Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
Facultad de Psicología
Secretaría

PUCE

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **SILVIA ESTEFANÍA BACA GALLEGOS,** con **CC. 172373188-9,** autora del trabajo de graduación intitulado: **"EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES POSTERIORES A LA MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMA". Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con profesionales de la salud de la ciudad de Quito en el periodo marzo del 2017-julio del 2018,** previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA,** en la Facultad de **Psicología.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2018

SILVIA ESTEFANÍA BACA GALLEGOS
CC. 172373188-9

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES POSTERIORES A LA MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMA.

Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica con profesionales de la salud de la ciudad de Quito en el periodo marzo del 2017-julio del 2018

SILVIA ESTEFANÍA BACA GALLEGOS

DIRECTORA: MTR. PAULINA BARAHONA CRUZ

QUITO, 2018

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, con la que siempre he contado en las buenas en las malas y en las peores,

A mi madre por enseñarme a no rendirme nunca, por seguir mis sueños, por todo su apoyo, su amor y sobre todo por su paciencia; a mi hermana que es lo mejor que pude pedir, mi mano derecha, mi confidente, que sé, que, aunque tengamos días malos siempre nos tendremos la una a la otra, a mi hermano que es lo mejor que me pudo dar la vida, eres el hombre más hermoso del mundo, espero que nadie dañe tu bondadoso corazón.

A mi hija que cada día me ha motivado a ser mejor, que me acompañó a lo largo de la carrera que se dormía junto a mi cuando me desvelaba leyendo o haciendo tareas. Y que a pesar de los malos momento con sus abrazos hacía que todo mejore. Te amo.

A mi pareja, con la que he crecido tanto, que me ha enseñado tantas cosas de mi misma y que ha vivido junto a mí una época de muchos cambios.

A mis amigas las que fueron y también a las que se quedaron, así como a mis amigos.

A todos los docentes que tuve que de una u otra manera supieron dar lo mejor de cada uno, y me enseñaron a amar y a agradecer la carrera que escogí.

A mi directora, Pauli, qué a pesar de estar a mil por hora, siempre se daba un tiempo para ayudarme, por la paciencia, por motivarme a acabar esto.

A todos los profesionales que me ayudaron a realizar esta investigación, por haberse dado un tiempo por ayudarme, y por compartir conmigo su experiencia.

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE TABLAS V
LISTA DE GRÁFICOS VI
RESUMEN VII
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I 3
PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO 3
1.1. DEFINICIÓN DE LA ELABORACIÓN DEL DUELO 3
1.2. MANIFESTACIONES DEL DUELO 6
1.3. DUELO POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 11
CAPÍTULO II 17
MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMA 17
2.1. EL CÁNCER DE MAMA EN EL ECUADOR 17
2.2. CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA 19
2.3. TRATAMIENTOS EN CÁNCER DE MAMA 23
2.3.1. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 26
2.3.2. QUIMIOTERAPIA 28
2.3.3. RADIOTERAPIA 30
2.4. MASTECTOMÍA 31
2.4.1. TIPOS DE MASTECTOMÍA 32
2.5. COMPLICACIONES ASOCIADAS AL CÁNCER DE MAMA 34
2.5.1. FÍSICAS 34
2.5.2. SOCIALES 36
2.5.3. PSICOLÓGICAS 37
2.6. DUELO ASOCIADO A LA MASTECTOMÍA 39
CAPÍTULO III 43
RELACIÓN ENTRE LA ELABORACIÓN DEL DUELO Y LAS COMPLICACIONES POSTERIORES A LAS MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMA 43
3.1. METODOLOGÍA 43
3.2. POBLACIÓN 47
3.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS 49
3.3.1 ¿Cuál ha sido la reacción de la paciente frente a la decisión de realizarle una mastectomía? 49
3.3.2. ¿Las pacientes han presentado en un primer momento posterior a la mastectomía algún cambio sustancial, ya sea anímicamente, o físicamente?

Describa como se encontraban las pacientes atendidas por usted luego de la mastectomía. 51
3.3.3. ¿Las pacientes han dejado de comer, dormir, o realizar actividades a raíz de la intervención quirúrgica? 53
3.3.4. ¿Las pacientes volvieron a realizar actividades rutinarias? 54
3.3.5. ¿Tenían interés por sus actividades o su familia? ¿Mostraban interés por sus actividades laborales? 55
3.3.6. ¿Las pacientes hablaron sobre su vida en un futuro? 56
3.3.7. En promedio ¿Cuántas pacientes con cáncer de mama ha atendido? 57
3.3.8. ¿Qué rango de edad de mujeres que se han sometido a una mastectomía es el que más complicaciones ha tenido? 58
3.3.9. ¿Cuáles son las complicaciones físicas y psicológicas más comunes que ha observado? 59
3.3.10. ¿Cómo han limitado las complicaciones la vida de las pacientes? 60
3.3.11. En su opinión, ¿existe alguna relación entre la dificultad de aceptar la mastectomía y las complicaciones vividas? 61
3.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS 63
CONCLUSIONES 65
RECOMENDACIONES 68
BIBLIOGRAFÍA 69
ANEXOS 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO 2
TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS 6

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. MANIFESTACIONES DEL DUELO Y MANIFESTACIONES DE LA MELANCOLÍA..... 10
Tabla 2. MAMA FEMENINA. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS. 18
Tabla 3. MEDICAMENTOS EN QUIMIOTERAPIA..... 29
Tabla 4. MEDICAMENTOS PARA CÁNCER DE SENO EN ETAPA AVANZADA..... 29
Tabla 5. VARIABLES E INDICADORES..... 43
Tabla 6. PREGUNTAS CORRESPONDIENTES A CADA INDICADOR 45
Tabla 7. CLAVE DE COLOR DEL RESALTADO..... 46
Tabla 8. PROFESIONALES DE LA SALUD ENTREVISTADAS..... 47
Tabla 9. CLAVE DE ORDEN DE RESPUESTAS SEGÚN LA PROFESIONAL 48

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. ESTRUCTURA INTERNA MAMA FEMENINA. 19
Gráfico 2. TEJIDO MAMARIO NORMAL 20
Gráfico 3. MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA 33

RESUMEN

El siguiente trabajo abordará la temática de la relación entre la elaboración del duelo y de qué manera se relaciona a la aparición de complicaciones posteriores a la intervención quirúrgica llamada mastectomía que se realiza en mujeres que presentan cáncer de seno.

El objetivo bajo el cual se realiza el estudio es analizar la relación entre la elaboración del duelo y la presencia de complicaciones posteriores a la mastectomía por cáncer de mama.

El estudio fue llevado a cabo con la colaboración de cinco profesionales de la salud, con más de siete años de experiencia, en el trabajo con pacientes oncológicos, de distintas casas de salud de la ciudad de Quito. Donde se pudo identificar que el duelo más importante que deben elaborar las mujeres es frente al diagnóstico de cáncer de seno, debido a los estándares sociales de belleza que promueven que las mujeres bellas son aquellas completas y que al ser la mastectomía una pieza clave en los protocolos médicos se ve alterada la imagen corporal de las mujeres.

INTRODUCCIÓN

Las pérdidas de seres cercanos, así como, el diagnóstico de enfermedades, genera angustia a los sujetos, la pérdida aparece y obliga de una u otra manera que se realice un duelo es por ello que es importante trabajar respetando los tiempos que cada persona, y considerando que no todas las pérdidas son de igual magnitud para todos. Además, la construcción social que se nos presenta nos enseña que los seres humanos son completos y con determinadas características de belleza. Es por ello, que al presentar un diagnóstico de cáncer de mama los imaginarios, las aspiraciones y roles afectan de manera importante a la población femenina.

Según SOLCA el cáncer de mama es uno de los cinco que afecta de manera considerable a las mujeres en la ciudad de Quito. Y es el tercero en incidencia, el cáncer de seno, se presenta en mujeres adultas entre los 46 años a 66 años, donde las mujeres se encuentran en una etapa productiva donde se juegan distintos roles, tales como madres, esposas, trabajadoras, abuelas, etc.

El objetivo del estudio es analizar la relación entre la elaboración del duelo y la presencia de complicaciones posteriores a la mastectomía por cáncer de mama. De tal manera que se identifique si las mujeres que realizan un duelo adecuado presentan menores complicaciones tanto física como psicológicamente.

De esta manera la presente investigación, se dividirá en tres capítulos de tal forma que se sistematice la teoría sobre la elaboración del duelo identificando las manifestaciones que se presenten desde la teoría psicoanalítica, y se perciba la relación entre lo somático y lo psíquico.

Así como también, describir el procedimiento quirúrgico de la mastectomía, y de diferentes intervenciones médicas que se realizan para contrarrestar al cáncer de mama. Se identificarán las complicaciones que se presentan frente a los distintos tipos de tratamiento.

Finalmente se realizaron entrevistas a cinco profesionales de la salud con la finalidad de corroborar la relación existente entre la elaboración del duelo y la presencia de complicaciones una vez que se haya realizado la intervención quirúrgica denominada mastectomía. De esta manera las conclusiones a las que se llegaron fueron que las mujeres deben atravesar un sin número de duelos, el que más conflicto genera es el diagnóstico en sí. También se pudo identificar que la mayoría de mujeres que padecen

cáncer de mama están en etapas jóvenes adultas de su vida, donde tienen cargas sociales altas, como trabajadoras, parejas, madres, abuelas, y al recibir el diagnóstico deben buscar la manera de resignificar distintos aspectos, como aspiraciones, sueños, y demás. En cuanto a complicaciones se identificaron algunas que se presentan como efectos secundarios no deseados del uso de medicamentos, así como, linfedema en el caso de la mastectomía.

CAPÍTULO I

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO

En el presente capítulo se revisará como se da el proceso de elaboración del duelo, y se planteará de qué manera la elaboración del mismo influye en el sujeto afectado por una pérdida. Se tomará para este propósito conceptos que se propusieron por S. Freudtambién se utilizarán definiciones de diccionarios psicoanalíticos como Laplanche y Pontalis.

1.1. DEFINICIÓN DE LA ELABORACIÓN DEL DUELO

La elaboración del duelo según Freud en *Duelo y melancolía (1917)* es definido como el proceso que realiza el sujeto para desprenderse progresivamente del objeto de fijación sobre el cuál se haya depositado la libido; Freud propone que el duelo es un denominado afecto normal. Y lo define así:

> 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. A raíz de idénticas influencias, en muchas personas se observa, en lugar de duelo, melancolía (y por eso sospechamos en ellas una disposición enfermiza)(Freud, 1917/2014, p. 242).

El duelo por lo tanto es una posición afectiva, que es totalmente natural frente a una pérdida, en este proceso la persona tendrá ciertos comportamientos que sobresaltarán, más al pasar cierto tiempo, la energía psíquica que se encontraba depositada en el objeto volverá o se reubicará en otro y de ésta manera se superará este estado de elaboración del duelo.

Es por ello que, en primer lugar, es importante entender las diferentes maneras mediante las cuales aparece el duelo a lo largo de la obra freudiana. El término *Arbeiten* significa trabajo es por ello que "*Trauerarbeít* (trabajo del duelo), *Durcharbeiten* (trabajo elaborativo), y en diferentes términos como Verarbeitung, *Bearbeitung*, *Ausarbeitung, Aufarbeitung*, traducidos por elaboración"(Laplanche &

Pontalis, 2004, p. 106), serán términos que se podrán presentar como trabajo de duelo o elaboración.

Freud ha ido desarrollando el concepto del duelo a lo largo de los años dentro de su obra por tanto se lo revisará desde sus inicios, Freud propone en primera instancia en su texto *Introducción al narcisismo (1914)* una serie de conceptos de gran importancia dado que posteriormente permitirá dar cuenta del fenómeno de la elaboración o trabajo de duelo. En esta obra se propone que el narcisismo es un momento intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto. Es decir, es imprescindible que haya un estado de autoerotismo, pero debe ir evolucionando hasta llegar a colocar esa energía libidinal sobre un objeto externo. Aquí se diferencia "las energías psíquicas, que al comienzo están juntas en el estado del narcisismo y son indiscernibles para nuestro análisis grueso, y sólo con la investidura de objeto se vuelve posible diferenciar una energía sexual, la libido, de una energía de las pulsiones yoicas"(Freud, 1914/2014, p. 74).

Es decir, el sujeto una vez que ha podido separar su energía podrá envolver libidinalmente a un objeto, de tal forma que éste sea catectizado o impregnado de energía libidinal o externa. Posteriormente, Freud habla propiamente del duelo en su obra *Duelo y melancolía (1917),* en la cual se menciona que cuando el objeto que estaba investido libidinalmente se pierde o muere la persona tiene dos opciones; una de ellas es seguir el destino del objeto, es decir perderse completamente, o trasformar esa energía libidinal externa en energía pulsional del yo. De tal forma que "cada uno de los recuerdos, cada una de las esperanzas mediante las cuales la libido se hallaba ligada al objeto, son presentificadas, sobre-catectizadas, y sobre cada una de ellas se realiza el desprendimiento de la libido"(Laplanche & Pontalis, 2004, p. 436).

Para entender de mejor manera la investidura libidinal, Freud en su texto *Pulsiones y destinos de pulsión (1915)* plantea que, la pulsión delimita lo somático y lo psíquico. Si bien Freud propone que existe una pulsión y un agente representante de la pulsión, no es un concepto delimitado claramente, más la pulsión no podrá ser presentada de manera consiente; es decir:

> Una pulsión nunca puede pasar a ser objeto de la conciencia; sólo puede serlo la representación que es su representante. Ahora bien, tampoco en el interior de lo inconsciente puede estar representada si no es por la representación. [...] Entonces, cada vez que pese a eso hablamos de una moción pulsional inconsciente o de una moción pulsional reprimida, no [...]

> podemos aludir sino a una moción pulsional cuya agencia representante-representación es inconsciente(Freud, 1915/2014, p. 173).

Así pues, solo se puede dar cuenta de la existencia de las pulsiones por los estados afectivos que están relacionados a ésta. Además, la pulsión es un estímulo interior y constante que da cuenta de un mundo exterior e interior. Y siempre prima el principio de placer, por lo tanto, existen "algunos términos que se usan en conexión con el concepto de pulsión, y son: esfuerzo, meta, objeto, fuente de la pulsión"(Freud, 1915/2014, p. 117); La pulsión es energía constante cuya meta es satisfacerse, ya sea con un objeto externo que será investido libidinalmente o con un objeto que sea parte del cuerpo propio, y de alguna manera esta pulsión se encuentra anclada en lo somático. Es importante recalcar la pulsión y su modo de funcionamiento debido a que, en el trabajo de duelo, el objeto que estaba investido deja de existir bajo lo cual la energía que estaba allí depositada debe re direccionarse, ya sea hacia otro objeto que le permita satisfacer la meta total o parcialmente, o regresar al yo.

Es importante resaltar y ubicar el concepto de catexis para de esta manera poder dilucidar posteriormente lo que pasa en el proceso de elaboración del duelo. Por lo tanto, la catexis hace referencia al monto de afecto, a la energía depositada sobre un objeto externo o interno;

> …la energía de catexis es la energía pulsional que proviene de fuentes internas, ejerce un empuje constante e impone al aparato psíquico la tarea de transformarla. Así, una expresión como «catexis libidinal» significa: catexis por la energía de las pulsiones sexuales. En la segunda teoría del aparato psíquico, el ello, polo pulsional de la personalidad, se convierte en el origen de todas las catexis. Las otras instancias toman su energía de esta fuente primaria(Laplanche & Pontalis, 2004, p. 75).

Por esto, cuando se pierde el objeto catectizado la energía debe redirigirse, y es por ello que se percibirá el mundo empobrecido, de alguna manera, la persona que atraviesa el duelo entrelaza la energía que es depositada en el objeto con la energía libidinal del yo.

> Así, en un estado como el de duelo, el manifiesto empobrecimiento de la vida de relación del sujeto halla su explicación en una sobrecatexis del objeto perdido, como si se estableciera un verdadero equilibrio energético entre las diferentes catexis de los objetos exteriores o fantaseados, del propio cuerpo, del yo, etc.(Laplanche & Pontalis, 2004, p. 53).

Por otra parte, al definir el trabajo del duelo también es trascendental definir el concepto de la melancolía. En la melancolía, se juega mucho más el hecho de las identificaciones que se haya hecho con el objeto que se dan desde la identificación más temprana que para Freud “es una identificación directa e inmediata {no mediada}, y más temprana que cualquier investidura de objeto.”(Freud, 1923/2014, p. 33).

Esta identificación que se da en la melancolía está relacionada con la fase oral o canibálica, si se quiere, donde en un intento por internalizar a este padre autoritario se lo devora físicamente. De tal manera, entendemos entonces que durante el duelo la persona redirige la energía depositada en el objeto, mientras que en la melancolía el sujeto se identifica con el objeto perdido y la energía que estaba depositada en el mismo se vuelca de forma negativa hacia el propio sujeto.

En el siguiente acápite se expondrán las manifestaciones del duelo y de la melancolía para de esta manera determinar los puntos de interjección que posee, así como también las disyunciones y particularidades de cada uno.

1.2. MANIFESTACIONES DEL DUELO

En este apartado se expondrán las manifestaciones del duelo y se las diferenciará con la melancolía. En primer lugar, es importante resaltar el hecho de que según Freud (1917) el duelo es un afecto normal, que posee ciertas desviaciones de la conducta que se dan en resultado de una perdida, es un estado momentáneo que no necesita de ningún intervención médica, psicológica ni farmacológica, para su superación y alterarlo es innecesario y hasta dañino e inoportuno.

En el duelo está claro que el objeto amado ya no existe más, es por ello que la energía libidinal que estaba invistiendo al objeto debe retirarse y encontrar otro objeto donde depositarse. Y aun cuando la persona haya encontrado un reemplazo para depositar la libido, existe “una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aun cuando su sustituto ya asoma.”(Freud, 1917/2014, p. 242).

El objeto que estaba investido libidinalmente en la realidad efectiva ha desaparecido, sin embargo, en la realidad psíquica continúa existiendo. A pesar de que la libido planea constantemente estar sobre el principio de placer, al tratarse del duelo se presenta un displacer doliente, que en un principio tiene al yo comprometido

más una vez, que el duelo cumple su función y su ciclo el yo está en condiciones de investir libidinalmente a otros objetos. “Y lo notable es que nos parece natural este displacer doliente. Pero de hecho, una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido.”(Freud, 1917/2014, p. 243). Dentro de las manifestaciones del duelo y de la melancolía se encuentra que poseen características similares referentes a la pérdida del objeto amado, sin embargo, durante la melancolía hay una perturbación en el sentimiento de sí.

En lo que se refiere a la melancolía se puede entender que se da en relación a una pérdida del objeto amado, pero al parecer esta pérdida es de naturaleza más ideal. Esto quiere decir que el objeto no necesariamente está muerto, si no que dejó de ser un objeto de amor. De alguna manera por más que no se haya dado una pérdida real la persona no logra identificar qué fue lo que se perdió con ésta.

> En el duelo hallamos que inhibición y falta de interés se esclarecían totalmente por el trabajo del duelo que absorbía al yo. En la melancolía la pérdida desconocida tendrá por consecuencia un trabajo interior semejante y será la responsable de la inhibición que le es característica(Freud, 1917/2014, p. 243).

Se encuentra que en el duelo no existe un empobrecimiento del yo, que en la melancolía se hace evidente, durante el proceso de elaboración del duelo se encuentra que el mundo exterior se ha convertido en un lugar pobre y vació y es debido a que el objeto de amor sobre la cual estaba depositada toda la energía libidinal ha desaparecido del mismo, sin embargo, en la melancolía, el yo tiene una identificación con el objeto de amor perdido y es aquí donde él mismo se transforma en un lugar pobre y vacío.

> Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado (Freud, 1917/2014, p. 246).

El yo entonces se encuentra en oposición a lo que contrariamente está direccionado, quiere decir que, al contrario de aferrarse a la vida por una pulsión de vida, se percibe a él mismo como despreciable, indigno; el yo se toma entonces como objeto sobre el cuál deposita todas las características de agresividad y reproches que no se encuentran en el objeto amado. Es decir, se da una escisión del yo.

Es evidente que en el proceso de elaboración del duelo se muestra una pérdida del interés en el mundo exterior, por lo que, que el objeto de amor sobre el cual estaba depositada la energía libidinal es un objeto externo que, al no existir más, hace que el mundo en el que se encontraba no se perciba para el sujeto de la misma manera. “Fácilmente se comprende que esta, inhibición y este angostamiento del yo expresan una entrega incondicional al duelo que nada deja para otros propósitos y otros intereses”(Freud, 1917/2014, p. 242). Por otro lado, en la melancolía se da una cancelación del interés por el mundo exterior, por lo que, el sujeto niega la existencia de un afuera, es aquí, donde se permite comprender mejor el hecho de que en la melancolía en sí el objeto, no ha desaparecido si no los afectos que estaban direccionados hacia éste.

Existe un punto de interjección entre el duelo y la melancolía, en ambos estados anímicos se pierde por completo la capacidad de amar, sin embargo, es importante recalcar que para un yo que se encuentrecon un adecuado mecanismo de sublimación le será más fácil encontrar un reemplazo a este objeto de amor y una vez que lo encuentre y la energía libidinal esté retirada completamente de éste, se podrá investir libidinalmente al sustituto. Mas, en la melancolía la capacidad de amar se pierde y aunque haya un reemplazo el sujeto no es capaz de percibirlo. Debido a que en la melancolía el objeto perdido se queda en lo psíquico y es él mismo el que se identifica con la pérdida.

> No juzga que le ha sobrevenido una alteración, sino que extiende su autocrítica al pasado; asevera que nunca fue mejor. El cuadro de este delirio de insignificancia —predominantemente moral— se completa con el insomnio, la repulsa del alimento y un desfallecimiento, en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida(Freud, 1917/2014, p. 244).

Lo que da cuenta de que el melancólico pierde totalmente el interés de realizar acciones que le permitan sentirse productivo, debido a que anímicamente se encuentra anulado de sus funciones vitales como comer o dormir; además su pulsión de vida se encuentra totalmente inhibida. La diferencia más grande se da al momento de observar el estado del yo. En el trabajo de elaboración del duelo el yo, entiende que el objeto de amor no existe en realidad y debe desligarse de todos los vínculos que le ataban al mismo de forma libidinal. Por otra parte, cuando se trata de la melancolía el yo tiene una identificación con el objeto, y de alguna manera describe su situación anímica.

> En el melancólico podría casi destacarse el rasgo opuesto, el de una acuciante franqueza que se complace en el desnudamiento de sí mismo. Lo esencial no es, entonces, que el melancólico tenga razón en su penosa rebaja de sí mismo, hasta donde esa crítica coincide con el juicio "de los otros. Más bien importa que esté describiendo correctamente su situación psicológica(Freud, 1917/2014, p. 245).

De tal forma que, el sujeto que elabora su duelo podrá desligarse totalmente del objeto de amor sobre el cual depositó la energía, mientras que, el melancólico tendrá un objeto de amor que al no poder investir libidinalmente retorna hacia el yo mismo, lo que da cuenta de una identificación narcisista dado que “la identificación narcisista es la más originaria”(Freud, 1917/2014, p. 248). Y se hace evidente que “la melancolía toma prestados una parte de sus caracteres al duelo, y la otra parte a la regresión desde la elección narcisista de objeto hasta el narcisismo”(Freud, 1917/2014, p. 248). Es evidente que se da una identificación y posteriormente, se da una regresión hacia los estados narcisistas, respecto a esto Freud establece que: debido a la identificación con el objeto que la hostilidad que debería estar dirigida hacia el objeto de amor perdido, se vuelca hacia el yo por lo que se denigra y se destruye.

Si bien la elaboración del duelo y la melancolía comparten muchos estados hasta que el duelo sea resuelto, resalta la postura que asume el yo cuando cae en un estado melancólico, se siente tan indigno que pretende liberar todo ese sufrimiento por medio de mecanismos inusuales donde se evidencia la pulsión de muerte que va en contra de la naturaleza del ser humano.

Finalmente se expondrá en un cuadro comparativo las manifestaciones que poseen tanto el duelo como la melancolía:

Tabla 1. MANIFESTACIONES DEL DUELO Y MANIFESTACIONES DE LA MELANCOLÍA

MANIFESTACIONES DEL DUELO	MANIFESTACIONES DE LA MELANCOLÍA
Pérdida del interés en el mundo exterior específicamente en todo lo que recuerde al muerto.	Se da una cancelación del interés por el mundo exterior.
Pérdida en la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor.	Pérdida en la capacidad de amar.
Extrañamiento de trabajo productivo que tenga que ver con el muerto.	Inhibición de toda productividad.
	Rebaja del sentimiento de sí que cae en autorreproches y autodenigraciones.
	Delirante expectativa de castigo, sentimiento de culpabilidad inconsciente

(Elaborado por Estefanía Baca: 2017)

En conclusión, se entiende que el duelo es un proceso normal ante una pérdida, que puede estar relacionada con el objeto de amor, o un ideal. En este proceso de pérdida el sujeto o ideal sobre el cual se haya depositado energía libidinal, se pierde y es allí donde al elaborar el duelo se presentarán ciertos comportamientos que una vez que la energía que investía al objeto sea reubicada o que retorne al yo, cesarán. Algunas de las manifestaciones que se presentan en el duelo son las siguientes: pérdida del interés en el mundo exterior específicamente en todo lo que recuerde al muerto. Pérdida en la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor, extrañamiento de trabajo productivo que tenga que ver con el muerto. De esta manera identificamos que al elaborar el duelo se da sobre lo que se ha perdido y no como en la melancolía que se dan auto-reproches que se vuelcan hacia el yo.

El siguiente acápite tiene como finalidad exponer que es lo que ocurre cuando un sujeto es sometido a una intervención quirúrgica la cual implique de alguna manera retirar o extirpar una parte de su cuerpo.

1.3. DUELO POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

El presente acápite pretende explicar de qué manera una intervención a nivel del cuerpo produce en el sujeto un sentimiento de pérdida que ocasiona un nuevo procesamiento de su imagen corporal, debido a que no todos los órganos tienen la misma significación para cada persona.

Si bien en la vida de un sin número de seres humanos existen sucesos en los cuales se hace necesaria y vital una intervención quirúrgica, es importante recalcar que toda intervención quirúrgica implica que el sujeto que es sometido a la misma realice un duelo respecto de aquello que ha perdido. No todas las intervenciones quirúrgicas implican una mutilación o extracción de algún órgano; es por ello que, depende mucho de la historia vital, psicológica o cultural de cada paciente para que la parte que pierde tenga una representación simbólica, por lo tanto, no tendrá el mismo impacto una mastectomía que una apendicetomía.

Perder una parte del cuerpo cualquiera que esta sea interna o externa, tiene en el sujeto un impacto psíquico; esta pérdida tiene mayor impacto cuando la parte que se pierde define a la persona. Perder una parte del cuerpo ya sea accidentalmente o poruna intervención quirúrgica implica un aprender a vivir sin esa parte del cuerpo. Si la parte perdida es un brazo o una pierna la persona tiene que físicamente resolver su equilibrio y su movilidad, así como psíquicamente tiene que apropiarse de esta nueva imagen de sí mismo.

Es importante tomar en cuenta que los procesos de pérdidas corporales tendrán un impacto distinto dependiendo del momento de desarrollo en el que se encuentre la persona. De esta manera no será lo mismo perder un seno en la adolescencia o edad adulta joven que perderlo en la vejez. Y esto está relacionado a todas las relaciones sociales (pareja, madre, hija y abuela) y actividades que se realizan en las distintas etapas de la vida.

> En la actualidad el ser humano le da una valoración muy importante al cuerpo, los estándares estéticos, sociales y psicológicos establecen la necesidad de que los cuerpos de las personas estén integrados plenamente. Y la pérdida de una parte de él supone la pérdida de funcionalidad dentro del medio social, pérdida estética y de oportunidades educativas y laborales ya que casi todo está diseñado para el ser humano completo(González Reza, 2017).

