



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE
LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO:

**“CONSECUENCIAS SUBJETIVAS EN PACIENTES CON
CÁNCER DE MAMA EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA CLÍNICA
EN SOLCA”**

AUTORA:

ANDREA SOTOMAYOR SALAZAR

PSICÓLOGO CLÍNICO

TUTOR:

Ps. CI. ANTONIO AGUIRRE FUENTES

Guayaquil, Mayo de 2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
CARRERA: PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Andrea Sotomayor Salazar** como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicólogo Clínico**.

TUTOR

Ps. Cl. Antonio Aguirre Fuentes

REVISORES

DIRECTOR DE LA CARRERA

Ps. ALEXANDRA GALARZA COLAMARCO

Guayaquil, a los 27 días del mes de Mayo del año 2014



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Andrea Alicia Sotomayor Salazar**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación "**CONSECUENCIAS SUBJETIVAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA CLÍNICA EN SOLCA**" previa a la obtención del Título **de Psicólogo Clínico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 27 días del mes de Mayo del año 2014

EL AUTOR

Andrea Alicia Sotomayor Salazar



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Andrea Alicia Sotomayor Salazar**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **CONSECUENCIAS SUBJETIVAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA EN SOLCA**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 27 días del mes de Mayo del año 2014

LA AUTORA:

Andrea Alicia Sotomayor Salazar

AGRADECIMIENTO

A todos mis compañeros de diferentes promociones, quienes han estado más cerca de mí en estos años de carrera, incluso los que ya se graduaron, por compartir gratos momentos de estudio junto a mí. Gracias por hacer que cada año de carrera sea único.

A mis compañeros de prácticas, por ser un apoyo para pasar por la experiencia de estar en un ambiente hospitalario triste como lo es en SOLCA.

A mi director de prácticas y tesis, Antonio Aguirre, quien no solo fue guía en las prácticas en SOLCA, sino también por su dedicación y paciencia depositada en mí para la realización de la tesis.

Un infinito agradecimiento a mis padres, por su constante apoyo incondicional a lo largo de mi vida, por sus enseñanzas, consejos y por su eterna paciencia y perdón ante mis errores. Con su amor he podido terminar esta etapa de mi vida y se la debo a ellos.

A mi hijo Alessandro quien es mi fuerza para seguir adelante y enseñarme el amor más puro y sincero que no conocía.

A mi mejor amigo Rubén. Gracias por tu apoyo, aguante y acolitador en momentos de mi vida, desde los más tristes hasta los más locos T.Q.

Andrea Sotomayor Salazar

DEDICATORIA

Sin duda alguna este trabajo está dedicado a mis padres y a mi hijo, que año a año compartieron conmigo cada logro alcanzado a lo largo de la carrera.

Andrea Sotomayor Salazar

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Ps. CI. Antonio Aguirre Fuentes

PROFESOR GUÍA O TUTOR

PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACION
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

CALIFICACIÓN

Ps. Cl. Antonio Aguirre Fuentes

TUTOR

INDICE GENERAL

RESUMEN / ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	- 1 -
CAPITULO I.....	- 5 -
1. Marco Teórico.....	- 5 -
1.1. PROCESOS DE ESTRUCTURACIÓN DEL SUJETO.....	- 8 -
1.1.1 Cuerpo como imagen.....	- 9 -
1.1.2 Registro simbólico	- 11 -
1.1.3 Lo real en el cuerpo	- 13 -
1.2 Antecedentes	- 14 -
El Pecho Femenino.....	- 14 -
1.3 Consecuencias subjetivas en pacientes oncológicos sometidas a cirugía de mama	- 17 -
1.3.1 Tipos de cáncer	- 17 -
1.3.2 Causas que intervienen en la subjetivación de las pacientes oncológicas.	19
1.3.2.1 Posición subjetiva de las pacientes oncológicas	20
1.3.2.1.1 Humor	20
1.3.2.1.3 Inhibición, síntoma y angustia.....	21
2.3.2.1.3 Trauma.....	25
CAPITULO 2.....	28
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO	28
2.1. MÉTODOS DE INTERVENCIÓN.....	28

2.1.1. TIPOS DE TRATAMIENTO MÉDICO.....	28
2.2. FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS	31
2.2.1 MÉTODO CLÍNICO	31
2.2.1.1 Entrevistas clínicas.....	31
CAPITULO 3.....	37
3. ANÁLISIS DE INTERPRETACION DE RESULTADOS	37
3.1 Exposición de casos tratados en el área de Hospitalización Clínica de SOLCA.....	37
PRIMER CASO.....	37
SEGUNDO CASO	41
Bibliografía	48

RESUMEN / ABSTRACT

En las prácticas realizadas en el área de Oncología Clínica en el Hospital Oncológico SOLCA, se pueden detectar dificultades subjetivas que presentan las pacientes viéndose afectadas en su imagen, siendo éstas causas de diferentes patologías como respuestas la depresión, angustia o traumas donde no solo se ve el daño físico, sino también corporal. Muchas de ellas encuentran un impedimento por ser rechazadas, marginadas o etiquetadas, evitando su integración en la sociedad por los nuevos estereotipos de la moda en la actualidad.

