibídem

⁴⁰ Ibídem

⁴¹ Ibídem

propia persona. *"No recuerdo nada de lo que me dijeron el día del diagnóstico, sólo pensé en mis niñas, por duro que sea uno debe saber para programarse"*

En otras mujeres, esta situación las hace tomar decisiones para el futuro de su familia. Los sentimientos de tristeza se entremezclan con sentimientos de culpabilidad por la dependencia que han creado en sus hijos.

Es común que dado el factor de riesgo que implica el antecedente de una madre con Cáncer de Mama, las pacientes experimenten temor por la posibilidad de que la enfermedad pueda ser de alguna manera determinante para la salud futura de sus hijas.⁴²

Es importante destacar que el diagnóstico de cáncer de mama, la intervención, los tratamientos (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia) y la posterior adaptación a la vida normal suponen un fuerte impacto emocional que se acompaña de una serie de consecuencias psicológicas y sociales, desconocidas para la persona afectada y su familia, que no se pueden obviar, si lo que se pretende es proporcionar una atención integral a la persona afectada, que pueda redundar en una mayor calidad de vida y que pueda ayudar a normalizar su vida.⁴³

I.4 Evolución del cáncer de mama

Primeramente la evolución de la enfermedad hace alusión al cáncer que continúa creciendo o diseminándose⁴⁴. En la persona afectada la evolución de esta enfermedad provoca agudos sentimientos incontrolables, miedos de toda clase y preguntas que no pueden hacer a las personas que los rodean, porque piensan que ellos no podrán responderlas debido a que no han transitado por la enfermedad. Por otra parte tampoco quieren preocupar a las personas más allegadas con sus inquietudes, más todavía cuando la mujer practica el papel de cuidadora de la familia, y permanecen en silencio. El silencio lleva a la

⁴² Ibídem

⁴³ Asociación Navarra de cáncer de mama. (2009). Aspectos psicológicos. SARAY. Consultada el 8 de abril de 2010 en <http://www.asociacionsaray.com>

⁴⁴ Instituto Nacional del Cáncer. (2006). Diccionario de Cáncer. Consultada el 11 de Junio de 2010 en <http://www.cancer.gov/diccionario/?CdriD=45669>

soledad, la soledad a la inseguridad, la inseguridad a la pérdida de la autoestima y todos estos factores podrían hacer entrar a la mujer en un estado de depresión.⁴⁵

Es en esos momentos cuando es importante intervenir, lo más temprano posible y cuando se pueden prevenir una multitud de alteraciones sociales y psicológicas que pueden aparecer y permanecer en la psique de la persona afectada durante mucho tiempo, si no se valora el estado integral de la persona y se interviene proporcionando el apoyo necesario.

Diferentes estudios psicooncológicos - Holland, J.C. y otros- han demostrado la eficacia de las intervenciones psicológicas en la prevención y tratamiento de las alteraciones psicológicas que se pueden producir en las personas con cáncer de mama. También se justifica la importancia de la intervención psicológica por las reiteradas peticiones de médicos, oncológicos, enfermeros y por las propias pacientes y familiares, cuya demanda va en aumento.⁴⁶

El análisis de la situación que atraviesan las personas afectadas de cáncer de mama, así como sus propias demandas evidencian una serie de factores en torno a la enfermedad, que justifican la elaboración de esta intervención y que fundamentalmente son:⁴⁷

- La verificación de que hay pocas enfermedades que causen tanta angustia, miedo y desesperación como el cáncer, cuyo diagnóstico produce un fuerte impacto emocional y se considera un proceso mutilante con la muerte al final de dicho proceso, en algunos casos.
- El sentimiento de vulnerabilidad y desestructuración de la vida y de sí mismas/os que experimentan las personas afectadas.
- La evidencia de que el 79,4% de las mujeres sufren alteraciones en el estado de ánimo que es necesario detectar y tratar, y un 20,6 %

⁴⁵ Ibídem

⁴⁶ Ibídem

⁴⁷ Ibídem

presentan depresión moderada o severa que requiere un tratamiento terapéutico adecuado.⁴⁸

- Los trastornos psicológicos anteriores a la enfermedad, pueden reaparecer al ser diagnosticado el cáncer de mama, con mayor violencia y de forma más acentuada, lo que convierte a estas personas en individuos mucho más vulnerables que el resto y, por lo tanto, susceptibles de desarrollar un trastorno patológico mayor.
- Puesto que el trastorno ansioso-depresivo es el trastorno psicológico que se detecta con mayor frecuencia a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, es necesario intervenir y elaborar estrategias adecuadas de intervención psicológica en cada fase de la enfermedad, destinadas a tratar dichos trastornos.
- Considerando que cuesta bastante tiempo restablecer el equilibrio anímico, es necesario el apoyo psicológico durante todo el proceso de la enfermedad.
- En el caso de enfermas/os terminales es muy necesaria la intervención psicológica con la/el paciente en la elaboración de una despedida y aceptación y especialmente con los familiares, en la elaboración del duelo.

Según la Asociación Navarra de Cáncer de Mama en el proceso de la enfermedad cada persona puede presentar necesidades diferentes, aunque generalizando, se pueden concretar en las siguientes⁴⁹:

- **Fase pre-quirúrgica:** la incertidumbre ante los resultados de las pruebas diagnósticas genera altísimos niveles de ansiedad, por lo que la intervención psicológica va destinada a paliar, a través de distintas técnicas, dichos niveles de ansiedad.

⁴⁸ Ibídem

⁴⁹ Ibídem

- **Fase diagnóstica:** el diagnóstico de una enfermedad grave y, generalmente, inesperada, como es el cáncer de mama supone un impacto emocional muy fuerte, que marca un antes y un después en la vida de la persona afectada. Los sentimientos de dolor, pérdida, mutilación y muerte producen una serie de alteraciones emocionales en la persona que le desequilibran, le convierten en un ser más indefenso.
- **Fase de intervención quirúrgica:** la intervención quirúrgica supone la interrupción de la vida cotidiana, la separación del medio familiar y la irrupción en un medio desconocido. Las estancias, aunque son generalmente breves, generan sobre todo una serie de temores (anestesia, dolor, sufrimiento, muerte), que unidos al cambio de imagen corporal, mayor en el caso de mastectomía⁵⁰, disminuyen la autoestima y generan un estado de ansiedad, en el que es adecuado intervenir, principalmente para favorecer la comunicación y la expresión de los distintos estados anímicos.
- **Fase post-quirúrgica :** la vuelta a casa, genera un estado psicológico en el que las defensas se vienen abajo y hay un sentimiento de pérdida que es necesario elaborar. Las cicatrices resultan difíciles de asumir. La persona afectada se ve obligada a modificar su estilo de vida y esto le hace encerrarse en sí misma y sentir un gran temor hacia el futuro.
- **Fase de los tratamientos:** Los tratamientos, Quimioterapia y Radioterapia, generan una gran ansiedad, múltiples temores, así como sentimientos depresivos y de hostilidad. Todo ello unido a los efectos secundarios (alopecia, náuseas, vómitos, malestar) impide llevar una vida normal y hace necesaria la intervención psicológica para paliar y amortiguar el impacto negativo de los mismos. Esta fase y la del diagnóstico son las que mayor ansiedad produce.

⁵⁰ Es la cirugía para extirpar toda la mama y, por lo general, se hace para tratar el cáncer de mama.

- **Fase post-tratamiento:** A medida que va pasando el tiempo y se va elaborando el proceso de adaptación a la enfermedad, con la recuperación de los niveles de actividad similares a los que había antes de la enfermedad, se va reduciendo la ansiedad y el distrés psicológico. Sin embargo cuando no se han podido expresar las alteraciones emocionales ocurridas durante el proceso de la enfermedad y se han bloqueado la ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, entre otras, pueden aparecer en este momento, con el consiguiente estado de confusión que genera en la persona, al considerar que precisamente ahora no debería ocurrirle esto, puesto que ya ha pasado los peores momentos. En este caso será necesaria la intervención psicológica para ayudar a expresar todo ello y permitir la elaboración, la aceptación de todo el proceso vivido durante la enfermedad.
- **Recidiva y/o Metástasis:** si hubiese una recidiva y/o metástasis, es posible que la persona afectada experimente un estado psicológico de confusión emocional, así como alteraciones emocionales más intensas, una mayor vulnerabilidad psicológica, sentimientos depresivos y una mayor ansiedad, que le puede llevar a buscar de manera un tanto desesperada la búsqueda de la causa. Desde el punto de vista psicológico, es una fase que supone una agudización de todo tipo de riesgos psicológicos, de alteraciones, que pueden desencadenar patologías psíquicas más severas y que es necesario abordar de la manera más precoz posible, para paliar sus posibles efectos adversos.
- **Situación terminal:** puede haber crisis de despersonalización, lo cual significa una angustia extrema ante su situación. Se agudizará el deseo de encontrar sentido a su enfermedad y coherencia en su vida.

A través de este recorrido: “De la psicología del paciente con cáncer de mama” se buscó puntualizar variables psicológicas implicadas en dos momentos de la enfermedad; diagnóstico y evolución. De este modo en primer instancia se abordó la reacción provocada por el diagnóstico de la enfermedad, en ella se descubrió que la paciente presenta en ese momento sentimientos de culpabilidad, ansiedad, depresión, aislamiento del entorno social, pensamientos

negativos entre otras cosas; además del importante rol que cumple la familia del paciente en esta situación, ya que la armonía e integración familiar son factores fundamentales en la recuperación de la mujer.

Asimismo, la evolución de la enfermedad genera en las pacientes sentimientos incontrolables, por lo que es primordial la intervención psicológica, ya que de esta manera se la previene de una infinidad de alteraciones tanto psicológicas como sociales, promueve a una mejoría de la mujer afectada, además de una mayor tranquilidad por estar contenida psicológicamente.

Es por todo lo anteriormente desarrollado que se piensa y propone el grupo de reflexión homogéneo, como un modo posible de llevar adelante la enfermedad y en cierta forma hacer un poco más tolerable la carga que tienen las pacientes, hasta el punto de poder aceptar que se tiene una enfermedad, pero que al mismo tiempo es posible salir adelante.

Se piensa que pertenecer a un grupo con personas que están atravesando por una situación similar podría colaborar con algunos procesos psicológicos que se presentan de manera agresiva en las pacientes y así poder reflexionar y elaborar la enfermedad que están transitando.

Capítulo II: Psicología y Medicina

II.1 ¿Qué es el cáncer?

En primer lugar es importante saber a qué nos referimos con la palabra cáncer, ya que hasta ahora no se ha definido esta palabra y es, en cierto modo, uno de los puntos fundamentales de la tesis.

Por otra parte, también se dará a conocer lo que es el cáncer de mama, de forma específica, pues de ello se trata más concretamente el tema de la tesis.

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control⁵¹.

Durante el siglo XIX, la teoría principal del cáncer afirmaba que un agente parasitario o infeccioso causaba este trastorno, pero los investigadores no podían determinar la naturaleza de este agente. Por esta razón se formuló la teoría de la mutación, la cual establece el cáncer se origina gracias a un cambio que opera en las células o, en otras palabras, a una mutación. Las células continúan reproduciéndose en su forma mutada y el resultado es un tumor⁵².

Las investigaciones efectuadas durante finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX establecieron que una gran cantidad de agentes –químicos, físicos y biológicos- causaban distintas clases de cáncer (Braun, 1977).

La diversidad en el origen complica la investigación y la determinación de la causa del cáncer, ya que éste no tiene una única causa.

Ciertamente, cualquier célula capaz de dividirse puede transformarse en una célula cancerígena. Además de las distintas causas de cáncer, existen muchos tipos distintos de tumores. No obstante, diversas causas de cáncer comparten ciertas características, las más comunes de las cuales son la presencia de células tisulares neoplásicas. Las células neoplásicas se caracterizan por un crecimiento nuevo y casi ilimitado que despoja al huésped

⁵¹ Feist, J. (2001). Vivir con una enfermedad crónica. En Brannon, L. (Ed.), *Psicología de la salud*. España: Prainfo Thomsom Learning

⁵² *Ibidem*

los nutrientes y no proporciona efectos de compensación beneficiosos para éste. Todas las clases de cáncer comparten la característica del crecimiento neoplásico⁵³.

Las células neoplásicas pueden ser benignas o malignas y presentan ciertas diferencias: los crecimientos benignos tienden a mantenerse localizados en un área específica, mientras que los tumores malignos suelen extenderse y establecen colonias secundarias.

La tendencia que presentan los tumores benignos a limitarse a un área suele convertirlos en elementos menos peligrosos que los malignos, pero no todos los tumores benignos son inofensivos. Los tumores malignos son mucho más peligrosos, ya que invaden y destruyen el tejido circundante y también pueden desplazarse o realizar una metástasis a través del torrente sanguíneo o linfático, extendiéndose a otras zonas del cuerpo.

La característica más peligrosa de las células tumorales es su autonomía- en otras palabras- su capacidad de crecer sin tener en cuenta las necesidades de otras células del organismo y sin someterse a las limitaciones de crecimiento que gobiernan otras células. Este crecimiento tumoral ilimitado hace que el cáncer sea capaz de destruir a su huésped, dañando otros órganos o procesos fisiológicos, o bien, utilizando los nutrientes que el cuerpo requiere para desempeñar sus funciones. El tumor acapara toda la atención, convirtiéndose en un verdadero parásito.

Es significativo destacar que si bien algunas personas presentan cierta predisposición genética al cáncer, la enfermedad en sí misma casi nunca es hereditaria. El comportamiento y el estilo de vida son factores que contribuyen en mayor medida a la aparición de esta enfermedad y es tarea de los psicólogos de la salud ocuparse de modificar los estilos de vida que han sido identificados factores de riesgo en el desarrollo del cáncer⁵⁴.

Ahora bien, se acaba de distinguir el concepto de lo que es el cáncer, pero ¿qué es específicamente el cáncer de mama?

Según la Fundación MACMA (Movimiento de Ayuda contra el Cáncer de Mama) el cáncer de mama es uno de los más comunes en la mujer, aunque el

⁵³ *Ibidem*

⁵⁴ *Ibidem*

hombre también puede padecerlo en un mínimo porcentaje. En su desarrollo pueden influir múltiples causas, tales como: la predisposición genética, menarca en edad temprana, menopausia tardía, dietas, alcohol, tabaco, exposición solar o exposición a productos químicos, estados emocionales de diferentes índoles.⁵⁵

Por otra parte la Accreditation Health Care Commission , establece que el cáncer de mama es el cáncer que comienza en el tejido mamario.