Tener que asumir un nuevo esquema corporal puede generar mucha angustia, a esto se le debe sumar el hecho de que se pierde autonomía e identidad. Es importante saber que si bien el sujeto debe elaborar un duelo respecto de su parte perdida; las personas que se encuentren a su alrededor deben comprender las limitaciones del paciente. Es aquí donde el órgano que se ha perdido toma especial importancia, debido a que si a una mujer se les extrae una mama a sus 24 años tendrá un impacto en todos los ámbitos mucho mayor ya que las relaciones sociales que maneja, las actividades que realiza y la etapa del desarrollo en la que se encuentra demandan de ella una determinada figura corporal y es aquí donde también es importante tomar en cuenta la sexualidad.

Cada órgano tiene una significación diferente para cada persona, y en determinadas etapas perder ciertos órganos del cuerpo marcará de forma significativa al paciente. Si a una persona se le extirpa un riñón no tendrá igual impacto que se le extirpe la mama; que si bien son órganos totalmente opuestos en cuanto a ubicación (uno es interno y el otro es externo), no dejará la misma huella debido a las construcciones simbólicas que están en juego. Si a una mujer se le extrae el útero a una edad muy temprana, dentro de su psiquismo habrá un sin número de identificaciones, sueños, fantasías e imaginarios con los que tendrá que vérselas para re elaborar la percepción que tenía de sí misma en los diferentes roles que se ubique como mujer, madre, esposa, etc.

Perder órganos que sean símbolos de feminidad conlleva a problemáticas de todas las índoles, tanto de tipo social-familiar, así como también de pareja e individual. En primer lugar, la mujer-paciente que se ha sometido a procesos quirúrgicos tanto de retiro de mamas como de cérvix, tiene un decrecimiento en su autoimagen y autoestima, por lo que la misma considera que no puede ejercer una sexualidad normal. Sin embargo, en Silberberg y Ludera en el año de 1986 proponen que “la histerectomía, la ooforectomía y la mastectomía no impiden por sí mismas la actividad sexual de la mujer”(Silberberg E, 1998, pág. 649). Lo que da cuenta de que las pérdidas corporales de órganos con simbologías altamente representativas implican un trabajo de procesamiento mucho más complejo en relación a la pérdida. Si bien no limitan la sexualidad como tal; es el hecho de cómo esta mujer se posiciona sobre esta pérdida; de qué forma los ideales, sueños, fantasías e identificaciones permitirán que realice la elaboración de un duelo o la estancarán provocando sufrimiento y efectos secundarios que no dejarán que viva su sexualidad.

Es importante, notar que el momento en cuál sucedan las enfermedades y los procesos quirúrgicos que se realicen no afectan de la misma manera a las mujeres, ni a los hombres; dado que en pacientes como niños con enfermedades catastróficas o con amputaciones se configura su esquema corporal de distinta manera, a los adolescentes y adultos jóvenes; y estos son totalmente diferentes a los imaginarios que se suscitan cuando las personas llegan a la vejez. No es lo mismo que una adolescente pierda su útero que lo pierda una mujer joven a que lo pierda una persona en la vejez, esto debido a todas las experiencias de vida que han pasado. La mujer a la cual se le extrae un útero en la vejez puede que no tenga un número importante de complicaciones debido a que, en esta etapa de su vida, tener hijos ya no es parte dentro del imaginario social ni del suyo propio.

A diferencia de una mujer joven, la cual puede haberlo estado esperando con muchas ansias, y tendrá que vérselas con la imposibilidad de procrear y esto tiene efectos psíquicos mayores. Si deseaba tener hijos, tendrá que re ajustar su imaginario de que no podrá ser madre, y de que socialmente no podrá seguir los estándares que se han propuesto.

Es decir, que la mujer que ha sido intervenida quirúrgicamente y a la que se le ha extraído una parte importante que define su identidad tendrá que elaborar un proceso de duelo, el cuál le permita de manera gradual resolverlo aceptar que la parte pérdida no estará más y redirigir toda la energía pulsional que tenía aquel órgano hacia diferentes actividades o en su defecto a diversos órganos con la finalidad de que supere las etapas del duelo y pueda re ubicarse y re significar lo que para ésta persona significa el ser mujer. En primera instancia la persona tendrá que aislarse temporalmente de sus actividades para poder comenzar a elaborar su duelo, que si bien es hacia un órgano; implica también un duelo hacia la imagen que tenía de sí misma, y en donde están presentes las identificaciones primarias que posee.

En segundo lugar, la mujer tendrá que entender que si bien el órgano que ha perdido puede “recuperarse” por medio de intervenciones quirúrgicas, la esencia de éste no estará más, es aquí donde el proceso de duelo va tomando sentido, dado que una mujer que se ha acostumbrado a verse a sí misma sin una parte que la definía como mujer; tendrá menores complicaciones en cuanto a la recuperación después de la amputación del órgano; con lo que su esquema corporal acepte con menores complicaciones un reemplazo o una prótesis mamaria, por otro lado, la mujer que se rehúse y se estanque en esta etapa de auto-reproche y auto-denigración tendrá un proceso de recuperación mucho más complejo, cargado de culpa que no le permitirá

en el caso de colocar una prótesis mamaria que su cuerpo lo acepte; debido a que la energía que estaba colocada hacia ese objeto se redirige hacia la persona pero de una manera negativa, que afecta de manera considerable al estado de salud de la persona.

Además, es importante recordar que:

> El cáncer es una experiencia evidentemente muy estresante. Cuando el paciente se enfrenta a este diagnóstico tan cargado de significaciones negativas, su estabilidad psicológica sufre una importante conmoción. Súbitamente surgen expectativas y fantasías asociadas con la muerte, el dolor, la anulación del proyecto vital, el miedo a la situación de abandono en que pueden quedar los seres queridos, etc.(Antón Torres , Calderero Aragón , & Puertólas Hernández, 2017, p. 50).

Las personas que han sido intervenidas quirúrgicamente deben realizar un duelo frente a diversas habilidades que poseían y que ahora han perdido, así como también, buscar una re-identificación con sus propios miedos y sueños para que, de esta manera, el duelo pueda ser elaborado.

> Algunos estudios concluyen que las personas en duelo tienen una morbimortalidad superior a la de la población global. El duelo puede aumentar el riesgo de enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares y de suicidio. Así mismo, un mal control de síntomas empeora la situación de duelo patológico, produciéndose de esta forma entre ambas una relación de retroalimentación positiva(Antón Torres , Calderero Aragón , & Puertólas Hernández, 2017, p. 49).

Diferentes estudios han demostrado que la esperanza de vida en personas que han recibido un diagnóstico errado ha sido mayor que aquellas que han sido diagnosticadas con enfermedades catastróficas como diabetes, cáncer y sida. Lo que refleja claramente que el psiquismo humano tiene un impacto extraordinario, que resulta clave al momento de elaborar duelo y de superar enfermedades. Remover órganos que son hitos femeninos o masculinos o parte importante de la configuración del psiquismo y del esquema corporal tiene un peso realmente abrumador, que determina de qué forma el superarlo permite o no mejorar la calidad de vida.

Un estudio en el contexto chileno (2003/2004) en el cual se trabajó con mujeres a las cuales se les practicó una histerectomía permitió determinar ciertas temáticas que aparecen al retirar una parte que prácticamente define a una mujer como lo es el útero. En primer lugar, se presentó un sentimiento de pérdida más allá del hecho de

una extracción real del órgano aparece en ellas una pérdida de “la esencia femenina, lo que conlleva a una sensación de quedar vacía o que algo se muere, al perder la posibilidad de ser madre, de menstruar y en ocasiones la pareja”(Urrutia & Riquelme, 2009).

Las pacientes manifestaron sentirse “menos mujer” o haber perdido un parte que las definía como tales y que juega a la larga un número de funciones tan amplio desde la sexualidad pasando por la maternidad y es evidente que se observa las identificaciones primarias hacia la madre que al no poseer esta parte que las reflejaba como tales, provoca un desajuste y una re-identificación. Además de otros imaginarios como la pérdida de la pareja debido a que se sienten menos mujer; algo curioso es la pérdida de la menstruación que se toma de manera un tanto positiva. Lo que demuestra que cada psique está impregnada de imaginarios sociales. Otro tema que se resalta es la tristeza y el dolor, que además de ser físico es también psíquico. Las mujeres expresaron que no podrían verse igual lo que da cuenta de que si bien este es un órgano interno que no se percibe todo el tiempo; tiene que ajustar su imagen corporal, así como también simbólica.

> Es interesante señalar que la pérdida que la mujer vive, y por lo tanto los sentimientos que ella refiere en relación a la extracción del útero, están asociados al rol que desarrolla en la sociedad, y por ende a las expectativas que se tienen de ellas en relación a tener hijos, ser madre y ser esposa. El rol que la mujer desempeña en la sociedad fue de alguna manera descrito al momento de hablar del temor a perder la pareja y de la posibilidad de ser madre (Urrutia & Riquelme, 2009).

De tal manera, es importante considerar que el ser humano al encontrarse en un entorno social, tendrá muchos temores e imaginarios que vendrán dados por parte de la sociedad. Así como los roles bajo los cuales se desempeñará.

Es por ello, que, si bien se realizan intervenciones quirúrgicas en diferentes órganos ya sean internos o externos, estos al no poseer la misma carga psíquica ni las identificaciones se verán afectados en base a la importancia que el paciente mismo les ha atribuido ya sea por identificaciones y por las exigencias a nivel de sociedad y pareja.

> Lo interno y lo externo van indisolublemente unidos, de la misma forma que lo físico y lo psíquico no son dos entidades separadas. De esta forma, aunque está demostrado que el mayor impacto psíquico se produce ante la necesidad de someterse a una mastectomía (por lo que supone a efectos de

> autoimagen, además de que, casi siempre, ésta obedece a la presencia de carcinomas), la extirpación del elemento interno también supone un fuerte golpe a la autoimagen, autoestima y autovaloración de la mujer como tal. Si ésta no dice abiertamente que está histerectomizada nadie lo sabe, no es algo externo, evidente ni deformante. Pero ella sabe, siente, vive una carencia, un vacío que le hace replantearse cuestiones y que hace que surjan fantasmas más o menos basados en lo real, pero no por ello menos atemorizantes(Fernández Guerrero, 2009).

Para concluir, se hace evidente que existen ciertos factores que, en primer lugar, tendrán un impacto mayor o menor dentro de la persona además se valorarán distintos factores como la etapa evolutiva en la que se encuentre, así como también los imaginarios sociales y las identificaciones que la persona haya elaborado a lo largo de su vida. Otro factor importante para tomar en consideración es el órgano en el cual se practicará la intervención quirúrgica, debido a que no todos los órganos tienen la misma representación ni identificación. Independientemente de que este órgano sea externo o interno lo más importante es la carga tanto simbólica como imaginaria que esté en juego sobre el mismo. Finalmente, un factor importante a tomar en cuenta es si el paciente al cual se realiza la intervención quirúrgica es hombre o mujer; esto debido a los imaginarios sociales y culturales que se ponen en juego debido a los distintos roles que son otorgados por la misma sociedad.

CAPÍTULO II

MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMA

En el presente capítulo se pretende exponer las intervenciones que se realiza a mujeres que presentan un diagnóstico de cáncer de mama. Así como también que tan frecuente es la aparición de este cáncer en el mundo y en el contexto ecuatoriano. Se tomarán datos y estadísticas de la OMS, de INEC y SOLCA, así como también de libros médicos. Con los cuales se podrá explicar de mejor manera las diferentes intervenciones de mastectomía que existen.

2.1. EL CÁNCER DE MAMA EN EL ECUADOR

El presente acápite pretende exponer la epidemiología del cáncer de mama en mujeres en el Ecuador.

Según la OMS (2016),

> El cáncer es la segunda causa principal de muerte en la región de las Américas, donde se estima que 2,8 millones de personas son diagnosticadas cada año y 1,3 millones mueren por cáncer cada año. Aproximadamente el 52% de los nuevos casos de cáncer y el 35% de las muertes por esta enfermedad ocurren en personas de 65 o menos años de edad, que están en el mejor momento de sus vidas. Si no se toma ninguna medida para prevenir y controlar el cáncer, se prevé que para el año 2025 los nuevos casos de cáncer aumentarán a más de 4 millones y las muertes a 1,9 millones(OMS, 2016).

La incidencia en Ecuador durante los años 2003, 2004 y 2005 fue de 9.91%/100% lo que es un porcentaje bastante alto y se presume que para los años siguientes su incidencia aumentará en un 70% en todos los lugares del mundo. La OMS (2016) expone que en el mundo la incidencia de cáncer es tan alta que es la segunda causa de muerte a nivel mundial. En lo referente al cáncer de mama en mujeres para el año 2015 ha afectado a 571000 mujeres convirtiéndose en la quinta causa de muerte a nivel mundial. Afecta al 52.1% de la población en América Latina y El Caribe por lo que se encuentra en el séptimo lugar de incidencia y en el 14% de

mortalidad según un estudio realizado en el año 2012 especializado en cáncer llamado Globlocan.

Un estudio realizado por SOLCA durante los años 2006-2010 ha arrojado un sinnúmero de datos con referencia a diversos tipos de cáncer, este estudio brinda datos tales como 19 610 casos de distintos tipos de cáncer en hombres y 25 351 casos de distintos tipos de cáncer en mujeres sin tomar en cuenta cáncer de piel.

> La incidencia del cáncer de mama a nivel mundial sigue en aumento yen nuestro país sigue esta tendencia, siendo Quito la cuidad con mayor número de casos. Las incidencias más altas del cáncer de mama están entre los países de mayor desarrollo económico. Bélgica ocupa el 1er puesto en incidencia mientras Quito se encuentra en el puesto 56, Cuenca en el 67 entre 70 países que presentan sus datos en CI5C VOL X. En el quinquenio 1996-2000 la tasa estandarizada era de 28.8 y en el 2001-2010 subió a 35.8 por 10.000 mujeres, lo que corresponde a un aumento del 25% en una década(SOLCA, 2014, pág. 111).

Mientras que en el Ecuador el cáncer de mama ocupa uno de los primeros lugares de cáncer por lo que afecta a miles de mujeres de manera anual, y este número ha crecido de manera considerable en los últimos años. La incidencia del cáncer de mama en las ciudades de Quito y Guayaquil son: Quito con una incidencia del 35.8 entre los años del 2006 a 2010 mientras que en Guayaquil la incidencia es del 33.76 durante el año 2010, lo que posiciona a éste cáncer como la primera afección en ambas ciudades a lo que le siguen el cáncer de piel y tiroides.

Si bien el número de mujeres que han llegado a tener cáncer de mama ha ido en un considerable aumento en los últimos años la tasa de mortalidad se ha mantenido constante con un 12.4; debido a todas las campañas y a la detección temprana de la enfermedad. Tanto las cifras como las edades de detección son alarmantes durante los años 2000 y 2007 se detectaron tres casos de cáncer en mujeres con 15 y 19 años de edad. Y 638 casos en mujeres entre 45-49 años de edad durante los años 1986 y 2010.

En conclusión, el cáncer de mama en el Ecuador ocupa uno de los primeros lugares en tasas de mortalidad, es por ello que, resulta importante entender de qué manera afecta a una mujer recibir este diagnóstico. Además, el cáncer de mama se posiciona en Quito y Guayaquil como la primera afección en mujeres. Si bien el número de casos de cáncer ha incrementado al pasar de los años la mortalidad se ha mantenido estable, gracias al diagnóstico temprano de la enfermedad.

Tabla 2. MAMA FEMENINA. NÚMERO DE CASOS POR EDAD Y AÑO DE DIAGNÓSTICO TASAS CRUDAS Y ESTANDARIZADAS.

Edad	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
0-4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	3
20-24	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	3	-	1	1	-	-	1	2	-	2	15
25-29	1	-	-	-	1	2	3	1	1	2	2	1	2	3	-	2	-	1	2	3	1	4	1	2	3	39
30-34	5	6	3	5	6	5	3	4	5	2	5	7	8	2	6	9	4	8	3	10	12	3	12	5	7	149
35-39	10	10	9	18	12	9	13	9	14	12	7	12	13	18	20	11	7	10	13	23	12	21	16	9	23	333
40-44	6	6	16	13	12	15	17	16	15	18	15	14	24	24	20	34	30	33	29	32	36	30	28	21	20	535
45-49	15	13	12	14	17	12	8	17	21	28	21	23	35	21	29	24	30	36	36	35	30	33	40	39	36	638
50-54	9	17	14	14	15	19	16	12	16	12	17	22	19	12	22	30	26	27	29	33	35	51	41	36	41	594
55-59	16	16	14	14	21	7	13	11	15	17	15	14	24	17	32	32	24	28	28	33	41	34	36	42	49	604
60-64	5	7	8	10	15	11	18	8	16	15	11	7	22	22	14	20	20	22	21	36	28	34	17	31	28	450
65-69	9	12	9	8	10	7	6	9	12	15	7	13	11	14	20	17	20	19	24	28	16	19	23	31	30	397
70-74	7	5	7	7	4	7	13	10	10	15	9	8	12	11	15	8	9	14	17	19	22	22	22	20	19	320
75+	11	14	13	12	11	10	18	5	10	15	14	19	20	25	22	17	32	21	29	36	43	41	29	19	46	542
Desc. / Unk	-	4	-	-	-	-	2	1	2	-	1	-	-	-	1	1	-	2	-	4	3	-	-	-	-	21
Total / All	94	110	105	115	124	105	130	103	137	152	124	142	190	169	202	208	202	222	232	292	279	295	267	255	304	4558
TCr / CrR	17,4	19,7	18,1	19,1	21,4	17,7	21,4	16,6	21,6	23,4	18,7	21	27,5	23,7	28,2	28,4	27,2	29,4	30,3	37,5	35,3	36,7	32,9	30,8	36,4	
TEE / ASRW	24,9	27,5	26,1	26,8	31,3	24,6	28,7	22,4	28,6	30,9	23,4	25,2	33,6	27,8	32,9	32,8	30,7	32,9	33,5	40,3	36,8	38,7	33,9	33	36,5	

(SOLCA, 2014, pág. 113)

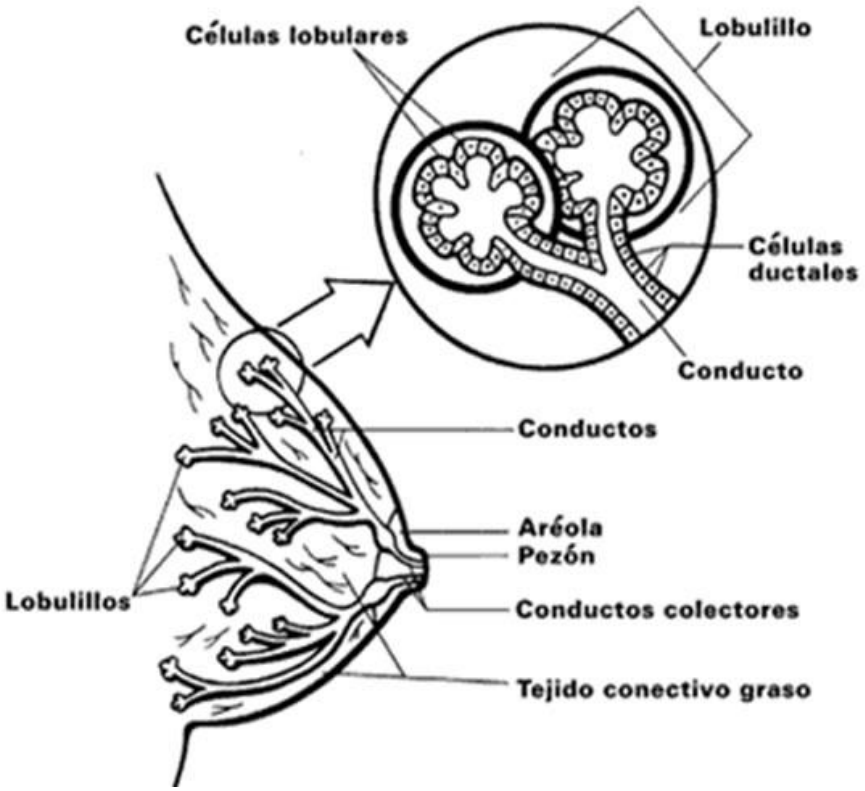
2.2. CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

En éste apartado se expondrá los tipos de cáncer de mama que existen, así como también, los factores de riesgo que están asociados al mismo con la finalidad de entender de mejor manera los tratamientos que se requiere en cada caso.

Antes de exponer propiamente la clasificación del cáncer de mama se explicará brevemente la estructura interna de la mama. Debido a que, el lugar en el cual se desarrolle el tumor le proporcionará su nombre.

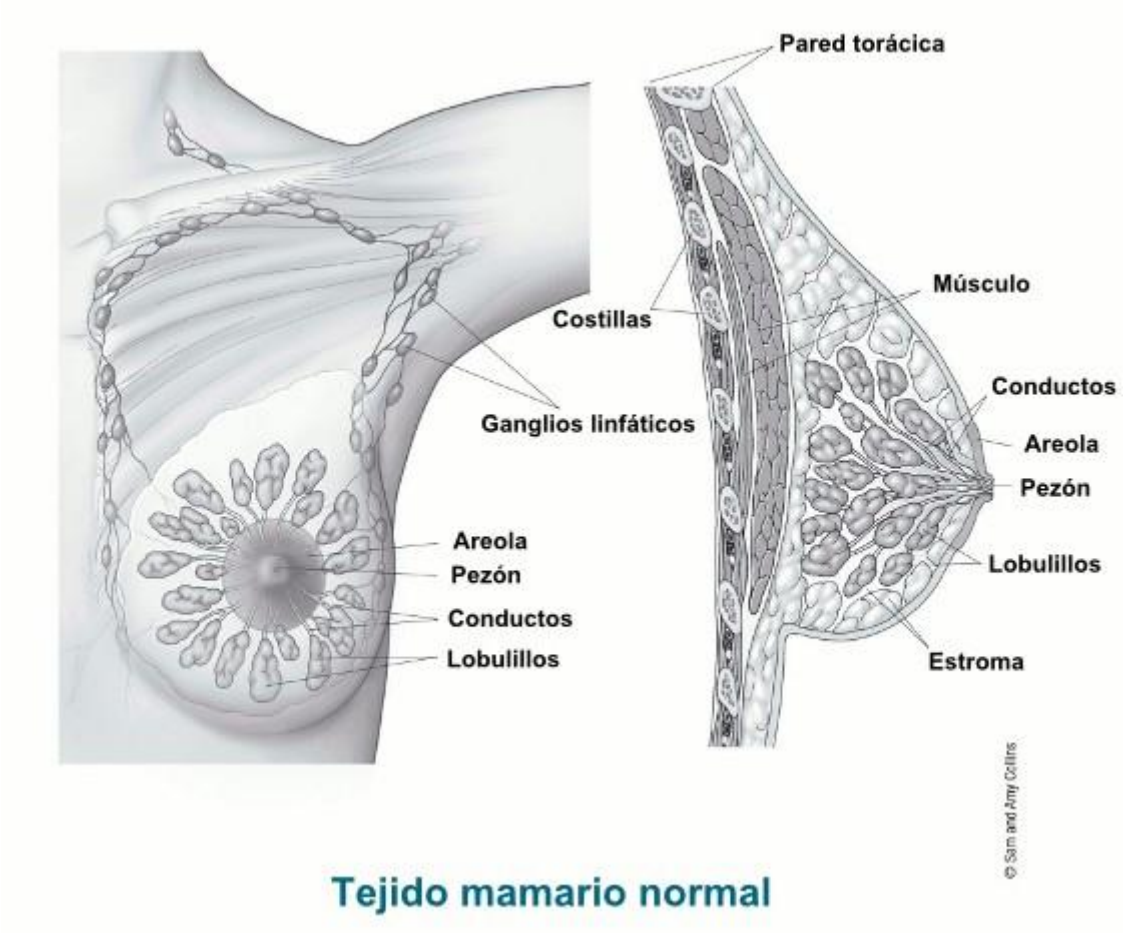
> La mama femenina consiste principalmente en *lobulillos* (glándulas productoras de leche), *conductos* (tubos diminutos que llevan la leche desde los lobulillos al pezón) y *estroma* (el tejido adiposo y el tejido conectivo que rodean los conductos y los lobulillos, los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos)(AmericanCancerSociety, 2017).

Gráfico 1. ESTRUCTURA INTERNA MAMA FEMENINA.



(Infocancer, 2013)

Gráfico 2. TEJIDO MAMARIO NORMAL



(AmericanCancerSociety, 2017)

> La mayoría de los cánceres de mama comienza en las células que recubren los conductos (cánceres *ductales*). Algunos cánceres de mama se originan en las células que recubren los lobulillos (cánceres lobulillares), mientras que un pequeño número se origina en otros tejidos(AmericanCancerSociety, 2017).

El cáncer de mama puede aparecer alrededor de todo el tejido mamario puede aparecer en lobulillos, conductos o en el tejido intermedio, así como en otros lugares. Existen tipos de cáncer de mama invasivo, no invasivo, recurrente y metastásico.

- Carcinoma Dual in situ: Según el BreastCancer.org (2017) se encuentra el (CDIS) llamado así por sus siglas Carcinoma Dual in situ. Este carcinoma hace referencia a cualquier cáncer que comienza en la piel u otros tejidos, en este caso el cáncer aparece dentro de los conductos lácteos y se denomina no invasivo debido a que no se propaga hacia

otras zonas del tejido mamario. Si bien este tipo de cáncer no pone en peligro la vida de la paciente puede acrecentar los riesgos de contraer un cáncer más invasivo.

En estos casos se ha demostrado que la cirugía con preservación de mama (lumpectomía) sin radiación tiene un 25% a 30 % de riesgo de sufrir nuevamente un CDIS; si se incluye la terapia de radiación el riesgo se reduce en un 15%.

- Carcinoma Dual invasivo: Como lo menciona BreastCancer.org (2017) en segundo lugar, se encuentra el (CDI) que significa Carcinoma Dual invasivo; es uno de los más frecuentes, alrededor del 80 % de casos de cáncer de mama se presentan de esta manera, éste tipo de cáncer comienza en los conductos lácteos que son las vías trasportadoras de leche desde los lobulillos productores hasta el pezón; éste cáncer puede propagarse con el tiempo y la etapa de detección hasta los ganglios linfáticos y otras áreas.

- Cáncer tubular de mama: Según la organización BreastCancer.org (2017) en tercer lugar, está el cáncer tubular de mama; un subtipo del CDI carcinoma dual invasivo que se caracteriza por un pequeño tumor con células tubulares que crecen lentamente, éste cáncer presenta pocas probabilidades de propagarse fuera del tejido mamario lo que lo hace más fácil de tratar.

- Carcinoma medular: Como lo propone BreastCancer.org (2017) en cuarto lugar, se encuentra el carcinoma medular de la mama es un subtipo del CDI; que atribuye su nombre debido a que el tumor que aparece es una masa suave y pulposa que tiene mucha similitud al bulbo raquídeo. Éste tipo de cáncer aparece con mayor frecuencia por una mutación genética. Las células cancerígenas son de alto grado en apariencia y de bajo grado en su comportamiento por lo que se ven como células agresivas y anómalas mas no actúan como ellas.

- Carcinoma mucinoso: En quinto lugar, según BreastCancer.org (2017), está el carcinoma mucinoso de la mama a veces llamado coloideo, es un tipo muy poco común de cáncer invasivo; el tumor se forma por células anómalas que se encuentran flotando por toda la mucosidad. Ésta está presente alrededor de muchos órganos dentro del cuerpo humano.

- Carcinoma papilar invasivo: Según BreastCancer.org (2017) en sexto lugar se encuentra, el carcinoma papilar invasivo en éste tipo el tumor posee un borde bien definido y presenta unas prolongaciones como pequeñas como dedos, en este tipo de tumor las células crecen a una velocidad moderada respecto de las células sanas.

- Carcinoma cribiforme invasivo: Como lo menciona BreastCancer.org (2017) en séptimo lugar, se encuentra el carcinoma cribiforme invasivo; en el cual el tumor invade el tejido conjuntivo de la mama es decir se instala entre los lobulillos y conductos. La forma de este tumor es muy peculiar debido a que presenta muchos orificios dentro de su composición.