En esta investigación se tomaran temas médicos, así como también temas psicológicos con orientación psicoanalítica, pero principalmente sus efectos en las diferentes intervenciones a casos de mastectomía, donde la imagen juega un papel muy importante para estas mujeres, para de esta forma lograr llegar o direccionar a una cura de las pacientes.

Palabras claves: estadio del espejo, cuerpo, trauma, cáncer, mastectomía.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge de una experiencia previa, en ciclos anteriores en el área de oncología del Hospital del Seguro Social de Guayaquil (IESS). Esto es lo que motivó que se llevara a cabo esta investigación, en la cual la teoría aprendida durante el transcurso de la carrera se pone en práctica por medio del trabajo clínico en el hospital SOLCA. Lugar donde se efectuaron las prácticas pre-profesionales.

El cáncer es una enfermedad catastrófica que el paciente lo asocia a la muerte generando sensaciones de incapacidad, deterioro corporal, angustia, entre otros.

Todos estos factores desencadenan una gran inestabilidad emocional durante la evolución de la enfermedad.

Esta investigación tiene como objetivo determinar y estudiar las repercusiones de la pérdida del seno desde la valoración subjetiva con pacientes oncológicos, mujeres sometidas a una mastectomía. Esta temática es transcendental no solo porque se trabaja con una pérdida significativa como el seno sino que presume también, que esta parte del cuerpo posee una representación en el imaginario de la mujer.

De esta manera se llegaron a los objetivos específicos:

- Indicar y definir los procesos subjetivantes por los que pasa el paciente oncológico.
- Definir las consecuencias subjetivas que emergen en la paciente oncológica al tener una alteración en su imagen.
- Establecer tipos de diagnósticos y tratamientos a los que debe ser sometidas las pacientes oncológicas.

La sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) es un lugar donde se encuentra dolor y sufrimiento diario de los pacientes y familiares, por tal motivo es indispensable la presencia del psicólogo clínico para así poder dar un espacio a estas quejas y establecer la escucha a cada sujeto.

Por medio del trabajo realizado con pacientes hospitalizados en medicina interna (tercer piso), teniendo como base teórica el modelo psicoanalítico, el cual permite estudiar la formación subjetiva de los pacientes y conocer los diferentes pensamientos que definen a cada persona, se logra determinar de qué manera se implica el sujeto en su síntoma.

Este documento se encuentra dividido en tres capítulos:

En el primer capítulo se realiza un estudio de los procesos de estructuración del sujeto, donde se trabajará sobre los tres registros: simbólico, real e imaginario que nos darán cuenta de que manera esto influye en la posición subjetiva de los pacientes oncológicos.

En el segundo capítulo se tratará de la metodología de estudio donde se trata la enfermedad (cáncer) y su articulación con la función del psicólogo clínico dentro de instituciones hospitalarias.

En el tercer capítulo contiene la presentación de dos casos clínicos donde por medio del cual se puede evidenciar las bases teóricas de lo planteado en el presente trabajo de investigación.

Los objetivos específicos que permitirán cumplir con el objetivo de la investigación propone indicar los procesos subjetivantes por los que pasa la paciente oncológica, definir las consecuencias subjetivas que emergen en la paciente oncológica al tener una alteración en su imagen y establecer los tipos de diagnósticos y tratamientos tanto médicos como psicológicos a los que pueden ser sometidas.

La metodología utilizada en el desarrollo de esta investigación es el método clínico que consiste en la observación y las entrevistas con base teórica

psicoanalítica. De esta manera se articuló la experiencia clínica aprendida a través de la carrera con el método exegético, es decir, el conjunto de citas textuales y paráfrasis del estudio de textos de diferentes autores.

CAPITULO I

1. Marco Teórico

A lo largo del siguiente trabajo se encontraran con conceptos principales como: estadio del espejo, cuerpo, trauma, cáncer y mastectomía, los cuales definiré a partir de distintos autores.

- 1) ESTADIO DEL ESPEJO.- Lacan refiere “que él bebe entre los 6 y 8 meses va a presentar condiciones que van a permitir el desarrollo del Estadio del Espejo este momento estructural lo que va a configurar es la subjetividad humana”.

En este momento es donde el niño es un ser en dehiscencia, es decir puras ganas; ganas de comer, de dormir, etc. Sensaciones que son percibidas por el niño como fragmentado. Empieza a verse como algo completo con la ayuda de la mirada del Otro, en este caso de la madre que le dice “ese eres tú” frente al espejo. La aparición de la madre hace que esta relación especular se rompa e ingrese en la dimensión simbólica.

Aquí el registro de lo imaginario y simbólico juegan un papel importante ya que se introduce las palabras (significantes).

Es una identificación ya que el niño empieza a reconocerse como un todo, descubriendo cada parte de él y se forma como unidad.