Y reconoce dos tipos principales de cáncer de mama⁵⁶:

- El carcinoma ductal que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo.
- El carcinoma lobulillar comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche.

En raras ocasiones, el cáncer de mama puede comenzar en otras áreas de la mama.

El cáncer de mama puede ser invasivo (esto significa que se ha propagado a otros tejidos) o no invasivo (esto significa que aún no se ha propagado). El cáncer de mama no invasivo se denomina *in situ*.

- El carcinoma ductal *in situ* (CDIS), o carcinoma intraductal, es un cáncer de mama en el revestimiento de los conductos galactóforos que todavía no ha invadido tejidos cercanos. Sin tratamiento, puede progresar a cáncer invasivo.
- El carcinoma lobulillar *in situ* (CLIS) es un marcador para un aumento del riesgo de cáncer invasivo en la misma o ambas mamas.

⁵⁵ Movimiento de Ayuda contra el cáncer de mama, (2010). Información sobre cáncer de mama.

⁵⁶ Accreditation HealthCare Commission, (2009). *Enciclopedia Medline Plus*.

Muchos cánceres de mama son sensibles a las hormonas estrógenos, lo cual significa que el estrógeno hace que el tumor canceroso mamario crezca. Tales cánceres tienen receptores de estrógeno en la superficie de sus células y se denominan cáncer positivo para receptores de estrógenos o cáncer positivo para RE⁵⁷.

Algunas mujeres tienen lo que se conoce como cáncer de mama positivo para HER2. HER2 se refiere a un gen que ayuda a que las células crezcan, se dividan y se reparen ellas mismas. Cuando las células tienen demasiadas copias de este gen, las células (incluyendo las cancerosas) se multiplican más rápidamente. Los expertos piensan que las mujeres con cáncer de mama positivo para HER2 tienen una enfermedad más agresiva y un riesgo mayor de recurrencia que quienes no tienen este tipo de cáncer.⁵⁸

II.2. Psicología y Oncología

II.2.1. Estrés y Duelo en los pacientes con cáncer

En primer lugar es importante aclarar que el paciente enfermo de cáncer es considerado un paciente inmunodeprimido, ya que su sistema inmunológico falla⁵⁹

Ya en el capítulo anterior se distinguió que en diversas investigaciones a las pacientes enfermas de cáncer de mama tratándolas psicológicamente, y en su parte emocional, su sistema inmune tenía una mejor respuesta a los tratamientos.⁶⁰

José Bonet y Carlos Luchina postulan: "... el estrés produce sus efectos sobre diferentes respuestas psíquicas y somáticas, a su vez hemos observado

⁵⁷ Ibídem

⁵⁸ Ibídem

⁵⁹ Contreras, V. Hermegildo, A. (2006). El proceso de duelo en pacientes con cáncer. *Ponencia presentada en Primeras jornadas de psicoanálisis y psicología hospitalaria. Facultad de Psicología. Universidad autónoma de Querétaro.*

⁶⁰ Arias Rodríguez, V. de León Zapata, T. (2007). Perfil emocional de las pacientes con cáncer de mama, atendidas en el hospital oncológico de la ciudad de Santiago. *Departamento de Investigaciones y publicaciones.* Chile

los efectos de situaciones estresantes sobre el sistema nervioso central y las respuestas somáticas en particular la respuesta inmune, encargada de la defensa. Se piensa que una de las razones de la variación en la duración de la respuesta depende de la capacidad del individuo para enfrentar un evento, más que a la duración o severidad del estresor. También la permanencia de una situación adversa, incluso más allá de la presencia concreta del estresor, nos habla de procesos psicológicos que se organizan, más aún con su significación para el individuo, que es lo que determina su condición de traumático o la posibilidad de revertir esa codificación”⁶¹

Es la *percepción* del evento como estresor en el cerebro, lo que es capaz de modificar la función inmune, dice Alicia B. Pedro.

Por otra parte, según una investigación realizada a pacientes con cáncer de mama, demuestra que los especialistas consideran a los factores emocionales como claves en la aparición y desarrollo de la enfermedad, postulándose en general una depresión profunda como cuadro clínico subyacente y no reactivo frente al diagnóstico, con afectación del sistema inmune y la consiguiente aceleración del crecimiento tumoral así como el avance de la enfermedad neoplásica en general (Pilar Rojas, Menassa, Barrio, 2001).⁶²

Se ha encontrado que varias de las personas que “desarrollan” una enfermedad como lo es el cáncer han tenido en su vida una serie de pérdidas que no han sido elaboradas es decir, ante la muerte, la separación, la ausencia, el abandono se vivencia un proceso de duelo no resuelto. El proceso de duelo permite reconocer la falta lo que en Freud, esto equivale al principio de realidad, en el duelo normal dicho proceso implica aceptarla.⁶³

⁶¹ Pedro, A. Cáncer y psicoanálisis: marcas de una pérdida inscrita en lo real.

⁶² *Ibidem*

⁶³ *Ibidem*

Freud postula lo siguiente : "el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc."⁶⁴

Es a partir del Diagnóstico de cáncer que la paciente se sabe enferma, y la primer pérdida que se puede experimentar es la de la salud, además de la gran posibilidad de experimentar en un futuro, cambios en el organismo, posiblemente la mutilación de un seno o de ambos, la pérdida del cabello y con ello la deformación de la propia imagen. El cáncer dispone a la enferma a que deje de ser, de alguna forma, quien era. La obliga a este cambio.⁶⁵

Es evidente que no todo sujeto que se enfrente a una pérdida será susceptible de desarrollar cáncer sólo aquel que sea incapaz de simbolizar la pérdida del objeto amoroso.⁶⁶

Por otra parte, la paciente que padece de cáncer de mama durante el transcurso del tratamiento, está expuesta a la incertidumbre en relación a los resultados que viene acompañada de pérdidas a nivel físico por mutilación, y pérdidas a nivel simbólico por desfiguración.

Asimismo, siguiendo este proceso de duelo que hacen las pacientes con cáncer de mama, se puede extraer una cita muy interesante en el libro de Freud de "Duelo y melancolía", en el que Otto Rank afirma que el proceso de nacimiento es la primera situación de peligro, y la subvención económica que produce se convierte en el arquetipo de la reacción de angustia. " En un pasaje anterior (...) perseguimos la línea de desarrollo que conecta esta primera situación de peligro y condición de angustia con las posteriores y vimos, entonces que todas estas conservan algo en común, pues en cierto sentido significan una separación de la madre: primero sólo en ese aspecto biológico,

⁶⁴ Sigmund, F. Obras Completas.(1998) Duelo y Melancolía. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Tomo XIV. Amorroutu Ed. S.A. Argentina.

⁶⁵ *Ibidem*

⁶⁶ *Ibidem*

después en el sentido de una directa pérdida de objeto y, luego en una separación mediada por caminos indirectos.”⁶⁷.

En un estudio significativo (Contreras,V. Hermegildo, A; 2006: p. 1-8), se descubrió que las pacientes experimentaban las propias pérdidas en el cáncer de mama, como lo dice Otto Rank en la afirmación anteriormente mencionada, en relación a la pérdida de objeto y como una separación de la madre: “La mujer que se somete a una mastectomía siente que ya no tiene una figura “femenina”, pues ahora no tiene senos, y con ello a nivel simbólico ha perdido la capacidad de dar, de alimentar y quizá de atraer: “Ya no soy más una verdadera mujer... ¿soy todavía una persona?”. Según el mencionado estudio, la “pérdida de una mama” nos hace pensar “en la pérdida de una mamá” es decir la capacidad de recibir, de ser nutrida.”⁶⁸.

El seno está íntimamente relacionado con la feminidad por lo que la mastectomía resulta tan traumática. La pérdida del seno tiende a reactivar otras pérdidas de separaciones pasadas y la reconstrucción artificial del seno, a pesar de que evita el horror de aquello que frecuentemente refieren como un "hueco" en sus cuerpos, no borra la mutilación que ha tenido lugar”. Generalmente se “acepta” la pérdida de un seno o más bien se adapta a ella pero esto es vivenciado como un gran sacrificio. “El seno que ha sido extirpado es frecuentemente percibido por la paciente como el precio que tuvo que pagar para obtener la así llamada "cura"... como sí fuese una ofrenda-sacrificio a una terrible divinidad (Joyce McDougall: 1999).⁶⁹

Desde la perspectiva psicodinámica, la calidad de vida de la persona aumenta, en tanto que logre resolver los duelos ante el objeto significativo y/o logre expresar en la palabra aquello que está inscrito en el cuerpo.⁷⁰

⁶⁷ Ibídem

⁶⁸ Contreras,V. Hermegildo, A. (2006). El proceso de duelo en pacientes con cáncer. *Ponencia presentada en Primeras jornadas de psicoanálisis y psicología hospitalaria. Facultad de Psicología. Universidad autónoma de Querétaro.*

⁶⁹ Ibídem

⁷⁰ Ibídem

Alicia B. Pedro, en su investigación afirma lo siguiente :”la enfermedad somática es repuesta del cuerpo viviente a una situación simbólica que no ha sido procesada por el trabajo del inconciente, me refiero a "procesos de retorización que implican condensación y desplazamiento"⁷¹.

Y continúa diciendo que el dolor, haciendo referencia al dolor anímico, insiste, se expresa siempre y utiliza todas las formas disponibles, incluso y especialmente contando con el desconocimiento de la persona afectada. *La manifestación del dolor a través de la palabra libera al cuerpo de la función de expresarlo*⁷².

“En definitiva, lo que podemos postular desde el psicoanálisis es que frente a la imposibilidad de llevar a cabo un trabajo de duelo es que, en esos casos, la pérdida que no se puede inscribir en *Lo Simbólico*, intenta inscribirse en *Lo Real*: en el cuerpo”⁷³.

*Lo que se produce no lo hace con la palabra y su trama de metáforas, sino con los órganos y sus tejidos celulares, las marcas no hieren el discurso sino la carne.*⁷⁴

Es importante aclarar en este punto los tres registros que Lacan plantea y que han sido tomados por los autores arriba mencionados.

En primer lugar para Lacan los registros imaginario, simbólico y real son los registros esenciales de la vida humana y que al mismo tiempo son muy distintos.

El registro Simbólico designa el orden de fenómenos de que se ocupa el psicoanálisis en cuanto están estructurados como un lenguaje. Este término

⁷¹ Pedro, A. Cáncer y psicoanálisis: marcas de una pérdida inscrita en lo real.

⁷² *Ibídem*

⁷³ *Ibídem*

⁷⁴ *Ibídem*

alude también a la idea de que la eficacia de la cura se explica por el carácter fundamentador de la palabra⁷⁵.

Este término es utilizado por Lacan en dos direcciones distintas y complementarias⁷⁶:

- Para designar una estructura cuyos elementos discretos funcionan como significantes (modelo lingüístico) o, de un modo más general, el registro al que pertenecen tales estructuras (el orden simbólico).
- Para designar la ley que fundamenta este orden: así Lacan, con el término padre simbólico o Nombre-del-padre designa una instancia que no es reductible a las vicisitudes del padre real o imaginario y que promulga la ley.

Para Lacan la palabra juega un papel esencial de mediación. Dice :” el vocablo “palabra” (parole) significa algo que va mucho más allá de lo que nosotros llamamos así. Es también una acción... Es cualquier cosa. Pero a partir de ahí, algo existe que no existía antes”⁷⁷.

Por otra parte también se expondrá lo que es el registro imaginario, aunque aquí no sea de suma importancia su conocimiento. Este registro se caracteriza por el predominio de la relación con la imagen del semejante. La noción de “imaginario” se comprende, en relación a lo que Lacan llamó “fase del espejo”. Aquí el autor pone en evidencia la idea de que el yo del pequeño ser humano, debido particularmente a su prematuridad biológica, se constituye a partir de la imagen de su semejante (yo especular)⁷⁸.

Por último, el registro real es aquel que el sujeto no puede expresar como palabra, como lenguaje, es aquello que se queda sin representación, queda fuera de toda articulación significante. Es un agujero, un vacío, es la

⁷⁵ Laplanche, J. Pontails .(1996). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona. Paidós

⁷⁶ Ibídem

⁷⁷ Lacan, J. (1953). Lo simbólico, lo imaginario y lo real. Conferencia pronunciada en la Societé Francaise de Psychanalyses.

⁷⁸ Ibídem

presencia de una ausencia⁷⁹. Lo Real está permanentemente presente, pero mediado por los registros imaginario y simbólico⁸⁰.

Se puede decir, que hasta aquí se ha intentado establecer la relación posible que existe entre los procesos psicológicos y el cáncer, se han mencionado los duelos en diversas ocasiones y también las situaciones estresantes que en algunos casos no se logran llevar a cabo de la manera más saludable y que podría tener una incidencia significativa en el desarrollo de la enfermedad.

II.2.2. Un poco de historia...

Ahora bien, es interesante rescatar algunas referencias en las que se dan a conocer la relación entre los estados psicológicos y el cáncer. Jennifer Middleton en su libro “Yo (no) quiero tener cáncer” realiza una breve reseña de los antecedentes más destacados de este tema, los cuales se expondrán a continuación⁸¹:

El primer descubrimiento fue en el año 537 a.C.; Galeno ya había observado una relación entre cáncer y estados psicológicos, precisamente estableció una ligazón entre cáncer de mama y melancolía.

Por otra parte en el año 1701, Gendron escribió un tratado sobre la incidencia del pesar en la aparición de algunos tipos de cáncer, ochenta años más tarde Burrows hablaba de la relación del cáncer con “pasiones difíciles prolongadas en el tiempo”

En 1822, Nuun y Hyle en 1846 publicaron textos sobre este tema: el primero, sobre cáncer de mama, crecimiento de tumores y factores emocionales, y el segundo, sobre la relación entre tristeza y disposición a la enfermedad.

⁷⁹ Miller, J. (1991). Recorrido de Lacan. Manantial.

⁸⁰ Ibídem

⁸¹ Middleton, J. (1996). Psicología y cáncer. Yo (no) quiero tener cáncer. Grijaldo S.A. Mexico.

Aclara Middleton que el estudio más antiguo, en términos estadísticos, es el de Snow, en el año 1893, quien concluye que las formas neuróticas son de enorme importancia en la evolución de un proceso canceroso.