- Carcinoma lobular invasivo: Como lo expone BreastCancer.org (2017) en octavo lugar está el carcinoma lobular invasivo, éste tipo de cáncer tiene su origen en los lobulillos productores y posteriormente invade el tejido mamario, este tipo de cáncer puede llegar a afectar a los ganglios linfáticos.

- Cáncer de mama inflamatorio: Según BreastCancer.org (2017) en noveno lugar, se encuentra el cáncer de mama inflamatorio (CMI), éste cáncer es extremadamente agresivo, aparece como un enrojecimiento a nivel cutáneo que en cuestión de días u horas se multiplica y se propaga.

- Carcinoma lobular in situ: Como lo expone BreastCancer.org (2017) en décimo lugar, se encuentra el carcinoma lobular in situ en el cuál hay una acumulación de células que aparece dentro de los lobulillos productores, que con el tiempo puede desarrollarse como cáncer de mama propiamente.

- Enfermedad de Paget: es un tipo de cáncer que aparece a nivel del pezón. Éste comienza a agrietarse enrojecerse y causar comezón, generalmente existe una concomitancia entre el cáncer de mama in situ y la enfermedad de Paget. (Breastcancer.org, 2017).

De todo el grupo de tumores los del tipo filoides sigue en patrón de tipo hoja donde crecen rápidamente y por lo general no se diseminan fuera de la mama; éste tipo de tumor es poco frecuente.

Finalmente, se encuentra el cáncer de mama recurrente y metastásico. El cáncer de mama recurrente hace referencia a la reaparición del tumor una vez que ya ha sido tratado, mientras que el cáncer de mama metastásico es aquel en el que las células se han propagado hacia distintos órganos del cuerpo (Breastcancer.org, 2017).

2.3. TRATAMIENTOS EN CÁNCER DE MAMA

En este acápite se abordará los distintos tipos de tratamientos que se utilizan para contrarrestar atenuar y mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen cáncer de mama.

Es importante recordar que ante cualquier enfermedad la probabilidad de mejorar o eliminar por completo una dolencia aumenta si la detección se realiza de manera temprana; en este acápite nos enfocaremos en los tratamientos desde los menos invasivos y de menor impacto emocional hasta los que impliquen extirpar o retirar un órgano en este caso una mama; con los cuales el impacto emocional y psíquico son mucho mayores. Dentro de los tratamientos para combatir el cáncer en general se encuentra el trasplante de médula, trasplante de células madre, terapia hormonal, quimioterapia, radioterapia, y cirugía de extracción de tumores. Es importante recordar que no todos los tipos de cáncer reciben el mismo tratamiento, dependerá del tipo de cáncer de mama, así como también del estadio en el que se encuentre, es por ello que existen la tabla TNM (tumor, nódulos, metástasis) que presenta estadios para determinar el avance de la enfermedad. Sin embargo, los médicos se refieren a la etapa o estadio para hablar sobre estadísticas de supervivencia.

- Estadio 0: “Son lesiones premalignas. También se denomina carcinoma in situ (Tis). Las células tumorales están localizadas exclusivamente en la pared de los lobulillos o de los conductos galactóforos y no infiltran el tejido de la mama circundante ni los ganglios linfáticos”(GenesisCare, 2017).
- Estadio I: “El tamaño del tumor es igual o inferior a dos centímetros y no existe infiltración de órganos a distancia. Se subdivide en:”
    - Estadio IA:” si no existe infiltración de los ganglios linfáticos”(GenesisCare, 2017).

- Estadio IB: “si existe infiltración microscópica de los ganglios linfáticos con focos tumorales ≤ a 2 mm”(GenesisCare, 2017).

- Estadio II: “El tumor mide entre 2 y 5 centímetros, con o sin afectación de ganglios axilares”(GenesisCare, 2017).

  Se subdivide en:

  - Estadio IIA: tumor de menos de 2 cm de diámetro con 1-3 ganglios axilares infiltrados por tumor o tumor entre 2 y 5 cm sin afectación ganglionar axilar(GenesisCare, 2017).

  - Estadio IIB: tumor con diámetro entre 2 y 5 cm y afectación tumoral de 1-3 ganglios de la axila o tumor de más de 5 cm sin afectación de los ganglios axilares(GenesisCare, 2017).

- Estadio III: “El tumor afecta a ganglios axilares, ganglios supraclaviculares o a los ganglios de la mamaria interna y/o piel y pared torácica (músculos o costillas). Se subdivide en estadio IIIA, estadio IIIB y estadio IIIC”(GenesisCare, 2017).

- Estadio IV: “Independientemente del tamaño tumoral y de la afectación de los ganglios regionales, el cáncer se ha diseminado fuera de la mama y a los ganglios cercanos (axilares, claviculares, cadena mamaria interna), afectando a otros órganos como hueso o hígado (cualquier T, cualquier N, M1)”(GenesisCare, 2017).

Por otro lado, también es importante tomar en cuenta ciertos aspectos puntuales dentro de los cuales el impacto tanto físico como emocional y psíquico tendrá sobre las mujeres que posean cáncer de mama, tales aspectos como la ubicación del cáncer, la edad de la mujer que lo padece, así como también sus aspiraciones sus deseos que pueden verse totalmente destruidos o que pueden no verse afectados al tratarse del cáncer de mama.

Existen ciertos tipos de pruebas genéticas que se realizan con el objetivo de saber el estadio del cáncer en el que se encuentra y de esta manera direccionar un tratamiento adecuado. Estas pruebas son:

- Prueba de receptores de estrógeno y progesterona:

  Prueba que se usa para medir la cantidad de receptores de estrógeno y progesterona (hormonas) en el tejido canceroso. Si se encuentra más receptores de estrógeno y progesterona de lo normal, el cáncer se conoce como receptor de estrógeno positivo o receptor de progesterona positivo, o ambos. Este tipo de cáncer crece más rápido. Los resultados de las pruebas indican si el tratamiento que impide la acción de estrógeno y progesterona puede detener el crecimiento del cáncer (NIH, 2018).

- Prueba del receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2/neu):

  Prueba de laboratorio para medir cuántos genes HER2/neu hay y cuánta proteína HER2/neu se elabora en una muestra de tejido. Si hay más genes HER2/neu o concentraciones más elevadas de proteína HER2/neu que lo normal, el cáncer se conoce como positivo al HER2. Este tipo de cáncer puede crecer más rápido y es más probable que se disemine hasta otras partes del cuerpo. El cáncer se puede tratar con medicamentos dirigidos a la proteína HER2/neu como el trastuzumab y el pertuzumab(NIH, 2018).

- Pruebas multigénicas:

  Pruebas en las que se estudian muestras de tejidos para observar la actividad de varios genes a la vez. Estas pruebas pueden ayudar a pronosticar si el cáncer se va a diseminar a otras partes del cuerpo o si va a recidivar (volver) (NIH, 2018).

Existen varios tipos de pruebas multigénicas. Las que se proponen según el NIH (2018) que se han estudiado en ensayos clínicos son:

  - Oncotype DX:

    Esta prueba ayuda a predecir si el cáncer de mama en estadio I o el cáncer de mama en estadio II que tiene receptores de estrógeno positivos y ganglios linfáticos negativos se diseminarán hasta otras

partes del cuerpo. Si el riesgo de diseminación futura del cáncer es alto, se puede administrar quimioterapia para reducir el riesgo (NIH, 2018).

- MammaPrint:

  Esta prueba ayuda a predecir si un cáncer de mama en estadio I o en estadio II con ganglios negativos, se diseminará hasta otras partes del cuerpo. Si el riesgo de diseminación futura es alto, se puede administrar quimioterapia para reducir el riesgo (NIH, 2018).

Dependiendo el resultado que arroje cada una de estas pruebas el, el cáncer de mama se describe como uno de los tipos siguientes:

- Receptor hormonal positivo (receptor de estrógeno o receptor de progesterona positivo) o receptor hormonal negativo (receptor de estrógeno o receptor de progesterona negativo) (NIH, 2018).
- Positivo al HER2/neu o negativo al HER2/neu(NIH, 2018).
- Triple negativo (receptor de estrógeno, receptor de progesterona y HER2/neu negativos)(NIH, 2018).

2.3.1. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

En este acápite se expondrá los motivos por los cuales se realiza una intervención quirúrgica o una cirugía cuando hay presencia de cáncer de seno, más adelante se profundizará sobre la clasificación de la mastectomía.

En la mayoría de mujeres que padecen de cáncer de seno se usa algún tipo de cirugía como parte del tratamiento. Existen distintos tipos de cirugía de cáncer de seno y se realiza dependiendo las razones médicas. Una de estas puede ser

> Eliminar tanto cáncer como sea posible (cirugía con conservación del seno o mastectomía). Averiguar si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos debajo del brazo (biopsia de ganglio centinela o disección de ganglio linfático axilar). Restaurar la forma del seno después de extraer el cáncer (reconstrucción del seno). Aliviar los síntomas del cáncer avanzado(AmericanCancerSociety, 2017).

Según la American CancerSociety (2017),existen dos tipos de cirugía principales para extraer el cáncer de seno:

- La cirugía con conservación de seno: llamada también tumorectomía, cuadrantectomía, mastectomía parcial o mastectomía segmentaria)

  Durante este procedimiento quirúrgico se extrae solamente el tejido que esté afectado por el cáncer. Por lo general se retira la parte afectada y un poco de tejido circundante, la cantidad de tejido que se extirpa va a depender del tamaño del tumor, su localización y otros factores (AmericanCancerSociety, 2017).

- La mastectomía:

  En este procedimiento se extirpa totalmente el seno, incluyendo todo el tejido mamario y en ocasiones otros tejidos cercanos. Hay varios tipos distintos de mastectomías. Algunas mujeres también pueden someterse a una mastectomía doble para extirpar ambos senos(AmericanCancerSociety, 2017).

Existen protocolos médicos bajo los cuales se decide si una mujer debe someterse a una cirugía con conservación de seno o a una mastectomía. Estos podrán ser según la American CancerSociety (2017) muchas de las mujeres que identifiquen el cáncer en etapa temprano tendrán la posibilidad de elegir si se someten a una cirugía con conservación de seno o a una mastectomía, en el primer caso las mujeres que si bien es cierto conservan la mayor parte de su seno deberán someterse a radiación a diferencia de las mujeres que se someten a la mastectomía. Sin embargo, el realizarse una mastectomía no provee una mayor probabilidad de que el cáncer no regrese.

Según la American CancerSociety (2017),en el caso de la cirugía con conservación de seno puede ser una buena opción para las mujeres a las cuales les preocupa mucho perder su seno que está dispuesta a recibir radioterapia y no ha sido sometida anteriormente a ninguno de estos procedimientos, y el cáncer está localizado solamente en un área. O que a su vez el cáncer se encuentre en áreas cercanas para no cambiar de manera considerable la apariencia del seno. En caso de que la paciente tenga un tumor pequeño en relación al tamaño de su seno. Si no está embarazada, si lo está no se podrá someter a la radiación con el objetivo de cuidar la salud del feto. No tiene algún factor genético que aumente la posibilidad de que le dé un segundo cáncer. No padezca enfermedades graves del tejido conectivo.

A las mujeres a las que se les realiza una cirugía con conservación de seno generalmente se realiza en procesos ambulatorios sin necesidad de hospitalización, pueden reintegrarse a sus actividades diarias a las 2 semanas de la cirugía. Como cualquier procedimiento médico delicado se deben tener en cuenta ciertas

consideraciones como estar alerta en cualquier caso de infección, y seguir la medicación tal y como lo indique el doctor.

Pueden aparecer efectos secundarios como:

> Dolor o sensibilidad o una sensación de "tirón" en el seno. Hinchazón temporal. Tejido cicatricial rígido que se forma en el lugar de la cirugía. Cambio en la forma del seno. Dolor en las terminales nerviosas (neuropático) de la pared torácica, axila o brazo (a veces se describe como ardor o dolor punzante) que no desaparece con el tiempo. Esto también puede ocurrir en pacientes que se han sometido a mastectomía y se conoce como síndrome de dolor post-mastectomía (PMPS por sus siglas en inglés). Como en toda operación, también son posibles las infecciones y el sangrado en el lugar de la cirugía. Si también se extirparon los ganglios linfáticos axilares, es posible que se presenten otros efectos secundarios, como linfedema(AmericanCancerSociety, 2017).

2.3.2. QUIMIOTERAPIA

En este acápite se explicará brevemente en qué consiste la quimioterapia, qué medicamento se utiliza en el tratamiento del cáncer de mama. En qué casos se recomienda utilizar la quimioterapia, cuáles son sus contraindicaciones y efectos secundarios.

La Quimioterapia es un tratamiento en base a medicamentos que se pueden administrar de forma oral o intravenosa. De esta manera los medicamentos se transportan por el torrente sanguíneo hasta alcanzar las células cancerosas. Según la American CancerSociety (2017) no todas las mujeres que posean cáncer de seno van a necesitar quimioterapia, la necesitarán aquellas mujeres que hayan sido sometidas a una cirugía y esta recibe el nombre de quimioterapia adyuvante, su objetivo es eliminar las células cancerosas que puedan haber quedado o se haya transportado a otras partes del cuerpo. También existe la quimioterapia neo-adyuvante que se realiza antes de la cirugía con el objetivo de observar la reacción del cáncer y ver si es necesario administrar otros medicamentos. La quimioterapia también está recomendada para aquellas mujeres cuyo cáncer está en estado avanzado y han alcanzado el área axilar. Muchas veces no se conoce si la quimioterapia tendrá efecto sobre el cáncer es por ello que se han creado pruebas para determinarlo estas son Oncotype DX y Mammoprint.

En el tratamiento con quimioterapia para cáncer de seno se usan algunas combinaciones de medicamentos. Estos son:

Tabla 3. MEDICAMENTOS EN QUIMIOTERAPIA

Antraciclinas, como la doxorrubicina (Adriamycin) y la epirrubicina (Ellence)
Taxanos, como el paclitaxel (Taxol) y el docetaxel (Taxotere)
5-fluorouracilo (5-FU)
Ciclofosfamida (Cytoxan)
Carboplatino (Paraplatin)

Elaborado por Estefanía Baca. Tomado de:(AmericanCancerSociety, 2017).

Con más frecuencia, se usan combinaciones de dos o tres de estos medicamentos (AmericanCancerSociety, 2017).

Algunos medicamentos que se utilizan en mujeres con cáncer de seno avanzado son:

Tabla 4. MEDICAMENTOS PARA CÁNCER DE SENO EN ETAPA AVANZADA.

Taxanos como el paclitaxel (Taxol), docetaxel (Taxotere) y paclitaxel ligado a albúmina (Abraxane)
Antraciclinas (doxorrubicina, doxorrubicinaliposomalpegilada y epirrubicina)
Agentes que contienen platino (cisplatino, carboplatino)
Vinorelbina (Navelbine)
Capecitabina (Xeloda)
Gemcitabina (Gemzar)
Ixabepilona (Ixempra) Paclitaxel ligado a albúmina (nab-paclitaxel o Abraxane)
Eribulina (Halaven)

Elaborado por: Estefanía Baca. Tomado de: (AmericanCancerSociety, 2017).

Aunque las combinaciones de medicamentos a menudo se emplean para tratar el cáncer de seno en etapa temprana, este cáncer en etapa avanzada se trata más a menudo con medicamentos individuales. Aun así, algunas combinaciones, tal como paclitaxel y carboplatino son comúnmente usadas para tratar el cáncer de seno avanzado(AmericanCancerSociety, 2017).

2.3.3. RADIOTERAPIA

La radioterapia es un procedimiento médico que no se realiza a todas las mujeres con cáncer de seno, generalmente se usa en junto a otros procedimientos como cirugía con conservación del seno o en el caso de mastectomías, o a su vez si el cáncer se ha propagado a otras partes del cuerpo tales como huesos o al cerebro. Según la American CancerSociety (2017) existen dos tipos de radioterapia:

- Radioterapia externa: Consiste en que la fuente de radiación esté fuera del cuerpo.
- Braquiterapia: Se coloca una fuente de radiación en el interior del cuerpo por un tiempo corto.

Radioterapia externa:

La American CancerSociety (2017) expone que la radioterapia externa es una de las más comunes cuando se ha realizado una intervención quirúrgica como cirugía con conservación de piel o una mastectomía, en este caso se emite radiación en el área donde se encuentre la cicatriz de la intervención y lugares por lo que se drena el líquido linfático, así como pared torácica, así como también el lugar específico de la extracción del tumor para prevenir que reaparezca.

Las pacientes que se someten a la radioterapia deben esperar que los tejidos estén completamente cicatrizados en caso de que se vaya a administrar quimioterapia la radioterapia se realizará una vez terminado el tratamiento.

Braquiterapia:

La braquiterapia o radiación interna es un procedimiento que consiste en emitir radiación por medio de semillas radioactivas que se insertan dentro del tejido mamario afectado por el cáncer por un tiempo corto; se usa comúnmente en la cirugía con conservación de la piel con el objetivo de evitar que el cáncer vuelva a aparecer.

Existen dos tipos de braquiterapia

- Braquiterapia intersticial:

En este procedimiento se insertan varios tubos o catéteres en el área del seno con cáncer que se utilizarán por algunos días dentro de estos se insertan las partículas radioactivas que se colocarán por unos minutos para ser retiradas. Éste método ya no es tan utilizado debido a que la radiación no es controlada y puede afectar a otros órganos del cuerpo.

- Braquiterapiaintracavitaria:

Se coloca un dispositivo después de la cirugía y se la deja allí hasta el final del tratamiento “Hay varios dispositivos diferentes disponibles (incluyendo MammoSite, SAVI, Axxent, y Contura), la mayoría de los cuales requiere entrenamiento quirúrgico para la colocación correcta”(AmericanCancerSociety, 2017). Este tipo de braquiterapia tiene resultados prometedores, sin embargo, se encuentra aún en estudio.

2.4. MASTECTOMÍA

En este acápite se expondrá en qué consiste el procedimiento quirúrgico de una mastectomía, a qué mujeres principalmente se les realiza y qué tipo de mastectomías existen, en base a la American CancerSociety para explicar de mejor manera este procedimiento médico.

Es importante entender que la mastectomía es una intervención quirúrgica en la cual se retira todo el seno, es decir, se extrae tanto tejido mamario interno como piel. Muchas veces se realizan mastectomías profilácticas esto se refiere a que existen distintos factores de riesgo de tipo hereditarios y genéticos que avalen la necesidad de realizar la cirugía por prevención. Muchas veces en el procedimiento quirúrgico de mastectomía se extrae la mama en su totalidad y los ganglios linfáticos, esto dependerá del tamaño del tumor y hasta donde se ha propagado el cáncer.

A diferencia de la cirugía con conservación de seno en donde solamente se extrae el tumor y se realiza en una etapa temprana del cáncer, en cuanto a la mastectomía se clasificará en función de cómo se realiza la cirugía de cuanto tejido se extrae. Estos se expondrán en el siguiente acápite.

Existen casos según la American CancerSociety (2017) en los cuales la mastectomía es el mejor tratamiento para evitar que el cáncer se presente nuevamente y estos son:

- En el caso que la paciente no pueda recibir radioterapia.
- Recibió tratamiento con radioterapia.
- Se sometió a cirugía con conservación de seno, que reapareció debido a que no extirpó completamente el cáncer.
- Tiene dos áreas afectadas por el cáncer que se encuentran distantes y no pueden ser extraídas sin cambiar mucha la apariencia del seno.
- Tiene un tumor que es grande en relación a su seno.
- Está embarazada y necesitará radioterapia durante el embarazo.
- Tiene un factor genético, como mutación BRCA, que podría aumentar la probabilidad de un segundo cáncer(AmericanCancerSociety, 2017).
- Padece alguna enfermedad del tejido conectivo como esclerodermia o lupus, que no le permite que se trate con radioterapia.
- Padecer de cáncer de seno inflamatorio.

2.4.1. TIPOS DE MASTECTOMÍA

En este acápite se explicará los diferentes tipos de mastectomía que se realizan según la American CancerSociety (2017).

- Mastectomía simple (o total)

  En este procedimiento, el cirujano extirpa todo el seno, incluyendo el pezón, la areola y la piel. Dependiendo de la situación, puede o no ser necesario extraer algunos ganglios linfáticos de la axila. La mayoría de las mujeres, si son hospitalizadas, pueden ser dadas de alta al día siguiente (AmericanCancerSociety, 2017).

- Mastectomía con conservación de piel:

En este procedimiento se extrae solamente el tejido y se deja intacta la piel que recubre el mismo, se retira también el pezón y la areola. Según la American

CancerSociety (2017) esta es una de las mastectomías que prefieren las mujeres debido a que al momento de hacer la reconstrucción tiene una apariencia más natural, y deja menos tejido para cicatrizar, sin embargo, está contraindicada en el caso de que el tumor se encuentre cerca de la superficie de la piel.

- Mastectomía con conservación del pezón:

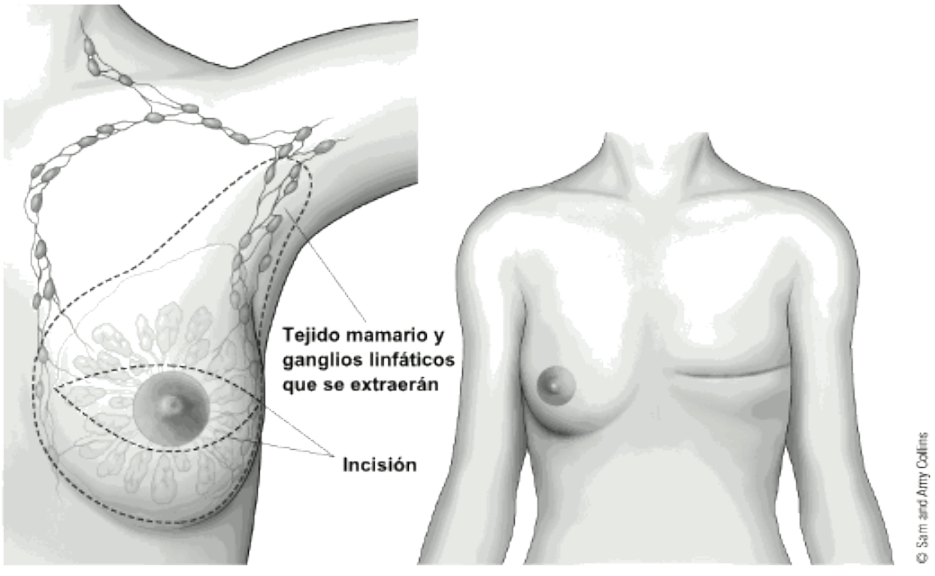
Este procedimiento es una variación de la mastectomía con conservación de piel, en esta intervención se extrae el tejido mamario afectado, y se deja la piel que lo recubre y el pezón. Durante este procedimiento se extirpa el tejido que está bajo la piel y la areola con el objetivo de identificar si posee células cancerosas. Aunque no se encuentre rastro de células cancerosas se administra radioterapia a nivel del pezón durante o después de la cirugía con el objetivo de prevenir que el cáncer regrese.

En este procedimiento puede aparecer diferentes efectos secundarios, al extraer ciertos nervios y vasos sanguíneos el pezón puede perder irrigación y deformarse, así como también perder sensibilidad.

- Mastectomía radical modificada:

Ésta intervención se realiza de la misma manera que una mastectomía simple es decir, se extrae la piel, el tejido mamario, el pezón y la areola, además se extrae los ganglios linfáticos axilares.(AmericanCancerSociety, 2017)

Gráfico 3. MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA



(AmericanCancerSociety, 2017)

- Mastectomía radical:

  En esta operación extensa, el cirujano extirpa todo el seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales (pared torácica) que se encuentran debajo del seno. Esta cirugía fue muy común en el pasado, pero se ha descubierto que una cirugía menos extensa (como la mastectomía radical modificada) ofrece los mismos resultados con menos efectos secundarios. Por lo tanto, hoy día esta cirugía se realiza en pocas ocasiones. Puede que esta operación se siga haciendo para tumores grandes que están invadiendo los músculos pectorales (AmericanCancerSociety, 2017).

- Mastectomía doble:

  En este procedimiento se extraen ambas mamas, es llamada mastectomía doble o bilateral, se realiza en mujeres con riesgo muy alto de padecer cáncer de seno, la mayoría de estas intervenciones suelen ser mastectomías simples, aunque algunas pueden preservar el pezón (AmericanCancerSociety, 2017).

2.5. COMPLICACIONES ASOCIADAS AL CÁNCER DE MAMA

En este acápite se enfocará en describir las distintas complicaciones que aparecen frente a los distintos tratamientos e intervenciones quirúrgicas, es importante recordar que cada tratamiento utiliza diferentes elementos o técnicas para intentar eliminar el cáncer y esto repercutirá en las complicaciones o efectos secundarios.

2.5.1. FÍSICAS

En este apartado se describirán las complicaciones y efectos secundarios según el tipo de tratamiento o intervención quirúrgica.

En el caso del tratamiento con Quimioterapia puede causar ciertos efectos secundarios; según la American CancerSociety (2017) estos van a depender del tipo de medicamentos que se utilice para el tratamiento de la dosis de los medicamentos utilizados y del tiempo que la persona esté sometida al tratamiento. Los efectos secundarios que se presentan mayormente son:

> Caída de pelo. Cambios en las uñas. Úlceras en la boca. Pérdida de apetito o cambios en el peso. Náuseas y vómitos. Diarrea. La quimioterapia también puede afectar las células productoras de sangre de la médula ósea, lo que puede causar: Aumento de la probabilidad de infecciones (debido a los bajos niveles de glóbulos blancos). Tendencia a presentar moretones o sangrados fácilmente (a causa de bajos niveles de plaquetas). Cansancio (debido a bajos niveles de glóbulos rojos y otras razones)(AmericanCancerSociety, 2017).

Dentro de la radioterapia la mayoría de efectos secundarios de la radiación externa son:

> Hinchazón en el seno. Cambios en el área tratada similares a una quemadura en la piel (enrojecimiento, descamación de la piel, oscurecimiento de la piel). Cansancio. En radiación a ganglios linfáticos puede haber una inflamación al pecho o los brazos llamada linfedema. Puede haber problemas al amamantar en un futuro (AmericanCancerSociety, 2017).

Al igual que la radioterapia externa según la American CancerSociety (2017), la braquiterapiaintracavitaria puede causar efectos secundarios, incluyendo:

"Enrojecimiento en la zona del tratamiento. Moretones en la zona del tratamiento. Dolor en el seno. Infección. Daño al tejido graso en el seno. En pocos casos, debilitamiento y fractura de las costillas. Acumulación de líquido en el seno (seroma)"(AmericanCancerSociety, 2017).

En cierta medida, los efectos secundarios de la mastectomía según la American CancerSociety (2017) pueden depender del tipo de mastectomía (las cirugías más extensas tienden a causar más efectos secundarios). Los efectos secundarios pueden incluir:

"Dolor o sensibilidad. Hinchazón en la zona de la cirugía. Acumulación de sangre en la herida (hematoma). Acumulación de líquido transparente en la herida (seroma). Movimiento limitado del brazo o del hombro. Entumecimiento en el pecho o el brazo"(AmericanCancerSociety, 2017).

"Dolor en las terminales nerviosas (neuropático) de la pared torácica, axila o brazo (a veces se describe como ardor o dolor punzante) que no desaparece con el tiempo. También se llama síndrome doloroso post-mastectomía o PMPS" (AmericanCancerSociety, 2017).

"Como en toda operación, también son posibles las infecciones y el sangrado en el lugar de la cirugía. Si también se extirparon los ganglios linfáticos axilares, es

posible que se presenten otros efectos secundarios, como linfedema”(AmericanCancerSociety, 2017).