Para que el niño no quede capturado en la relación especular, siguiendo la mirada de la madre, buscando este otro que ella desea, el niño necesita la intervención del tercero.

2) CUERPO.- El cuerpo no es el lugar o el receptáculo del yo sino la propia imagen del yo. Si se entiende al yo como la articulación entre el ello -es decir, lo inconsciente- y la conciencia moral que se despliega e internaliza en función del intercambio con los otros -esto es, el super yo- entonces es posible acceder a la idea del cuerpo como la proyección del propio deseo a la vez que la internalización de los supuestos deseos o mandatos del colectivo social. (Carballo, 2003)

3) TRAUMA.- El trauma, en términos psicoanalíticos, es siempre una situación traumática infantil, una situación siempre compleja, en la que interviene tanto el mundo externo como el interno, que activa una fantasmática y fundamentalmente, que no pone en juego tan solo al sujeto y una efracción de su barrera antiestímulo, sino una situación vital: el desvalimiento. (Tutté, 2002)

Freud refiere para el trauma efectos que se reconocen por presentar un fenómeno diferente al devenir habitual y que el clasifica como:

- a) Positivos: los que intentan recuperar la vigencia del trauma, hacerlo “real”, vivenciar su repetición, reviviéndolo en los vínculos actuales. A estos intentos corresponden la fijación al trauma y la compulsión de repetición.
- b) Negativos: en oposición a los anteriores, lo que no dejan presumir nada de su existencia, no permiten que se recuerde ni se repita nada de los traumas ya olvidados. Sus evitaciones son las que generan reacciones de defensa, dando lugar a las formaciones de compromiso, cuando el Yo reacciona contra ellas sin lograr imponerse, como los síntomas producto transaccional que pueden precipitar en inhibiciones y fobias. De estas defensas también se derivan los rasgos anómalos de carácter.
- 4) CÁNCER.- Es el término que se usa para enfermedades causadas por la multiplicación de las células que forman un tumor maligno. Las células normales crecen y se dividen para formar nuevas células a medida que el cuerpo las necesita. Algunas veces, este proceso se descontrola formando una masa de tejido que es lo que se conoce como tumor. Este tumor se puede desarrollar en distintas partes del cuerpo, diseminándose a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo o linfático. (Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de E.E.U.U)

El cáncer no es solo una enfermedad, sino muchas. Hay más de 100 diferentes tipos de cáncer y toman el nombre del órgano donde empieza.

5) MASTECTOMIA.- Extirpación quirúrgica de una o de las dos mamas con objeto de eliminar un tumor maligno. En la mastectomía simple solo se extirpa tejido mamario, mientras que en la mastectomía radical se extirpan además algunos músculos del tórax junto con la mama y todos los ganglios de la axila.

En la mastectomía radical modificada se conservan los grandes músculos torácicos que mueven el brazo bajo anestesia general se toma una muestra para biopsar el tejido tumoral sino se había realizado ya que el estudio de anopatológico es importante. Si en la muestra se muestra signos de malignidad se extirpa en una sola pieza el tumor y los tejidos adyacentes. (Mosby, 2004)

1.1. PROCESOS DE ESTRUCTURACIÓN DEL SUJETO

Este primer capítulo tratará sobre el cuerpo y sus efectos subjetivantes, dando a conocer cómo el sujeto vive el cuerpo tanto en imagen, en lo simbólico y en lo real. Refiriéndose al cuerpo a fin de situar a través de indagaciones, tanto clínicas como teóricas, que permitan desarrollar y profundizar la condición del tener un cuerpo en referencia al anudamiento de las dimensiones real, simbólico e imaginario. (Sami-Ali, 1979)

Y para eso es importante explicar los procesos de estructuración del sujeto ya que tiene que ver con el inconsciente y lo que nos interesa es como está estructurado y de qué manera el sujeto se va enlazando a estos procesos y como va simbolizando sus experiencias por medio del lenguaje.

1.1.1 Cuerpo como imagen

Este momento estructural, el Estadio del Espejo, lo que va a configurar es la subjetividad humana. La subjetividad es la configuración de la imagen humana y el proceso por el que el sujeto humano se hace con esa forma. (Catala, 1991)

Parafraseando a Cristina Catalá, el estadio del espejo es el proceso por el cual el sujeto configura su imagen entre los 6 y 18 meses, el niño puede ver su imagen pero no se reconoce en ella. Para el psicoanálisis la configuración del sujeto está dada por el lenguaje, es decir, a esta edad el niño tiene ganas de comer, dormir, succionar..., estas ganas son percibidas por el niño como fragmentadas y es el Otro quien le va a ir dando significado, ordenando lo que para él esta desarticulado, es el Otro quien le va a dar forma a esas necesidades, incluso hablará de él, permitiéndole así ingresar al orden simbólico. (Catala, 1991)

Es así que la imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos. Es siempre inconsciente y da cuenta del deseo de ser del sujeto.