Asimismo, en 1976 Van der Bienk señaló que las hormonas generadas por la tensión, como la adrenalina y glucocorticoides, pueden acelerar el proceso metastásico en animales. Lo cual señala un hito importante en las investigaciones acerca de inmunología y cáncer.

Otro estudio relevante fue el de Eysenck, Grossart- Maticsek y Vetter quienes dieron a conocer los resultados de un estudio prospectivo a trece años, con una muestra de sujetos sanos, en la cual se predijo la muerte por cáncer o enfermedad coronaria, según rasgos de personalidad. Los resultados indican una alta tendencia de muerte por cáncer en sujetos que presentan características tales como:

- Sobrevaloración emocional de un objeto de cuya existencia depende la felicidad
- El estrés se produce cuando el objeto es retirado
- Dependencia del objeto
- Falta de autonomía
- Frente al fracaso desesperanza y desamparo

Según varias investigaciones (Evans, LeShan y otros), se ha observado repetidamente en los pacientes de cáncer lo siguiente⁸²:

- Perturbaciones severas de la infancia, a menudo asociadas a los padres, con sentimientos de soledad, rechazo y angustia.
- La persona busca equilibrio complaciendo para sentirse segura y aceptada
- La persona vuelca todo el cariño en algo o alguien
- En algún momento de la vida esto se pierde y así retornan los sentimientos de abandono y desesperanza.

⁸² Ibídem

Por otra parte se ha descubierto que en estos pacientes aparecen casi siempre los factores que se expondrán a continuación⁸³:

- Pérdida de alguien significativo previamente al diagnóstico
- Falta de habilidad para expresar hostilidad en defensa propia
- Sentimientos de inutilidad y falta de aprecio por sí mismo
- Relación tensa con uno o ambos padres.

Asimismo existen numerosos estudios que han investigado los factores psicológicos de riesgo del cáncer, entre ellos una importancia elevada tiene que ver la inhibición de las emociones, es decir, los rasgos personales específicos como el hecho de negar las experiencias desagradables y la incapacidad de expresar emociones son factores de riesgo en el desarrollo del cáncer.

Por último, durante la década de los setenta, aparecieron ciertas pruebas que determinaron que la inhibición de las emociones estaba fuertemente asociada a la incidencia del cáncer⁸⁴

Como se ha podido observar hasta el momento existen estudios diversos que han investigado acerca de la incidencia que tienen los factores psicológicos en el desarrollo del cáncer, pudiendo comprobar a través de las mismas que existe una alta correlación entre ambas, ya sea por estados de estrés por características de personalidad tendientes a una mayor inhibición de las emociones, a los duelos a los largo de la vida que no han sido tramitados por la psiquis de la manera más saludable o aquellas personas que tiene dificultades para expresar sentimientos. Sea cualquiera de estas características muchas de ellas se repiten a la hora del diagnóstico del cáncer en los pacientes. Lo cual hace pensar en que es posible elaborar de una mejor manera aquellas cuestiones que aquejan a los pacientes y que habiendo sido

⁸³ Ibídem

⁸⁴ Brannon, L. Feist, J. Factores de riesgo psicológicos del cáncer. Psicología de la salud. Paraninfo. España.

diagnosticados de cáncer podrían tramitar por una vía más saludable su enfermedad hasta el punto de poder aceptarla.

Por otra parte, según Juan David Nasio, en lo que respecta a esta temática, hace referencia a algo sustancial y que hasta ahora no se había expuesto, es el tema de lo que significa cuerpo para el psicoanálisis, y dice ⁸⁵:“El cuerpo es un lugar de goce. Goce quiere decir el máximo de tensión, el máximo de gasto, el máximo de exigencia. Goce significa dolor y desgaste. Ése es el cuerpo con el que nos tenemos que ver en el análisis. Un cuerpo que nos aparece como que es y no es nuestro(...) Pero el lugar donde el cuerpo no es mío es cuando el cuerpo goza. Allí me es totalmente exterior .”

Por último, resulta interesante y a modo de conclusión, que llevando a cabo el presente trabajo, y evidenciando desde este enfoque la relación entre la psicología y el cuerpo, cada vez se está más cerca de poder afirmar el tema de que para las pacientes es sumamente importante el hecho de poder expresarse y de transmitir toda la gama de sentimientos que les genera tener una enfermedad como lo es el cáncer, asimismo, el hecho de poder procesar y elaborar dicha enfermedad también es significativo, por lo que es de fundamental importancia una información adecuada en este tipo de personas para evitar justamente un mayor grado de angustia y sentimientos indeseables, que generan confusión y abatimiento, se estima que el hecho de pertenecer a un grupo de reflexión homogéneo podría llegar a colaborar en el proceso de aceptación y elaboración de la enfermedad; es por ello que se lleva adelante este trabajo de tesis, sobre el tema de los grupos de reflexión homogéneos para poder saber cuál es la incidencia de los mismos en las pacientes enfermas de cáncer de mama. Esto se verá con mayor profundidad en el próximo capítulo.

⁸⁵ Nasio, J. Los gritos del cuerpo. Paidós. Argentina 1996

Capítulo III: Grupos

III.1. Los vínculos y la construcción grupal del psiquismo: aportes de algunos autores

En primer lugar es importante conocer qué es un grupo y la importancia que tiene el mismo. Para ello se citará a Anzieu quien en su libro “La dinámica de los grupos pequeños” deja en claro esto, dice que el sentido primero de la palabra grupo proviene del italiano *groppo* que era “nudo” antes de que llegara a ser “reunión” o “conjunto” (deriva del germano occidental *kruppa* que significa masa redondeada). Además, aparentemente estos términos se originaron en la idea de círculo.

La etimología brinda, de esta manera dos conceptos : el nudo y el círculo. En primer término el sentido de nudo poco a poco se reproduce en grupo hasta connotar el grado de cohesión entre los miembros. En cuanto a círculo designado como una reunión de personas o, para conservar la misma imagen, un círculo de gente⁸⁶.

Bernard y otros autores, por su parte, también plantean la importancia de los grupos en cuanto a la constitución del psiquismo, a continuación se explica esta relación:

Bernard plantea los orígenes del vínculo de la siguiente manera: antes del nacimiento, la madre es el complemento biológico del niño (simbiosis biológica prenatal). Esta unión se quiebra con el nacimiento, que da lugar a la nueva simbiosis, la psicológica. En un principio la membrana, es decir, la piel que envolvía al neonato en el seno de la madre ya no se encuentra pero ha sido reemplazada por una nueva que es la correspondiente al vínculo simbiótico con la madre. El niño tiene registro de tal vínculo. Tal representación se la denomina grupo interno⁸⁷. Esto quiere decir, que en el niño, la primera unidad de medida del psiquismo que emerge no es la representación de un objeto, sino la de un vínculo, y básicamente de uno en los que no están delimitados de manera clara los límites de sus actores. La imagen de la fantasía primera es la de la unidad dual (hace referencia a un periodo en

⁸⁶ Anzieu, D. (1971). La dinámica de los grupos pequeños. Buenos Aires. Kapeluz

⁸⁷ Bernard, M. (2006). La función imaginaria del vínculo. El trabajo psicoanalítico con los grupos pequeños. Argentina. Ed. Lugar.

el que madre e hijo habrían vivido inseparables) en el bebé, al tener una mayor maduración en la percepción puede distinguir la alternancia de las presencias- ausencias de la madre, éstas son las que producen la brecha en la piel que recubre el vínculo, aquí aparecen las primeras fantasías (como la alucinación del pecho, por dar un ejemplo), y es en este momento donde se empieza a establecer la distancia entre el niño y la madre y se instala el espacio transicional.

El registro intrapsíquico, de la representación mencionada más arriba, coincide con el comienzo de un aparato psíquico que lo contiene, implica, de esta manera, un primer bosquejo de diferencia adentro-afuera. En la estructura de esta primera fantasía se encuentra la marca de un doble apuntalamiento: en el cuerpo del niño y el grupo⁸⁸.

Las categorías a las que se hace referencia son las siguientes

Adentro- afuera: implica que en el niño existe una representación psíquica interna que da cuenta de un intento por parte del mismo de negar la realidad que queda definida como externa a él, la de la alteridad del objeto madre. Esta diferencia, queda paradójicamente establecida en el momento en que se la niega.

Antes- después: la fantasía aquí, es un intento de volver a un tiempo en que la necesidad de un objeto, que ahora es exterior, no existía.

Lo mismo- lo otro: este objeto, se define a sí mismo como otro respecto del niño.

Es el momento de formación de psiquismo, como se mencionó anteriormente, las categorías adentro- afuera, antes- después y lo mismo- lo otro, son una vivencia del niño y al mismo tiempo una forma organizativa que modela su nascente relación con el mundo, lo coloca frente al otro, plantea la problemática más esencial de todo vínculo: es la estructura de una experiencia, permaneciendo con un carácter organizador de futuras experiencias. Según Bernard, la función de la fantasía es reemplazar el vínculo perdido con la madre en el nacimiento, cerrar la brecha que se abiera entonces, y por otra parte producir un instrumento de reconocimiento de la aventura vincular, un

⁸⁸ Ibídem

conjunto de experiencias acumuladas que posibilitará encarar los futuros vínculos con eficiencia⁸⁹.

Las primeras categorías diferenciales del aparato psíquico, mencionadas más arriba (adentro-afuera, lo mismo- lo diferente, antes- después) están ya esbozadas y las mismas se irán perfeccionando, hasta llegar al momento del Edipo. Éste posibilita al sujeto establecer su ubicación en relación a la diferencia de los sexos y de las generaciones. El crecimiento posterior del aparato no tendrá que agregar nada más en lo respectivo a los aspectos formales generales. Alcanzado el estadio del Edipo, el sujeto está listo para lograr una estructura en sus vínculos que contemple la alteridad del otro, es decir, que contemple y tolere las diferencias del otro. Cabe distinguir que las ausencias de la madre, dan lugar a la presencia y reconocimiento de su otro: el padre⁹⁰.

Otro autor interesante aquí, que también toma el concepto de vínculo para explicar la constitución del psiquismo, es Ana María Quiroga, la misma entiende por vínculo una estructura interaccional compleja que incluye dos sujetos. Se funda motivacionalmente en las necesidades de los sujetos y se desarrollan en dos dimensiones: en la intersubjetiva y en la transubjetiva. El protovínculo es la estructura interaccional primaria que operara como sostén del ser del bebe y condición de posibilidad junto a la organización biológica del psiquismo humano. Es una relación asimétrica que compromete madre-hijo⁹¹.

El grupo cual institución esencial es causa de la organización grupal del mundo interno. El grupo podría ser más tarde metáfora de la madre, metáfora del cuerpo fusionado, de aquella relación primaria e indiferenciada, o del cuerpo fragmentado, inestructurado, tal como se lo vivencia en el protovínculo⁹².

El cuerpo del recién nacido es sometido a una división originaria, es un cuerpo necesitado, que únicamente sobrevivirá en el sostén del cuerpo y del

⁸⁹ *Ibíd*em

⁹⁰ *Ibíd*em

⁹¹ Quiroga, A. (2008). El grupo sostén y determinante del psiquismo. Revista N° 3 psicoanálisis e intersubjetividad. Familia, pareja, grupos e instituciones.

⁹² *Ibíd*em

cuidado del otro, de la función yoica desplegada en el vínculo y en el grupo subyacente y normatizada por el orden social⁹³.

Las funciones de sostén, discriminación e integración no nacen sólo de la madre sino que surgen y se organizan en un contexto grupal social. Dicha función materna es un proceso vincular-grupal que consiste en ser el sostén del ser del bebé. En la apropiación de contenidos e internalización de su continente vincular- grupal el sujeto podrá transformar su espacio fusional indiscriminado en un espacio interaccional. El sujeto entonces, comienza a reconocerse como integrado, relacionado, y a la vez discriminado del otro. La configuración de dicho espacio se denomina mundo interno⁹⁴.

El mundo interno está caracterizado como una compleja estructura interaccional intrapsíquica que resulta de la inscripción y procesamiento en el sujeto de las sucesivas experiencias vinculares⁹⁵.

Asimismo , Marina Ravenna de Selvatici también hace referencia a la constitución del aparato psíquico y ella afirma que al segundo del nacimiento se presenta el primer instante de ruptura, de discontinuidad fundante que inútilmente se intentará anular mediante la búsqueda ilusoria de llenar esa brecha, ya sea a través de las fantasías originarias o, a medida que se avanza en el continuum de la historicidad y la complejización de la estructura psíquica, con el despliegue de la fantasmática secundaria. Esta primera ruptura se constituirá en motor para nuevos vínculos.

Según Bernard la imagen de unidad dual establece el modelo último de todo vínculo que el sujeto intente instaurar de allí en más. La ilusión de reconstruir la unidad dual perdida es el organizador común a todo vínculo, tales como el de pareja, el grupo, la familia o institución y en el caso de la pareja simbiótica o el grupo burocratizado es el único organizador. La unidad dual como modelo intrapsíquico evoluciona con la complejización del aparato⁹⁶.

⁹³ Ibidem

⁹⁴ Ibidem

⁹⁵ Ibidem

⁹⁶ Bernard, M. (1999). Los organizadores del vínculo. De la pulsión al otro. Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.

Los autores franceses consideran la actividad de la fantasía originaria como organizadora específica de los grupos.⁹⁷ Por ello es pertinente explicar en mayor profundidad este tipo de fenómenos existentes en la dinámica de grupo.

Por otra parte es importante explicar que en el grupo se juegan cuestiones a nivel de la fantasía. Tales fantasías se ponen en escena, en el complejo contexto de interacción con los demás, provoca la dramática (puesta en escena de una fantasía) en la que la asignación y asunción de roles organiza desde lo imaginario, la actividad de los grupos. En el encuadre grupal el otro, (haciendo referencia a los miembros) es importante, está presente, completa, también hace entrar en conflicto y modula esta dramática.⁹⁸

Es importante también tener en cuenta que en la historia de los grupos, el mencionado autor, afirma que en las primeras reuniones las fantasías originarias son las predominantes y un tiempo después las fantasías secundarias son las que predominan.

Es muy importante citar en este punto a Kaes quien también trabaja con el término de *fantasía*; él señala que la misma tiene dos polos: uno objetal, el cual implica el reconocimiento, aunque sea parcial del otro y el polo narcisista que tiene que ver con la negación del objeto, en tanto en el psiquismo tiende a borrar la discriminación entre el mismo y lo que le ha servido de modelo en el afuera. Aquí se puede observar que ambos autores coinciden con esta doble polaridad existente en todo grupo. La misma oscila, por un lado, entre el orden de lo que se denomina como polo imaginario: aquí se juega la problemática del deseo inconsciente, sirve además de soporte a la cosa imaginaria.