Dentro de todas las complicaciones la que limita en cierta medida la vida de las pacientes es el linfedema. Según la American CancerSociety (2017) el linfedema es una inflamación del brazo del cual se extrajo los ganglios linfáticos, debido a que la linfa no puede hacer su recorrido y drenarse de manera adecuada, se queda en el brazo lo que genera una hinchazón del mismo, esto limita el movimiento del brazo y la rotación del hombro, además de presentar entumecimiento. Las mujeres a las que se les ha realizado una mastectomía con extracción de ganglios linfáticos, se les recomienda tener un mayor cuidado a nivel del brazo del cual se realizó la intervención, no se puede levantar pesos con ese brazo, evitar golpes y caídas, y no se puede tomar vías, ni aplicar inyecciones.

2.5.2. SOCIALES

Los seres humanos son seres sociales por naturaleza y al formar parte de una sociedad se está influenciado por un sin número de dictámenes que de manera consciente o inconsciente configuran las maneras de comportamiento, así como los estereotipos bajo los cuales habrá cierto tipo de comportamientos.

Respecto al cáncer de mama se presentan muchísimos temores, uno de los que más se ha observado en el caso de quimioterapia es la pérdida del cabello, y si el perder el cabello genera tanta angustia, el temor de perder un seno es mucho más estresante para las pacientes. El impacto que tenga el perder el cabello o el seno siempre va a depender de la etapa en la que se encuentre la mujer por lo que las mujeres que estén en etapas jóvenes y reproductivas tendrán más roles que cumplir por lo que el perder un seno o su cabello que de alguna manera las define como mujeres será mucho más complejo.

En la mayoría de los casos las mujeres mastectomizadas sintió que el hecho de retirarle una mama fue una mutilación y que se perdió una parte extremadamente importante que las definía como mujeres. “La casi totalidad de las pacientes mastectomizadas (85%) interpretan la ablación del seno como una agresión y mutilación de su femineidad, considerando incluso algunas (10%) que dejaron de ser mujeres a partir de ese momento fatídico “(Claudet & Hernández, 1985). Si bien la mayoría de mujeres presenta una alteración en relación a su esquema corporal que se

refleja en quejas de tipo estético, el hecho de no poseer una mama les genera vergüenza, y manifiestan que han usado rellenos de diferentes tipos y han tenido que modificar su vestuario para de alguna manera evitar que el resto note que no posee una mama. En lo que respecta a su vida de pareja muchas de las mujeres mastectomizadas dejan de tener relaciones sexuales debido a que sienten vergüenza frente a su nuevo aspecto y a mostrárselo a sus parejas. En la investigación realizada por Claudet& Hernández (1985) se observó un:

> Aumento de sus conductas regresivas, cambios negativos en las relaciones interpersonales, mayor fragilidad psicológica, conductas inhibitorias y vergonzosas en el vestir y en la presencia pública, disminución de la libertad de movimientos, vivencia de afrenta corporal y mutilación, ocultamiento de la "herida" al compañero sexual, ahondamiento en crisis existenciales y familiares previas, susceptibilidad aumentada al rechazo afectivo por parte de otros familiares, percepción distorsionada y autorreferente (paranoide) del interés o la curiosidad mostrada por los demás, dificultades físicas y psicológicas para desarrollar una actividad laboral o doméstica, repercutiendo negativamente sobre su autovaloración, presencia de sentimientos y pensamientos pesimistas, retroalimentados en el contacto con otras enfermas y derivando en una sensación de envejecimiento prematuro ("sin pecho, soy menos mujer, una mujer vieja…")(Claudet & Hernández, 1985).

2.5.3. PSICOLÓGICAS

En este acápite se expondrá cuál es el impacto psicológico al cual se enfrentan las mujeres que por motivos de preservar su salud se han sometido a los distintos tipos de tratamientos.

Si bien es importante recordar que las mujeres poseen diferentes mecanismos de afrontamiento, que dependerán de un sin número de factores; se ha encontrado ciertos rasgos que presentan las mujeres que se ha diagnosticado con cáncer de mama, y más aún a aquellas que se les ha realizado una mastectomía, las repercusiones más comunes que se han dado son estrés, miedo, depresión y ansiedad. Un diagnóstico de cáncer puede tener un impacto enorme en la mayoría de los pacientes, las familias y los cuidadores. "Los sentimientos de depresión, ansiedad y miedo son muy comunes y son respuestas normales a esta experiencia que cambia su vida"(AmericanCancerSociety, 2017).Las mujeres que se someten a los diferentes tratamientos cuando reciben un diagnóstico de cáncer de mama se encuentran en

constante expectativa debido a que la probabilidad de que la enfermedad regrese es alta. Es por ello, que las mujeres están en constante preocupación que se puede traducir como estrés debido a la amenaza de que el cáncer regrese. Sobre todo, cuando las mujeres que padecen cáncer se encuentran en etapas evolutivas jóvenes y productivas, se suma el temor de no poder tener hijos, no poder amamantarlos, además de la sexualidad con su pareja se ve limitada por ciertos temores propios de la paciente y de su acompañante. Otro factor que se suscita frente al diagnóstico de cáncer de mama o frente a una intervención quirúrgica como la mastectomía es el Trastorno de Estrés post-traumático:

> ...Muchas mujeres diagnosticadas con cáncer de mama presentan síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT), así como los estudios que demuestran que los hombres que son pareja de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama tienen más probabilidades de desarrollar depresión y otros trastornos del estado de ánimo graves, en comparación con los hombres cuyas parejas no han sido diagnosticadas con cáncer de mama(Breastcancer.org, 2017).

Adicionalmente, el hecho de perder una parte que define a la mujer como tal, genera pérdida de confianza y autoestima, según la American CancerSociety (2017), al presentarse el diagnóstico de cáncer la mujer puede manifestar conductas que alteren los roles familiares y laborales. También es importante entender que los senos juegan un papel fundamental en la psique femenina y es por ello que, al ser símbolos de femineidad y erotismo, el perderlos es realmente abrumador.

> Esta concepción es valorada por las mujeres de manera significativa, es por eso que, ante la pérdida de un seno, las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en la autoimagen, puesto que física y visualmente constituye una deformidad importante sobre el cuerpo de la mujer y se ha comprobado que mientras una paciente presente mayor deformidad y disfunción, la probabilidad de que desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales es alta (Martínez, Lozano, Rodríguez , Galindo, & Alvarado , 2014).

Según diversos estudios realizados se encuentra que las mujeres que se han sometido a los diferentes tratamientos antes mencionados tienen un índice alto de presentar trastornos de ansiedad y depresión. "…se encontró que las mujeres después de la cirugía reportan haber experimentado síntomas depresivos y estos se correlacionaron con el estrés, pues existían percepciones del cáncer como un evento estresante con pensamientos intrusivos y eventos estresantes como el nivel socioeconómico"(Martínez, Lozano, Rodríguez , Galindo, & Alvarado , 2014). La

probabilidad de que una mujer con cáncer de seno, presente trastornos depresivos descritos como melancolía son del 30 al 75%, como lo demuestra el estudio realizado por González (1990) la mastectomía altera la personalidad, marcando un hiato traumático que oscilaentre el 30-75% de respuesta depresiva o ansiosa.

En conclusión, frente a los distintos tipos de tratamiento aparecerán ciertas complicaciones específicas, en el caso de las complicaciones físicas se presentarán nauseas, dolor, pérdida del cabello y demás; que están relacionados a los tipos de medicamentos e intervenciones que se realizan con la finalidad de eliminar el cáncer del cuerpo. En cuanto a las complicaciones sociales, el impacto que se da en la familia es alto, y genera un cambio debido a que la paciente no puede realizar las actividades de la misma manera, en el ámbito de pareja también se ve una disminución en cuanto a la vida sexual que muchas veces está dada por el temor y desconocimiento. Ahora bien, en el ámbito psicológico se encuentran complicaciones tales como trastorno por estrés post-traumático, trastornos por ansiedad, depresión, y trastornos asociados a la imagen corporal.

2.6. DUELO ASOCIADO A LA MASTECTOMÍA

En el siguiente acápite se expondrá de qué manera el duelo influye en la aparición de complicaciones en la intervención quirúrgica de mastectomía. Tomando en cuenta que las mamas están socialmente relacionadas de manera directa con la femineidad. La paciente mastectomizada tendrá que elaborar un sin número de duelos de índole físico, psíquico y social, que pueden resultar más manejables dependiendo de su núcleo familiar, apoyo de pareja y muchas veces estarán asociados a creencias religiosas, de esta manera apoyarse en una divinidad les brinde mayor alivio y a sobrellevar de mejor manera el proceso de la enfermedad, así como a los mecanismos de afrontamiento y a la exposición previa a duelos.

En primer lugar, es importante recalcar que la paciente mastectomizada tendrá que elaborar un duelo a nivel físico, en el cual deberá aceptar la pérdida de una o ambas mamas, lo que puede generar cargas muy altas de angustia, debido a que la paciente tiene que reajustar su concepción de “mujer” a la nueva realidad que aparece en su vida. “Los cambios en la autoimagen son uno de los problemas derivados de la

enfermedad y posibles tratamientos, provocando reacciones emocionales de pérdida, disminución de la autoestima y depresión"(Lluch Hernández, Almonacid Guinot, & Garcés Honrubia, 2013, p. 183). La pérdida de una o ambas mamas tendrá repercusiones no solo en el ámbito de esquema corporal, sino también, en el ámbito de la sexualidad, tomando en cuenta que este es un ámbito muy amplio y en el que los profesionales de la salud no se interesan de la manera adecuada.

> La sexualidad en pacientes afectados/as por cáncer ha sido poco tratada en la literatura especializada a pesar de constituir una preocupación real y vigente en los enfermos/as, debido a la consecuencia directa de la enfermedad y de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia), y por el impacto emocional que ambos generan, que pueden exacerbar la crisis o problemas de pareja preexistentes. Por otro lado, se genera un nuevo desafío para los/as profesionales que atienden a estas personas, al tratarse de un tema íntimo, de delicado manejo, que requiere de determinadas habilidades de exploración y tratamiento (Grau, Llantá, Chacón, & Pire, 1999).

Dentro del aspecto físico se ha encontrado que las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía presentan un deterioro en la autoimagen y autoestima. Lo que se relaciona de manera directa a que la mujer quede incapacitada a ejercer una sexualidad normal. En lo que se refiere al auto-concepto, este se da de las aspiraciones que tiene el sujeto en cuanto a lo que es, ha sido y espera ser; estos están relacionados tanto en el aspecto físico, como en los juicios que se han introyectado mediante los parámetros sociales, es por ello, que cuando una mujer se somete al proceso de la extracción mamaria, existe una paradoja entre sus ideales, sueños y aspiraciones frente a la realidad amenazadora que no está relacionada de ninguna manera con lo que planificaba.

Ahora bien, en lo que respecta a la autoimagen, se da en base a lo que la sociedad define como maneras de comportarse relacionadas al género, y de parámetros sociales de belleza. Es por ello que, las mujeres mastectomizadas, suelen manifestar que se encuentran incompletas debido al retiro de las mamas.

> El cuerpo de la mujer es un símbolo sexual por excelencia, cada una de sus partes constituyen elementos de su sexualidad atractivos para el sexo opuesto, siendo las mamas las de mayor relevancia, no sólo porque representan el atractivo más visible y tangible de la feminidad, sino porque con ellas, la mujer también perpetúa su relación madre-hijo/a. Las mamas suelen desempeñar un importante papel fisiológico en todas las fases del desenvolvimiento femenino que va desde la pubertad a la edad adulta, representan en nuestra cultura un símbolo de identificación propio de la mujer y su

> feminidad, expresada por el erotismo, sensualidad y sexualidad. Las mamas son parte de la estética de la imagen corporal y maternidad de la mujer (Bello, 1998)

Es importante reconocer que el aspecto físico está relacionado de manera directa con el ámbito social, ya que, de cierta manera, los parámetros sociales se acogerán dependiendo del sujeto y éste se apropiará de los mismos, es debido a esto que las mujeres mastectomizadas, presentan un sentimiento de incompletud en el aspecto físico, y posteriormente, se le añade un sentimiento de incapacidad como mujer, relacionado a los roles que la sociedad impone al género femenino.

> El entorno social de la mujer que es mastectomizada constituye un sistema de soporte externo. Las relaciones sociales actúan como elementos que permiten mantener el equilibrio, principalmente en las fases de tensión. Lo mismo ocurre con la familia, que no proporciona únicamente elementos esenciales, como alimento y abrigo, sino también tiene la capacidad de ayudar a la mujer afectada, facilitándole la satisfacción de sus necesidades psicológicas y entregándole la fuerza para luchar contra su enfermedad (Potter & Perry, 1996).

También, hay que tomar en consideración ciertos factores que influirán al momento de la elaboración del duelo en su totalidad. El hecho de realizar una mastectomía puede ser tomado en la paciente como una manera de retirar la enfermedad del cuerpo que puede ser el afrontamiento con mejores resultados frente a la vivencia de la mastectomía como una mutilación. Además, es importante entender que el control del dolor en cáncer permitirá al paciente tener un mejor manejo al momento de elaborar el duelo. Es importante entender que “la experiencia dolorosa es individual, personal e intransferible”(Antón Torres , Calderero Aragón , & Puertólas Hernández, 2017, p. 51). Es importante recalcar que no existe una sola manera de elaborar un duelo y:

> El duelo es la respuesta normal a una pérdida, ya sea de un ser querido, como algo físico o simbólico. Los sentimientos originados por esta pérdida serán más intensos cuanto más importante sea el objeto perdido para la persona. Sin embargo, cada individuo responde a una pérdida de manera diferente y no existe una forma correcta de duelo, por lo tanto, la persona elabora su duelo en relación con lo que ha perdido y la búsqueda de cómo recuperarlo(Potter & Perry, 1996).

En conclusión, se evidencia que las mujeres sometidas a una intervención quirúrgica, específicamente a una mastectomía, tienen que enfrentar la pérdida que se manifiesta de manera física y que repercute en el ámbito psicológico. Si bien es cierto, el duelo es un proceso normal que aparece frente a la pérdida de una persona, un

objeto o una parte del cuerpo y demás. La probabilidad de que una mujer con cáncer de seno, presente trastornos depresivos descritos como melancolía son altos. De esta manera, se entiende que, si la paciente realiza un duelo de manera adecuada ya sea sobrellevando su situación apoyándose en ideologías religiosas, o de curación, y con un soporte familiar la probabilidad de que se presenten complicaciones luego de la intervención disminuye. Mientras que aquellas mujeres que al no poder manejar el duelo de manera adecuada presenten depresión o melancolía, estarán predispuestas tanto física como psíquicamente a desarrollar complicaciones como las expuestas en el acápite anterior.

CAPÍTULO III

RELACIÓN ENTRE LA ELABORACIÓN DEL DUELO Y LAS COMPLICACIONES POSTERIORES A LAS MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMA

En el presente capítulo se analizarán la población, metodología, resultados de las entrevistas realizadas con el objetivo de identificar si la hipótesis propuesta se cumple o se rechaza. Para lograr corrobora la hipótesis se ha decidido entrevistar a cinco profesionales del campo de la salud.

3.1. METODOLOGÍA

En el siguiente acápite se expondrá la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación con la finalidad de rechazar o aceptar la hipótesis propuesta.

Tabla 5. VARIABLES E INDICADORES

HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS
El proceso de elaboración del duelo se relaciona inversamente con las complicaciones posteriores a la mastectomía por cáncer de mama.	Variable Independiente: Elaboración del Duelo	Empobrecimiento del mundo Evidencias de tristeza Agresividad hacia el objeto	Entrevistas semiestructuradas
	Variable Dependiente: Complicaciones posteriores a la mastectomía por cáncer de mama	Presencia de complicaciones en las pacientes	Entrevistas semiestructuradas

Fuente: Plan de Disertación aprobado en marzo 2017

Los pasos dados durante esta investigación fueron

1. Diseñar la guía de entrevista semiestructurada, elaborando un promedio de cuatro preguntas por indicador. Las preguntas buscan que los profesionales de la salud sean lo más explícitos posible en sus respuestas.

2. Realizar pilotaje de la entrevista para lo cual se contactó con un médico de la Universidad Central, de esta manera se determinó que la duración de la entrevista sería de 40 minutos.

3. ContactarconSolca, Hospice San Camilo, y Hospital Militar, para identificar que profesionales estarían dispuestos a colaborar con la investigación.

4. Contactar vía telefónica a la profesional que facilitaría llevar a cabo la investigación. Reunión con la profesional, para que esté informada respecto de la finalidad de la investigación y pueda resolver sus dudas.

5. Contactar por medio de la profesional de la salud con dos personas más que estaban prestas a formar parte de la investigación.

6. Realizar la reunión con cada uno de los profesionales para solucionar sus dudas e inquietudes y realizar la entrevista. Se solucionó todas las inquietudes de los profesionales de la salud y se procedió a presentar el consentimiento informado para que de esta manera los profesionales de la salud estén al tanto del margen de la investigación; y se realizó la entrevista.

7. Transcribir la información de tal manera que las entrevistas se encuentren digitalizadas, para que de esta manera el posterior análisis sea mucha fácil, las transcripciones completas se encuentran en el Anexo. 1.

8. Sistematizar entrevistas para analizar la información por pregunta y por indicador con la finalidad de corroborar la información**.**

9. Analizar articulando la práctica profesional que se pudo evidenciar a través de las respuestas de los profesionales con la teoría de tal manera que se pueda identificar las conclusiones y verificar o denegar la hipótesis propuesta.

Tabla 6. PREGUNTAS CORRESPONDIENTES A CADA INDICADOR

VARIABLES	INDICADORES	PREGUNTAS
Variable Independiente: Elaboración del Duelo	Agresividad hacia el objeto	**1.** ¿Cuál ha sido la reacción de la paciente frente a la decisión de realizarle una mastectomía? **2.** ¿Las pacientes han presentado en un primer momento posterior a la mastectomía algún cambio sustancial, ya sea anímicamente, o físicamente? Describa como se encontraban las pacientes atendidas por usted luego de la mastectomía
	Evidencias de tristeza	**1.** ¿Las pacientes han dejado de comer, dormir, o realizar actividades a raíz de la intervención quirúrgica?
	Empobrecimiento del mundo	**1.** ¿Las pacientes volvieron a realizar actividades rutinarias? **2.** ¿Tenían interés por sus actividades o su familia? ¿Mostraban interés por sus actividades laborales? **3.** ¿Las pacientes hablaron sobre su vida en un futuro?
Variable Dependiente: Complicaciones posteriores a la mastectomía por cáncer de mama	Presencia de complicaciones en las pacientes	**1.** En promedio ¿Cuántas pacientes con cáncer de mama ha atendido? **2.** ¿Qué rango de edad de mujeres que se han sometido a una mastectomía es el que más complicaciones ha tenido? **3.** ¿Cuáles son las complicaciones más comunes que ha observado? **4.** ¿Cómo han limitado las complicaciones la vida de las pacientes? **5.** En su opinión, ¿existe alguna relación entre la dificultad de aceptar la mastectomía y las complicaciones vividas?

Tabla 7. CLAVE DE COLOR DEL RESALTADO

VARIABLE	INDICADOR
Elaboración del duelo	Agresividad hacia el objeto
	Evidencias de tristeza
	Empobrecimiento del mundo
Complicaciones posteriores a la mastectomía	Presencia de complicaciones en las pacientes
Mujeres	Mujeres ancianas
	Mujeres jóvenes adultas

3.2. POBLACIÓN

La selección de la población se realizó mediante un muestreo no probabilístico o por conveniencia; por lo que para la investigación se contó con la colaboración de cinco profesionales de la salud que han trabajado con pacientes de distintos tipos de cáncer, así como también con cáncer de mama. El motivo de realizar el estudio únicamente con profesionales de la salud se dio debido a que la investigadora no iba a proporcionar un seguimiento terapéutico de haberlo realizado con pacientes. Profesionales que actualmente laboran en Solca sede Quito, Hospital Militar, y en el Hospice San Camilo, la investigación fue realizada con mujeres de distintos ámbitos. Los profesionales seleccionados son:

- Psicóloga,
- Doctora internista,
- Enfermera,
- Gerontóloga
- Médica especialista en cuidados paliativos y terapia del dolor.

Todas son mujeres, Profesionales de la salud entre 28 y 40 años, que han trabajado en su mayoría con pacientes oncológicos. Las profesionales tienen un mínimo de 7 años de experiencia en la atención de este tipo de pacientes., en el siguiente recuadro se colocarán los años de experiencia de las profesionales con el objetivo de identificarlas al momento de realizar el análisis de resultados.

Tabla 8. PROFESIONALES DE LA SALUD ENTREVISTADAS

Profesional de la Salud	Años de experiencia
Enfermera	7 años
Médica especialista en terapia del dolor	22 años
Psicóloga	7 años
Gerontóloga	11 años
Médica de asistencia	7 años

De la tabla No. 7 podemos ver que todas las profesionales de la salud que colaboraron en esta investigación tienen más 7 o más años de experiencia con pacientes oncológicos lo que les permite ser informantes calificadas para esta investigación.

Tabla 9. CLAVE DE ORDEN DE RESPUESTAS SEGÚN LA PROFESIONAL

NÚMERO	PROFESIONAL
1	Enfermera
2	Médica Especialista en terapia del dolor
3	Psicóloga
4	Gerontóloga
5	Médica de residencia

3.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para la presentación de resultados se seguirá el mismo orden de las preguntas realizadas, las cuales se detallan a continuación:

3.3.1 ¿Cuál ha sido la reacción de la paciente frente a la decisión de realizarle una mastectomía?

PROFESIONAL	RESPUESTA
1	La primera reacción es la negación porque pues obviamente como mujer y la parte estética influye mucho, o en su mayoría la negación a que le quiten una parte de su cuerpo es una parte muy importante, muy pocas veces he visto pacientes que hayan reaccionado de manera positiva a decir de acuerdo está bien hagámoslo, hago lo que tenga que hacer, generalmente he visto reacciones negativas, de negación hacia el procedimiento.
2	Yo creo que las pacientes lo toman puede ser de dos partes, una como, que bueno me quitas el cáncer, porque tienes la idea de que un tumor solamente es sacarle y no es así, entonces la paciente dice me quito esto gracias me siento bien, es un alivio que tienen, pero también tienen el temor de sentirse no mujer, sentirse mutiladas, sentirse en la parte de la relación con su pareja, así nos criaron, tú tienes que ser completa y ahora más todavía con la figura. Son estereotipos que nos da la sociedad a veces las pacientes solicitan hacerse un injerto una prótesis una reconstrucción poniéndose prótesis y se hacen injertos grandes sacándose de este gordito (señala abdomen bajo) que todas tenemos y hacerles acá la rotación entonces quedan con dolores neuropáticos a nivel pélvico por la cirugía más la mama.
3	Se angustian muchísimo, y primero es porque no tienen la información que deberían entonces por ahí el doctor quizás no le supo dar la explicación necesaria de cómo va a ser que va a pasar después que síntomas puede tener. Entonces es algo que angustia mucho primero la falta de información, les dicen que es lo que van a hacer, pero no como y después que va a sentir va a haber dolor se va a controlar ese dolor entonces eso angustia mucho el saber después de la cirugía que va a sentir y que va a pasar. Entonces por un lado es la angustia y la ansiedad por el después, por la cirugía en sí porque tiene muchas implicaciones psicológicas, las mujeres tiene que ver mucho con la autoestima la feminidad, el ser mujer entonces es algo que si angustia y deprime.Hay mucha afectación emocional. Lamentablemente no hay un protocolo claro que diga que todo paciente con mastectomía, sin rasgos o no tienen que pasar por psicología. No somos médicos, pero si nos toca manejar información, entonces explicar eso reconforta, alivia y si vemos que necesita más información médica yo hablo con el doctor y pido que nuevamente se tenga una cita para que aclaren y explique ciertas cosas que ya no van de mi parte.
4	Hay varios miedos porque en la experiencia que teníamos en el hospital pues más del 70% de las pacientes llegan a ser abandonadas por las parejas, porque culturalmente nos diseñaron a mujer bella, esbelta hermosa, la soledad, el abandono de las parejas, el abandono de las familias, el verse diferente,el verse los cambios, el uso de corticoides muchas veces por ser parte de los tratamientos de quimioterapia o porque tienen que ser usados como tratamientos coadyuvantes, indudablemente van a provocar efectos adversos, que van a cambiar la fisionomía y el metabolismo, pero más allá de eso la fisionomía, creo que el trabajo debería ser enfocado no solo a la paciente a la pareja, entonces hay muy pocos que acompañan muy pocos que aceptan, las posibilidades de que algunas pacientes puedan ser sometidas a cirugías reconstructivas no es aplicable a todas las pacientes porque muchas veces lo diagnósticos en cáncer de mama particularmente son diagnósticos en estadios 3 o 4, es decir, estadios avanzados entonces el riesgo de que vaya al otro seno es alto y mutilada dos veces es la pregunta.
5	Al principio es una preocupación, después es una etapa de enojo, la siguiente etapa es depresión y al final es resignación, cada etapa, cada mujer reacciona de forma diferente porque hay personas en las que, si se les intervino antes, se les explicó lo que podía suceder y entendieron y se resignaron frente a esta posibilidad también como existen métodos alternativos después de la cirugía como prótesis en ciertas porque cumplen ciertos criterios les ayudó a aceptar este problema.

De la tabla que antecede se puede evidenciar que las profesionales de la salud encuentran que las pacientes en su mayoría sienten niveles muy altos de angustia, y la primera reacción frente a la realidad del procedimiento dela mastectomía es el hecho de sentirse no mujer, de verse incompletas debido a todos los parámetros sociales de belleza, de mujer y femineidad. A esto se debe sumar todos los roles que las pacientes manejan tanto como mujer, madre, pareja, hija y demás. A esto se añade el miedo que presentan las pacientes por el abandono de sus parejas y finalmente se da la negación frente a realizarse el procedimiento quirúrgico, sin embargo, al ser una parte fundamental de los protocolos médicos las pacientes pueden negarse al procedimiento bajo su propia responsabilidad. El número de mujeres que aceptan la mastectomía en criterio de las profesionales entrevistadas es extremadamente bajo. A todo esto se suman el miedo de las pacientes en cuanto al dolor físico que sentirán, una vez realizada la cirugía, y el cambio drástico que tendrá su apariencia lo que las obliga a reajustar su imagen corporal. Como lo refiere Freud, en *Duelo y melancolía (1917),* toda la energía depositada en el objeto, tendrá que ser reubicada para que de esta manera se pueda elaborar un duelo.

3.3.2. ¿Las pacientes han presentado en un primer momento posterior a la mastectomía algún cambio sustancial, ya sea anímicamente, o físicamente? Describa como se encontraban las pacientes atendidas por usted luego de la mastectomía.