En el Estadio del Espejo prevalece la función de la visión, decimos visión para diferenciarla de lo que sería la mirada, que en este momento sería ese ojo mítico, una mirada que nos pre-existe, la miradas que hay sobre el infans cuyo estatuto es simbólico. (Catala, 1991)

Es así que esta primera aproximación le permitirá la constitución subjetiva por el espejo. En este proceso nos encontramos con tres elementos referidos por Catalá: el infans (que es el niño que no habla aunque está inmerso en el orden simbólico), el espejo y la visión.

El espejo es aquel capaz de reflejar los objetos, los objetos que el niño será capaz de ver, pero no puede aún ordenar. Entre estos objetos hay uno que le llama la atención, este objeto lo captura y corresponde a su imagen que le mira. Para Lacan este es el momento en que se produce para el infans un júbilo que lo despierta. (Medina, 1997)

Hasta este momento es un ser fragmentado, que va a descubrir del otro lado del espejo un otro en su totalidad, se produce aquí una anticipación de la imagen unaria del otro. El rasgo unario es la unidad que aparece ilusoriamente del otro lado del espejo.

Entre el infans y su imagen, va a aparecer alguien que rompe esa situación espectacular diciendo “ese del espejo eres tú” y va a poder reconocerse en esa imagen, es entonces la intervención del Otro lo que permite la configuración de lo imaginario.

1.1.2 Registro simbólico

Lacan hace al orden simbólico constituyente no solo del inconsciente, sino también del sujeto. Es por esto que el concepto de “sujeto”, solo es posible como dando cuenta al emerger, del inconsciente mismo.

El registro simbólico es la estructura del lenguaje, el lenguaje que habita cada uno particularmente, aquel en que se vio inmerso por haber nacido en un lugar de lenguaje, que tiene su lógica propia. Somos sujetos inmersos en un mundo de palabras, y la palabra nos acompaña desde temprano en la vida y hasta nos precede. En una época Jacques Lacan decía que el sujeto venía a instalarse en el lugar del Otro, lugar del lenguaje. El deseo llamado deseo del Otro, deseo de la madre, hace que tenga lugar un sujeto. (Moresco, 1995)

Cuando el infans anticipa una imagen total y no fragmentada de cómo es él, es estructurante para el sujeto y es necesario que en esta relación especular aparezca el tercero, porque si no el niño quedaría prendado, capturado en lo que ve, con la intervención de un tercero y el descubrimiento de que este puede desear, otra cosa que no sea él, es que percibe los celos.

En el primer tiempo del Edipo, lo que el niño quiere, es ser el deseo de la madre, es deseo de su deseo. (Por eso deseo, es deseo del Otro). Entonces, el sujeto es en relación con otro, este Otro con el cual se identifica, este Otro que también es ser hablante y que enajena al sujeto en la identificación primaria que forma el ideal del Yo.

La salida de esta triangulación se produce a través del padre, porque en este lugar de falo aparece el padre como real provocando la castración. Pero no se trata de la persona del padre (a pesar que esta tiene importancia) sino del Nombre del Padre. La madre nombra al padre, y él es quien va a cumplir la función, más allá que haya sido o no el progenitor. El padre adviene al lugar de falo, de la falta. (Homologamos falo y falta porque el falo es aquello que se busca porque hay falta).

Es la función paterna la que opera la castración separando al niño de la madre. Es el padre en tanto portador de la ley que al producir la separación provoca lo que Freud llamó el amor al padre. Cuando se resuelve se transforma en el ideal del yo en el niño. (Moresco, 1995)

Será la demanda, el modo que tiene el sujeto para vincularse con este Otro, demanda hecha de palabras y con la cual produce un llamado. Esto solo es posible por la vía del lenguaje.

Es decir que estamos hablando de un sujeto deseante que instala una demanda y que hará que su necesidad pase por los desfiladeros del significante. En este pasaje hay una pérdida como consecuencia de la captura del ser hablante por el significante.

El significante es una condición que opera por presencia en los efectos del significado; el primer efecto es una desviación de las necesidades, en la medida que el apresamiento del sujeto por el significante introduce una hiancia, un corte

con respecto a sus necesidades. Las necesidades del hombre devienen esclavas, dominadas por la demanda.

1.1.3 Lo real en el cuerpo

Lo real, es lo que no anda, lo que obstaculiza, lo que no deja de repetirse para entorpecer esta marcha.

Para Lacan lo real es lo que siempre vuelve al mismo lugar. Es el lugar que él descubre, el lugar del semblante. Es difícil instituirlo únicamente por lo imaginario, como en principio parece implicarlo la noción de lugar. No hay ninguna esperanza de alcanzar lo real por la representación.