Por otra parte se encuentra el orden de lo más consciente, que posibilita al grupo reflexionar y pensar, es aquello que tiene que ver con el orden de lo que respecta al proceso secundario, en este nivel los sujetos utilizan la comunicación verbal, este polo es el que tiende a la adaptación del grupo a la realidad.

⁹⁷ Bernard, M. (1989) Los encuadres reflexivo y terapéutico. Revista AAPPG.

⁹⁸ Bernard, M. (2006). Transformaciones en la grupalidad. El trabajo psicoanalítico con grupos pequeños. Buenos Aires. Ed. Lugar

Se puede decir, que en esta doble polaridad, en la que se mueven los grupos, se halla en el polo fantasmático: las fantasías originarias y de los orígenes.

En el polo de mayor discriminación se encuentran las fantasías secundarias que hace referencia a la historia personal del sujeto, de cada uno de sus miembros y que constituye por lo tanto elaboraciones individuales⁹⁹, se producen por la unión de la representación cosa con la representación palabra. Alcanzan el nivel de la conciencia, como por ejemplo los ensueños diurnos, siempre que no haya sufrido la atracción de lo originario¹⁰⁰.

Para Marcos Bernard las fantasías secundarias se constituyen sobre la base del desarrollo del aspecto imaginario, comenzando por la estructura original e incorporando cambios en ella.

Es muy importante aquí poner en conocimiento, el hecho de que en los primeros momentos, los miembros viven una situación similar a las primeras angustias infantiles: angustia de no encontrar un lugar de reconocimiento en su vínculo con los otros, necesidad y temor a no ser tenidos en cuenta en el deseo del otro, reactivándose las vivencias básicas de indefensión presentes en el psiquismo¹⁰¹. Esto corresponde al polo de lo más primitivo e inconsciente, aquí surgen este tipo de sentimientos equivalentes a los que vivencia todo sujeto en los primeros tiempos al nacimiento.

A esto se lo llama “angustia de no asignación”, vale aclarar que es un concepto aportado por René Kaes para designar en el ámbito de lo grupal la angustia generada por el temor del sujeto a no encontrar un lugar en el deseo de los otros.

Las fantasías originarias por su universalidad de contenido y por su estructura de múltiples entradas por asignar lugares, posiciones, a cada uno de los integrantes del grupo, cumplen una primera función concreta, como organizadores del proceso grupal ayudan a conformar los primeros entramados intersubjetivos y el lazo transubjetivo y aplacan la angustia de no asignación¹⁰².

⁹⁹ *Ibíd*em

¹⁰⁰ *Ibíd*em

¹⁰¹ *Ibíd*em

¹⁰² *Ibíd*em

Es por esta razón que los autores franceses consideran la actividad de las fantasías originarias como organizadoras de todo grupo, como se lo mencionó anteriormente.

Por otra parte, es relevante en esta temática destacar un autor como René Kaes quien acuñó el término *apuntalamiento* y es importante detenerse en este concepto un instante, para poder comprender algunas otras cuestiones que hacen a la temática de los grupos. El apuntalamiento según dicho autor es uno de los procesos más importantes en la constitución del psiquismo. El concepto de apuntalamiento intenta dar cuenta de las relaciones cruciales de la psiquis, del cuerpo, del grupo y de la cultura. Sostiene, modela y hace posible el vínculo de desprendimiento entre estas órdenes de la realidad, rebatiéndolos de alguna manera en la realidad psíquica¹⁰³.

Kaes dice que el apuntalamiento es múltiple, reticular, mutuo y crítico.

Con múltiple se hace referencia a que el apuntalamiento paradigmático es el de la pulsión sobre las necesidades y las funciones esenciales para la vida, compromete una multiplicidad de objetos y de formaciones psíquicas. El apuntalamiento del yo y de los objetos sobre la "madre", el de los sistemas de vínculo y de la mentalización sobre la cultura y sobre el grupo, los apuntalamientos internos sobre los objetos o los ideales son las formas notables de esta estructura psíquica¹⁰⁴.

Cuando se habla de reticular se hace referencia a que los apuntalamientos son interdependientes, significa esto que la relación con el objeto que se forma correlativamente en el apuntalamiento de la pulsión es de entrada una relación con el objeto, cuyo rol y función, una vez interiorizado, será hacer posibles complejas relaciones con los objetos externos¹⁰⁵.

¹⁰³ Kaes, R. (1992). Apuntalamiento múltiple y estructuración del psiquismo. *Revista de psicología y psicoterapia de grupo*, XV- 2.

¹⁰⁴ *Ibíd*em

¹⁰⁵ *Ibíd*em

Decir que el apuntalamiento es mutuo es hablar de reciprocidad entre estos términos, entre apuntalante y apuntalado ¹⁰⁶. El bebé se apuntala con la madre y la madre con el bebé, esto es gracias a que ésta tiene un vínculo con el niño. Que sea mutuo implica los afectos, transferencia, de un objeto a otro, o de un orden (intrapsíquico) a otro (grupal), estos son efectos fundantes de la identificación.

Las funciones psíquicas son multiapuntaladas, lo cual lleva a variaciones que generan perturbaciones notables, es decir, críticas. Un ejemplo de ello para poder comprender mejor un escenario en el que puede darse esta característica del apuntalamiento es en situaciones de crisis sociales en las que se produce un desapuntalamiento y un reapuntalamiento.

El término apuntalamiento, entonces, es profundizado por Kaes, y lo toma como un “apoyo”, el apuntalamiento del sujeto sobre el objeto, de modo que el psiquismo está apuntalado sobre la madre, en el cuerpo y en el grupo. Es importante aclarar que lo que se juega en la noción de apuntalamiento es la constitución de instancias psíquicas, el papel fundante del otro en la constitución del psiquismo y la transcripción intrapsíquica de los vínculos. Es por esta razón que es importante traer este tema en los grupos, ya que uno de las fuentes en las que se apuntala (apoya) el psiquismo es el grupo.

Por otra parte Kaes, partiendo de la obra de Anzieu, elabora el concepto de Aparato Psíquico Grupal. Aquél plantea que los sujetos del grupo participan de la puesta en escena de una fantasía, básicamente con las características de las fantasías originarias. Las mismas por su propiedad distributiva y atributiva de lugares, como se mencionó en líneas anteriores, tiende a organizar al grupo en un todo solidario. El éxito de esta organización está afianzado por la presencia de una angustia particular que surge en los sujetos cuando se encuentran en una situación de nuevo vínculo, la misma se asemeja a la angustia de desamparo primaria que empuja a los sujetos a aceptar los lugares que les son asignados desde la fantasía del iniciador del juego. Lo que organiza a los sujetos no es el contenido de la fantasía sino, la estructura de la misma, el sistema de lugares a ocupar. El aparato psíquico grupal no sería otra

¹⁰⁶ Ibídem

cosa que el complejo juego de entrecruzamiento de proyecciones e introyecciones que une al conjunto. El vínculo es en su nivel más hondo una prolongación imaginaria de la subjetividad de sus integrantes. La posibilidad de alcanzar y de mantener niveles de subjetivación singular significativa por parte de los miembros suministra asimismo, un recíproco reconocimiento a nivel del proceso secundario, que estabiliza y refuerza el nivel inconsciente, y permite posibilita el trabajo apropiado de los niveles adaptativos del conjunto¹⁰⁷.

Para Kaes el Aparato Psíquico Grupal tiene una doble polaridad¹⁰⁸:

Polo Isomórfico: identifica el espacio psíquico grupal individual con el grupal. Esto se da cuando los miembros tratan de aplacar la distancia y la diferencia entre el funcionamiento del grupo y ciertas formaciones grupales individuales.

Toda vez que un grupo se encuentra en una situación de crisis o de peligro tiende a acoplarse ligando a sus miembros al servicio del propio placer y la fantasía de omnipotencia, pero esto es necesario también para la supervivencia del grupo. La dependencia grupal es un factor para esta supervivencia.

El polo isomórfico es el polo imaginario, narcisista, indiferenciado del acoplamiento y si un elemento cambia, esto amenaza al sujeto desde adentro.

Polo Homomorfo: tanto el grupo y el sujeto que poseen estructuras parcialmente comunes, mantienen relaciones que admiten para cada uno leyes diferentes y funcionamientos específicos. Este polo es el de la diferenciación de los roles, lugares, significaciones, son espacios en los que puede surgir la palabra personal.

Ambos polos existen en todos los grupos y pueden estar más o menos mezcladas, el proceso grupal se da entre ambos, se produce cierta tensión y cierta distancia alternadas.

Es interesante destacar que el Aparato Psíquico Individual no se lo puede trasponer tal cual al APG. Pero el conflicto psíquico no deja de producir efectos sobre la dinámica grupal.

¹⁰⁷ *Ibíd*em

¹⁰⁸ Kaes, R.(1996). El aparato psíquico grupal. El grupo y el sujeto del grupo. Buenos Aires. Amorroutu

Un grupo sólo puede constituirse, desarrollarse y mantenerse si su organización permite satisfacer algunos deseos inconscientes y las exigencias defensivas correspondientes que proceden de sus miembros, las exigencias de conservación y de coherencia propias del APG y las exigencias de la realidad social y material¹⁰⁹.

III.2. El fenómeno de la resonancia en el grupo

Según Anzieu la resonancia fantasmática reside en el reagrupamiento de algunos participantes en torno a uno de ellos, que a través de su manera de ser, sus acciones, sus ideas, ha hecho ver o ha dado a entender alguna de sus fantasías individuales inconscientes. Esto no significa un acuerdo que alude a algo consciente, sino una convergencia, eco o estimulación mutua.

La red de lugares ofrecidos será admitida y puesta en juego a nivel de la dramática siempre que otros participantes se identifiquen con alguno de esos lugares, en la reactualización de las propias fantasías¹¹⁰.

Es fundamental tener en consideración que el grupo presenta un doble aspecto: por un lado constituye un espacio de posibilidades progresivas para los individuos que lo componen y para el grupo mismo en cuanto al proyecto o tarea que se propone, al tiempo que favorece la aparición de fenómenos regresivos en los que se reactivan deseos, angustias y mecanismos defensivos primarios¹¹¹. Con esto se hacía referencia a lo que anteriormente se mencionó como la doble polaridad de todo grupo, en el sentido que se mueve entre el polo de lo más regresivo o primitivo y lo que respecta al proceso secundario que tiene que ver con aquello que posibilita a los miembros del grupo reflexionar y pensar.

El despliegue de las fantasías en la situación grupal demuestra, cómo el grupo, al ser vivido ilusoriamente como un todo omnipotente, vale de sustituto imaginario de las primeras imagos parentales, poderosas, capaces de

¹⁰⁹ Ibídem

¹¹⁰ Bernard, M. Edelman, L. (2002). Desarrollo sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica. Argentina: Lugar Litoral

¹¹¹ Ibídem

conceder o quitar protección, de apuntalar o desapuntalar el psiquismo infantil, o cuya metáfora corporal, garantiza a sus integrantes la resolución de inermidad y desintegración¹¹².

El contenido de la fantasía de uno de los miembros del grupo puede, por resonancia, activar fantasías en otros miembros del grupo que asumirán o no roles complementarios, intentando poner en el acto sus propias fantasías.

La resonancia fantasmática permite el análisis, en la situación grupal de las fantasías secundarias.

Anzieu en “El grupo y el inconciente” plantea que el grupo es un conjunto de sujetos, que crea una serie de códigos, normas, roles, que éstos al mismo tiempo determinan un espacio delimitado, el de adentro, con los sujetos que los están compartiendo. La representación del borde de este espacio aparece como una envoltura, una membrana. Las reglas y normas del grupo conforman una estructura que de este modo forman “la piel del grupo”.

III.3.¿Cómo opera el grupo en el psiquismo de sus participantes, y cómo a través de esas operaciones pueden producirse cambios psíquicos?

El trabajo con grupos evidencia permanentemente la importancia que éstos pueden llegar a asumir en relación al funcionamiento del psiquismo¹¹³.

Esta relevancia se verifica al analizar los fenómenos de pertenencia grupal, las situaciones de crisis y el papel de los grupos en cuanto a beneficiar u obstruir la creatividad.

Parece necesario en este momento aclarar la diferencia entre el análisis individual y el grupal, tal diferencia puede observarse en cuanto a que la cadena asociativa que un sujeto produce en su análisis individual, respetando la regla de libre asociación, es la traducción en términos de lenguaje, de su mundo de fantasía, que de esa manera se expresa a través de un pasaje por el desfiladero de la palabra. En cambio, en un contexto grupal el material es menos elaborado, está organizado como una escena que remite al

¹¹² Ibídem

¹¹³ Ibídem

modelo de la matriz grupal que concibiera, como se ha desarrollado anteriormente.

Según Malcom Pines, el ritmo de individualidad y pertenencia es un interjuego constante en el grupo y esta es una situación que no puede surgir en una terapia bipersonal psicoanalítica¹¹⁴.

Por otro lado, es importante citar a Kaes en este punto, quien retoma la analogía que hace Freud en “El porvenir de una ilusión” y plantea que ante las vivencias de desamparo, la ayuda y la protección son buscadas, reencontradas por medio de la proyección común sobre las creaciones colectivas.

El autor sostiene que el apuntalamiento se genera en relación a la estructura pulsional, al cuerpo, a la función materna y paterna, a los grupos, a las instituciones y por intermedio de éstos, a lo social en su conjunto.

El grupo también permite una experiencia de reapuntalamiento de aquello que no llegó a constituirse como realidad psíquica y en ciertas condiciones este reapuntalamiento es posible¹¹⁵.

El grupo es investido entonces, con esta capacidad de albergue psíquico, con la función de ser de esta psique o de recluir sus partes enfermas, donde se pueda crear lo que no se ha constituido: el lugar donde las palabras no fueron dichas, las prohibiciones que no fueron promulgadas, allí se pueden enunciar y de esta forma logran abrir su camino. La eficacia del proceso del grupo es función de su facultad de contener y de transformar los objetos internos, de su aptitud para fundarlos y para constituir los eslabones no advenidos en el psiquismo¹¹⁶.