PROFESIONAL	RESPUESTA
1	Muchos, se ven afectadas psicológicamente muchísimo al despertarse ya de la cirugía obviamente traen su vendaje de pronto algún drenaje pero ellas se sienten obviamente y existe mucha labilidad emocional al hablar al primer encuentro con las pacientes pues están muy lábiles emocionalmente, llanto fácil, se afectan mucho.
2	Sí, tienen ansiedad, depresión y miedo, ellas lo expresan y pueden somatizar también entonces nosotros tenemos aquí y hay que hacer entender también el personal de salud que tenemos un departamento de salud mental, que nos debería apoyar y que toda paciente que sea diagnosticada de cáncer X en este caso de mama tiene que pasar por salud mental comenzamos con psicología si el psicólogo o algo vemos un rasgo de ansiedad depresión derivar al psiquiatra y medicar y así poder ayudar entonces ese complemento integral me ayuda a mantener un buen paciente porque a veces no es el dolor emocional, es la culpa, el ¿por qué a mí? y nunca se preguntan el ¿para qué? ¿Por qué yo?
3	Depende de si se manejó o no la información de que va a pasar después de la cirugía, si se informó el paciente ya en algo se va preparando, no es lo mismo siempre va a haber un impacto pero si se manejó bien la información y si se hizo un trabajo psicológico previo va a ser mejor cuando no entonces se deprimen se asustan el primer impacto es cuando les quitan las vendas y el tener que afrontar su nueva imagen entonces eso no es fácil ya el enfrentar la pérdida real y lo que más les cuesta es eso cuando ya toca retirar las vendas llegar a la ducha y verse al espejo es un impacto muy grande, lo que se sugiere es que se haga lo más pronto posible después de la cirugía aunque parecería algo contradictorio, son estudios de que mientras más pronto se expone a la pérdida, pues quizás vamos a elaborar mejor mientras demoramos más va a ser más difícil y va a llevar más tiempo y eso no solo con el paciente si no con la familia especialmente con la pareja.
4	Yo creo que de ambos hay mujeres que si se acostumbran y esto no depende del nivel cultural, no se si no depende del nivel económico yo creo que las mujeres que tienen un poco más de recursos les interesa más, les preocupa más, a la mujer del campo no porque es una mujer que sigue trabajando que sigue luchando y que por último a veces el marido tampoco ha hecho diferencia porque quien ha sacado la casa es ella, en cambio a la otra mujer es una mujer que incluso tiene que cuidar su estatus, tiene que cuidar su imagen, en el trabajo, en la familia, como les voy a decir a mis hijos que ya no tengo esto como les enseño como les explico, y el miedo también al rechazo implica que no se quiera hablar, que no se indique, no entonces ellos saben que yo estoy bien que ya me operaron pero no les indico porque no quiero que ellos me vean así. En primer momento hay susto, miedo, llanto, frustración, por qué a mí, por qué yo, el buscar respuestas y el tratar de buscar algo que justifique ante Dios muchas veces, porque yo tengo que someterme ahora a esta vivencia, es un miedo terrible, me van a cortar me van a cercenar, yo no pedí yo no he sido malo yo no he sido mala, yo me porté bien, para algunas mujeres dicen si yo me porte mal en algún momento por esto, entonces ahora me toca pagar lo que yo hice.
5	Las pacientes requirieron terapia psicológica, más psiquiátrica entonces cayeron en cuadro de depresión y eso les tuvo aquí algún tiempo adicional porque no ayudó a su curación total, su tiempo de estadía fue más largo.

En la tabla que antecede se puede observar que las pacientes han tenido cambios de tipo psicológico frente a la vivencia de la intervención quirúrgica conocida como mastectomía, presentan síntomas de labilidad emocional, llanto fácil, en algunos casos las profesionales lo identificaron como depresión, también se presenta ansiedad y miedo frente al proceso realizado, el impacto emocional que se suscita una vez que se deben retirar los vendajes es uno de los que más les cuesta ya que es el impacto de la imposición de la realidad; aceptar su nuevo esquema corporal requiere un trabajo psicológico y físico que se debe realizar con todas las pacientes que han sido intervenidas quirúrgicamente con mastectomía. Si bien es cierto todo proceso que implique una pérdida deberá ser trabajado para que el duelo pueda ser realizado y superado, es evidente que sobresalen las evidencias de tristezaes por ello que, las profesionales de la salud manifiestan que las pacientes se deprimen, tienen un sin número de temores y auto reproches que se pueden entender como agresividad hacia el objeto perdido en este caso la mama, que pueden resultar parte del proceso del trabajo de duelo.

3.3.3. ¿Las pacientes han dejado de comer, dormir, o realizar actividades a raíz de la intervención quirúrgica?

PROFESIONAL	RESPUESTA
1	Que hayan disminuido el tema de no poder descansar bien pero que si lo hacen no comen como antes pero si, obviamente parte de que están tristes, deprimidas uno cuando se encuentra así es difícil que pueda hacer todo como antes lo hacía.
2	La doctora supo manifestar que en un inicio si presentan un declive a nivel emocionaly físico, sin embargo, ella las maneja de tal manera que realicen las actividades lo más normal posible.
3	Hay pacientes que se deprimen que les cuesta mucho aceptar, que les afecta mucho la autoestima, su imagen corporal, hay una distorsión ahí, porque sienten que ya no soy yo, ya no estoy completa y eso si les deprime, pero de lo que yo he podido ver y dar seguimiento se trabaja en recursos y pueden continuar. Hay que trabajar también en pareja entonces, así depresiones graves como tal hasta ahora no las he visto, puede ser entre leve, moderado y cuadros ansiosos. Depresión, ansiedad,angustia, es una angustia de ya no me siento mujer, a la feminidad, y dependerá mucho de el ciclo vital en el que esté.
4	Dormir algunas si a dormir, dejar de comer, el llanto, el aislarse, el no frecuentar a sus círculos como antes, de familia, de amigos, el no querer tener preguntas de y cómo te sientes, porque dicen, doctora imagínese me hace una pregunta tan estúpida y me preguntan cómo se siento después de que me cortaron, me gustaría responderles, pero mejor evito de tal forma que no salgo. Y ese es mi escudo.
5	La mayoría de ellas se reusaban a vivistas, se reusaban a verse ellas mismas, y tampoco se alimentaban de la forma adecuada, las demás que tenían la intervención anterior, lo tomaron un poco más tranquilo pero igual se rehusaban a verse ese fue el problema de ellas, fue un shock verse sin un seno.

Las profesionales de la salud han manifestado que las pacientes sometidas a la intervención quirúrgica han disminuido ciertas actividades dentro de su ritmo de vida, tales como el aislamiento que es una de las actitudes que la mayoría de pacientes toma debido a que pretenden evitar preguntas incómodas y que, lo que más se ha visto afectado ha sido su vida social, debido a la pérdida a la que son sometidas y al cambio en el esquema corporal que deben tramitar, dentro de sus protocolos de intervención las profesionales recomiendan a sus pacientes que sus rutinas se sobrelleven de la manera más normal posible ya que de esta manera siguen sintiéndose útiles. Esto quiere decir que, si bien las pacientes continúan asistiendo a su trabajo, y realizando actividades cotidianas tienen a retraerse y en muchos casos a deprimirse, es aquí donde se evidencia el empobrecimiento del mundo dado que tienden a aislarse, a dejar de frecuentar grupos sociales, a evitar hablar o responder a preguntas habituales, y también se identifican las evidencias de tristeza donde las pacientes dejaban de comer o dormir, además de dejar de realizar actividades cotidianas.

3.3.4. ¿Las pacientes volvieron a realizar actividades rutinarias?

PROFESIONAL	RESPUESTA
1	No, no totalmente, pero si dejaron de hacer ciertas cosas, salir no se dé vida social al menos el 50 % disminuido.
2	Si por supuesto sin ninguna complicación, ellas se integran a su trabajo de hecho a mis pacientes siempre se les dice vamos a pasar una etapa muy fuerte, sin embargo, usted puede hacer su actividad normal con lo que yo pueda ayudar, ejemplo, es que no puedes comer lácteos, no si puede comer todo puede comer, es que no puedo salir al sol, no si puedes salir al sol con cierta precaución cuidando las vías, es que no puedes trabajar, porque te vas, no, hay un período donde te bajaran las defensas pero esos días te puedo dar permiso pero al siguiente tú te integras porque la mente tiene que estar ocupada trabajando, ocupada para que se olvide de cierta forma de su enfermedad y se sienta útil que pierda una paciente la autonomía es lo peor que le puede pasar.
3	En su mayoría retoman actividades no en la misma magnitud, pero la idea es esa de que puedan seguir haciendo cosas porque si no va a haber más depresión, que no se sientan tan limitadas.
4	Después de un tiempo sí, algunas se adaptaron, algunas su confrontación fue con ellas mismas al mirarse en el espejo a diario, algunas superan aún a sabiendas de que el fulano a la primera que supo patitas pa que se hicieron y se fueron, otras con apoyo familiar, otras solas siguieron, otras vieron que tienen por quién pelear y siguieron.
5	Aproximadamente la mitad, que vi en la consulta externa por terapia del dolor, que, si comenzaron a hacer sus actividades, estas tres pacientes fueron las que se les intervino anteriormente porque las otras ya no regresaron a consulta externa, entonces no sé qué pasó con ellas.

Como ya se analizó en la pregunta anterior, el lograr que las pacientes realicen sus actividades rutinarias de la misma manera se ve afectada debido a que la pérdida real de este órgano, les genera montos de angustia, miedo y tristeza en gran medida. La totalidad de profesionales supieron manifestar que debido a la manera de trabajo y a los protocolos que siguen, las pacientes volvieron a realizar las actividades que solían hacer sin ningún inconveniente, siempre y cuando guarden los cuidados sugeridos en relación a la intervención quirúrgica, la mayor preocupación de las profesionales era que se sientan limitadas lo que repercute en que se sientan menos útiles y esto recaiga en una depresión, postulada en este trabajo como melancolía.

3.3.5. ¿Tenían interés por sus actividades o su familia? ¿Mostraban interés por sus actividades laborales?

PROFESIONAL	RESPUESTA
1	Las que tenían trabajos han retomado y han hecho su vida parcialmente normal, con su sentimiento ahí de que algo les falta y que no se ven por entera, completas y su feminidad afectada pero si han trabajado.
2	La profesional supo manifestar que dentro de la metodología con la que ella trabaja siempre está orientada a que las pacientes realicen su vida lo más normal posible de tal manera que se ocupen de otras labores.
3	Se sentían tristes, angustiadas con ansiedad, por retomar las actividades sí, porque o sea es una angustia decir y ahora como voy a hacer mi vida de aquí en adelante o en cuanto tiempo, el proceso de recuperación dependerá pero en su mayoría retoman actividades no en la misma magnitud.
4	Los seguimientos se pueden seguir haciendo y no quiere decir que no puedan retomar las actividades, puede seguir haciendo, les ayuda en tener otras cosas en que pensar otras cosas en que ocuparse.
5	La profesional supo manifestar que como no era parte del protocolo solamente realizaba preguntas para completar su ficha clínica, no brindó información sobre el hospital Solca.

En la tabla anterior las profesionales han sabido manifestar que la parte más afectada dentro de la vida de las pacientes ha sido el ámbito familiar, el hecho de explicar a sus hijos y a su pareja el procedimiento y la enfermedad como tal ha hecho que en un porcentaje alto se dé la ruptura de sus compromisos. Si bien las pacientes retoman sus empleos y realizan sus actividades rutinarias no en la misma magnitud, pero continúan haciéndolo la parte más afectada se da en el ámbito familiar y de pareja. Lo que da cuenta de que su mundo se ve empobrecido, como lo manifiesta Freud en *Duelo y melancolía (1917),* donde propone que se da una cancelación del interés por mundo, y de todo lo que le recuerde al muerto; si bien el procedimiento que sigue las profesionales de cierta manera obliga a las pacientes a continuar con su vida lo más “normal” posible, se ve que en gran medida las pacientes tienden a retraerse y aislarse.

3.3.6. ¿Las pacientes hablaron sobre su vida en un futuro?

PROFESIONAL	RESPUESTA
1	Un porcentaje bajo pues hablaban de pronto más adelante hacerse una prótesis o algo para poder sentirse algo mejor y volver a sentirse eso atractivas y todo, otras tenían un poco más de pesimismo de que de pronto pierdan a su pareja, su vida de pareja se iba a perder
2	Una paciente que tiene un terror y miedo al morir. Hay otras pacientes que me dicen no doctora usted me ve como estoy yo voy a seguir luchando por quién por mis hijos, o sea, ya pasa a segundo plano el marido posiblemente será por mis hijos, pero yo no tengo una paciente que me diga por mí, quiero hacerlo porque yo quiero sentirme bien porque yo con esto que usted me ayuda voy a estar mejor
3	Depende de la personalidad hay personas que son muy positivas yo he visto pacientes desarticuladas de todo su miembro superior derecho e increíble esa capacidad de resiliencia, pero claro hay otras personas que no y se deprimen entonces depende mucho de la personalidad de cómo han sabido afrontar problemas previos, su modo de afrontamiento y el apoyo familiar, entonces cuando hay apoyo familiar es mucho más fácil, cuando hay apoyo y una buena relación de pareja es mucho más fácil, y eso si es comprobado, cuando no hay ese sustento ese apoyo, es más difícil más complicado.
4	Algunas sí más allá de la mastectomía de quedarse sin algo que como mujeres es importante, porque físicamente, sexualmente hablando es parte de, ser mujer de la femineidad y demás, muchas sí reprograman la vida, se reprograman la vida, y ver la brecha que he dejado y reevaluar su vida, haber pasó esto que, siempre el miedo de ojalá no siga ojalá se quede, ojalá se detenga ojalá no pase nada. Yo he visto mujeres a las que les ha ido muy bien con el nuevo implante, se sienten más preciosas, se sienten más bellas, se sienten normales, algunas dicen, ahora, me siento normal, otras dicen me siento completa. Y bien, y ya puedo ponerme este, este tipo de ropa porque puedo lucirme antes no podría porque tenía miedo de que se me vea de que se me aplaste.
5	Nos explicaron un poco porque tenían miedo querían saber que iba a pasar después, entonces querían saber si por esto se iban a morir, si iban a su estadio a nivel del cáncer entonces su preocupación era hacia su futuro, pero nunca nos dieron de suicidio ni de ideas de diferentes a eso, pero si por preocupación. La mayoría de pacientes de aquí por lo general están bajo la orden de su esposo y si su esposo quería lo hacían y si su esposo no quería no lo hacían, no tenía una decisión solitaria, dependían mucho de sus parejas era esposas de soldados, de militares de bajo rango.

De esta tabla se puede evidenciar que un porcentaje alto de pacientes han reconsiderado en un futuro realizarse operaciones reconstructivas para de esta manera sentirse femeninas otra vez, también se puede identificar que ha habido mujeres con una gran capacidad de resiliencia que han sabido reponerse y reevaluar su vida. Un porcentaje bajo de mujeres tiene temor a la muerte y a la incertidumbre de la enfermedad sobre todo mujeres jóvenes que socialmente están en una etapa reproductiva.

3.3.7. En promedio ¿Cuántas pacientes con cáncer de mama ha atendido?

PROFESIONAL	RESPUESTA
1	¡Uy! Durante todo este tiempo hay una gran cantidad de pacientes con cáncer de mama, creo que el cáncer de cérvix es el que mayor porcentaje pero obviamente el que le sigue es el de mama en mujeres entonces no sé yo creo que si un 100% es en total de todos los cánceres al menor un 30% he visto pacientes con cáncer de mama.
2	Unas 2000 pacientes mucho tiempo hemos visto casos y casos, hemos visto casos difíciles. Los más difíciles son mujeres jóvenes son las que tienen peor pronóstico.
3	Son bastantes, si porque mujeres lo que más se ve es cáncer de cérvix y de mama, un montón de cáncer de cérvix y de ahí yo si diría que el de mama, entonces un montón así números no te podría decir, en porcentaje, por ponerte un 80% cáncer de mama en mujeres, habrá de tiroides, no se ve mucho, más de mama y de cérvix,
4	En el hospital teníamos en atenciones en el 2014 se estimó casi 7000 atenciones, en el 2015, 7800.
5	Siete en el Hospital Militar, esta persona atendía previamente en Solca no brindó datos de esta casa de salud.

La mayoría de profesionales de la salud ha tenido un gran tiempo de trabajo y por lo tanto una gran experiencia con pacientes oncológicas por lo que supieron manifestar que el cáncer de cérvix es el que más afecta a mujeres y en segundo lugar se encuentra el cáncer de mama. El hecho de que hayan tenido mucha experiencia con pacientes oncológicos, los valida para participar en esta investigación.

3.3.8. ¿Qué rango de edad de mujeres que se han sometido a una mastectomía es el que más complicaciones ha tenido?

PROFESIONAL	RESPUESTA
1	Las jóvenes. Pero complicaciones más psicológicas que físicas; obviamente dependiendo del estadio y eso van muy bien se les ha visto que van bien que salen de muy buen pronóstico ellas.
2	Las mujeres jóvenes tienen más comorbilidades, más efectos indeseables,más angustia, más temor por lo que toca. Ellos tienen en su familia, a veces no tienen familia y están en ese estoy aquí o estoy allá que es lo que me pasa, y que es lo que voy a hacer sí ellas tienen muchos más temores, las mujeres por ejemplo otra cosa que tienen también tu no me vas a creer pero es cuando yo les digo les voy a ofrecer quimioterapia me dicen, pero doctora yo no quiero perder el pelo es otra cosa importantísima
3	Como te decía podemos poner entre los 25 a 45 más o menos, por los roles que tienen que cumplir las funciones, mientras estén en ese ciclo vital les va a afectar más.
4	Las mujeres más jóvenes por qué, porque el cáncer de mama en mujeres más jóvenes, no tiene buen pronóstico, no es un cáncer que responda de una forma adecuada, primero cuando hablamos de cáncer de mama hablamos del hormono-sensible y el hormono-resistente puede presentarse ambos, generalmente en ellas se presenta el hormono-resistente que es más complejo digamos así que es más bravo, y puede recidivar puede reaparecer puede provocar metástasis en cualquier rato, en mujeres jóvenes en mujeres de 30 años es complejo.
5	En Solca lo que sucedía no era por edad si no por estadio mientras más avanzados estaban más complicaciones tenían y la recuperación era menor. En Ecuador la prevalencia del cáncer de mama está entre los 35 y 45 años pero porque se detectan en un estadio tardío.

La totalidad de las profesionales de la salud identificaron a las mujeres jóvenes entre 35 a 45 años como el rango de edad con mayores complicaciones, lo cual se asocia a la etapa evolutiva en la que se encuentran. En opinión de las profesionales se debe tomar en cuenta que las mujeres jóvenes adultas tienen mayor cantidad de roles que las mujeres de la tercera edad, además de que al estar en una etapa reproductiva a nivel fisiológico el cáncer que las ataca es mucho más agresivo. Una profesional supo manifestar que algo que está asociado también a las complicaciones es el estadio en el cuál se identifica el cáncer que en la mayoría de casos es en etapa avanzada. Existen también otros factores, que hacen que las mujeres jóvenes adultas se vean más afectadas frente al tratamiento, socialmente lo que es estético, lo que es bello, lo socialmente aceptado, también la caída del cabello, el cambio en el metabolismo, y el temor del re aparecimiento de la enfermedad, sumando a la etapa en la que se encuentran afecta de manera considerable a toda su psique, así como a su cuerpo.

3.3.9. ¿Cuáles son las complicaciones físicas y psicológicas más comunes que ha observado?

PROFESIONAL	RESPUESTA
1	En las físicas que hay linfedemas y esa es la primera que hay progresión de la enfermedad a pesar de haber sido extirpada el seno. Masas fungadas, infectadas, pero el linfedema en primer lugar. En general, dependiendo del estadio que se encuentren pero sí, quienes más se ven afectadas físicamente, emocionalmente son las mujeres más jóvenes en edades tempranas.
2	Ansiedad, miedo, depresión, personas compulsivas, durante el tratamiento ellas son demandantes de tratamiento que llamamos entonces yo tengo líneas de quimioterapia para manejar un cáncer. En la parte física puede ser todo lo que causaría la quimioterapia náusea, vómito, pérdida del cabello, astenia del cáncer, anorexia por cáncer. Puede haber dolor, dolor neuropático por la sección de los nervios y la mastectomía no solo queda en que te sacan el seno si no tienen que hacer un vaciamiento ganglionar los ganglios linfáticos de la axila y eso te produce un dolor neuropático en la región torácica, y es difícil de manejar es un dolor de cabeza realmente, un dolor neuropático para el paciente y el y el médico, pero tenemos que abordar. Otra cosa física que puede quedar infección puede quedar seromas pueden quedar malformación, cicatrices; esa cicatriz, tú no eres buena cicatrizadora y haces queloides importantes con dolor, retracción de la herida, pueden haber cosas de este tipo.
3	Físicas no soy médica pero lo que he podido ver lo más terrible ya en pacientes paliativos con CA de mama son los linfedemas, también el hecho de la cicatriz tiene que ver con la parte psicológica la distorsión de la imagen corporal. El aceptar, entonces depresiónansiedad, trastornos adaptativos sí, porque eso no se ha dicho, entonces al inicio se lo pondría como un trastorno adaptativo más que como una depresión. O como un trastorno de ansiedad, y de ahí tú vas evaluando, porque de ahí puede pasar a ser una depresión, trastorno adaptativo, porque obviamente frente a una situación difícil la cirugía nos afecta nos repercute entonces yo creo que no sé si decir todos pero si la mayoría van a tener un trastorno adaptativo.
4	El linfedema porque hace que el brazo esté hinchado y estéticamente no se ve bien, como me veo así yo no me puedo poner esa blusa me pongo la otra.
5	La psicológicas un trastorno de personalidad y la negación de sentirse cohibidas, sentirse incompletas, es que doctora me siento incompleta, siento que me falta algo, ya no soy mujer, esas eran las palabras, ya no soy mujer, mi esposo no me ve como antes o mi esposo ya no quiere estar conmigo entonces eso les afectaba mucho psicológicamente, físicamente obviamente el no poder usar la ropa que usaban antes caían en un cuadro depresivo, tú ves algunas pacientes que ya se realizaban la cirugía y aparte estaban con quimioterapia perdían su cabello,disminuían de peso, náuseas, todos los efectos adversos entonces ellas no querían verse, tampoco querían visitas y trataban de estar en un espacio donde no estén en contacto con otras personas.

Dentro de las complicaciones físicas que se presentan mayormente en mujeres con intervención quirúrgica se ha encontrado que el linfedema. Afecta en su mayoría a mujeres en las que se ha realizado vaciamiento ganglionar, en el linfedema las infecciones son muy frecuentes debido a que el tejido pierde su capacidad de drenaje, además de un dolor neuropático a nivel torácico. Por otro lado, dentro de las complicaciones psicológicas lo que más se presenta son cuadros depresivos que muchas veces están asociados al abandono de las parejas o frente a una distorsión de la imagen corporal y al sentimiento de verse incompletas y de mutilación.

3.3.10. ¿Cómo han limitado las complicaciones la vida de las pacientes?

PROFESIONAL	RESPUESTA
1	Bueno primero ya de por sí, sin linfedema un paciente que ha sido sometido a un tratamiento de mastectomía no puede alzar pesos con ese brazo, no puede recibir pinchazos en ese brazo, no puede usar algo apretado, no pueden hacer fuerza esas cosas no, entonces si les limita a realizar trabajos forzados tiene que ser muy cuidadoso con ese tema no golpearse en ese brazo etc. Etc., no puede recibir pinchazos de ningún tipo ni para hacerse una glicemia capilar en ese brazo no. Obviamente si ya existe linfedema es mucho más limitante su trabajo así no haga esfuerzos físicos, el edema tan grande que se les hace pues limita mucho el peso, ya el posterior dolor de espalda por el mismo peso y la posición que adoptan no pueden lucir sus prendas como que abiertas, de maguita corta y eso porque el linfedema es importante cuando existe linfedema, pues complica un poco.
2	Las complicaciones cuando se hace vaciamiento ganglionar es el linfedema, la linfa se te acumula en el brazo y produces grandes linfedemas, que tampoco te dicen los cirujanos, entonces vienen con brazos el doble y tú no puedes quitarle esa hinchazón tienes que usar una manga de linfedema que son compresivas las mangas para disminuir el dolor, es una manga que estabiliza para poder manejar, son propensas a hacer infecciones porque no tienen ganglios en ese lado hacen celulitis, infecciones de los brazos no se puede tomar vías no se puede tomar presión arterial, hay que tener mucho cuidado de esto por este antecedente.
3	Yo recuerdo de una pacientita que pasaba todo el día en su silla, era un brazo gigante y tenía que apoyarlo en algo porque hasta caminar le costaba. Dependerá mucho de el ciclo vital en el que esté entonces por ejemplo no va a afectar igual por decir una mujer de 70 años, que no creo que se dé de tan avanzada edad, pongamos de unos 50 a una mujer joven que está en una etapa todavía reproductiva, que anhela el rol de mamá, de pareja entonces le afecta mucho más, no deja de afectar al resto pero no en la misma magnitud depende mucho de su ciclo vital
4	En actividades en el poder asistir a reuniones sociales, en que te digan es que yo allá tendría que ir con un vestido así y no puedo usar porque se ve feo, o que hay otras que tenía que usar la manga elástica, es que esto se ve tan horrible pero si no me pongo el brazo se me hace más grande, mejor no me voy.
5	El linfedema afectó en capacidad funcional, no podían cocinar, no podían planchar, ellas decían ya no soy mujer ya no le sirvo a mi esposo, ya no hago nada en mi casa, porque les limita, el linfedema por lo general es a miembros superiores entonces no permite la movilización a menor que tu hagas terapias después y puedas con drenajes claro que no mejora al 100% pero disminuye.

La totalidad de las profesionales de la salud han sabido manifestar que las complicaciones que se presentan al realizarse la intervención quirúrgica han afectado de manera significativa el diario vivir de las pacientes, sin embargo, es importante entender que existirán un sin número de factores alrededor de la enfermedad y posterior a la cirugía que van a repercutir en la recuperación de las pacientes, es importante entender que si la paciente posee un núcleo familiar unido que le brinde seguridad y apoyo la recuperación podrá ser más favorable que si su núcleo se desmorona a raíz de la enfermedad y los tratamientos. Así como es importante identificar si la paciente a traviesa su duelo, o se estanca en el estadio de la melancolía.

3.3.11. En su opinión, ¿existe alguna relación entre la dificultad de aceptar la mastectomía y las complicaciones vividas?

P	RESPUESTA
1	Si el inmuno-sistema está deprimido, si de hecho que si el estado de ánimo de una paciente o de cualquier persona pues hay riesgo de que haya más complicaciones, por la misma depresión y estar inmunodeprimidas cualquier microorganismo por ahí pues es muy fácil están muy expensas de tener cualquier infección porque su depresión hace que se inmuno-deprima el sistema inmunitario y obviamente hay mayor riesgo, existe mayor riesgo entonces existen mayores complicaciones entonces el estado de ánimo si influye mucho si influye.
2	No necesariamente sería así, porque es el tratamiento, o sea ese es tratamiento, porque el tratamiento de cáncer de mama es quirúrgico, que es tratamiento local de con radioterapia y sistémico con quimio y hormono terapia, no tiene opción de decirme que no quiere, tiene que hacerse porque ese es el tratamiento, explicarle que secuela va a tener para poder manejarlo. Cuando yo tengo una paciente que tiene actitud positiva el entendimiento de su enfermedad con buena actitud para recibir tratamiento las cosas no se complican cuando un paciente no sabe de la enfermedad no tiene idea y encima le complicamos los doctores porque no le explicamos y ella está bajoneada, no tiene buena actitud por poco le arrastran, viene ansiosa, viene depresiva, tú tienes que saber abordar eso para enganchar con este paciente y hacer empatía no simpatía, y tienes que engancharte porque sabes que va a ir mejor, pero si tú no tienes eso no tienes paciente, todo te sale mal, desde que golpea la puerta y justo yo estaba con iras. Se ve una diferencia en estratos, en la parte cultural de educación.
3	Sí y de hecho lo emocional va a repercutir en la recuperación física, en la cicatrización por ejemplo, entonces pacientes que se deprimen el proceso de recuperación quirúrgico va a ser más largo por ahí podemos empezar y en la parte psicológica como te decía mientras más nos demoremos en afrontar en retirar los vendajes en quererme ver al espejo se utiliza mucho técnicas conductuales, si al inicio me cuesta mucho tener que verme desnuda al espejo no lo voy a hacer porque va a generar mucho impacto pero voy a intentar por ejemplo, en mi pijama entonces me voy a ver al espejo y voy a tratar de ver lo que está pasando de como soy ahora, yo sigo siendo la misma, yo soy fulanita de tal, entonces eso no ha cambiado hay un cambio físico sí pero lo que se intenta es que se trate de cambiar eso, y que se trate de encontrar aspectos positivos en medio de todo lo negativo, entonces dentro de esa terapia que no es psicoanalítica si te toca manejar también porque es de ayuda, el hacer que te vas al espejo y no te vas a dejar de ver hasta que tu encuentres 3 características físicas positivas tuyas, entonces que estás haciendo estás tratando de que tu pensamiento no esté enfocado en la pérdida si no que estoy tratando de cambiar ese pensamiento por aquellas cosas que si tengo que son reales entonces tengo unos ojos bonitos, me gusta mi nariz, soy alta cosas así y podrá parecer algo trivial pero ayuda a que no nos quedemos estancados en lo negativo si no tratar de rescatar que hay cosas que se mantienen en mi porque yo sigo siendo la misma.
4	La mastectomía indudablemente es un seguro, porque si es indicación médica entonces hay que hacerla, parte del tratamiento además de la quimio es la mastectomía, a lo mejor un poco el dolor postquirúrgico el dolor, el dolor postquirúrgico como es una cirugía grande y el tórax es una zona sumamente inervada el riesgo de tener dolor neuropático por mastectomía, es alto, y se maneja con fármacos y lo que no gusta es que muchas veces la gente no quiere tomar fármacos, porque si ya me operé porque tengo que tomarme estas pendejadas porque me duele si ya me opere, y el linfedema si porque muchas veces en el trans-operatorio no solo se determina que hay que hacer mastectomía si no vaciamiento ganglionar, y eso va a provocar el linfedema, hay complicaciones que se van a dar quiera o no quiera, dependerá del mecanismo de afrontamiento que cada uno tenga, la depresión está asociada en más de un 50% en pacientes, primero porque preocupa mucho el que va a pasar el oír cáncer, ya uno piensa en muerte, lo otro es que se piensa mucho en la parte económica porque es mermante, no todos los pacientes tienen seguridad social, no todos los pacientes son atendidos de forma rápida a nivel de sistema de salud pública la cita te dan a un mes, dos meses, tres meses y en esos meses han pasado un montón de cosas con la enfermedad entonces desde ese punto de vista, pero no todas tienen los recursos económicos para poder solventarse solas, sin embargo, pese a esto hay familias que tienen un grupo social un buen núcleo familiar y eso si ayuda. A veces te dicen yo hago esto porque mi hijo me pidió.
5	Yo creo que está relacionado el estadio con las complicaciones y obviamente tu tipo de aceptación, si tú no estás segura de tú enfermedad vas a esperar mucho tiempo para llegar a tu diagnóstico y mientras cumples este tiempo tu enfermedad va a avanzar y a medida que sigue avanzando ahí ya no puedes hacer muchos tipos de cirugías entonces ahí el estadio cambia e incluso en algunas ocasiones ya no sirve ni la quimioterapia, entonces yo creo que está relacionado su estadio con las complicaciones. Y obviamente, pero en relación científica, pero en relación psicológica sí, si yo siento que me voy a quedar incompleta y si me voy a morir no quiero hacer nada más, así fueron algunas respuestas de mis pacientes, doctora ahora si ya me voy a quedar sin nada mejor ya no me hago nada y si me voy a morir mejor ya no quiero nada, o decían míreme como estoy usted es mujer como se sentiría. Psicológicamente las personas no aceptan su realidad y esto complica mucho su cuadro.