Lacan llamó síntoma a lo que viene de lo real. Sentido del síntoma no es aquel con el que se lo nutre para su proliferación o extinción, el sentido del síntoma es lo real, lo real en la medida en que se pone en cruz para impedir que las cosas marchen en el sentido en que ellas dan cuenta de sí mismas de manera satisfactoria. Es precisamente el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real. (Lacan, 1966)

Ya entendido, el síntoma es fundamental como referencia clínica, a partir de él podemos ubicar la orientación en particular que cada sujeto encontró para su historia de vida, de vida incitada, interferida por el lenguaje. ¿Qué orientación es la del síntoma? La orientación de lo real, la orientación del significante excluido a la vez del campo de la significación y del sentido. Esta última definición de lo real que da Lacan: es lo que no tiene sentido y, sin embargo,

encuentra en el síntoma una representación en el campo del sentido. El síntoma es lo que viene de lo real.

De esta manera se puede entender que en los procesos de estructuración del sujeto, en el niño el símbolo paterno tiene que inscribirse y, hasta tanto no se inscriba es una ley real, y es un símbolo. Lacan dice que lo que no se inscribe en lo simbólico, retorna en lo real. Si la ley no se inscribe como parte de la estructura de un sujeto simbólicamente, queda instituida como real, fuera de la estructura simbólica y fuera de la estructura imaginaria. (Moresco, 1995)

1.2 Antecedentes

El Pecho Femenino

Los pechos de la mujer a través de la historia han sido depositarios de significados de feminidad, erotismo, seducción, entre otros. Yalom (1997) dice que las civilizaciones del occidente o de oriente hablaban de “pecho bueno”, que tenía que ver con alimentar al recién nacido o imaginariamente a una comunidad religiosa, quienes además adoraban a los ídolos femeninos lo que se ve reflejado en las pinturas italianas de la Madona dando de mamar al niño o las imágenes de los pechos desnudos de la Libertad, por ejemplo.

Por Otra parte la autora, al referirse al “pecho malo” la representación de una ramera de pecho pecaminosos. Mientras en la tradición cristiana, los pechos eran venerados como productores de leche, que proveían alimento.

Yalom cita a M. Klein, quien estudio la idea de que las fantasías sobre el pecho inician en los primeros años de vida:

El instinto de muerte es la fuente original de la ansiedad infantil, que la criatura desvía hacia el objeto externo original: el pecho, por ejemplo. De esta forma, se convierte en el pecho “malo”. En cambio, el pecho gratificante, asociado con el instinto de vida, se convierte en el pecho “bueno”. (pág. 185)

Por otra parte, durante los siglos XV al XVII en países europeos el pecho femenino fue percibido como un contenido erótico, que dejaba a un lado su visión maternal y sagrada.

En el siglo XX el pecho ha sido el deleite de los observadores, pautando a acerca de su función estética moda y sobre el atractivo de su tamaño. No obstante, igualmente la sociedad occidental ha impuesto la supresión del busto femenino de la sexualidad. Tales es el caso de los denominados puritanos, quienes obligaban a las jóvenes llevar apretados corpiños y quienes al crecer le aplastaban los pechos con placas de plomo (Morris 1985).

Posterior a la segunda guerra mundial, la imagen de la mujer/objeto sexual con pechos voluminosos volvió a imponerse. Al mismo tiempo, y como consecuencia de este hecho, también se impusieron los implantes mamarios.

Poco a poco se fue creando con la labor publicitaria una imagen de cuerpo femenino ideal, provisto de grandes mamas, una pequeña cintura y unas caderas estrechas. Actualmente se ha generado la moda de los sostenes como el “wonderbra” y los implantes de silicona.

El significado que se le atribuye a los pechos, tendrá la connotación que le ha asignado la sociedad y las normas culturales; que el momento en que una mujer toma posesión de sus pechos es cuando se ve frente un cáncer de mama donde teme por su vida.

1.3 Consecuencias subjetivas en pacientes oncológicos sometidas a cirugía de mama

Para abarcar este capítulo se hablará sobre los tipos de cáncer de mama que pueden padecer las pacientes, luego abarcar las diferentes subjetividades que se presentan, además del humor y trauma.

1.3.1 Tipos de cáncer

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pudiera crecer hacia los tejidos o propagarse a áreas distantes del cuerpo (metástasis).

Esta enfermedad ocurre casi por completo en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer. (American Cancer Society, 2013)

El cáncer de mama es la neoplastia más diagnosticada y la segunda causa de muerte en las mujeres. En nuestra ciudad, afecta aproximadamente a 400 mujeres anualmente entre los 45 y 70 años de edad.