Retomando a Kaes, es interesante destacar que dicho autor realiza una descripción en cuanto al significado de un dispositivo grupal, y ya que se está haciendo referencia al trabajo con grupos, como dispositivo, es necesario tener en consideración la conceptualización que realiza el nombrado autor, él se refiere al mismo “como un aparato de trabajo, un artificio técnico, una construcción. Se trata de la determinación de una manera apropiada para acceder a un campo, a un objeto. El dispositivo encuadra al objeto de

¹¹⁴ Ibídem

¹¹⁵ Ibídem

¹¹⁶ Ibídem

conocimiento, el cual se produce gracias al mismo dispositivo. El dispositivo seleccionado y la situación que se desarrolla a través de él, explica Kaës, pueden soportar variaciones limitadas y ajustadas a las particularidades de la práctica. Existe un margen necesario para la invención, y es posible, y sin duda necesario, rendir cuentas de los efectos de esta invención” (Kaes, 1994)¹¹⁷.

Asimismo, según el mencionado autor, el dispositivo lleva consigo implícitamente cuatro rasgos primordiales que se nombran a continuación:¹¹⁸

- la presencia simultánea frente a frente de varias personas,
- la composición de los vínculos intersubjetivos en un aparato de ligazón y transformación de las formaciones psíquicas,
- la interdiscursividad de los procesos asociativos y
- el efecto del trabajo psíquico.

Y aclara que estas cuatro dimensiones mantienen entre sí relaciones complejas que movilizan procesos inconscientes, como así también otros fenómenos que no pertenecen a la realidad psíquica, sino a la realidad social, la misma queda así afectada y aunque no se tendrá injerencia sobre ella, se tiene en cuenta que el psiquismo se apuntala también en ella misma.

Por lo anteriormente dicho, es importante considerar que el grupo funciona como un aparato protésico en las situaciones de crisis y desapuntamiento¹¹⁹. En este caso la situación es la del padecimiento de una enfermedad como el cáncer.

Un punto interesante referido a esta temática es lo que Aulagnier llamó “contrato narcisista” esto es un acuerdo entre el sujeto y la cultura, mediante el cual aquél se compromete a transmitir los enunciados fundamentales del discurso social dominante, a cambio de ser reconocido narcisísticamente en su pertenencia a la mencionada cultura.

¹¹⁷ Guidolín, E. Kahane, G. Muzlera, S. (2007). La problemática de los dispositivos para el trabajo con grupos. Trabajo presentado en Primeras jornadas nacionales de salud mental - VII Jornadas Provinciales de salud mental - “Salud mental un compromiso social” Realizado en Mendoza del 16 al 18 de abril de 2007.

¹¹⁸ Ibídem

¹¹⁹ Ibídem

Aulagnier también define en el grupo lo que denominó como transcripción, lo cual es una actividad de representación que permite que un elemento extraño al psiquismo, a través de un proceso de metabolización, sea incorporado como elemento homogéneo en el plano intrapsíquico. El dispositivo grupal de apoyatura no implica sólo prótesis, implica al mismo tiempo la condición de simultaneidad para la creación. En este sentido Selvatici prefiere no hablar tanto de “cura” sino de posibilidad de nuevas transcripciones o de resignificación de marcas antiguas en un ámbito que permita la repetición y la creación. Y continúa diciendo que las posibilidades de cambio se juegan también desde una perspectiva vincular. Para Kaes una crisis surge, se elabora y se resuelve mediante las relaciones de que está hecho el sujeto y que si se deshacen, entonces lo deshacen al sujeto también.

El grupo además es un lugar privilegiado en el proceso que, por vía de las identificaciones, otorga y sostiene la identidad personal. El sentimiento de permanencia, de seguridad y de continuidad están en relación desde los primeros momentos de la vida, con la disposición del medio material y maternal circundante¹²⁰.

Durante toda la vida, la vivencia grupal tiene un papel decisivo en el apuntalamiento del proceso identificatorio y en la formación de la identidad individual. Entre las experiencias, la que tiene lugar en el vínculo primario conformado por la familia posee la particularidad de ser fundante. En este grupo primario se construye un vínculo que permite internalizar un conjunto de relaciones y en ese proceso identificatorio se establecen aspectos fundamentales del grupo interno de cada sujeto. Se define allí su ubicación en el orden generacional y en el plano de la identidad sexual, y la estructura interna de relaciones entre las demandas pulsionales, el deseo, las instancias intrapsíquicas valorativas y el carácter. El grupo primario, a partir de su inscripción histórico-social, es portador de un discurso que incide en la constitución de rasgos específicos de la identidad individual. El pasaje por los otros grupos significativos, tales como el grupo de pertenencia y de referencia,

¹²⁰ *Ibíd*em

influye en la producción de nuevas identificaciones primarias y secundarias al cumplir esto, entre otras, funciones de grupo primario¹²¹.

La identificación es un mecanismo, un proceso y un resultado que posibilita y evidencia la interiorización de experiencias vinculares del sujeto. Desde esta perspectiva la interiorización que se lleva a cabo concierne a una matriz vincular, esto quiere decir, a una red de relaciones en la que está ya presente el sujeto mismo, y que comprende al otro, al otro del otro y también a objetos inanimados que se han vuelto significativos. Este origen y esta conformación son los que determinan sus particularidades grupales y sus rasgos grupalizantes.

La transcripción (apropiación, metabolización) implica una reacción del objeto- sistema de relaciones de objeto que contiene al sujeto- en el mundo interno, que podemos entender como la construcción interior de una metáfora de aquello que ha sido tomado del exterior¹²².

El pequeño grupo establece un espacio identificatorio, soporte y productor de nuevas identificaciones, en la medida en que es un lugar donde se generan modelos, apoyos, enunciados identificantes en tanto es un espacio en el que el vínculo identificante-identificado se corporiza en la presencia real de los otros; en tanto es pantalla de proyecciones y de difracción del grupo interno de cada uno de sus miembros (sobre los otros integrantes y sobre el grupo mismo). Todas estas cualidades señalan sus posibilidades desidentificantes y re- identificantes¹²³.

Es justamente, el grupo, un espacio en el que se producen identificaciones porque además de originarse todo lo mencionado en los últimos párrafos, los miembros se identifican a través del padecimiento de una enfermedad como es el cáncer de mama, es decir, todas las personas del grupo tienen esta patología y al mismo tiempo muchas de las vivencias que tienen las pacientes, “resuenan” en otros miembros, produciéndose así también identificaciones entre ellos. Asimismo, existe un apuntalamiento, en el sentido de “apoyo”, que es crítico porque todas las pacientes están participando del

¹²¹ Ibídem

¹²² Ibídem

¹²³ Ibídem

grupo debido a que tienen la misma enfermedad, esto significa que están atravesando una crisis y el grupo en este aspecto (de reflexión) tiene la capacidad de desidentificar y reidentificar, por otra parte decir que es mutuo implica el apoyo de pacientes que se apuntalan con el grupo y el grupo con las pacientes en una relación de apuntalante-apuntalado, además es reticular porque mediante la identificación provoca un vínculo que es interdependiente (entre los miembros del grupo), y es múltiple porque compromete una multiplicidad de objetos y formaciones psíquicas tales como las fantasías que se despiertan entre los miembros del grupo y que por resonancia activan fantasías en otros miembros y también permite la identificación de unos con otros.

El dispositivo grupal, tomado en este trabajo de investigación es el Grupo de Reflexión Homogéneo, al mismo se lo concibe como “un dispositivo que promueve un estilo vincular que se apoya en el eje de la paridad (Sara Moscona. 2001). La igualdad, lo que homogeniza es el problema que convoca e interroga y el eje fraternal es el que organiza predominantemente el vínculo. La reciprocidad, el ser “par de” es lo que caracteriza este eje, junto con la disposición a compartir las necesidades y promover la responsabilidad personal.”¹²⁴

El dispositivo permite enmarcar, delimitar, y, por esto mismo, dejar subsistir, más allá del límite que determina, lo desconocido. De esta manera se puede determinar la posibilidad y la limitación, esto se refiere a lo procesable por cada dispositivo y lo no procesable. Es lo que se llama como “visibilidad o invisibilidad” del dispositivo, en el sentido de que gracias a su diseño permite iluminar determinados aspectos de la realidad psíquica y dejar en la oscuridad otros, aunque también es necesario tomar en consideración que el dispositivo es productor de fenómenos nuevos que no existían antes de su instalación. Por lo tanto, en este sentido, más que iluminar, el dispositivo origina, crea, agrega contenidos psíquicos.¹²⁵

¹²⁴ Kahane, G. (2008). “El grupo de reflexión homogéneo: un lienzo para pintar angustias y defensas de una situación traumática”. Trabajo presentado en el II Congreso de psicoanálisis de las configuraciones vinculares, realizado en Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 15 al 17 de mayo del 2008.

¹²⁵ *Ibíd*em

En el caso del grupo de reflexión tal diseño posibilita iluminar o, lo que es lo mismo, favorecer la emergencia de fenómenos regresivos, primarios o menos discriminados.

Es importante en este punto destacar que en las primeras sesiones, el proceso grupal se puede describir como un ida-y-vuelta hacia y desde los niveles de regresión. El movimiento de organización del grupo posibilita la recuperación de un nivel de identidad de sus integrantes, basado en fantasías secundarias de un grado de mayor complejidad¹²⁶.

Por otra parte, en este trabajo de tesina se intenta descubrir cuál es la incidencia de este tipo de grupos en pacientes que padecen de cáncer de mama para ello un estudio que se ha realizado con grupos de reflexión en pacientes post operados es lo que se toma en cuenta, o como punto de referencia aquí, además de todo lo anteriormente expuesto, ya que contiene información relevante en esta temática, y que se dará a conocer a continuación.

En primer lugar en este tipo de pacientes el medio hostil es, el propio cuerpo ya que al haberse enfermado, el mismo se convierte en fuente de displacer, ocasionando en el psiquismo la modificación de dichas representaciones corporales. Es el campo en el que se desarrolla una batalla por la supervivencia física y psíquica, en la que no se discrimina adecuadamente al enemigo. En este contexto paranoide, el enemigo suele ser buscado y encontrado en la enfermedad previa, o en el acto quirúrgico, en el médico, el enfermero o la sonda.

Por otra parte, el hecho de someterse el paciente en dicho proceso (pre, peri y pos-quirúrgico) significa la demanda de hallar alguna forma de pertenecer a ese nuevo paisaje físico: el hospital, con un entorno material no propio (habitación, cama, sillas, vajilla, aparatología, etc.). Esta pertenencia implica un esfuerzo regresivo doble, ya que queda signada por la pasividad, la dependencia, el “ponerse en manos de”, lo cual es, además, efectivamente solicitado por el equipo médico. “Un ser inerte que desea conservar su vida” comienza a constituirse en un lugar de pertenencia.

¹²⁶ *Ibíd*em

En este trabajo mencionado realizado por la Lic. Kahane se considera que “el deseo cuya satisfacción permite cerrar esta brecha de displacer es un deseo de fusión. Fusión con las demandas de un objeto idealmente amparador. De acuerdo a lo observado en el despliegue de las fantasías grupales, crear imaginariamente un objeto omnipotente, omnisciente e idealizado resulta útil para transitar el período pre y peri-quirúrgico...”¹²⁷

Este aspecto es importante porque las pacientes con cáncer de mama, han sido intervenidas quirúrgicamente en su mayoría, y pasan por situaciones similares, de esto se habló en el capítulo I, en cuanto a los sentimientos y emociones que padecen dichas pacientes y se realizó una descripción en los distintos períodos de la enfermedad. Por ello se considera relevante aquí.

En la fase anteriormente mencionada (continuando con el trabajo que se ha venido desarrollando) se le pide al paciente de un modo concreto que salga de la situación pacífica, de sometimiento, que tome un papel activo en su recuperación. Tiempos y formas son sugeridos o impuestos por los profesionales y los familiares: que se sienta sano, reparado, pero que a la vez se cuide. Para alcanzar el objetivo es necesario que el paciente resuelva un modo de pertenencia a su entorno vincular signado por la regresión¹²⁸.

Se ha considerado al dispositivo de grupo de reflexión homogéneo, en estos pacientes, podría permitir, en una reunión única, construir un espacio y un tiempo en el que, personas que no se conocen previamente, se apropien de este continente para desplegar sensaciones corporales que comiencen a tener la oportunidad de ser ligadas a representaciones mentales pasibles de ser pensadas. Las sensaciones, angustias, ansiedades, fantasías, van tomando forma en el campo de las representaciones preconscientes propias y ajenas que van armando la vida psíquica grupal¹²⁹.

Kahane afirma en su investigación lo siguiente: “La reciprocidad, el ser “par de” es lo que caracteriza este eje, junto con la disposición a compartir las necesidades y promover la responsabilidad personal. ¿Por qué enfermamos? ¿qué nos hicieron durante la cirugía? ¿nos curaron? ¿qué podemos hacer

¹²⁷ Ibídem

¹²⁸ Ibídem

¹²⁹ Ibídem

ahora... qué no? ¿qué se espera de nosotros en nuestra familia y en la sociedad? Estas son incógnitas obturadas por la fantasía cuando se hallan fusionados en una escena de pasividad y obediencia, en la cual la queja es la acción posible, así como la espera de respuestas y la conducción de un líder.”

La paridad anteriormente mencionada, establece un ordenamiento de regulación mutua que “invita a” y garantiza las diferencias. Zukerfeld respecto a esto habla de lo que él llama las “tres anzas” lo cual significa que en un grupo en el que a partir de la semejanza se produce esperanza y aumento de la confianza de los sujetos en las propias capacidades. Todo ello gracias a que se ha constituido un vínculo basado en la horizontalidad, lo que anteriormente se había nombrado como ser “par de”, estaría basado más en una alianza fraternal entre los miembros del grupo y no como vínculo organizado alrededor de la figura de un líder¹³⁰.

Por último de la investigación que se ha desarrollado se observa que habiendo transcurrido alrededor de 45 minutos de la reunión, los participantes pueden contarse las teorías de enfermedad y curación que cada uno ha elaborado, admiten que se hallan en distintos momentos de un proceso que incluye la dimensión temporal, el saber comienza a circular. Todos demandan pero además todos ofertan y se sienten legalizados por la configuración grupal para hacerlo.¹³¹

Para finalizar, se considera relevante esta información aportada, acerca de pacientes post operados, ya que tienen una similitud interesante a las pacientes que padecen y han padecido cáncer de mama y que también han atravesado por una situación de intervención similar.

¹³⁰ Zukerfel, R. (1992). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós

¹³¹ *Ibíd*em

Capítulo IV: Apartado **Metodológico**

IV.1. Objetivos

Objetivos Generales

- Analizar los efectos del grupo de reflexión homogéneo en las pacientes con cáncer de mama y su incidencia en la tolerancia a la enfermedad.