Dentro de la tabla que antecede se puede encontrar que la mayoría de profesionales de la salud proponen que existe una relación directa entre la dificultad de aceptar la mastectomía y de las complicaciones vividas, una profesional postula que existen complicaciones que se darán independiente mente de si la paciente acepta o no el tratamiento, sin embargo, al ser protocolos médicos establecidos se deben realizar, lo que la profesional propone es que los mecanismos de afrontamiento jugarán un papel muy importante al momento de que se presenten las complicaciones. Si bien es cierto, las profesionales identifican que existen factores de tipo psicológico que se presentan después de la intervención quirúrgica, establecen que al ser la cirugía un procedimiento protocolario, las complicaciones que se darán de este son propias del tratamiento, mas no necesariamente estará relacionadas al trabajo de duelo, frente a la pérdida de una mama, entendiendo que esta parte está cargada de simbolismos tanto sociales, culturales, que son externos, pero también de aspiraciones y deseos, que son internos.

3.4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Para esta investigación se contó con la colaboración de cinco profesionales de la salud, que voluntariamente aceptaron ser parte de esta investigación. Con el objetivo de identificar si existe alguna relación entre la elaboración del duelo y las complicaciones asociadas a la mastectomía. Los indicadores fueron planteados y aprobados en el plan de tesis aprobado en agosto del 2017, y en base a estos se elaboraron las preguntas para realizar las respectivas entrevistas.

Elaboración del duelo:

Respecto a los indicadores de duelo se puede ver que al ser el cáncer sinónimo de muerte, habrá en un primer momento al recibir el diagnóstico de cáncer un duelo inicial, sin embargo, el duelo en criterio de las profesionales no está marcado por la pérdida del seno, en sí, sino por el cáncer asociado a esta cirugía. Sin embargo, en las respuestas de las profesionales, indican haber identificado que frente a la enfermedad existe culpa de la propia persona visto como auto reproche y muchas veces cuestionando a Dios. Desde el punto de vista de las profesionales entrevistadas no se puede decir que a causa del duelo la persona se detenga, ya que actualmente el equipo de salud busca y presiona para que vuelva a sus actividades profesionales y familiares, más, sí se evidencia un aislamiento del entorno sobretodo en el ámbito social. Debido a la metodología de trabajo de las profesionales las pacientes deben realizar su vida lo más normal posible. Debido a que las profesionales son personal de salud en su mayoría no se puede corroborar la hipótesis, en su opinión las complicaciones están asociadas a los procedimientos que se realizan, más, al existir una profesional de la salud mental, supo expresar que se evidencia una mala cicatrización con aquellas pacientes que han tenido problemas al aceptar la pérdida de su seno.

El equipo de profesionales refiere que siempre existen evidencias de tristeza, las cuales en un primer momento son notables, frente al retirarse los vendajes y tener que reajustar su esquema corporal. Las pacientes deben elaborar un duelo que está mediado por tres factores, el primero la mujer que eran antes de la cirugía, el segundo los estándares de belleza que se manejan socialmente y tercero reajustar la nueva imagen real a la que se enfrentan. Si bien es cierto una vez que se han sometido a la cirugía decaen ciertas funciones como alimentación, pérdida de sueño y presentan cambios psicológicos importantes como labilidad emocional y llanto fácil.

Presencia de complicaciones:

Se puede dilucidar que, el rango de mujeres que han presentado mayores complicaciones luego de haber sido mastectomizadas ha sido el de mujeres jóvenes, las profesionales han sabido expresar que la razón por la que este grupo se ve más afectado es debido a que los roles que maneja frente a la sociedad, su familia, su pareja y sus hijos, que son muchas más, que las mujeres que están en un estadio mayor.

CONCLUSIONES

- Se entiende que el duelo es un proceso normal ante una pérdida, que puede estar relacionada con el objeto de amor, o un ideal. En este proceso de pérdida el sujeto o ideal sobre el cual se haya depositado energía libidinal, se pierde y es allí donde al elaborar el duelo se presentarán ciertos comportamientos que una vez que la energía que investía al objeto sea reubicada o que retorne al yo, cesarán. Algunas de las manifestaciones que se presentan en el duelo son las siguientes: pérdida del interés en el mundo exterior específicamente en todo lo que recuerde al muerto. Pérdida en la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor, extrañamiento de trabajo productivo que tenga que ver con el muerto. De esta manera se identifica que al elaborar el duelo se da sobre lo que se ha perdido y no como en la melancolía que se dan auto-reproches que se vuelcan hacia el yo.

- El cáncer de mama en el Ecuador ocupa uno de los primeros lugares en tasas de mortalidad, es por ello que, resulta importante entender de qué manera afecta a una mujer recibir este diagnóstico. Además, el cáncer de mama se posiciona en Quito y Guayaquil como la primera afección en mujeres. Si bien el número de casos de cáncer ha incrementado al pasar de los años la mortalidad se ha mantenido estable, gracias al diagnóstico temprano de la enfermedad.

- Según las profesionales entrevistadas para esta disertación, frente a los distintos tipos de tratamiento aparecerán ciertas complicaciones específicas, en el caso de las complicaciones físicas se presentarán náuseas, dolor, pérdida del cabello y demás; que están relacionados a los tipos de medicamentos e intervenciones que se realizan con la finalidad de eliminar el cáncer del cuerpo. En cuanto a las complicaciones sociales, el impacto que se da en la familia es alto, y genera un cambio debido a que la paciente no puede realizar las actividades de la misma manera, en el ámbito de pareja también se ve una disminución en cuanto a la vida sexual que muchas veces está dada por el temor y desconocimiento. Ahora bien, en el ámbito psicológico como lo supo manifestar la profesional de la salud, se encuentran complicaciones tales como trastorno adaptativos, trastornos por ansiedad, depresión o melancolía, y trastornos asociados a la imagen corporal.

- En el trascurso de esta investigación se ha podido identificar ciertos factores de índole social y psicológico que repercuten de distinta forma en la vida de las pacientes sometidas a una intervención quirúrgica por cáncer de mama. Es

evidente que al ser seres sociales muchos de los estereotipos de belleza estarán marcados por ser seres “completos” y tener determinada característica, así como de los roles que deben cumplir hombres y mujeres en distintas etapas de su vida.

- De esta manera, se ha encontrado que muchos de los estereotipos juegan un papel fundamental al momento de atravesar una pérdida corporal, de uno o ambos senos, ya que dependerá mucho de la edad de la paciente, de su situación económica, de los roles que desempeñe y de sus aspiraciones, para que la recuperación se dé de una manera pronta.

- También, ha resultado interesante entender que, si las personas que rodean a la paciente le brindan un núcleo familiar estable y se involucran en curaciones, drenajes y demás cuidados, la probabilidad de que la paciente mejore es notable, sin embargo, en la práctica se evidencia un abandono significativo de parejas o de familia cuando la paciente es intervenida quirúrgicamente o está atravesando los tratamientos de quimioterapia, radioterapia y demás.

- Se puede evidenciar que muchas de las pacientes tienen evidencias de tristeza y empobrecimiento del mundo después de haber sido sometidas a una mastectomía, además tienen un número importante de infecciones debido a que su sistema inmunológico se encuentra deprimido en términos médicos y como lo manifestó la profesional de salud mental la herida no cicatriza de la manera adecuada.

- En base a la bibliografía médica revisada y a las entrevistas realizadas se ha podido identificar que la mastectomía (simple, radical o doble), resulta ser parte fundamental de los protocolos médicos para combatir el cáncer de mama.

- En criterio de las profesionales consultadas se ha podido identificar que las mujeres que padecen cáncer de seno, deben atravesar un duelo frente al diagnóstico de la enfermedad, debido a que el diagnóstico de cáncer, según las profesionales, es sinónimo de muerte, además de realizar un sin número de duelos frente a la pérdida corporal real frente a la intervención quirúrgica.

- En criterio de las profesionales de la salud se entiende que las mujeres que se someten a los distintos tipos de tratamientos tendrán afectaciones a nivel físico, que son parte de los tratamientos mas no se identifican complicaciones significativas de índole psicológica, dado que las profesionales postulan que los efectos que aparecen en las pacientes muchas veces son parte del tratamiento.

- A pesar de que las profesionales de la salud no identifican una relación entre la elaboración del duelo con las complicaciones posteriores a la mastectomía, se observa que a las mujeres a las que les costó aceptar el tratamiento y la enfermedad, tuvieron mayor número de infecciones, seromas,y edemas, también su sistema inmune se encontraba deprimido; así como, también tuvieron un cambio a nivel comportamental y tuvieron conductas como aislamiento, auto reproche, llanto fácil, que permite evidenciar que el cambio corporal, tiene una repercusión sobre la psique del sujeto.

RECOMENDACIONES

A los profesionales de la salud mental:

- Se recomienda tomar en cuenta distintos factores al momento de elegir la población para vincular la teoría.
- Además de tomar en cuenta temas éticos tales como, en el caso de no llegar a hacer un acompañamiento terapéutico, evitar trabajar con pacientes, para de esta manera evitar re victimizar a los pacientes.
- Establecer un protocolo claro enfocado, de tal manera, que el paciente diagnosticado con cualquier enfermedad oncológica tenga una valoración y un seguimiento por parte del departamento de salud mental.
- Se recomienda interesarse por el paciente oncológico de manera integral y tratar temas como la sexualidad en pacientes con distintos tipos de enfermedades catastróficas, así como también, en pacientes con diferentes trastornos, y necesidades especiales.
- Se recomienda tomar en cuenta distintos tipos de factores estéticos, o externos de las pacientes tales como el cabello o el aspecto físico para futuros trabajos de investigación.

A la Facultad de Psicología:

- Se añada a la malla educativa, asignaturas para el adecuado tratamiento al paciente oncológico desde el área psicológica.
- Promover el estudio de distintos tipos de enfermedades y buscar convenios con distintas entidades hospitalarias, para que de esta manera los futuros profesionales podamos estar capacitados de mejor manera.
- Realizar estudios sobre los distintos tipos de cáncer y de qué manera se relaciona la posición económica o el entorno urbano y rural.
- Promover el interés por estudios enfocados en afectación de enfermedades respecto de la edad, los roles y los géneros.

BIBLIOGRAFÍA

AmericanCancerSociety. (13 de Septiembre de 2017). *AmericanCancerSociety*. Obtenido de AmericanCancerSociety: https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno.html

Antón Torres , A., Calderero Aragón , V., & Puertólas Hernández, T. (2017, AGOSTO 4). *Duelo en oncología.* Retrieved from INFLUENCIA DEL CONTROL DEL DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS EN EL DUELO: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo07.pdf

Bello, M. (1998). Aspectos psicoantropológicos en la mujer con cáncer de mama. *Cuadernos de Cirugía*, 82-89.

Breastcancer.org. (24 de Enero de 2017). *Breastcancer.org* . Obtenido de Breastcancer.org : http://www.breastcancer.org/es/sintomas

Claudet, P., & Hernández, F. (1985). CONSECUENCIAS PSICOAFECTIVAS Y SOCIALES. *Revista Costarrisence de Ciencias Médicas*, 29-38.

Fernández Guerrero, M. J. (2009). Consecuencias psíquicas de la histerectomía no oncológica. *Psiquiatría.com*.

Freud, S. (1914/2014). *Obras Completas. Introducción al narcisismo. TOMO XIV.* Buenos Aires: Amorrotu editores.

Freud, S. (1915/2014). *Obras Completas. Lo inconsciente. TOMO XIV.* Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1915/2014). *Obras Completas. Pulsiones y destinos de pulsión.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1917/2014). *Obras completas. Duelo y melancolía. TOMO XIV.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1923/2014). *Obras Completas. El yo y el ello. TOMO XIX.* Buenos Aires: Amorrortu Editores.

GenesisCare. (2017). *GenesisCare*. Obtenido de GenesisCare: https://www.genesiscare.es/cancer-mama/etapas/

González Reza, K. (Marzo de 2017). *Revista Electrónica del Psicológia Iztacala.* Obtenido de Revista Electrónica del Psicológia Iztacala: http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art3.pdf

Grau, J., Llantá, A., Chacón, M., & Pire, T. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer; algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Revista Cubana Oncológica*, 49-65.

Infocancer. (27 de Marzo de 2013). *Infocancer*. Obtenido de Infocancer: http://www.infocancer.org.mx/estructura-del-rgano-con76i0.html

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis.* Barcelona: Paídos.

Lluch Hernández, A., Almonacid Guinot, V., & Garcés Honrubia, V. (2013). *DUELO EN ONCOLOGÍA.* Madrid: SEOM.

Martínez, A., Lozano, A., Rodríguez , A., Galindo, Ó., & Alvarado , S. (Enero de 2014). *Gaceta Mexicana de Oncología.* Obtenido de Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía: http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-X1665920114278797

NIH. (27 de Febrero de 2018). *Instituto Nacional de Cáncer* . Obtenido de Instituto Nacional de Cáncer: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq

OMS. (01 de Agosto de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11616%3Aworld-cancer-day-2016&catid=9245%3Aworld-cancer-day-wdc&Itemid=42244&lang=es

Potter, P., & Perry, A. (1996). *Fundamentos de Enfermería.* Madrid: Mosby.

Silberberg E, L. J. (1998). *Antología de la sexualidad humana. .* México: Porrúa.

SOLCA. (2014). *SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER/REGISTRO NACIONAL DE TUMORES/EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER EN QUITO 2006-2010.* QUITO: SOLCA.

Urrutia, M. T., & Riquelme, P. (2009). SIGNIFICADO DE LA HISTERECTOMÍA PARA UN GRUPO DE MUJERES CHILENAS. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 276-280.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Silvia Estefanía Baca Gallegos

Este es un consentimiento informado sobre la investigación EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DUELO Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES POSTERIORES A LA MASTECTOMÍA POR CÁNCER DE MAMAcon la dirección de la Mgtr. Paulina Barahona Cruz; realizada en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, en la Facultad de Psicología especialidad Clínica. Este documento es dirigido a trabajadores del área de la salud y se les invita a ser parte de esta investigación. Este documento intenta explicarle todas las cuestiones relativas a la investigación que se realizará. Léalo atentamente y consulte con la investigadora todas las dudas que se le planteen.

Este consentimiento contiene dos partes:

- En la primera se expondrá toda la información pertinente al estudio.
- En la segunda el Formulario de Consentimiento donde expondrá si está o no de acuerdo en participar en la investigación.

PARTE I: INFORMACIÓN

Introducción

Yo soy Silvia Estefanía Baca Gallegos, con cédula de ciudadanía 172373188-9, actualmente estoy realizando mi trabajo de titulación, la investigación que se está realizando es sobre el duelo en relación a la mastectomía, un estudio importante tomando en cuenta que el cáncer es una de las primeras causas de muerte en el Ecuador. Le voy a dar información e invitarle a participar en esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes dedecidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me lo hace saber para según le informodarme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, o a la directora de esta investigación.

Propósito

El cáncer es una de las primeras causas de muerte en el Ecuador, es por ello que se ha decidido analizar la relación entre la elaboración del duelo y las complicaciones posteriores a la mastectomía por cáncer de mama. Entendiendo que una mujer que no realice un duelo adecuado tendrá mayores complicaciones al momento de retirarle sus mamas. Según un estudio realizado en Solca (2013) el cáncer de mama es una de las enfermedades que afecta de manera mayoritaria a la población femenina y es una de las principales causas de muerte.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación implicará una única entrevista semiestructurada.

Selección de participantes

Se está invitando a los profesionales de la salud que hayan trabajado con mujeres de todas las edades a las cuales se les haya realizado una intervención quirúrgica por cáncer de mama.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo.Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participarauncuando haya aceptado antes.

Duración

La entrevista durará cuarenta (40) minutos en total.

Efectos secundarios

No existen efectos secundarios. Sin embargo, cualquier duda que usted tenga sobre las preguntas planteadas háganos conocer para responder inmediatamente a sus inquietudes.

Riesgos

No existe ningún riesgo al realizar la entrevista. Sin embargo, estaremos pendientes de sus preguntas y necesidades.

Molestias

Al participar en esta investigación es posible que alguna pregunta pueda generarle molestia por los temas tratados. Si esto sucede puede decírmelo para hablar sobre el tema.

Beneficios

Al ser profesionales de la salud esperamos que con su conocimiento se logre identificar la relación entre el estado de la persona y sus complicaciones.

Incentivos

Usted tendrá acceso a los resultados de la información recopilada, si lo necesita.

Confidencialidad

La información proporcionada durante la investigación será únicamente con fines educativos.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar departicipar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos susderechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después dehaberserealizado la entrevista. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar con la siguiente persona: Silvia Estefanía Baca Gallegos, Isidro Gallegos E17-42 y Antonio de Sierra. 0996218187/022542306; sbvalentina93@hotmail.com

PARTE II: Formulario del Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación sobre la elaboración del duelo y sus complicaciones posteriores a la mastectomía por cáncer de mama. Entiendo que se me realizará una entrevista con duración de cuarenta minutos (40). Se meha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando elnombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad depreguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo quetengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte enninguna manera.

Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTAS

MÓNICA ÁLVAREZ

Preguntas de introducción:

¿Cuál es su formación?	Soy enfermera. Graduada de la Universidad Central. Pues ya voy trabajando como enfermera siete años.
¿Cuál ha sido su experiencia en el trabajo con pacientes oncológicos?	Haber bueno yo creo que como que he dividido en dos partes la experiencia que he tenido porque pues al inicio de mi profesión yo trabajé haciendo cuidado directo con todos los pacientes en general, pero a partir de hace unos tres años acá, mi vida cambió mucho porque al trabajar con pacientes oncológicos pues se ve de cierta manera avances y retrocesos en la curación de la enfermedad en el estado de ánimo de los pacientes y sus familiares. De acuerdo a la situación que vayan nuestros pacientes pero a partir de hace unos tres años acá trabajo en la unidad de cuidados paliativos donde todo es diferente, al paciente se lo conoce en forma integral se lo aborda de forma integral, se conoce más de cerca sus necesidades, sus prioridades y se trabaja sobre ellas, en la otra parte en la parte clínica pues se lo ve únicamente al paciente con su enfermedad pero no quien es la paciente y el entorno que tiene ese paciente

	entonces ha sido muy buena mi experiencia en realidad en la parte que se puede decir me ha obligado a capacitarme más, etc., etc., pero en la parte emocional definitivamente cambiaron mucho mi vida, me ha hecho ser una mejor persona, me ha hecho valorar mucho lo que uno tiene cada día, lo que muchas de las veces uno reniega y dice y esto porque a mí con cosas que son definitivamente que no valen la pena, hay cosas que definitivamente valen la pena como la familia como la salud, el amor, la unión, son muchos muchos factores entonces es una experiencia desde mis inicios hasta acá ha sido muy muy buena me ha ayudado a crecer me ha ayudado a ser más humana.

Preguntas guías correspondientes a la Investigación:

Indicadores	Preguntas por indicador	Respuestas
Sentimientos de tristeza	**1. ¿Cuál ha sido la reacción de la paciente frente a la decisión de**	La primera reacción es la negación porque pues obviamente como mujer y la parte estética influye mucho, o en su mayoría la negación a que le

	realizarle una mastectomía?	quiten una parte de su cuerpo es una parte muy importante, muy pocas veces he visto pacientes que hayan reaccionado de manera positiva a decir de acuerdo está bien hagámoslo, hago lo que tenga que hacer, generalmente he visto reacciones negativas, de negación hacia el procedimiento.
	2. ¿Las pacientes han presentado en un primer momento posterior a la mastectomía algún cambio sustancial, ya sea anímicamente, o físicamente? Describa como se encontraban las pacientes atendidas por usted luego de la mastectomía	Muchos, se ven afectadas psicológicamente muchísimo al despertarse ya de la cirugía obviamente traen su vendaje de pronto algún drenaje pero ellas se sienten obviamente y existe mucha labilidad emocional al hablar al primer encuentro con las pacientes pues están muy lábiles emocionalmente, llanto fácil, se afectan mucho.
	3. ¿Las pacientes han dejado de comer, dormir, o realizar actividades a raíz de la intervención quirúrgica?	Que hayan disminuido el tema de no poder descansar bien pero que si lo hacen no comen como antes pero si, obviamente parte de que están tristes, deprimidas uno cuando se encuentra así es difícil que pueda hacer todo como antes lo

		hacía.
Empobrecimiento del mundo	**1. ¿Las pacientes volvieron a realizar actividades rutinarias?**	No, no totalmente, pero si dejaron de hacer ciertas cosas, salir no se, de vida social al menos el 50 % disminuido
	2. ¿Tenían interés por sus actividades o su familia? ¿Mostraban interés por sus actividades laborales?	Es un proceso que tienen que hacer las que reciben ayuda las que no reciben ayuda pues tardan un poco más, obviamente que creo que culturalmente las mujeres ecuatorianas o en general no sé, pero suelen salir entonces claro que las que reciben ayuda salen mucho más rápido y si tienen el apoyo familiar de su pareja, etc. pues salen mucho más rápido, pero si se pierden al menos en un 50% al inicio del procedimiento al

		menos en su vida social si se ve afectada. Si, si como digo ese es un proceso pero si, las quienes tenían trabajos han retomado y han hecho su vida parcialmente lo normal no, con su sentimiento ahí de que algo les falta y que no se ven por entera, completas y su feminidad afectada pero si han trabajado.
	3. ¿Las pacientes hablaron sobre su vida en un futuro?	La mayoría de ellas, no; no la mayoría un porcentaje bajo pues hablaban de pronto más adelante hacerse una prótesis o algo para poder sentirse algo mejor y volver a sentirse eso atractivas y todo, otras tenían un poco más de pesimismo de que de pronto pierdan a su pareja, su vida de pareja se iba a perder, es que es relativo eso no es o todos o ninguno.
Presencia de complicaciones en las pacientes	**1. En promedio ¿Cuántas pacientes con cáncer de mama ha atendido?**	¡Uy! Durante todo este tiempo hay una gran cantidad de pacientes con cáncer de mama, creo que el cáncer de cérvix es el que mayor porcentaje pero obviamente el que le sigue es el de mama en mujeres entonces no sé yo creo que si un 100% es en total de todos los cánceres al menor un 30% he

		visto pacientes con cáncer de mama.
	2. ¿Qué rango de edad de mujeres que se han sometido a una mastectomía es el que más complicaciones ha tenido?	Las jóvenes. Pero complicaciones más psicológicas que físicas; obviamente dependiendo del estadio y eso van muy bien se les ha visto que van bien que salen de muy buen pronóstico ellas.
	3. ¿Cuáles son las complicaciones físicas y psicológicas más comunes que ha observado?	En las físicas que hay linfedemas y esa es la primera que hay progresión de la enfermedad a pesar de haber sido extirpada el seno. Masas fungadas, infectadas, pero el linfedema en primer lugar. En general, dependiendo del estadio que se encuentren pero sí, quienes más se ven afectadas físicamente, emocionalmente son las mujeres más jóvenes en edades tempranas.
	4. ¿Cómo han limitado las complicaciones la vida de las pacientes?	Bueno primero, ya de por sí, sin linfedema un paciente que ha sido sometido a un tratamiento de mastectomía no puede alzar pesos con ese brazo, no puede recibir pinchazos en ese brazo, no puede usar algo apretado, no pueden hacer fuerza esas cosas no, entonces si les limita a realizar

		trabajos forzados tiene que ser muy cuidadoso con ese tema no golpearse en ese brazo etc. etc., no puede recibir pinchazos de ningún tipo ni para hacerse una glicemia capilar en ese brazo no. Obviamente si ya existe linfedema es mucho más limitante su trabajo así no haga esfuerzos físicos, el edema tan grande que se les hace pues limita mucho el peso, ya el posterior dolor de espalda por el mismo peso y la posición que adoptan no pueden lucir sus prendas como que abiertas, de maguita corta y eso porque el linfedema es importante cuando existe linfedema, pues complica un poco.
	5. En su opinión, ¿existe alguna relación entre la dificultad de aceptar la mastectomía y las complicaciones vividas?	Si el inmuno-sistema está deprimido, si de hecho que si el estado de ánimo de una paciente o de cualquier persona pues hay riesgo de que haya más complicaciones, por la misma depresión y estar inmunodeprimidas cualquier microorganismo por ahí pues es muy fácil están muy expensas de tener cualquier infección porque su depresión hace que se inmuno-deprima el sistema inmunitario y

		obviamente hay mayor riesgo, existe mayor riesgo entonces existen mayores complicaciones entonces el estado de ánimo si influye mucho si influye.