Se cree que el 50% de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama tiene factores de riesgo identificables, aparte de la edad y género. Ciertos factores hormonales y reproductores así como el estilo de vida, dieta y ambiente están relacionados con el riesgo. Además de antecedentes familiares o personales de

esta neoplastia, los historiales de enfermedad benigna de la mama son otro factor predisponente. (Bruce A. Chabner, 2011)

Entre los tipos de cáncer se encuentran los siguientes:

- CDIS: carcinoma ductal in situ
- CDI: carcinoma ductal invasivo
- CLI: carcinoma lobular invasivoCáncer de mama inflamatorio
- CLIS: carcinoma lobular in situ
- Carcinoma tubular de la mama
- Carcinoma medular de la mama
- Carcinoma mucinoso de la mama
- Carcinoma papilar de la mama
- Carcinoma cribiforme de la mama
- Cáncer de mama en hombres
- Enfermedad de Paget en el pezón
- Tumor filoides de la mama
- Cáncer de mama recurrente o metastásico

Aunque no se sabe exactamente qué causa el cáncer de seno, sabemos que existen algunos factores de riesgo asociados con la enfermedad. Los distintos tipos de cáncer tienen distintos factores de riesgo. Algunos factores como el fumar, consumir alcohol y la alimentación están asociados con cosas que una persona hace. Otros, como la edad de la persona, tejido denso del seno, la raza, menstruación a edad temprana, radiación al seno, genética o sus antecedentes familiares, no se pueden cambiar.

El no tener hijos o tenerlos a mayor edad, el uso de pastillas anticonceptivas, terapias después de la menopausia, no dar de lactar al bebé, sobrepeso y falta de ejercicio están asociados a un mayor riesgo de cáncer al seno.

Los factores de riesgo que no han sido probados son: alimentación, consumo de vitaminas, desodorantes, sostenes, abortos provocados, implantes o contaminación. Se han realizado muchos estudios pero no se encuentra relación del cáncer con estos factores.

Aunque muchos factores de riesgo pudieran aumentar las posibilidades de llegar a tener cáncer de seno, todavía no se sabe bien cómo algunos de estos factores de riesgo causa que las células del cuerpo se conviertan en cáncer. (American Cancer Society, 2013)

1.3.2 Causas que intervienen en la subjetivación de las pacientes oncológicas.

Se hará referencia a los conceptos de humor, inhibición, angustia y síntoma y trauma de los que habla Freud.

1.3.2.1 Posición subjetiva de las pacientes oncológicas

Al haber trabajado en el SOLCA se ha notado que las pacientes sometidas a una mastectomía presentan diversos tipos de reacciones que se demuestran en su subjetividad. Muchas de ellas se ubican como objeto de burla, mientras que otras pasan por momento de mucho dolor y pérdida.

1.3.2.1.1 Humor

El proceso humorístico se puede llevar a cabo de dos maneras: ya sea en una sola persona, que adopta ella misma la actitud humorosa, mientras que la segunda se limita al mero espectador divertido.

La actitud humorística, puede dirigirse contra la propia o ajena persona; también cabe aceptar que proporciona un beneficio placentero a quien lo adopta, y un análogo placer corresponde también al espectador sin parte alguna en la trama.

La esencia del humor consiste en que uno se ahorra los afectos que la respectiva situación hubiese provocado normalmente, eludiendo mediante un chiste la posibilidad de semejante despliegue emocional. (Freud, Humor, 2003)

Una de las características del humor es que el yo rehúsa dejarse ofender y precipitar al sufrimiento por los influjos de la realidad; se empeña en que no

pueden afectarlo los traumas del mundo exterior, más aún: demuestra que solo le representan motivos de placer. (Freud, Humor, 2003)

El placer humorístico jamás alcanza la intensidad del que se origina en lo cómico o en el chiste, y nunca se expresa en risa franca; también es cierto que el súper yo, al provocar una actitud humorística, en el fondo rechaza la realidad y se pone al servicio de una ilusión. (Freud, Humor, 2003)

1.3.2.1.3 Inhibición, síntoma y angustia

“La inhibición presenta una relación especial con la función y no significa necesariamente algo patológico”. Inhibición de una restricción normal de la misma. Síntoma vale como signo de un proceso patológico. Una inhibición puede construir un síntoma, y siendo así, acostumbramos a hablar de inhibición cuando se trata de una simple disminución de la función, y de síntoma, cuando de una modificación extraordinaria de la misma o de una función nueva”. (Freud, Inhibición, Síntoma y Angustia, 2003)

- a. “La función sexual se halla sometida a muy diversas perturbaciones, que en su mayoría presentan el carácter de simples inhibiciones. Estas se reúnen bajo el concepto de importancia psíquica. La realización de la función sexual normal supone un curso previo harto complicado, y la perturbación puede instaurarse en cualquier punto del mismo. Los síntomas principales de la inhibición del hombre son:

- 1.- La desviación de la libido al principio del proceso (displacer psíquico).