Objetivos Específicos

- Indagar acerca de la aceptación de la enfermedad de las pacientes a través del grupo de reflexión homogéneo.
- Averiguar qué herramientas se desarrollan en los grupos de reflexión homogéneos para poder sobrellevar la enfermedad.
- Examinar si existe una mejoría en las pacientes al pertenecer a este tipo de grupos desde que les diagnostican la enfermedad.

IV.2. Método

- **Tipo de estudio o diseño:**

La investigación se llevó a cabo mediante el tipo de estudio cualitativo, esto significa que se basa en la descripción e interpretación de la experiencia o acción que se estudia. El propósito es describir la experiencia, (pensamiento, sentimientos y acciones de una persona en un contexto particular, interacciones en las que la gente se involucra) para hacerlo de tal manera que incluya la riqueza de la experiencia y el significado que tiene para los participantes. A través del diseño metodológico denominado “relatos de vida”, el mismo consiste en tomar al sujeto y al individuo como foco del conocimiento y de la vida, no como una técnica, sino como el método adecuado para llegar a él. El sujeto es considerado como quien lleva toda la realidad social vivida en sí. Asimismo al conocer al sujeto, se conoce el grupo y la cultura tal como se dan en concreto, de manera subjetiva, vivida.

- **Descripción de la muestra:**

La investigación se llevó a delante con testimonios de cinco pacientes, tres de ellas fueron relatos extraídos de fuentes electrónicas y dos pacientes fueron entrevistadas, las características de las mismas fueron las siguientes: mujeres

que hubiesen padecido cáncer de mama y que hayan transitado durante la enfermedad de un grupo de reflexión homogéneo.

- **Instrumentos y materiales de evaluación:**

El estudio de se llevó a cabo mediante el análisis de los testimonios y las entrevistas realizadas a pacientes que presentaban las características anteriormente mencionadas.

- **Procedimiento:**

Para poder realizar el aspecto metodológico, se tuvo principal consideración en el marco teórico, la línea desde la cual se ha estado trabajando toda la investigación, en este caso se tuvo en cuenta el psicoanálisis grupal, en cuanto a los denominados grupos de reflexión homogéneos. Luego de eso, se procedió a seleccionar casos de mujeres que hubiesen tenido cáncer de mama (lo que le da la cualidad de homogéneo al grupo, además de ser un punto fundamental en la tesina) y que justamente hubiesen sido parte de un grupo con características como las que se han venido exponiendo a lo largo de todo el trabajo.

Se seleccionaron tres testimonios de pacientes con las cualidades anteriormente mencionadas y se entrevistaron dos pacientes con similares características.

A partir de esto se tuvo en cuenta las preguntas y objetivos de investigación en relación a todo el material bibliográfico rastreado.

En el caso de los testimonios se les aplicó un análisis en el que se intentó describir e interpretar los sentimientos y emociones mediante la reacción en el diagnóstico y en la evolución de la enfermedad.

En cuanto a las entrevistas fueron analizadas para poder describir e interpretar la incidencia del grupo en las vidas de las pacientes.

IV.3. Presentación y Análisis

**Pensamientos, sentimientos y acciones en pacientes con cáncer de
mama**

DIAGNÓSTICO	
TESTIMONIO	SIGNIFICACIÓN
<p align="center"><u>Mónica</u></p> <p>“Ya al leer Carcinoma sentí que leía mi <u>sentencia de muerte</u>. ¿Por qué a mí? ¿Qué <u>hice para que me pasara esto</u>? Siempre a uno le parece que estas cosas le pasan a los otros, nunca a uno. Sentí que <u>el mundo se me caía encima</u>.”</p>	<p align="center">MUERTE ATRIBUCION INTERNA</p>
<p align="center"><u>Amalia</u></p> <p>“... las cosas que a una se le cruzan por la cabeza son indescritibles. La primera: me <u>muero mañana</u>, porque al escuchar la palabra cáncer es lo primero que se te cruza por la cabeza. Pensaba en mis tres hijos que eran chicos en ese momento y en mi familia y no lo podía creer que me estuviera pasando eso. De golpe, en segundos, <u>me cambió la vida</u>.”</p>	<p align="center">MUERTE CAMBIO</p>
<p align="center"><u>Natalia</u></p> <p>“La primera pregunta que surge en esa situación es siempre lo mismo: <u>¿porqué a mí?</u>”</p> <p>“... me sentí aboradada por mi soledad, mi enfermedad y pensamientos acerca de mi <u>finitud</u>.”</p>	<p align="center">ATRIBUCION INTERNA MUERTE</p>

EVOLUCIÓN	
TESTIMONIO	SIGNIFICACIÓN
<p style="text-align: center;"><u>Mónica</u></p> <p>“...Luego pasé por quimioterapia y rayos. Fue <u>muy duro, me sentí muy mal</u>. De a poco fui <u>recuperando fuerzas</u> y ya tengo suficiente energía como para ir volviendo a mi actividad”</p>	<p>Necesidad de elaboración en la fase pos-quirúrgica</p>
<p style="text-align: center;"><u>Amalia</u></p> <p>“Pero pese a todo el <u>shock</u> del momento (<u>no te sientas vencido ni aún vencido</u>), me operé, salió todo bien, tuve que hacer 84 sesiones de rayos porque los ganglios no estaban comprometidos y no necesité quimioterapia.”</p> <p>“...a los dos años de mi primera operación tuve una recidiva en el otro pecho y volvieron a operarme, pasando por supuesto por todo el stress que ello implica.”</p>	<p>Necesidad de elaborar la fase pos-quirúrgica</p>
<p style="text-align: center;"><u>Natalia</u></p> <p>“El hecho de haberme <u>sentido acompañada ayudó</u> a anticipar y planificar situaciones futuras. Ante todo me ayudó en el proceso de aceptar la situación tal cual es, tal cual fue entonces.”</p>	<p style="text-align: center;">APOYO SOCIAL Aceptación de la enfermedad</p>

GRUPO DE REFLEXIÓN HOMOGÉNEO	
TESTIMONIO	SIGNIFICACIÓN
<p style="text-align: center;"><u>Mónica</u></p> <p>“...desde un principio me sentí como en casa. El poder <u>conversar y compartir la angustia</u> de sentirme mal o de verme totalmente pelada con quienes pasaron o están pasando por lo mismo me dio mucha fuerza. Siento que cada día celebramos la vida festejando el buen resultado de algún estudio o haciéndonos <u>compañía</u> en algún momento difícil.”</p> <p>“Lo que no explota para afuera, implota dentro de uno. Eso es una de las muchas <u>cosas que aprendí en Macma</u>. No es fácil, pero estoy tratando de cambiar.”</p>	<p>Se producen en el grupo los fenómenos de las 3 anzas: semejanza, confianza y esperanza. Debido a que existe un vínculo que une a los miembros del grupo desde el eje de paridad, además lo que hace homogéneo al grupo es el rasgo característico que reúne a los miembros.</p> <p>En el grupo se dan efectos terapéuticos mediante la reflexión que pueden hacer las pacientes acerca no sólo del cáncer sino también de cuestiones relativas a la vida cotidiana.</p>
<p style="text-align: center;"><u>Amalia</u></p> <p>“Me sentí <u>contenida, acompañada y a la vez informada</u>.”</p> <p>“Porque eso <u>me ayudó a sobrellevar</u> mucho mejor que a los dos años de mi primera operación tuve una recidiva en el otro pecho y volvieron a operarme, pasando por supuesto por todo el stress que ello implica”</p>	<p>La contención que genera el grupo está dada por la identificación, y a la vez es un espacio en donde lo que se ha “quebrado” puede ser vuelto a restituir. De allí se podría pensar que la paciente pudo sobrellevar mejor la recidiva. Además el hecho de poder estar en contacto con aquellas personas que han tenido la misma enfermedad ayuda a desmitificar cuestiones de la enfermedad y advierte a las pacientes al tiempo que disminuye la ansiedad.</p>

<p style="text-align: center;"><u>Natalia</u></p> <p>“...empecé a participar en las reuniones de MACMA. Entonces el escenario cambió totalmente. Todas teníamos cáncer de mama, todas fuimos operadas y recibíamos tratamientos. A la mayoría se les cayó el pelo. Las <u>lagrimas y las risas se compartían</u>. Estas reuniones llegaron a ser el eje de mi vida pues hubo una <u>comprensión y aceptación</u> total acerca de la situación del otro. El hecho de haberme sentido <u>acompañada ayudó a anticipar y planificar situaciones futuras</u>. Ante todo me ayudó en el proceso de <u>aceptar la situación tal cual es</u>, tal cual fue entonces.”</p> <p>“El escenario había cambiado, y hace reconocer que el cambio es propio de la condición humana. Implica aceptar lo que hay.”</p> <p>“En el grupo terapéutico se trabajaba con la <u>aceptación del cambio</u>. No solo la aceptación, sino se invitaba al cambio, pues lo que hay que superar es la predisposición a la enfermedad. Se trata de aceptarse a uno mismo y animarse a lo propio.”</p> <p>“Se abre una posibilidad de cambiar otra vez y de entrar a un nuevo escenario.”</p>	<p>Fenómeno de las 3 anzas: la semejanza esperanza, confianza,”</p> <p>Aceptación de la enfermedad. Reflexión y comprensión</p>
---	---

<u>PACIENTE</u>	<u>SIGNIFICACIÓN</u>
<p style="text-align: center;"><u>Virginia</u></p> <p>Hay un tema que es bastante común a todas las personas del grupo que es el tema <u>de las presiones</u>, el hecho de <u>no postergarse</u>, no olvidarse que <u>uno también existe</u>. Muchas se convierten en “superwoman”, y son la mejor madre, la mejor esposa, la mejor hija, o sea, “la mujer que todo lo puede”.</p> <p>Siempre digo que hay algo muy importante y es que siempre se vuelve al punto de partida, en el sentido de que una cosa es el grupo y otra es ir a tu casa y cambiar todo eso.</p> <p>Yo buscaba con el grupo <u>el porqué y el para qué a mí</u>. Yo creo que encontré respuestas.</p> <p>El grupo me ayudó a frenar un poco mi vida, porque yo antes estaba a disposición de todos, como la Madre Teresa de Calcuta, que no me arrepiento de eso en lo más mínimo. Pero en el grupo <u>aprendí que tiene que haber un equilibrio</u>.</p>	<p>El grupo contribuye a reflexionar y al mismo tiempo incorporar cuestiones tales como:</p> <p>Vivir el hoy, poder encontrar un sentido a la enfermedad, y a la vez la aceptación de la misma, expresar lo que siente cada paciente.</p>
<p style="text-align: center;"><u>Georgina</u></p> <p>“El grupo me hizo muy pero muy bien. En el grupo cada uno expone su enfermedad y mi primer día tenía que dar mi experiencia y hasta ese día yo decía “yo tengo cáncer” y la doctora me dijo que la palabra “tengo” estaba prohibida, porque yo ya no tenía más cáncer porque había sido operada, todas estábamos sanas pero no curadas, porque no se sabía si podía volver la enfermedad. De ese tipo de <u>cosas eran las que yo me traía</u> cada miércoles que iba.”</p> <p>“Todas escuchábamos lo que a la otra le pasaba y yo tomaba lo que de ese relato me servía y lo otro lo dejaba pasar.”</p> <p>“Yo siempre <u>rescataba lo positivo</u>, si había algo negativo no lo rescataba...”</p> <p>“El grupo es muy importante, <u>te</u></p>	<p>Reificación/ Reformulación de experiencias</p> <p>Rescatar, acentuar lo positivo. Optimismo</p>

<p><u>inyecta cosas positivas</u> y yo tuve la suerte de que me ayudó esta gente”</p> <p>“En el grupo aprendí a <u>valorarme más a mí misma, a sentir que mi vida vale,</u> y que tengo que quererme a mí misma para poder querer a los demás.”</p> <p>“Todos los días no son color de rosa, pero trato de estar bien, alguna vez viene el bajón.”</p> <p>“El grupo te enseña a <u>cargar con la mochila de cada uno,</u> y no cargar con las cosas ajenas y que todo lo <u>que haga sea porque quiero</u> y no por compromiso. <u>A vivir verdaderamente</u> y no anularme, como hacía antes de la enfermedad. El grupo nos ha enseñado a no vivir de un pasado de fotos amarillas, ni de un futuro largo, hay que <u>vivir el día a día, el hoy</u>”</p>	<p>Fortalecer la autoestima Hacerse cargo de la propia vida. Vivir el presente</p>
--	--

IV.4. Discusión de resultados

En primer lugar es preciso dar a conocer las implicancias de los resultados expuestos:

En los testimonios que se han analizado, aparece en la mayoría de ellos fenómenos tales como los que se explican a continuación: El fenómeno de las “tres anzas”, en el grupo de reflexión homogéneo, el mismo se produce debido a que el hecho de sentirse identificadas las pacientes, con una enfermedad, suscita sentimientos de semejanza, lo cual aumenta la esperanza, ya que otras

pacientes habían pasado por la misma situación y la confianza de las capacidades propias de las personas, ya que otros miembros del grupo habían podido salir adelante. Asimismo el vínculo está organizado mediante el eje de paridad, en el que son todos iguales (no se organiza el vínculo entorno a la figura de líder), esto también genera semejanza entre los miembros. Existe una característica nombrada en varios de los relatos y es el hecho de que todas las mujeres del grupo parecían ser “todopoderosas” tiene que ver con encontrar en sus compañeras la similitud que puede unir las y al mismo tiempo posibilitar el cambio, en este eje de paridad, horizontal que hace que las pacientes puedan, por resonancia, activar sentimientos y relaciones acerca de lo que les está sucediendo, pero que también le sucede a otro y que mediante la reflexión y comprensión de estos temas es posible que surja el cambio como efecto terapéutico del grupo. Es viable mediante el predominio del proceso secundario en el grupo, que permite justamente el pensar, el poder hablar, reflexionar y al mismo tiempo esto posibilita el cambio.

Por otra parte la capacidad del grupo que, mediante las identificaciones (de las pacientes que tienen cáncer), posibilita las desidentificaciones y las reidentificaciones, al mismo tiempo que permite a través de esto la desmitificación al tener la colaboración de profesionales. Esta desmitificación de la enfermedad generaría una mayor tranquilidad, y una disminución de los sentimientos, pensamientos y acciones producidos en la información del diagnóstico y la evolución de la enfermedad. Además, al padecer todas las pacientes la misma patología en el grupo, y al generar una identificación de unas con otras, esto permite que a través del fenómeno de la resonancia se activen determinadas cuestiones personales en una u otra paciente, de allí el tema de la escucha, en tanto el otro es pantalla de proyecciones y de nuevas identificaciones.