MARÍA TERESA ESPEJO

Preguntas de introducción:

¿Cuál es su formación?	¡Bueno yo soy médico general en el año que será en el año 96 luego hice un postgrado de medicina interna en la Universidad Estatal de Guayaquil en el año 2007 me parece, ay no! 1997. luego hice un postgrado de oncología con la San Francisco acá ya en el 2006 hice también paralelamente como me interesé mucho en los pacientes oncológicos una maestría un diplomado de cuidados paliativos y terapia del dolor en este tipo de pacientes a la par de que veía el sufrimiento de los pacientes y demás y además que tenemos una rotación en ese hospital de clínica del dolor y terapia del dolor direccionado al paciente entonces prácticamente veo la parte holística de mi paciente por mi formación, veo una parte de medicina interna las

	comorbilidades de la enfermedad y termino con si no hay un manejo específico oncológico. Es más integral mi formación, ¿por qué se dio? dadas las oportunidades, no es que claro salía algo y se fue formando, pero si veo retrospectivamente lo importante es lo que he alcanzado hasta ahora. Ahora soy médico tratante de medicina paliativa y terapia del dolor en el Hospital de Solca Quito estoy acá ya como cuatro años, en el hospital ya llevo como 13 años porque he rotado por las diferentes áreas por la parte de mi formación sin embargo, me siento cómoda haciendo lo que hago el manejo de lo que es cuidado paliativo y terapia del dolor tengo algún proyecto o proyectos para la formación de otros servicios eso hice que será hace unos cuatro años intenté hacer el servicio de cuidados paliativos en el Hospital Baca Ortiz, lastimosamente la parte administrativa y la parte gubernamental impidieron este sentido. No tenemos paliativistas pediátricos ni siquiera oncólogos pediatras peor un servicio de este tipo, trabajamos intentamos hacer ahí me quedé casi dos años, se logró algunas cosas yo creo que lo más interesante es lograr cambiar al mismo médico. Que entienda que es cuidados paliativos que entienda que existe la morfina que entienda que no hay mitos de morfina y que con eso podemos aliviar muchas cosas, me costó mucho

	con los tratantes, primero saber y dejar que, por que la idea de ellos es que el niño tiene que crecer, nacer, reproducirse y morir, pero no entienden que o se dan como que algo les ha pasado malo que tú no le salves al niño, ellos se sienten mal como que pierden la batalla y les siguen manejando y no es un paciente que tenía una necesidad paliativa de inicio y que no pensaron en, entonces quedó esa semilla ahí. Sí como que algo pasó aquí que venía esa doctora loca y ponía bombas de morfina bombas de tramal para aliviar el dolor de los niños de los padres porque ahí juega mucho la intensidad de los papás del profesional en sí y del niño, entonces bien duro fue esa parte pero hicimos un buen equipo, trabajé con un psicólogo que me lo robé del servicio de quemados y también el sufría pero una patología súper manejable entre comillas dada las secuelas que deja una quemadura entonces yo creo que él era la persona idónea para que me ayude entonces hicimos pre duelo y duelo en ciertos pacientes que nos permitieron los padres y los hermanos para poder manejar esta parte. Resultados no tengo resultados porque generalmente nosotros lo médicos vemos resultados que pasó, o sea yo te puedo contar cosas lindas, pero, a ver, el resultado que es, o sea, donde está y es lo que me pedían a mí. Dice usted viene y arma un montón de cosas pero donde está

	en el registro; es que no hay cuidados paliativos entonces no ha hecho nada, en la parte representativa, si no mi satisfacción personal decirte que intenté, hice algo pero no lo logré en lo que yo quería y debería estar formada, además que somos muy celosos los profesionales entonces si tu emprendes un proyecto o te copian mal o no te dejan seguir y también somos poquitos los que hacemos paliativos, no es que tenemos una gran población médica para hacer eso, una porque no hay postgrados nosotros hemos hecho los diplomados, las maestrías y tratamos de ir uniendo para dar un mejor servicio a nuestro paciente, pero no es que tengamos ese, ni siquiera por el gobierno, no, la Senecyt formó a cuatro médicos, y de esos médicos la intención era de que nos forme a nosotros con un aval de derecho, no con una universidad y no lo hemos logrado, porque ellos mismos nos ponen muchas trabas pero en el contexto de la preparación de eso tenemos y por eso lo estamos haciendo, ha costado un montón por ejemplo yo he visto la formación desde el inicio en Solca Guayaquil la formación de cuidados paliativos y terapia del dolor y ahora ya tienen el servicio formado ahí por ejemplo son anestesiólogas las líderes del servicio entonces tienen otra visión posiblemente pero ellas son internistas, entonces ven de distinta manera, un internista es un internista, un oncólogo es un

	oncólogo, tiene otra cosa y esa fue la invitación para acá para formar parte del servicio como visión oncológica entonces yo me preocupo más de la historia natural del tumor y digo esto va a pasar esto va a hacer, esto puede ocurrir, entonces eso sí ayuda en la parte integral del manejo del paciente.
¿Cuál ha sido su experiencia en el trabajo con pacientes oncológicos?	Prácticamente me formé en un Hospital Oncológico, medicina interna lo hice en un hospital oncológico lo hice en el Juan Tanca Marengo, allá en Guayaquil por lo tanto manejamos la parte clínica del paciente con cáncer, entonces le conocíamos manejábamos hipertensión tifidemiaetc, más el cáncer que le veíamos así como que en segundo plano y es la parte fundamental tal vez eso es lo que te produce este dolor total esta parte emocional, que tu como al principio, como estas joven y no sabes y te enfrascas en lo que es medicina interna dejaste de lado muchas cosas, ahora yo más grande digo ay! Tantas cosas que yo pasé tantas cosas que podía haber ayudado más en ese tiempo que si la presión alta está bien que si las cifras tensionales suben bajan que si la diabetes cuando eso puede ser algo que puedo manejarlo si pero más bien, más bien eso podía ponerle como aparte de su problema principal luego ya hice oncología todo el tiempo entonces sé el sufrimiento de los

	pacientes se cómo, como adaptarme al medio entonces puedo conversar y a veces yo también digo no sé si me haría como muy dura no? Porque yo les veo a mis compañeras de acá y les veo que tienen otra forma tal vez son muy paternalistas en mi opinión pero yo; yo no me demoro tanto no en el tiempo si no en la forma de abordar la noticia y poderlas trasmitir, y escucho de ellas es que yo ya conversé es que yo ya hice, pero digo tengo los mismos pacientes o es que algo estoy haciendo mal y hago mi mea culpa, o las colegas son tan pero digo no pero yo si tengo sentimientos pero es aparte, y si me pregunto y me digo es que he cambiado en el tiempo que pasó conmigo pero hay cosas que sí me impactan y las puedo solventar de alguna forma, será mi carácter, será mi forma de ser mi personalidad entonces me apoyo en eso que tampoco es que sea tan bien visto y pues claro que esa es mi fortaleza de lo contrario no tendría esta capacidad de sobrellevar tanto tiempo que trabajo en oncología y ya son como híjole como 13 años, 15 años que llevo en esta profesión y lo puedo hacer, dar malas noticias, enfocarme con el paciente difícil, y el familiar difícil o sea poder negociar y trabajar juntos, entonces cada día tenemos un paciente nuevo y lo que yo les digo a mis pacientes es eso vive hoy. A mí no me importa lo de ayer ni que pasará, no; hoy, hoy

	estamos aquí hoy estamos conversando, hoy vamos a hacer el plan de manejo para ver cómo nos va, mañana es otra cosa. Es incierto el mañana. Lo que queremos es llegar a entender lo que es normal, la muerte, pero como la muerte es la representación que nunca más te voy a ver entonces eso asusta, claro y ni siquiera pensamos como me moriré, que me pasará, no nononono, es que yo no voy a estar y eso es lo que lastima y eso es lo que duele, el arrepentimiento la culpa ya vendrá sobreañadida; cuando yo veo a los familiares por ejemplo ya no se queje, ya esto y luego termina yéndose el paciente y ellos se quedan era de haber hecho más, no, trabajamos y lo hicimos juntos o sea no están solitas estamos juntos en este proceso entonces eso es lo que he estado haciendo y así me voy a quedar no voy a cambiar en algo más bien pretendo hacer las cosas y mejorar.

Preguntas guías correspondientes a la Investigación:

Indicadores	Preguntas por indicador	Respuestas

Sentimientos de tristeza	1. **¿Cuál ha sido la reacción de la paciente frente a la decisión de realizarle una mastectomía?**	Yo creo que las pacientes lo toman puede ser de dos partes, una como que, que bueno me quitas le cáncer, porque tienes la idea de que un tumor solamente es sacarle y no es así, el cáncer de mama es una enfermedad sistémica como sistémica quiere decir que no está solamente donde tú la miras, si no que ya está regada las micro metástasis por todo el cuerpo donde yo no veo, por eso nosotros les ofrecemos tratamientos sistémicos como la quimioterapia y la hormonoterapia y tratamientos locales, tratamiento local como cirugía y radioterapia entonces por eso el tratamiento es largo tiempo implica muchas cosas, entonces la paciente dice me quito esto gracias me siento bien, es un alivio que tienen pero también tienen el temor de sentirse no mujer, sentirse mutiladas, sentirse en la parte de la relación con su pareja, entonces a veces nosotros no preguntamos eso o sea, el cirujano crees que le va a decir le voy a sacar la mama? O sea ni idea él quiere, va saca y no se preocupa de, y nadie le pregunta y tu cómo te sientes en una relación

		íntima y tu como estás con eso cuando te miras al espejo y no tienes tu seno porque así nos criaron, tú tienes que ser completa y ahora más todavía con la figura que si tienes un gordo ya no sirve, que si tienes tetas, que si tienes grande una chichi, o sea, son estereotipos que nos da la sociedad no, entonces más con todo esto las pacientes si se sienten así y tanto así a veces ellas solicitan hacerse un injerto una prótesis una reconstrucción poniéndose prótesis y se hacen injertos grandes sacándose de este gordito (señala abdomen bajo) que todas tenemos y hacerles acá la rotación entonces quedan con dolores neuropáticos a nivel pélvico por la cirugía más la mama, luego queda la mama y uno dice que linda mama mentira, no tiene pezón entonces tiene que hacerse un pezón, y hay otras pacientes que quedan con secuelas después de esto y sufren más que haberse quedado sin y te dicen es que yo era, hubiera preferido no hacerme esto por complacer a mi esposo, y siempre somos así las mujeres, nunca decimos por mí, por yo sentirme bien, por yo estar

		tranquila, siempre vemos por ellos, por la pareja, el amigo, el amante, yo que sé. Y sufren los pacientes por ese lado.
	2. ¿Las pacientes han presentado en un primer momento posterior a la mastectomía algún cambio sustancial, ya sea anímicamente, o físicamente? Describa como se encontraban las pacientes atendidas por usted luego de la mastectomía	Sí tienen ansiedad, depresión y miedo, ellas lo expresan y pueden somatizar también entonces nosotros tenemos aquí y hay que hacer entender también el personal de salud que tenemos un departamento de salud mental, que nos debería apoyar y que toda paciente que sea diagnosticada de cáncer X en este caso de mama tiene que pasar por salud mental comenzamos con psicología si el psicólogo o algo vemos un rasgo de ansiedad depresión derivar al psiquiatra y medicar y así poder ayudar entonces ese complemento integral me ayuda a mantener un buen paciente porque a veces no es el dolor emocional, es la culpa, el ¿por qué a mí? y nunca se preguntan el ¿para qué? ¿Por qué yo?, y así se pasan sufriendo entonces eso se les intenta comunicar y eso es lo que no hay la comunicación, si nosotros tuviéramos una muy buena

		comunicación con mi paciente de inicio bajaríamos un montón de cosas un montón de preguntas un montón de dolor y dudas, y luego es que era de que el doctor me avise, era de que me diga.
	3. ¿Las pacientes han dejado de comer, dormir, o realizar actividades a raíz de la intervención quirúrgica?	
Empobrecimiento del mundo	**1. ¿Las pacientes volvieron a realizar actividades rutinarias?**	Si por supuesto sin ninguna complicación, ellas se integran a su trabajo de hecho a mis pacientes siempre se les dice vamos a pasar una etapa muy fuerte, sin embargo, usted puede hacer su actividad normal con lo que yo pueda ayudar, ejemplo, es que no puedes comer lácteos, no si puede comer todo puede comer, es que no puedo salir al sol, no si puedes salir al sol con cierta precaución cuidando las vías cuando nanana, es que no puedes trabajar, porque te vas, no, hay un período donde te bajaran las defensas pero esos días te puedo dar permiso pero al siguiente tú te integras porque la mente tiene que estar ocupada

		trabajando, ocupada para que se olvide de cierta forma de su enfermedad y se sienta útil que pierda una paciente la autonomía es lo peor que le puede pasar o sea que a mí me digan ya no puedo hacer nada, si a mí un señor viene y me hace así (moviendo su silla), yo ya estoy vieja, o sea si me ayuda a bajar la grada algo me pasa, no cierto? Pero si yo todavía puedo bajar la grada yo todavía me siento útil. Y eso es lo que hacemos entender al paciente. Generalmente, bueno ahora ya vemos cáncer de mama en mujeres jóvenes entonces eso mujer joven tiene miedo o sufre porque le marido le puede dejar, sufre porque cambia el rol, sufre porque si estaba trabajando se queda en la casa, entonces es integrarle a su actividad normal y lo logran, tengo pacientes que vienen del Banco Pichincha con mascarilla reciben y se van a seguir trabajando o sea de ese tipo de pacientes guerreras que entienden porque ella entendió los otros no pueden entender y eso es lo que dicen cáncer es igual a muerte no nono, el cáncer es una enfermedad donde tenemos que batallar todos

		para un fin común, calidad de vida y si es en estadios tempranos posiblemente un período libre de enfermedad largo, porque el cáncer no se cura lastimosamente, o sea en el cáncer no hay cura es como que dormimos a la célula mala para que no siga reactivándose y formándose.
	2. ¿Tenían interés por sus actividades o su familia? ¿Mostraban interés por sus actividades laborales?	
	3. ¿Las pacientes hablaron sobre su vida en un futuro?	Tengo una paciente no sé si se podrá generalizar, una paciente que tiene un terror y miedo al morir y ella dice y se proyecta así: Doctora, yo me voy a morir pero yo no quiero y vaya y se acueste la otra mujer que va a ir con mi marido, por lo tanto tengo que limpiar la cama, en ese punto esta de la desesperación que tiene y piensa en la muerte y piensa ya quien va a ocupar ese espacio entonces tiene ese temor, entonces quiero cambiar la cama pero cuando yo ya sienta que me muera cuando yo ya sienta que me voy a ir y ha tenido sus experiencias malas sus amigas que ha hecho aquí

		con cáncer de mala han fallecido entonces ella dice cuando llegue mi momento yo voy a botar todo, ella se pone en el espejo se proyecta ahí entonces dice yo quiero cambiar todo, entonces, si sufren los pacientes lo hacen de esa forma. Hay otras pacientes que me dicen no doctora usted me ve como estoy yo voy a seguir luchando por quién por mis hijos, o sea, ya pasa a segundo plano el marido posiblemente será por mis hijos, pero yo no tengo una paciente que me diga por mí, quiero hacerlo porque yo quiero sentirme bien porque yo con esto que usted me ayuda voy a estar mejor, no, no, no, siempre vemos por los hijos, por el esposo y las proyecciones negativas de si no estoy yo quien va a reemplazar mi lugar entonces hay de estos extremos.
Presencia de complicaciones en las pacientes	**1. En promedio ¿Cuántas pacientes con cáncer de mama ha atendido?**	Unas 2000 pacientes mucho tiempo hemos visto casos y casos, hemos visto casos difíciles. Los más difíciles son mujeres jóvenes son las que tienen peor pronóstico, una mujer, no es lo mismo que tengas un cáncer de mama a los 35 que a los

		65, el tumor es mucho más agresivo a los 35 y cuando vemos una paciente joven esa paciente hay que trabajarla bien porque esa señora se va a morir en los dos primeros años. O sea esa señora no responde al tratamiento porque ya está dado el pronóstico por edad, luego se ve el pronóstico por el tipo de tumor que tiene, porque si tiene ganglios positivos o ha tomado cadenas ganglionares positivas eso te da el pronóstico y generalmente este tipo de pacientes tiene mal pronóstico solo por la edad yo sé que esta paciente va morir, eso no sabe el internista, entonces tú tienes que proyectarte y preparándole porque tienes que decir la verdad vamos a trabajar pero los dos primeros años son los cruciales, entonces en esos dos primeros años esa paciente puede morir, puede que no pero la respuesta es torpe quiere decir que regresa la enfermedad después de haber trabajado tanto y cuando tú estás ya vencí la enfermedad regresa otra vez. O sea, es esa parte que tenemos que manejar y prepararle al marido y prepararles a los hijos y preparar a la familia

		porque sabes que es una paciente de mal pronóstico en cáncer de mama, por ejemplo; una paciente que tiene 65 años. Que no está vieja ya tiene su experiencia entonces manejas de otra forma el abordaje de, a la joven debe interesar que estar completa a la viejita tal vez se ponga una funda de arroz en donde estaba la mama y sigue es distinta la forma de abordaje de la familia y del paciente.
	2. ¿Qué rango de edad de mujeres que se han sometido a una mastectomía es el que más complicaciones ha tenido?	Las mujeres jóvenes tienen más comorbilidades más efectos indeseables, más angustia, más temor por lo que toca. Ellos tienen en su familia, a veces no tienen familia y están en ese estoy aquí o estoy allá que es lo que me pasa, y que es lo que voy a hacer sí ellas tienen muchos más temores, las mujeres por ejemplo otra cosa que tienen también tu no me vas a creer pero es cuando yo les digo les voy a ofrecer quimioterapia me dicen, pero doctora yo no quiero perder el pelo es otra cosa importantísima y yo les digo se da cuenta en la balanza de un cáncer frente a perder el pelo

		entonces te toca: nosotras somos coquetas y nos podemos poner el gorro, turbantes y pelucas y ser lo que yo quise ser en mis sueños lo que sea con mis pelos lo que sea pero te das cuenta esa parte es de proyección y de miedo y a veces ellas rechazan el tratamiento por no perder el cabello, no se diga el seno, o sea peor sentirse en esa, es como más impactante esa parte no hemos abordado sería interesante saber esa parte sexual que nadie pregunta nadie la dice salvo que tengas una confianza con tu médico y te dicen doctora no puedo tener relaciones por esto, es que doctora me ve diferente es que doctora cuando estoy teniendo mi relación yo no me dejo que me descubran porque me siento mal y eso es el entendimiento de algunos hombres otros les dejan a las pacientes y nos les importa su vida ni sus hijos ni nada ellos ven ellos y se van, todas esas condiciones todo eso hemos visto nosotros acá.

	3. ¿Cuáles son las complicaciones físicas y psicológicas más comunes que ha observado?	Ansiedad, miedo, depresión, personas compulsivas, durante el tratamiento ellas son demandantes de tratamiento que llamamos entonces yo tengo líneas de quimioterapia para manejar un cáncer, la primera línea tengo que obtener una respuesta casi del 100%, esa puede fallar puedo pasar a una segunda línea la respuesta no va a ser 100 va a ser 50, si sigue el tumor puedo pasar a una tercera línea quiere decir otro tipo de fármaco que utilizo para matarle a la célula mala no puede, y ya no le puedo ofrecer más porque le estoy dando cada línea le produzco más efectos secundarios y ella te dice no me tiene que dar otra, esa es demandante entonces no logra entender y se hace más procedimientos y quieren más y exámenes y más, porque no logran entender eso. Entonces ellos quieren esa parte de que hay más comorbilidad por la quimio que por la enfermedad entonces ahí uno tiene que saber hasta dónde ponerle un freno. En la parte física puede ser todo lo que causaría la quimioterapia náusea, vómito, pérdida del cabella astenia del

		cáncer, anorexia por cáncer, astenia es la debilidad, el cansancio es como que me levanto se me acaban las pilas a las 10 de la mañana y ya no avanzo más es por la enfermedad y he bajado de peso un montón porque no tengo ganas de comer y es por los fármacos, son poli medicadas si va donde un médico se le da una cosa si va donde el otro otra cosa ya son ocho va allá son 10 todo tiene su efecto en su cuerpo y todo tiene su efecto adverso entonces ese tipo de cosas pueden hacer interacciones medicamentosas y hacer más daño, entonces el paciente con cáncer es un paciente de cuidado intermedio digo yo o sea no está en la terapia intensiva pero no está como que de alta es un paciente que puede ser muy vulnerable a cambios, cambios como psicológicos, físicos, emocionales, sociales eso es lo que le da, lo bonito de la oncología, no es un paciente igual que el resto. Puede haber dolor, dolor neuropático por la sección de los nervios y la mastectomía no solo queda en que te sacan el seno si no tienen que hacer un vaciamiento ganglionar los ganglios

		linfáticos de la axila y eso te produce un dolor neuropático en la región torácica, y es difícil de manejar es un dolor de cabeza realmente un dolor neuropático para el paciente y el y el médico, pero tenemos que abordar. Otra cosa física que puede quedar infección puede quedar seromas pueden quedar malformación, cicatrices; esa cicatriz, tú no eres buena cicatrizadora y haces queloidesimportantes con dolor, retracción de la herida, puede haber cosas de este tipo.
	4. ¿Cómo han limitado las complicaciones la vida de las pacientes?	Las complicaciones cuando se hace vaciamiento ganglionar es el linfedema, la linfa es un líquido lechoso que nos ayuda para eliminar ciertos, como protección entonces, si yo no tengo los ganglios la linfa se te acumula en el brazo y produces grandes linfedemas, que tampoco te dicen los cirujanos, entonces vienen con brazos el doble y tú no puedes quitarle esa hinchazón tienes que usar una manga de linfedema que son compresivas las mangas para disminuir el dolor, es una manga que estabiliza para poder manejar, son propensas a

		hacer infecciones porque no tienen ganglios en ese lado hacen celulitis, un padastro yo me saco así ellas se sacan y se hacen grandes celulitis infecciones de los brazos no se puede tomar vías no se puede tomar presión arterial, hay que tener mucho cuidado de esto por este antecedente, entonces son pacientes que si es secretaria ya no puede, que si es la mamá y tiene que fregar y tiene que hacer pide ayuda, por favor no baje la lanford de la puerta de su papelería con ese por este antecedente, entonces si te merma tu trabajo diario, pero no con eso tu puedes incapacitarle, tú no puedes decirle pobrecita ay! No no, haga su trabajo que no sea tan duro, evitando, cuidado el manejo de su brazo, entonces hay pacientes que te dicen no con este yo cargo el agua con este barro, yo con esto hago, entonces se les va direccionando todo es educación y comunicación.
	5. En su opinión, ¿existe alguna relación entre la dificultad de aceptar la mastectomía y las complicaciones	No necesariamente sería así porque es el tratamiento o sea ese es tratamiento, porque el tratamiento de cáncer de mama es quirúrgico que

	vividas?	es tratamiento local de con radioterapia y sistémico con quimio y hormono terapia, no tiene opción de decirme que no quiere, tiene que hacerse porque ese es el tratamiento, explicarle que secuela va a tener para poder manejarlo. Cuando yo tengo una paciente que tiene actitud positiva el entendimiento de su enfermedad con buena actitud para recibir tratamiento las cosas no se complican cuando un paciente no sabe de la enfermedad no tiene idea y encima le complicamos los doctores porque no le explicamos y ella está bajoneada, no tiene buena actitud por poco le arrastran, viene ansiosa, viene depresiva, tú tienes que saber abordar eso para enganchar con este paciente y hacer empatía no simpatía, y tienes que engancharte porque sabes que va a ir mejor, pero si tú no tienes eso no tienes paciente, todo te sale mal, desde que golpea la puerta y justo yo estaba con iras. Se ve una diferencia en estratos, en la parte cultural de educación.

EVELYN SILVA

Preguntas de introducción:

¿Cuál es su formación?	Yo soy psicóloga clínica, me gradué en la Católica hace 11 años, en el 2007, hoy trabajo en Solca ya voy cuatro años, previo trabajé en el hospital del seguro unos tres años y empecé en el ABEI que es la Fundación de enfermos incurables. Estoy haciendo una maestría y en cuidados paliativos que es en lo que me estoy especializando.
¿Cuál ha sido su experiencia en el trabajo con pacientes oncológicos?	Bueno en Solca es bastante amplio y es de todos los días, si bien yo empecé para lo que es cuidados paliativos, no solo son los pacientes paliativos los que necesitan cuidado psicológico si no son todos los pacientes oncológicos desde el principio desde el diagnóstico entonces es difícil hacer un seguimiento pero en lo posible lo que procuramos es desde el diagnóstico cuando nos interconsultan y todo el proceso de la enfermedad,

	tratamiento, quimioterapias, radioterapias, y posteriormente, luego cuando los pacientes pasan a cuidados paliativos. En el ABEI eran pacientes oncológicos y no oncológicos, pero desde hace 4 años es que vine de lleno a trabajar con pacientes oncológicos.