- 2.- La falta de la preparación física indispensable (falta de erección).
 - 3.- La abreviación del acto sexual (la ejaculatio praecox), que puede también ser considerada como un síntoma positivo.
 - 4.- La interrupción del mismo antes de su desenlace natural (falta de eyaculación).
 - 5.- La falta del efecto psíquico, falta de la sensación de placer del orgasmo.
- Otras perturbaciones son consecuencias del enlace de la función con condiciones especiales de la naturaleza perversa o fetichismos. Las inhibiciones son evidentes renunciaciones a la función a causa de que durante su realización surgirá angustia”. (Freud, Inhibición, Síntoma y Angustia, 2003)

- b. “Perturbación más frecuente en la nutrición es la repugnancia a comer por retirada de la libido. Como defensa histérica contra la indigestión de alimentos, conocemos el síntoma del vómito. La negativa a comer por angustia es propia de estados psicóticos (delirio del envenenamiento)”. (Freud, Inhibición, Síntoma y Angustia, 2003)
- c. “La locomoción aparece inhibida en algunos estados neuróticos por repugnancia a andar o por debilidad de las extremidades abdominales. El impedimento histérico se sirve de la parálisis motora del aparato locomotor o crea una interrupción especial de esta función del mismo (abasia). Particularmente son características las alteraciones de la locomoción por interpolación de ciertas condiciones cuyo incumplimiento hace surgir angustia (fobia)”. (Freud, Inhibición, Síntoma y Angustia, 2003)

d. “La inhibición de la capacidad de trabajo, se presenta como disminución del deseo de trabajar, como afectuosa realización del trabajo, o en forma de fenómenos de reacción, tales como fatiga, vértigo o vómitos al forzar al sujeto a continuar su tarea. La histeria impone el abandono del trabajo por medio de la producción de parálisis orgánicas o funcionales cuya existencia es incompatible con la ejecución de la labor de la neurosis obsesiva perturba el trabajo por una continua distracción y por la pérdida de tiempo consiguiente a incesantes interrupciones y repeticiones”. (Freud, Inhibición, Sintoma y Angustia, 2003)

“La inhibición es la expresión de una restricción funcional del yo, restricción que puede obedecer diversas causas”. “Las inhibiciones son restricciones de las funciones del yo, bien como medida de precaución, bien a consecuencia de un empobrecimiento de energía”. Fácilmente vemos ya en qué se diferencia la inhibición del síntoma. “El síntoma no puede ser ya descrito como un proceso que ocurra dentro o actúe sobre el yo”. (Freud, Inhibición, Sintoma y Angustia, 2003)

El síntoma, un signo y un sustitutivo de una expectativa de satisfacción de un instinto, un resultado del proceso de la represión.

La represión parte del yo, que a veces por mandato del súper – yo, rehúsa agregarse a una carga instintiva iniciada en el ello. Por medio de la represión logra el yo impedirle que la idea, vehículo del impulso prohibido, alcance a ser consciente. (Freud, Inhibición, Sintoma y Angustia, 2003)

“El análisis revela muchas veces que dicha representación ha continuado existiendo como formación inconsciente”. El proceso de la represión aparece, desde luego, acentuando el apartamiento de la consciencia de la representación reprimida, como resultado del proceso represor.

La represión transforma en displacer de satisfacción esperado. La descarga de excitación propuesta en el ello no tiene efecto a consecuencia de la represión, consiguiendo el yo inhibirla o desviarla.

El yo puede ejercer sobre los procesos desarrollados en el ello muy amplia influencia. Freud indica que “La represión equivale al intento de fuga. El yo retrae la carga (preconsciente) de la representación instintiva que va reprimir se trata y se utiliza para génesis del displacer (de angustia)”. La angustia que surge de la represión no es creada de nuevo, sino reproducida como estado afectivo, según una imagen mnémica previa a las primeras explosiones de angustia, que son muy intensas, tiene efecto antes de la diferenciación del súper-yo. (Freud, Inhibición, Síntoma y Angustia, 2003)

El síntoma surge del impulso instintivo obstruido de la represión, la existencia del síntoma puede traer consigo cierto impedimento de la función, el cual puede ser usado para apaciguar una exigencia del súper-yo o rechazar una aspiración del mundo exterior. (Freud, Inhibición, Síntoma y Angustia, 2003)

2.3.2.1.3 Trauma

El trauma es un agujero en el interior de lo simbólico, un vacío que queda exterior a una representación simbólica.

Freud coloca al trauma entre un primer y segundo tiempo:

El primer tiempo está ubicado en la infancia, donde un primer acontecimiento no tiene ningún valor y el segundo tiempo en la pubertad, donde efectivamente se lo adquiere. Será ese segundo tiempo, actuando sobre el primero lo que producirá un efecto traumático.

El efecto traumático tiene resultado porque algo del mundo exterior va a ligarse con la pulsión, en el encuentro de un acontecimiento exterior con un acontecimiento pulsional.

Freud nos especifica que en el primer tiempo no necesariamente fue un evento que tuvo que llevarse a cabo, sino que pudo ser una situación fantaseada por el niño.

En la infancia Freud señala la presencia de fantasías originarias, que no dependen de las experiencias, que son previas y se presentan siempre.

Estas fantasías surgen en respuesta a una serie de preguntas infantiles.

- Seducción: a la pregunta de ¿por qué alguien desea?
- Castración: respuesta a la pregunta de por qué hay diferencia sexual.
- Escena primaria: respuesta a la pregunta por el origen.