De acuerdo a lo planteado en principio como uno de los objetivos de la tesina, se podría llegar a la conclusión que las pacientes que padecen cáncer de mama a través del grupo de reflexión homogéneo llegarían a tener una mejor aceptación de la enfermedad, al mismo tiempo que los sentimientos de abatimiento, confusión, desesperanza y miedo, producidos tanto en el

diagnóstico como en la evolución de la enfermedad se reducen y el hecho de estar en contacto y pertenecer a un grupo en el que hay mujeres que han padecido ya la enfermedad, pueden desmitificar muchos de los temores existentes en las pacientes, que se deben, en muchos casos a los prejuicios sociales acerca del cáncer.

Por otra parte, también se podría destacar que las pacientes que han participado de un grupo de reflexión homogéneo han podido desarrollar herramientas que no sólo tienen que ver con la enfermedad, es decir, relativo a lo que concierne a la aceptación de la misma y la posibilidad de una mejoría en cuanto a la evolución, sino también al hecho de vivir con una dolencia y justamente el vivir involucra numerosos aspectos de la cotidianidad e implica que aquello que se trabaja y se reflexiona en el grupo pueda servir luego en la vida diaria, como efecto terapéutico, esto posibilita sobrellevar la enfermedad con una mayor salud mental y aceptar al mismo tiempo la condición propia de cada paciente. Asimismo, de lo deducido ante lo expuesto en el presente trabajo, existiría la probabilidad de responder a los tratamientos de una mejor manera, ya que al disminuir toda la gama de sentimientos ya mencionados y fortalecer las propias cualidades, el sistema inmunológico estaría dispuesto de una mejor forma ante los tratamientos médicos.

Conclusiones

A partir del recorrido desde la perspectiva psicoanalítica grupal realizado en todo el trabajo de investigación se puede decir, en primer lugar que las pacientes al recibir el diagnóstico de cáncer de mama y reaccionar con ansiedad, abatimiento, sentimientos de desamparo, entre otros, provoca una inmunodepresión, por lo que es importante asistirles psicológicamente para que puedan lograr una mejoría en el nivel anímico psicológico y de esta manera puedan responder mejor a los tratamientos.

En el capítulo II se trató la relación entre psicología y cáncer, es en este aspecto en el que se pone el acento, en tanto si bien existe una relación al momento de desencadenar la enfermedad, también existe una concordancia en cuanto a que las pacientes al estar mejor a nivel psicológico pueden ser tratadas medicamente obteniendo mejores resultados que si no estuviesen asistidas psicológicamente.

Asimismo, las pacientes sostienen que el atravesar por una enfermedad como el cáncer, es algo inigualable, y en el que nadie puede comprenderlas, excepto que tal persona que haya vivido algo similar.

Por lo que en los Grupos de Reflexión Homogéneos es un dato importante el hecho de poder compartir con personas que han estado en situaciones similares, la homogeneidad que en este caso, el rasgo común que une a las pacientes es la enfermedad, posibilita la identificación de unas con otras al mismo tiempo que provoca una mayor semejanza, confianza en las propias capacidades y la eventualidad de una mejoría, además de la seguridad de poder salir de la enfermedad, al saber que otras de las mujeres que están en el grupo lo han podido lograr.

También se puede concluir que en principio los temas tratados en el grupo, son los propios de la enfermedad, lo cual colabora de manera

importante en la desmitificación de la enfermedad, pero más tarde, a medida que el grupo va avanzando, los temas que se van tratando son los que conciernen a la cotidianidad, que es allí, en el mundo, donde las pacientes tienen que vivir, y justamente de eso es lo que se trata que puedan vivir y llevar de la manera más saludable posible la enfermedad en el día a día. Existe, además, en las pacientes características similares entre unas y otras, que por resonancia se activan y esto permite que cada una pueda reflexionar, mediante el proceso secundario; y producir el cambio como efecto terapéutico.

Por otra parte, la participación en el grupo, genera que haya en las pacientes una aceptación de la enfermedad en las propias vidas y por ende, que haya una buena elaboración de la misma. Esto posibilita que si en algún momento empeora la enfermedad, en cuanto a la evolución, las pacientes puedan estar preparadas para este tipo de eventos.

Por último, se puede concluir que en el grupo las pacientes pueden reformular experiencias, mediante el compartir con otras personas que además de ser mujeres han atravesado por la misma enfermedad, y esto permite, que también puedan valorar aspectos de la vida que antes no valoraban, ya que esta enfermedad toca a cualquier ser humano en su lado más profundo, porque en su mayoría se asocia a la muerte. Además de ser un ámbito de contención en el que estas pacientes se sienten sostenidas unas por otras y es en la presencia de ese otro que se puede construir y comprender una posibilidad de cambio y de llevar adelante una vida saludable aún con una enfermedad.

Referencias Bibliográficas

- Accreditation HealthCare Commission, (2009). *Enciclopedia Medline Plus*.
- Angione, M. Zuker, M. Información para pacientes operadas de cáncer de mama. La enfermedad y su impacto psicológico. *Adaptación de la cartilla del Servicio de salud mental del Hospital de Oncología "Miria Curie"*.
- Anzieu, D. (1971). La dinámica de los grupos pequeños. Buenos Aires. Kapeluz
- Arias Rodríguez,V. de León Zapata, T. (2007).Perfil emocional de las pacientes con cáncer de mama, atendidas en el hospital oncológico de la ciudad de Santiago. [versión electrónica]. *Departamento de Investigaciones y publicaciones*. Chile.
- Asociación Navarra de cáncer de mama. (2009). Aspectos psicológicos. SARAY. Consultada el 8 de abril de 2010 en <http://www.asociacionsaray.com>
- Bernard, M. (1989) Los encuadres reflexivo y terapéutico. Revista AAPPG.
- Bernard, M. (1999). Los organizadores del vinculo. De la pulsión al otro. Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
- Bernard, M. Edelman, L. (2002). Desarrollo sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica. Argentina: Lugar Litoral

- Bernard, M. (2006). La función imaginaria del vínculo. El trabajo psicoanalítico con los grupos pequeños. Argentina. Ed. Lugar.
- Bernard, M. (2006). Transformaciones en la grupalidad. El trabajo psicoanalítico con grupos pequeños. Buenos Aires. Ed. Lugar
- Brannon, L. Feist, J. Factores de riesgo psicológicos del cáncer. Psicología de la salud. Paraninfo. España.
- Consorcio Periodístico de Chile S.A.(2008, abril 2008). Describen impacto emocional del cáncer de mama en la familia. [versión electrónica]. *La tercera*.
- Contreras,V. Hermegildo, A. (2006). El proceso de duelo en pacientes con cáncer. *Ponencia presentada en Primeras jornadas de psicoanálisis y psicología hospitalaria. Facultad de Psicología. Universidad autónoma de Querétaro.*
- Bonilla, J. (2009, Mayo 31). Ofrece la UVM atención psicológica a pacientes con cáncer de mama. *Crónica*.
- Calvo-Gil, M. Narvárez Pinochet, A. (2008). Experiencia de mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mama. *Index de Enfermería*. <http://www.scielo.isciii.es>. Consultada el 8 de Abril de 2010
- Esteve S.A. (2007). Impacto psicológico: consecuencias psicológicas. La vida sigue. Consultada el 21 de diciembre de 2009 en <http://www.lavidasigue.com>

- Feist, J. (2001). *Vivir con una enfermedad crónica*. En Brannon, L. (Ed.), *Psicología de la salud*. España: Prentice Hall Learning
- Guidolín, E. Kahane, G. Muzlera, S. (2007). La problemática de los dispositivos para el trabajo con grupos. Trabajo presentado en Primeras jornadas nacionales de salud mental - VII Jornadas Provinciales de salud mental - "Salud mental un compromiso social" Realizado en Mendoza del 16 al 18 de abril de 2007.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2006). *Diccionario de Cáncer*. Consultada el 11 de Junio de 2010 en <http://www.cancer.gov/diccionario/?CdrID=45669>
- Kaes, R. (1992). Apuntalamiento múltiple y estructuración del psiquismo. *Revista de psicología y psicoterapia de grupo*, XV- 2.
- Kaes, R. (1996). *El aparato psíquico grupal. El grupo y el sujeto del grupo*. Buenos Aires. Amorrortu
- Kahane, G. (2008). "El grupo de reflexión homogéneo: un lienzo para pintar angustias y defensas de una situación traumática". Trabajo presentado en el II Congreso de psicoanálisis de las configuraciones vinculares, realizado en Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 15 al 17 de mayo del 2008.
- Lacan, J. (1953). Lo simbólico, lo imaginario y lo real. Conferencia pronunciada en la Société Française de Psychanalyses.
- Laplanche, J. Pontalis. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona. Paidós

- Mesquita, M. Magalhães da Silva, R. Carvalho, A. De Almeida, A. (2007). Comportamiento de la familia frente al diagnóstico de cáncer de mama [versión electrónica]. Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería. 10, 1- 10.
- Middleton, J. (1996). El diagnóstico. En Middleton, J. (Ed.), *Yo (no) quiero tener cáncer*. (pp 149-152). México.D.F: Grijalbo. S.A. de C.V.
- Miller, J. (1991). Recorrido de Lacan. Manantial.
- Movimiento de Ayuda contra el cáncer de mama, (2010). Información sobre cáncer de mama.
- Nasio, J. Los gritos del cuerpo. Paidós. Argentina 1996
- Pedro, A. Cáncer y psicoanálisis: marcas de una pérdida inscrita en lo real
- Plazas, L. (2008). Pacientes con cáncer de mama y su etapa de crisis. *Enfermería 21*. Consultada el 21 de diciembre de 2009 en <http://www.enfermeria21.com>
- Quiroga, A. (2008). El grupo sostén y determinante del psiquismo. *Revista N° 3 psicoanálisis e intersubjetividad*. Familia, pareja, grupos e instituciones.
- Real Academia Española.(2001) Diccionario de lengua española. XXII Edición. <http://www.rae.es/rae/gestores>

- Rea Barajas, M. Tirado, H. (2009). Repercusiones psicológicas en pacientes con cáncer de mama. *Cáncer de mama o de seno*. Consultada el 3 de febrero de 2010 en <http://html.cancer-de-mama-o-de-seno.html>
- Sigmund, F. Obras Completas.(1998) Duelo y Melancolía. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Tomo XIV. Amorroutu Ed. S.A. Argentina.
- Zukerfel, R. (1992). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós

Apéndice

TESTIMONIOS

Mónica

Mi nombre es Irene Marcet y tengo 53 años. Luego de mi mamografía anual de control y de una magnificación, en octubre del 2004, me dijeron que debía operarme para biopsiar las microcalcificaciones encontradas. En ese momento yo creí que el médico exageraba, pensaba que era muy común tener microcalcificaciones. Es más, pensé "Estos médicos buscan operar por nada". Buscando otras opiniones, hice tres consultas más y en todos los casos estuvieron de acuerdo en hacer la biopsia.

Creo que es fundamental realizar varias consultas y así asegurarse de que no haya errores.

Luego pasé por quimioterapia y rayos. Fue muy duro, me sentí muy mal. De a poco fui recuperando fuerzas y ya tengo suficiente energía como para ir volviendo a mi actividad. La kinesiología me ayuda mucho para recuperar toda la movilidad de mi brazo. Soy ceramista y profesora de Bellas Artes, para mí eso es fundamental.

Doy gracias a Dios por tener una hermosa familia y amigos que me acompañaron siempre. Y agradezco a Macma, donde desde un principio me sentí como en casa. El poder conversar y compartir la angustia de sentirme mal o de verme totalmente pelada con quienes pasaron o están pasando por lo mismo me dio mucha fuerza. Siento que cada día celebramos la vida festejando el buen resultado de algún estudio o haciéndonos compañía en algún momento difícil.

Siempre fui una mujer con mucha autoexigencia, siempre tratando de estar dispuesta para todo el mundo, siempre tratando de contenerme para no contestar mal ante una agresión para mantener una supuesta "armonía". Lo que no explota para afuera, implota dentro de uno. Eso es una de las muchas cosas que aprendí en Macma. No es fácil, pero estoy tratando de cambiar.

Estoy muy agradecida y si con mi experiencia puedo ayudar a alguien, cuenten conmigo.

Amalia

Mi nombre es María Analía Boccassini, tengo 47 años y mi historia comenzó de una forma muy particular y casual. Yo no me palpé ningún bultito ni sospeché nada extraño. Simplemente fui a un control de rutina con el ginecólogo para hacerme un pap y una colcoscopía y él me dijo que me iba a pedir una mamografía para comenzar con los controles mamarios.

En esa época yo no tenía idea de lo que eran las microcalcificaciones ni nada que se relacione con el cáncer de mama. Era muy lejano para mí y lo veía siempre desde la vereda de enfrente.

El diagnóstico de la operación era que me tenían que hacer una mastectomía para no correr riesgos.

Por supuesto me puse en manos de Dios, pero las cosas que a una se le cruzan por la cabeza son indescriptibles. La primera: me muero mañana, porque al escuchar la palabra cáncer es lo primero que se te cruza por la cabeza. Pensaba en mis tres hijos que eran chicos en ese momento y en mi familia y no lo podía creer que me estuviera pasando eso. De golpe, en segundos, me cambió la vida.

Pero pese a todo el shock del momento (no te sientas vencido ni aún vencido), me operé, salió todo bien, tuve que hacer 84 sesiones de rayos porque los ganglios no estaban comprometidos y no necesité quimioterapia.

Después de la operación y de la recuperación que fue rápida, me fui informando, interiorizándome del tema y un día en el diario vi un aviso de MACMA. Llamé por teléfono y arreglamos en encontrarnos, me explicaron que era MACMA y esencialmente que habían pasado por lo mismo que yo y sentían lo mismo. Eso fue como un clic para mí porque me di cuenta que a mí sola no

me pasaba y ellas podían ayudarme y orientarme en todas las dudas que a veces tenemos y los médicos no te dicen o a vos te da vergüenza preguntar. Me sentí contenida, acompañada y a la vez informada.