Preguntas guías correspondientes a la Investigación:

Indicadores	Preguntas por indicador	Respuestas
Sentimientos de tristeza	**1. ¿Cuál ha sido la reacción de la paciente frente a la decisión de realizarle una mastectomía?**	Se angustian muchísimo, y primero es porque no tienen la información que deberían entonces por ahí el doctor quizás no le supo dar la explicación necesaria de cómo va a ser que va a pasar después que síntomas puede tener. Entonces es algo que angustia mucho primero la falta de información, les dicen que es lo que van a hacer pero no como y después que va a sentir va a haber dolor se va a controlar ese dolor entonces

		eso angustia mucho el saber después de la cirugía que va a sentir y que va a pasar. Entonces por un lado es la angustia y la ansiedad por el después, por la cirugía en sí porque tiene muchas implicaciones psicológicas, las mujeres tiene que ver mucho con la autoestima la feminidad, el ser mujer entonces es algo que si angustia y deprime. Hay mucha afectación emocional. Lamentablemente no hay un protocolo claro que diga que todo paciente con mastectomía, sin rasgos o no tienen que pasar por psicología no hay eso pero nos manejamos con interconsultas entonces si el médico detecta que hay un cuadro ansioso un cuadro de depresión nos interconsulta y nos manda para la valoración, y el tratamiento aquí viene la paciente investigo el motivo de consulta, evalúo como está anímicamente, a partir de eso vamos a trabajar en los miedos, en los temores, quizás en reforzar información eso ayuda mucho, no somos médicos pero si nos toca manejar información, entonces explicar eso reconforta, alivia y si vemos que necesita más

		información médica yo hablo con el doctor y pido que nuevamente se tenga una cita para que aclaren y explique ciertas cosas que ya no van de mi parte. Y luego si hay una depresión digamos grave yo si veo necesario, inter-consulto al doctor psiquiatra que en este caso es el doctor Camino para que pueda iniciar un tratamiento farmacológico que como psicólogos nosotros no medicamos pero en una depresión moderada a grave yo creo que si es importante ayudarnos con medicación porque no siempre se puede tener ese recurso para salir de esa depresión, sobre todo cuando hay ideas suicidas, intentos auto líticos previos, entonces no podemos correr el riesgo, yo envío a psiquiatría entonces trabajamos en conjunto el con la mediación yo con la terapia psicológica.
	2. ¿Las pacientes han presentado en un primer momento posterior a la mastectomía algún cambio sustancial, ya sea anímicamente, o físicamente?	Depende de si se manejó o no la información de que va a pasar después de la cirugía, si se informó el paciente ya en algo se va preparando, no es lo mismo siempre va a haber un impacto pero si se

	Describa como se encontraban las pacientes atendidas por usted luego de la mastectomía	manejó bien la información y si se hizo un trabajo psicológico previo va a ser mejor cuando no entonces se deprimen se asustan el primer impacto es cuando les quitan las vendas y el tener que afrontar su nueva imagen entonces eso no es fácil ya el enfrentar la pérdida real y lo que más les cuesta es eso cuando ya toca retirar las vendas llegar a la ducha y verse al espejo es un impacto muy grande, lo que se sugiere es que se haga lo más pronto posible después de la cirugía aunque parecería algo contradictorio, son estudios de que mientras más pronto se expone a la pérdida, pues quizás vamos a elaborar mejor mientras demoramos más va a ser más difícil y va a llevar más tiempo y eso no solo con el paciente si no con la familia especialmente con la pareja si es que la hay entonces depende del tipo de relación que tenga con la pareja con el esposo con su pareja en sí, lo que se sugiere es que el esposo sea partícipe de curaciones y de afrontar ese momento de que sacan las vendas y de que están haciendo la primera curación e incluso esto es en la teoría

		porque acá no he visto que se haga dice que es bueno que la pareja, si hay una buena relación y si la paciente lo permite que el aprenda también a la limpieza a curarle porque la pareja tiene mucho miedo y ahora que va a pasar con ella y ahora como le voy a tocar y si le toco y le va a doler y ya no voy a poder abrazarle y como le abrazo entonces son cosas que sí les ayuda mucho y mientras más pronto se afronte mejor van a poder procesar ese duelo esa pérdida.
	3. ¿Las pacientes han dejado de comer, dormir, o realizar actividades a raíz de la intervención quirúrgica?	Hay pacientes que se deprimen que les cuesta mucho aceptar, que les afecta mucho la autoestima, su imagen corporal, hay una distorsión ahí, porque sienten que ya no soy yo, ya no estoy completa y eso si les deprime, pero de lo que yo he podido ver y dar seguimiento se trabaja en recursos y pueden continuar hay que trabajar también en pareja entonces así depresiones graves como tal hasta ahora no las he visto, puede ser entre leve, moderado y cuadros ansiosos, Depresión, ansiedad, angustia, es una angustia de

		ya no me siento mujer, a la feminidad, y dependerá mucho de el ciclo vital en el que esté entonces por ejemplo no va a afectar igual por decir una mujer de 70 años, que no creo que se dé de tan avanzada edad, pongamos de unos 50 a una mujer joven que está en una etapa todavía reproductiva, que anhela el rol de mamá, de pareja entonces le afecta mucho más, no deja de afectar al resto pero no en la misma magnitud depende mucho de su ciclo vital
Empobrecimiento del mundo	**1. ¿Las pacientes volvieron a realizar actividades rutinarias?**	
	2. ¿Tenían interés por sus actividades o su familia? ¿Mostraban interés por sus actividades laborales?	Se sentían tristes, angustiadas con ansiedad, por retomar las actividades sí, porque o sea es una angustia decir y ahora como voy a hacer mi vida de aquí en adelante o en cuanto tiempo, el proceso de recuperación dependerá, pero en su mayoría retoman actividades no en la misma magnitud, pero la idea es esa de que puedan seguir haciendo cosas porque si no va a haber

		más depresión, que no se sientan tan limitadas, tienen que seguir la sugerencia del médico. El tiempo el reposo, pero posterior a ello que pueda continuar con su vida lo más normal posible.
	3. ¿Las pacientes hablaron sobre su vida en un futuro?	Depende de la personalidad hay personas que son muy positivas yo he visto pacientes desarticuladas de todo su miembro superior derecho e increíble esa capacidad de resiliencia, pero claro hay otras personas que no y se deprimen entonces depende mucho de la personalidad de cómo han sabido afrontar problemas previos, su modo de afrontamiento y el apoyo familiar, entonces cuando hay apoyo familiar es mucho más fácil, cuando hay apoyo y una buena relación de pareja es mucho más fácil, y eso si es comprobado, cuando no hay ese sustento ese apoyo, es más difícil más complicado.
Presencia de complicaciones en las pacientes	**1. En promedio ¿Cuántas pacientes con cáncer de mama ha atendido?**	Son bastantes, si porque mujeres lo que más se ve es cáncer de cérvix y de mama, un montón de cáncer de cérvix y de ahí yo si diría que el de mama, entonces un montón así números no te

		podría decir, en porcentaje, por ponerte un 80% cáncer de mama en mujeres, habrá de tiroides, no se ve mucho, más de mama y de cérvix,
	2. ¿Qué rango de edad de mujeres que se han sometido a una mastectomía es el que más complicaciones ha tenido?	Como te decía podemos poner entre los 25 a 45 más o menos, por los roles que tienen que cumplir las funciones, mientras estén en ese ciclo vital les va a afectar más.
	3. ¿Cuáles son las complicaciones físicas y psicológicas más comunes que ha observado?	Físicas no soy médica pero lo que he podido ver lo más terrible ya en pacientes paliativos con CA de mama son los linfedemas entonces es una hinchazón en el brazo que en sí no tiene un tratamiento curativo y es algo que si molesta porque incapacita, yo recuerdo de una pacientita que pasaba todo el día en su silla, era un brazo gigante y tenía que apoyarlo en algo porque hasta caminar le costaba, si entonces eso en cuanto a lo físico, también el hecho de la cicatriz tiene que ver con la parte psicológica la distorsión de la imagen corporal. El aceptar entonces depresión ansiedad, trastornos adaptativos si porque eso no se ha dicho, entonces al inicio se lo pondría como un

		trastorno adaptativo que como una depresión. O como un trastorno de ansiedad, y de ahí tú vas evaluando porque de ahí puede pasar a ser una depresión, trastorno adaptativo porque obviamente frente a una situación difícil la cirugía nos afecta nos repercute entonces yo creo que no sé si decir todos pero su mayoría van a tener un trastorno adaptativo.
	4. ¿Cómo han limitado las complicaciones la vida de las pacientes?	
	5. En su opinión, ¿existe alguna relación entre la dificultad de aceptar la mastectomía y las complicaciones vividas?	Sí y de hecho lo emocional va a repercutir en la recuperación física, en la cicatrización por ejemplo, entonces pacientes que se deprimen el proceso de recuperación quirúrgico va a ser más largo por ahí podemos empezar y en la parte psicológica como te decía mientras más nos demoremos en afrontar en retirar los vendajes en quererme ver al espejo se utiliza mucho técnicas conductuales, si al inicio me cuesta mucho tener que verme desnuda al espejo no lo voy a hacer porque va a generar

		mucho impacto pero voy a intentar por ejemplo, en mi pijama entonces me voy a ver al espejo y voy a tratar de ver lo que está pasando de como soy ahora, yo sigo siendo la misma, yo soy fulanita de tal, entonces eso no ha cambiado hay un cambio físico sí pero lo que se intenta es que se trate de cambiar eso, y que se trate de encontrar aspectos positivos en medio de todo lo negativo, entonces dentro de esa terapia que no es psicoanalítica si te toca manejar también porque es de ayuda, el hacer que te vas al espejo y no te vas a dejar de ver hasta que tu encuentres 3 características físicas positivas tuyas, entonces que estás haciendo estás tratando de que tu pensamiento no esté enfocado en la pérdida si no que estoy tratando de cambiar ese pensamiento por aquellas cosas que si tengo que son reales entonces tengo unos ojos bonitos, me gusta mi nariz, soy alta cosas así y podrá parecer algo trivial pero ayuda a que no nos quedemos estancados en lo negativo si no tratar de rescatar que hay cosas que se

		mantienen en mi porque yo sigo siendo la misma.

:

GABRIELA MOYA

Preguntas de introducción:

¿Cuál es su formación?	Bueno yo soy médico he tenido la oportunidad de trabajar en muchas instituciones más bien de ayuda social, trabaje con niños en atención primaria en una fundación que apadrinaba niños de escasos recursos, una fundación norteamericana que tiene cinco sedes en Quito más o menos entre 22 y 24000 niños apadrinados en Quito, yo maneje el centro de la lucha de los pobres, y tenía a mi cargo 5000 niños de tal forma que tenías que aprender para poder hacer el trabajo que los americanos te solicitaban tienes que aprender a ser organizado o sea no hay otra forma. La ventaja es que tu tenías el medicamento que tú querías a tu disposición, si tu tenías alguna guagua con alguna

	condición en especial o algún tratamiento en particular y emergente pues ellos te daban en cuestión de mandas el informe hay esto y al otro día o en 48 horas tenías en dinero o lo que fuese, pero el problema de eso es que no te daba chance de crecer, entonces atención primaria y atención primaria y nada más. Y después tuve la oportunidad de trabajar enSolca, estuve cinco años haciendo netamente cuidados paliativos, las oportunidades de crecimiento son otras y soy parte de un equipo que es OPS Latinoamérica que es un sistema de formación y de estudios continuos para aplicación de cuidados paliativos pediátricos, entonces claro las circunstancias son diferentes y con los guaguas es más difícil incluso cuando uno es madre, porque uno si se refleja en las condiciones de los niños, si a mí un desconocido me dice aquí no hay nada que hacer con los guaguas es otra tónica y estoy haciendo mi tesis, soy gerontóloga estoy terminando y estoy haciendo la tesis, entonces voy a hacer una correlación entre el índice de Barter y la escala de Camper, para medir delirio entonces voy a hacer más o menos enfocada en eso, entonces como hago cuidados paliativos tengo el máster en gerontología manejamos gerontología social y gerontología clínica puedes combinar ambas, porque muchos de lo que hacemos en cuidados

	paliativos es aplicable con los viejitos, por síndromes demenciales, por síndromes neurológicos, por patologías crónicas de los ancianitos entonces me manejo en ese rango entonces con el Hospice me incorporé hace un año más o menos pero con ellos yo ya había trabajado en el 2013, tuve mi primera niña tuve un embarazo de riesgo me quedé quieta, hay cosas que en la vida son prioridad y de hecho los hijos son esas, así que ahora me tienes aquí, aquí netamente cuidados paliativos pero sigo teniendo contacto con la gente de Solca porque ellos tienen pacientes que mandan acá o les veo en visitas, yo hago visitas a domicilio aquí a pacientes los días martes y jueves.
¿Cuál ha sido su experiencia en el trabajo con pacientes oncológicos?	Con paciente oncológico llevo cinco años, solo oncológicos en Solca, aquí tenemos muchos pacientes oncológicos los pacientes de visita más de la mitad son oncológicos, lo que pasa con los pacientes oncológicos, vamos perdiendo funcionalidad la enfermedad va mermando tanto que van perdiendo su capacidad funcional, de hecho nosotros para medir esto usamos escalas que están probadas tenemos algunas escalas la de Lawton Brody, tienes la escala de Barter que es la más cercana porque nos mide la vida diaria, no de la vida cotidiana, de la vida

	diaria y es una escala que está muy en relación con la escala de pps que es el performance peliativescale es una escala que te ayuda a medir en tiempo y te mide algunas cosas te mide nivel de enfermedad te mide autocuidado, nivel de conciencia, te mide también la alimentación, deambulación, entonces frente a esto uno estadísticamente podemos determinar de qué tiempo a que tiempo, estas escalas son bastante exactas de hecho hay varios estudios que determinan tiempo y el pps tiene rangos de días en base a estos tres estudios, el pps nació de la escala de Carnovsky que fue creada en la segunda guerra mundial para pacientes de quimioterapia, entonces con eso definían que pacientes podían acceder a quimioterapia y que no, el pps tiene algunas modificaciones pero es más práctica y más precisa que el Carnovsky, entonces claro siempre se procura la facilidad de que los pacientes puedan venir porque, porque hay pacientes que procuran mantener su independencia y su funcionalidad, porque ya tengo algo que me está mermando no quiero meterme a mermarme más, si yo puedo entonces me levanto y camino, si puedo ir me levanto y voy, entonces mientras el paciente pueda tener esa autonomía hay que permitírselo porque si no es una pérdida de rol, la enfermedad per se hace que perdamos un montón de roles, finalmente perdemos

	autonomía, y a veces el afán de las familias es proteger a su familiar y el proteger implica el no permitirle hacer muchas cosas que son capaces de hacer aún pero para la familia es difícil entender y para el paciente es frustrante.

Preguntas guías correspondientes a la Investigación:

Indicadores	Preguntas por indicador	Respuestas
Sentimientos de tristeza	**1. ¿Cuál ha sido la reacción de la paciente frente a la decisión de realizarle una mastectomía?**	Hay varios miedos porque en la experiencia que teníamos en el hospital pues más del 70% de las pacientes llegan a ser abandonadas por las parejas, porque culturalmente nos diseñaron a mujer bella, esbelta hermosa, y los estereotipos se mantienen aun así, que ahora se pretenda meter a los estereotipos de una mujer bella no es solamente aquella que es delgada si no también una mujer un poco más rellenita, más voluptuosa no es cierto se mantiene la idea fija de que la

		delgadez es belleza y no es así, la soledad el abandono de las parejas, el abandono de las familias, el verse diferente, el verse los cambios y te dicen pero míreme como era yo y como soy ahora, el uso de corticoides muchas veces por ser parte de los tratamientos de quimioterapia o porque tienen que ser usados como tratamientos coadyuvantes, indudablemente van a provocar efectos adversos, que van a cambiar la fisionomía y el metabolismo, pero más allá de eso la fisionomía, entonces el tener que; yo antes no tenía los cachetes así y ahora me veo gorda ya no quiero tomarme la pastilla, míreme la cédula como era, míreme esta foto entonces es terrible, y encima doctora que voy a hacer cuando mi esposo quiera tocarme, yo ya no soy la de antes yo estoy mutada yo estoy mutilada, y lo dicen con dolor, entonces, creo que el trabajo debería ser enfocado no solo a la paciente a la pareja, al menos cuando hay parejas estables, porque cuando hay entre comillas estabilidad de pareja esas estabilidades terminan desestabilizándose, entonces hay muy

		pocos que acompañan muy pocos que aceptan, las posibilidades de que algunas pacientes puedan ser sometidas a cirugías reconstructivas no es aplicable a todas las pacientes porque muchas veces lo diagnósticos en cáncer de mama particularmente son diagnósticos en estadios 3 o 4, es decir, estadios avanzados entonces el riesgo de que vaya al otro seno es alto y mutilada dos veces es la pregunta.
	2. ¿Las pacientes han presentado en un primer momento posterior a la mastectomía algún cambio sustancial, ya sea anímicamente, o físicamente? Describa como se encontraban las pacientes atendidas por usted luego de la mastectomía	Yo creo que de ambos hay mujeres que si se acostumbran y esto no depende del nivel cultural, no depende del nivel de cultura, no se si no depende del nivel económico yo creo que las mujeres que tienen un poco más de recursos les interesa más, les preocupa más, a la mujer del campo no porque es una mujer que sigue trabajando que sigue luchando y que por último a veces el marido tampoco ha hecho diferencia porque quien ha sacado la casa es ella, en cambio a la otra mujer es una mujer que incluso tiene que cuidar su estatus, tiene que cuidar su imagen, en

		el trabajo, en la familia, como les voy a decir a mis hijos que ya no tengo esto como les enseño como les explico, y el miedo también al rechazo implica que no se quiera hablar, que no se indique, no entonces ellos saben que yo estoy bien que ya me operaron pero no les indico porque no quiero que ellos me vean así yo quiero que ellos me recuerden como yo era antes, pero cuando hay núcleos familiares más fuertes esto si es superado, pero trabajado desde el inicio. De hecho, el acompañamiento tiene que ser inicial el acompañamiento en cuidado paliativo debe ser desde el inicio, ya sabemos que hay cáncer en especial estadios clínicos de ciertos cánceres que tienen que ser manejados desde el inicio con cuidado paliativo, no debe ser diferente en este tipo de patologías que para una mujer son consideradas como mutilantes, porque como le decía algunos diagnósticos son estadios en tres o cuatro a veces esos estadios hacen que haya más deformación. Ha pasado cosas en las que el tumor se pudre y eso genera mal olor, doctora mis hijos

		no se me acercan porque huelo mal, doctora mi esposo se fue a dormir a otra cama porque huelo mal, doctora yo ya no salgo porque huelo mal y todo el mundo me regresa a ver. En primer momento hay susto, miedo, llanto, frustración, por qué a mí, por qué yo, el buscar respuestas y el tratar de buscar algo que justifique ante Dios muchas veces, porque yo tengo que someterme ahora a esta vivencia, es un miedo terrible, me van a cortar me van a cercenar, yo no pedí yo no he sido malo yo no he sido mala, yo me porté bien, para algunas mujeres dicen si yo me porte mal en algún momento por esto, entonces ahora me toca pagar lo que yo hice.
	3. ¿Las pacientes han dejado de comer, dormir, o realizar actividades a raíz de la intervención quirúrgica?	Dormir algunas si a dormir, dejar de comer, el llanto, el aislarse, el no frecuentar a sus círculos como antes, de familia, de amigos, el no querer tener preguntas de y cómo te sientes, porque dicen, doctora imagínese me hace una pregunta tan estúpida y me preguntan cómo se siento después de que me cortaron, me gustaría

		responderles, pero mejor evito de tal forma que no salgo. Y ese es mi escudo.
Empobrecimiento del mundo	**1. ¿Las pacientes volvieron a realizar actividades rutinarias?**	Después de un tiempo sí, algunas se adaptaron, algunas su confrontación fue con ellas mismas al mirarse en el espejo a diario, algunas superan aún a sabiendas de que el fulano a la primera que supo patitas pa que se hicieron y se fueron, otras con apoyo familiar, otras solas siguieron, otras vieron que tienen por quién pelear y siguieron.
	2. ¿Tenían interés por sus actividades o su familia? ¿Mostraban interés por sus actividades laborales?	Los seguimientos se pueden seguir haciendo y no quiere decir que no puedan retomar las actividades, puede seguir haciendo, les ayuda en tener otras cosas en que pensar otras cosas en que ocuparse.
	3. ¿Las pacientes hablaron sobre su vida en un futuro?	Algunas sí más allá de la mastectomía de quedarse sin algo que como mujeres es importante, porque físicamente, sexualmente hablando es parte de, ser mujer de la femineidad y demás, muchas sí reprograman la vida, se reprograman la vida, y ver la brecha que he dejado

		y reevaluar su vida, haber pasó esto que, siempre el miedo de ojalá no siga ojalá se quede, ojalá se detenga ojalá no pase nada. Yo he visto mujeres a las que les ha ido muy bien con el nuevo implante, se sienten más preciosas, se sienten más bellas, se sienten normales, algunas dicen, ahora, me siento normal, otras dicen me siento completa. Y bien, y ya puedo ponerme este, este tipo de ropa porque puedo lucirme antes no podría porque tenía miedo de que se me vea de que se me aplaste.
Presencia de complicaciones en las pacientes	**1. En promedio ¿Cuántas pacientes con cáncer de mama ha atendido?**	En el hospital teníamos en atenciones en el 2014 se estimó casi 7000 atenciones, en el 2015, 7800.
	2. ¿Qué rango de edad de mujeres que se han sometido a una mastectomía es el que más complicaciones ha tenido?	Las mujeres más jóvenes por qué, porque el cáncer de mama en mujeres más jóvenes, no tiene buen pronóstico, no es un cáncer que responda de una forma adecuada, primero cuando hablamos de cáncer de mama hablamos del hormono-sensible y el hormono-resistente puede presentarse ambos, generalmente en ellas se presenta el hormono-

		resistente que es más complejo digamos así que es más bravo, y puede recidivar puede reaparecer puede provocar metástasis en cualquier rato, en mujeres jóvenes en mujeres de 30 años es complejo. Mujeres de 25, 26 años, más bien en la época veíamos mujeres de 30, 31, 34, el cuarto piso 30 años en adelante. Fisiológicamente estas en la época de la mejor madurez hormonal, hablando fisiológicamente, edad reproductiva, edad de querer hacer un montón de cosas, edad de proyectarse, edad de ser un ente productivo. Te corta todo te cambia el chip, porque no tienes otra opción, es algo que se te impuso y ahora te toca bailar al ritmo que ella te ponga.
	3. ¿Cuáles son las complicaciones físicas y psicológicas más comunes que ha observado?	El linfedema porque hace que el brazo esté hinchado y estéticamente no se ve bien, como me veo así yo no me puedo poner esa blusa me pongo la otra.
	4. ¿Cómo han limitado las complicaciones la vida de las pacientes?	En actividades en el poder asistir a reuniones sociales, en que te digan es que yo allá tendría que ir con un vestido así y no puedo usar porque

		se ve feo, o que hay otras que tenía que usar la manga elástica, es que esto se ve tan horrible pero si no me pongo el brazo se me hace más grande, mejor no me voy.
	5. En su opinión, ¿existe alguna relación entre la dificultad de aceptar la mastectomía y las complicaciones vividas?	La mastectomía indudablemente es un seguro, porque si es indicación médica entonces hay que hacerla, parte del tratamiento además de la quimio es la mastectomía, a lo mejor un poco el dolor postquirúrgico el dolor, el dolor postquirúrgico como es una cirugía grande y el tórax es una zona sumamente inervada el riesgo de tener dolor neuropático por mastectomía, es alto, y se maneja con fármacos y lo que no gusta es que muchas veces la gente no quiere tomar fármacos, porque si ya me operé porque tengo que tomarme estas pendejadas porque me duele si ya me opere, y el linfedema si porque muchas veces en el trans-operatorio no solo se determina que hay que hacer mastectomía si no vaciamiento ganglionar, y eso va a provocar el linfedema, hay complicaciones que se van a dar quiera o no quiera, dependerá

		del mecanismo de afrontamiento que cada uno tenga, la depresión está asociada en más de un 50% en pacientes, primero porque preocupa mucho el que va a pasar el oír cáncer, ya uno piensa en muerte, lo otro es que se piensa mucho en la parte económica porque es mermante, no todos los pacientes tienen seguridad social, no todos los pacientes son atendidos de forma rápida a nivel de sistema de salud pública la cita te dan a un mes, dos meses, tres meses y en esos meses han pasado un montón de cosas con la enfermedad entonces desde ese punto de vista, pero no todas tienen los recursos económicos para poder solventarse solas, sin embargo, pese a esto hay familias que tienen un grupo social un buen núcleo familiar y eso si ayuda. A veces te dicen yo hago esto porque mi hijo me pidió.

JESSICA CARBALLO

Preguntas de introducción:

¿Cuál es su formación?	Yo soy médico de asistencia, actualmente trabajo en el hospital militar como médico residente en terapia de dolor y cuidados paliativos, yo estudié en la Universidad Central del Ecuador y luego ejercí en Solca en Terapia del dolor y cuidados paliativos oncológicos, ahora mi función es terapia del dolor y cuidados paliativos no oncológicos, estoy cumpliendo mi año de pasantía para poder hacer mi especialidad de terapia del dolor y cuidados paliativos en Brasil.
¿Cuál ha sido su experiencia en el trabajo con pacientes oncológicos?	En Solca, bueno son dos mundos diferentes, tanto en Solca como en el hospital militar, Solca tiene una demanda de pacientes increíblemente que tiene muchos pros y contras, el hecho de tenga muchas demandas de paciente exige que tengas mayor conocimiento más información que sepas como llegar a un paciente porque no es como una consulta externa donde tú le dedicas 15 minutos y se acaba, un paciente oncológico necesita mantener una relación médico paciente en la que el incluso solo con contarte que le pasó x situación alivie su dolor, y mejora su cuadro, en este hospital tenemos cantidad

	de pacientes se podría decir un 50% de la cantidad de Solca pero aquí es a nivel de jerarquías, obviamente si tu tratas con un soldado y tratas con un coronel, te demoras diferente tiempo y el trato es diferente pero es porque esto te obliga a las jerarquías, desde que salí de Solca aprendía a entender a la gente y a entender ciertos motivos por los que llegan con algún dolor, eso me ayudado para poder aquí tratarles equitativamente a todos los pacientes.

Preguntas guías correspondientes a la Investigación:

Indicadores	Preguntas por indicador	Respuestas
Sentimientos de tristeza	**1. ¿Cuál ha sido la reacción de la paciente frente a la decisión de realizarle una mastectomía?**	Al principio es una preocupación, después es una etapa de enojo, la siguiente etapa es depresión y al final es resignación, cada etapa, cada mujer reacciona de forma diferente porque hay personas en las que, si se les intervino antes, se les explicó lo que podía suceder y entendieron y se

		resignaron frente a esta posibilidad también como existen métodos alternativos después de la cirugía como prótesis en ciertas porque cumplen ciertos criterios les ayudó a aceptar este problema.
	1. ¿Las pacientes han presentado en un primer momento posterior a la mastectomía algún cambio sustancial, ya sea anímicamente, o físicamente? Describa como se encontraban las pacientes atendidas por usted luego de la mastectomía	Totalmente las personas que salen de este procedimiento la mayoría, por lo menos yo he visto aquí 7 pacientes de las 7, 4 requirieron terapia psicológica, más psiquiátrica entonces cayeron en cuadro de depresión y eso les tuvo aquí algún tiempo adicional porque no ayudó a su curación total, su tiempo de estadía fue más largo.
	2. ¿Las pacientes han dejado de comer, dormir, o realizar actividades a raíz de la intervención quirúrgica?	De las 7 pacientes las que recuerdo 4 de ellas se reusaban a vivistas, se reusaban a verse ellas mismas, y tampoco se alimentaban de la forma adecuada, de las 3 restantes, más o menos las 3 restantes las que tenían la intervención anterior ellas lo tomaron un poco más tranquilo pero igual se rehusaban a verse ese fue el problema de ellas, fue un shock verse sin un seno.

Empobrecimiento del mundo	**1. ¿Las pacientes volvieron a realizar actividades rutinarias?**	La verdad solo te puedo decirte de 3 que vi en la consulta externa por terapia del dolor, que, si comenzaron a hacer sus actividades, estas tres pacientes fueron las que se les intervino anteriormente porque las otras ya no regresaron a consulta externa, entonces no sé qué pasó con ellas.
	2. ¿Tenían interés por sus actividades o su familia? ¿Mostraban interés por sus actividades laborales?	
	3. ¿Las pacientes hablaron sobre su vida en un futuro?	Nos explicaron un poco porque tenían miedo querían saber que iba a pasar después, entonces querían saber si por esto se iban a morir, si iban a su estadio a nivel del cáncer entonces su preocupación era hacia su futuro, pero nunca nos dieron de suicidio ni de ideas de diferentes a eso, pero si por preocupación. La mayoría de pacientes de aquí por lo general están bajo la orden de su esposo y si su esposo quería lo hacían y si su esposo no quería no lo hacían, no tenía una decisión solitaria, dependían mucho de sus

		parejas era esposas de soldados, de militares de bajo rango.
Presencia de complicaciones en las pacientes	**1. En promedio ¿Cuántas pacientes con cáncer de mama ha atendido?**	Siete en el Hospital Militar
	2. ¿Qué rango de edad de mujeres que se han sometido a una mastectomía es el que más complicaciones ha tenido?	En Solca lo que sucedía no era por edad si no por estadio mientras más avanzados estaban más complicaciones tenían y la recuperación era menor. En Ecuador la prevalencia del cáncer de mama está entre los 35 y 45 años pero porque se detectan en un estadio tardío.
	3. ¿Cuáles son las complicaciones físicas y psicológicas más comunes que ha observado?	La psicológicas un trastorno de personalidad y la negación de sentirse cohibidas, sentirse incompletas, es que doctora me siento incompleta, siento que me falta algo, ya no soy mujer, esas eran las palabras, ya no soy mujer, mi esposo no me ve como antes o mi esposo ya no quiere estar conmigo entonces eso les afectaba mucho psicológicamente, físicamente obviamente el no poder usar la ropa que usaban antes caían en un

		cuadro depresivo, tú ves algunas pacientes que ya se realizaban la cirugía y aparte estaban con quimioterapia perdían su cabello disminuían de peso nauseas, todos los efectos adversos entonces ellas no querían verse, tampoco querían visitas y trataban de estar en un espacio donde no estén en contacto con otras personas. El linfedema afectó en capacidad funcional, no podían cocinar, no podían planchar, ellas decían ya no soy mujer ya no le sirvo a mi esposo, ya no hago nada en mi casa, porque les limita, el linfedema por lo general es a miembros superiores entonces no permite la movilización a menor que tu hagas terapias después y puedas con drenajes claro que no mejora al 100% pero disminuye.
	4. ¿Cómo han limitado las complicaciones la vida de las pacientes?	
	5. En su opinión, ¿existe alguna relación entre la dificultad de aceptar la mastectomía y las complicaciones	Yo creo que está relacionado el estadio con las complicaciones y obviamente tu tipo de aceptación, si tú no estás segura de tú

	vividas?	enfermedad vas a esperar mucho tiempo para llegar a tu diagnóstico y mientras cumples este tiempo tu enfermedad va a avanzar y a medida que sigue avanzando ahí ya no puedes hacer muchos tipos de cirugías entonces ahí el estadio cambia e incluso en algunas ocasiones ya no sirve ni la quimioterapia, entonces yo creo que está relacionado su estadio con las complicaciones. Y obviamente, pero en relación científica, pero en relación psicológica sí, si yo siento que me voy a quedar incompleta y si me voy a morir no quiero hacer nada más, así fueron algunas respuestas de mis pacientes, doctora ahora si ya me voy a quedar sin nada mejor ya no me hago nada y si me voy a morir mejor ya no quiero nada, o decían míreme como estoy usted es mujer como se sentiría. Psicológicamente las personas no aceptan su realidad y esto complica mucho su cuadro.