Porque eso me ayudó a sobrellevar mucho mejor que a los dos años de mi primera operación tuve una recidiva en el otro pecho y volvieron a operarme, pasando por supuesto por todo el stress que ello implica. En esta ocasión fue una cuadrantectomía sin sacarme el pecho, a pesar de que algunos médicos me sugerían que me saque todo. Mi doctora consideró que no era necesario en este caso, a pesar de que se podría repetir con el tiempo. Y fue así nomás, igual que antes a los dos años de esa operación, me vuelven a salir esas malditas microcalcificaciones y ahí sí decidieron hacer nuevamente mastectomía.

Yo en ese momento no tuve dudas y le dije a la doctora que mi vida valía mucho por sobre todas las cosas, y con el apoyo incondicional de mi marido y de mi familia volví al quirófano muy tranquila.

Agradezco de corazón haber conocido a todas las chicas de MACMA y pertenecer en estos momentos a su staff, ya que estoy tratando de devolver todo lo que recibí, y lo que es más gratificante ayudar a otra persona que está atravesando por lo mismo que uno pasó acompañándola y conteniéndola.

¡¡ GRACIAS MACMA !!

Natalia

¿Por qué a mí?

Antes de que se me diagnosticasen el cáncer de mama, había algo adentro mío que ya lo sabía. La mente percibe e intuye, y la intuición es mas acertada que la razón. La

intuición reconoce y trata de entender porqué.

La primera pregunta que surge en esa situación es siempre lo mismo: ¿porqué a mí?

Entonces parecía que todos los amigos, conocidos y no tan conocidos, todo el mundo, tenían una salud perfecta y una situación familiar feliz. Yo, al contrario, me sentí abordada por mi soledad, mi enfermedad y pensamientos acerca de mi finitud.

CAMBIO DE ESCENARIO

Empecé a participar en las reuniones de MACMA. Entonces el escenario cambió totalmente. Todas teníamos cáncer de mama, todas fuimos operadas y recibíamos tratamientos. A la mayoría se les cayó el pelo. Las lagrimas y las risas se compartían. Estas reuniones llegaron a ser el eje de mi vida pues hubo una comprensión y aceptación total acerca de la situación del otro. El hecho de haberme sentido acompañada ayudó a anticipar y planificar situaciones futuras. Ante todo me ayudó en el proceso de aceptar la situación tal cual es, tal cual fue entonces.

El escenario había cambiado, y hace reconocer que el cambio es propio de la condición humana. Implica aceptar lo que hay.

LO UNICO QUE PERDURA ES EL CAMBIO

En el grupo terapéutico se trabajaba con la aceptación del cambio. No solo la aceptación, sino se invitaba al cambio, pues lo que hay que superar es la predisposición a la

enfermedad. Se trata de aceptarse a uno mismo y animarse a lo propio.

Lo que mas nos cuesta a los seres humanos es reconocer que nuestra situación favorable no está más, sino que ahora solo hay lo que hay.

Pero la condición humana también encierra un desafío. Se abre una posibilidad de cambiar otra vez y de entrar a un nuevo escenario.

Gracias María Cecilia, las chicas de MACMA, y todas las de los grupos, por haber estado ahí

ENTREVISTA 1

Nombre: Virginia

Antes de comenzar la entrevista se le explica a la entrevistada el fin de la misma y ella expresa su predisposición para colaborar en la mayor cantidad de información posible que pueda dar.

- **¿Cómo fue te reacción cuando te dieron el diagnóstico?**
- Sentí una sensación horrible, cuando me dieron el diagnóstico, ya han pasado 7 años de esto, pero la verdad que nunca supe cómo llegue desde dónde estaba hasta la plaza independencia, porque antes de que me dieran el diagnóstico me preguntaron si tenía algún familiar con cáncer y desde allí se me movió la silla. Fue muy cruel en ese momento el doctor, pero después de unos años le agradecí que hubiera sido así.

El médico me preguntaba y yo respondía, pero no estaba yo ahí.

Hasta ese momento yo pensaba que la gente con cáncer se moría. Y hasta ese momento “cáncer” para mí era una película, una película de la cual yo no era la protagonista. Yo veía una persona pelada y con barbijo y pensaba que se iba a morir y que tenía el barbijo para no contagiarme, y en realidad después de todo esto que me pasó me di cuenta que el barbijo era para que yo no lo contagiara al enfermo, la verdad que he sido muy ignorante con estas cosas.

- **¿Y qué pasó?**

- Tuve dos sensaciones:

La primera: “me muero mañana”

La segunda: “¿cómo le digo a mi familia para que no me tuviera lástima?”

No sabía a quién decírselo, se lo dije primero a una amiga mía, Beby, ella me contuvo, me contó que tenía una amiga que se había salvado, que hoy no es como antes, la gente puede vivir con la enfermedad, trató de sacarme algunos fantasmas que tenía.

Yo no sentía miedo de morirme, sino el dolor de dejarlos, no llegar a ver a mis nietos y demás.

Pasando los cinco años pasas la zona de riesgo.

Bueno, fui a buscar al doctor y me dijo que tenía un tumor, que era operable, que era muy chico el cáncer que tenía y que era tratable.

Además el doctor me dijo que había un factor psicológico en mi vida, algo había pasado, que hiciera memoria qué era lo que me había ocurrido hace 3 años aproximadamente, porque el cáncer lo comencé a tener hace 3 años.

Y bueno, gracias a la terapia me pude dar cuenta cuándo hice mi cáncer

Te digo que no todos los médicos adhieren a esta cuestión de la existencia de ciertos factores psicológicos previos, o que puedan incidir en esta enfermedad.

- **¿cómo fue que llegaste al grupo?**

A mí me recomendó el grupo una residente, antes de operarme, porque me decía que me iba a hacer bien, pero yo decía que estaba muy angustiada y que ahora no era el momento, y ella me dijo que éste era justamente el momento en el que tenía que ir.

Cuando fui después de operada a hacerme unas curaciones, la doctora me preguntó si estaba yendo al grupo, y le dije que no y dijo que porqué no estaba asistiendo . Yo le dije que no iba a ir porque no sabía que iba a hacer allí, me daba vergüenza y ella me dijo que no se trataba de eso, sino de lo que yo iba a aprender, que iba a poder convivir con la enfermedad, que me iba a encontrar con ayuda profesional y que me iba a encontrar con gente que había pasado por lo mismo. Ahí empecé a ir.

El tema es que dije en un principio “ yo puedo sola, a esta enfermedad la voy a manejar sola, no me va a superar, y bueno... después me di cuenta que era imposible seguir sola y encima tenés la sensación de que si no la compartís con alguien que lo haya tenido no te puede orientar nadie, porque es algo muy personal. Bueno, así que empecé a ir al grupo, el primer día que llegué primero me preguntaron si me quería presentar y que contara lo que quería contar, hasta ese momento uno piensa que es la única persona en el mundo con cáncer, la única que lo está pasando mal. Después que me presenté la coordinadora le pide al resto del grupo que se presenten y que cada una cuente resumidamente lo que le ha pasado y bueno, en ese momento te das cuenta que no sos la única persona que tiene esto, y que lo pasa mal.

Ahora cuando aparece un nuevo miembro en el grupo yo le pido a las chicas que vuelvan porque generalmente uno no quiere volver y es importante porque uno tiene que contar lo que le está pasando y cuando va escuchando a otras personas se da cuenta que si bien es importante lo que a uno le está pasando, otras personas están pasando por cosas peores.

-¿Seguís en el grupo?

- Sí, yo sigo asistiendo a las reuniones.

- ¿En las reuniones grupales a qué apuntaban? Qué se hacía?

- En el grupo se trabaja buscando el porqué nos había dado cáncer. Se trataba de descubrir qué factores teníamos que habían jugado a favor de la enfermedad para determinar el cáncer, obviamente más allá de la genética que es el 50% , también está el otro 50% que es de uno, qué pensábamos respecto a eso era lo que trabajábamos.

Por ejemplo, yo contaba lo que me pasaba y otra me decía:” a mí me pasa lo mismo, pero tuve que cambiar tal cosa.” Hay un tema que es bastante común a todas las personas del grupo que es el tema de las presiones, el hecho de no postergarse, no olvidarse que uno también existe. Muchas se convierten en superwoman, y son la mejor madre, la mejor esposa, la mejor hija, o sea, “la mujer que todo lo puede”.

Siempre digo que hay algo muy importante y es que siempre se vuelve al punto de partida, en el sentido de que una cosa es el grupo y otra es ir a tu casa y cambiar todo eso.

- Vos que buscabas con el grupo?

- Yo buscaba con el grupo el porqué y el para qué a mí. Yo creo que encontré respuestas.

El grupo me ayudó a frenar un poco mi vida, porque yo antes estaba a disposición de todos, como la Madre Teresa de Calcuta, que no me arrepiento de eso en lo más mínimo. Pero en el grupo aprendí que tiene que haber un equilibrio.

Tengo un sentimiento que he descubierto en el grupo que es la necesidad de proteger pero al mismo tiempo necesito protección. Lo aprendí y lo sigo aprendiendo, porque por ahí “ se me vuelan las champas” y me olvido.

El trabajo es lo aprendido en el grupo llevarlo a la vida cotidiana.

El grupo no se trata solamente de hablar de cáncer, sino de todo lo que hay en la vida cotidiana y poder manejarlo

En la terapia grupal vos descubriste cuáles son los puntos que han desencadenado el cáncer.

- **¿En qué te ayudó a vos particularmente el grupo?**

- El grupo me ayudó, porque antes era muy metida para adentro, porque sentía mucha vergüenza, si por ejemplo me decían de ir a cualquier lugar y yo decía que no, y no tenía nada que hacer a lo mejor, pero me daba mucha vergüenza y si iba me quedaba en un rinconcito y que nadie me vea. Y el grupo la verdad que me ayudó muchísimo en eso; me he abierto más. Ahora si me preguntan si quiero ir a algún lado voy y me divierto.

Yo he aprendido a vivir sin cáncer.

El grupo me ayudó a aceptar la enfermedad, con el tiempo sí, aceptar que sos humano, aceptar que sos una persona nueva, que tiene que luchar y convivir con esta enfermedad nueva en mi vida.

Hay muchas que se hacen las superadas, pero después te das cuenta que sos humano y que sólo no puedes.

Muchas veces dicen que el grupo no sirve, es porque te saca de adentro muchas cosas que a uno le cuesta y que no le gusta, porque cuesta revisar, es difícil ese trabajo, es difícil estar en el grupo y tener que hablar porque vas sacando todo de adentro.

- **Para finalizar, si tuvieras que describir con una palabra lo que aprendiste de esta experiencia grupal ¿cuál sería?**

- Yo aprendí a través del grupo PACIENCIA, a ser paciente conmigo misma y con los demás.

- **¿Te gustaría decir alguna otra cosa respecto a esto?**

- No, la verdad, ya he dicho todo lo que quería.

- Bueno, muchas gracias por tu buena predisposición!

ENTREVISTA 2

Nombre: Georgina

Antes de comenzar la entrevista se le explica a la entrevistada el fin de la misma, y ella manifiesta su acuerdo y predisposición para llevarla a cabo.

- **¿cómo fue tu reacción cuando te dieron el diagnóstico?**
- Fue terrible! Yo no sabía nada, tampoco me había palpado ninguna cosa extraña en el pecho, pero mi marido, sin querer se dio cuenta porque me tocó , entonces me avisó y ahí me di cuenta que algo raro tenía y me dijo: “mañana vamos y te haces un control” y así fue me hice los estudios y cuando fui a buscar los resultados la doctora me llamó aparte, y me dijo que tenía cáncer, que me tenía que operar, yo me imagino que esas noticias ellos las dan todos los días, pero yo me quería morir, sentí que el mundo se me venía encima, fue horrible. Llorábamos los dos, mi marido y yo, estábamos desesperados. Lo que pensé fue en mis hijos y mi marido, por supuesto, llegué ese día, era un sábado y me encerré en la habitación desde las 12:00 hasta las 19:00 y lloré sola. Pero después salí y me di cuenta que Dios me había regalado ese día y no lo tenía que desaprovechar asique le dije a mi familia que saliéramos y así fue. Recé muchísimo y empecé a averiguar a partir del lunes, por todos lados, con mi marido, a los mejores médicos para poder solucionar este tema. Hasta que encontré un buen doctor y empecé... me operaron enseguida y continué haciéndome controles y todo lo respectivo.
- **¿Cómo fue que llegaste al grupo?**

- Una doctora me lo recomendó y me dijo que me iba a servir mucho, porque yo no estaba muy bien, asique, bueno, fui.
- ¿En qué aspectos te sirvió el grupo?
- El grupo me hizo muy pero muy bien. En el grupo cada una exponía su enfermedad y mi primer día tenía que dar mi experiencia de la enfermedad y hasta ese día yo decía “yo tengo cáncer” y la doctora me dijo que la palabra “tengo” estaba prohibida, porque yo ya no tenía más cáncer, ya había sido operada. Todas las que estábamos allí, estábamos sanas, pero no curadas, porque no se sabía si podía volver la enfermedad a aparecer. De ese tipo de cosas eran las que yo me traía cada vez que iba al grupo.
- **¿En las reuniones grupales a qué apuntaban? Qué se hacía?**
- En el grupo todas escuchábamos lo que le pasaba a la otra y yo tomaba de ese relato lo que me servía y lo otro lo dejaba pasar. Aprendí mucho, y hacía una conclusión: cada cáncer es diferente, como cada persona es diferente. Yo siempre rescataba lo positivo, y si había algo negativo no lo rescataba. El grupo es muy importante, te inyecta cosas positivas y yo tuve la suerte de que me ayudó esta gente.
- **¿Qué te llevas del grupo?**
- En el grupo aprendía a valorarme más a mí misma, sentir que mi vida vale y que tengo que quererme a mí misma para poder querer a los demás. Todos los días no son color rosa, pero trato de estar bien, alguna vez me viene el bajón.
El grupo te enseña a cargar con la mochila de cada uno, y no cargar con las cosas ajenas y que todo lo que hago sea porque quiero y no por compromiso.
También a vivir verdaderamente y no anularme, como antes de la enfermedad.
- **¿En qué te ayudó particularmente el grupo?**
- El grupo enseña a no vivir de un pasado de fotos amarillas, ni de un futuro largo, hay que vivir el día a día, el hoy!
- **¿te gustaría decir algo más acerca de este tema?**

- No, la verdad, que ha sido un placer poder colaborar en tu tesis.
- **Bueno, muchas gracias por tu tiempo y tu predisposición!!**