El segundo tiempo del trauma tiene lugar en la pubertad, donde el sujeto se enfrenta con un Real que aparece, la falta de significación de un saber preciso sobre la sexualidad, es decir, se enfrenta con la no sexualidad. Además de esto, el sujeto se enfrenta con otra situación que denota un imposible, pérdida de la imagen de la latencia, al aparecer los caracteres sexuales secundarios, el sujeto debe restituir su imagen que ya no es la de un niño.

Frente a la ausencia de significación sobre la sexualidad, el sujeto recurrirá a sus soluciones infantiles, es decir la fantasía, para saber cómo sobrellevar este segundo encuentro con lo traumático.

El trauma puede entenderse por dos vertientes:

- Como proceso: ligado a lo no programable. Efecto del lenguaje.
- Como acontecimiento: contingencia (lo incalculable), de la irrupción de lo extraño sobre representaciones simbólicas.

Para resumirlo, en la primera instancia Freud va a situar al trauma como un hecho que sucedió en la realidad del sujeto (en su fantasía) pero

posteriormente dirá Freud que el trauma no necesariamente tuvo que suceder en la realidad sino que se trata sobre como los fantasmas operan a propósito de un hecho en cuestión, lo traumático se aviva con un segundo encuentro paradójico, es eso segundo que aviva lo primero, pero de una manera diferente ya que ahora lo carga con una significación diferente (de carácter sexual) adquirida en la adolescencia, totalmente diferente a la tenida en la infancia.

CAPITULO 2

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó dos métodos: el método exegético que consiste, como su definición lo dice, extraer el significado de un texto dado donde se sacaron algunas citas y frases para poder explicar el tema; y el método clínico, basado en este caso a la observación.

El trabajo, bajo la sustentación teórica se lo articula con la práctica hospitalaria.

2.1. MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

Se hará referencia a los diferentes tipos de tratamientos para las pacientes con cáncer de mama, dependiendo de la extensión de la enfermedad y de las características de cada paciente utilizados en el hospital.

2.1.1. TIPOS DE TRATAMIENTO MÉDICO.

Antes de iniciar algún tipo de tratamiento, se realiza un estudio, ya sea por imágenes, biopsia o pruebas de laboratorio.

Los estudios por imágenes ayudan a determinar si puede ser cáncer, saber que tanto el cáncer se puede haber propagado y para ayudar a saber si el tratamiento está surgiendo. Las mamografías, resonancias magnéticas, ecografías y ductogramas son las principales pruebas para mostrar que todo luce, o puede indicar que es necesario realizar una biopsia.

Con la biopsia es la única manera de saber si hay presencia de cáncer en el seno. Será el doctor especialista el encargado de escoger el tipo de biopsia a realizarse.

Están además los exámenes de laboratorio para ver si el tejido del seno es benigno o maligno. Si es canceroso, este tipo de examen ayudará a saber el tipo de cáncer, si es invasivo o no, cuán rápido está creciendo el cáncer y cuales tratamientos podrían funcionar mejor.

Los tratamientos son varios pero los más usados en SOLCA son los siguientes:

- ***Quirúrgico***

La cirugía es fundamental para el control del cáncer. La mayoría de los pacientes con enfermedad localizada como mama y ganglios, se someten a cirugía con el fin de extirpar el cáncer.

Existen diferentes tipos de cirugías; si el tumor es pequeño en relación al volumen mamario y la paciente tiene posibilidades de recibir radioterapia a posterior, es posible extirpar el tumor pero no toda la mama. Las pacientes con

tumores grandes o que no pueden recibir radioterapia son sometidas a una mastectomía que es la extirpación del tumor y de la mama. (Ministerio de Salud, instituto Nacional de Cáncer, 2013)

- ***Radioterápico***

La radioterapia es un tratamiento para el cáncer en el que se usan rayos x de alta energía para destruir células cancerosas o impedir que crezcan. Con la radioterapia se trata de conservar la mama pero tiene como objetivo reducir que la enfermedad vuelva localmente y contribuir a la posibilidad de curación. (Ministerio de Salud, instituto Nacional de Cáncer, 2013)

- ***Oncológico***

Este tratamiento incluye a la quimioterapia, hormonoterapia y terapia biológica, se basa en medicamentos que buscan destruir a las células cancerosas o impedir su crecimiento.

Dependiendo del caso de la paciente, puede ser aplicada antes (para reducir el tamaño del tumor) o después de la cirugía (para destruir cualquier célula cancerosa que haya quedado).

En pacientes en el cual la enfermedad es avanzada se aplicará desde el momento del diagnóstico. (Ministerio de Salud, 2013)

2.2. FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN INSTITUCIONES HOSPITALARIAS

2.2.1 MÉTODO CLÍNICO

Se dará a conocer la labor del psicólogo dentro de una institución hospitalaria y que tipo de clínica se usara para el proceso al momento de tratar con pacientes con cáncer. La clínica más predominante fue la clínica de la emergencia.

2.2.1.1 Entrevistas clínicas

La herramienta psicología es de origen médico y a través de su utilización, los psicólogos consiguen datos específicos y útiles para poder tener una hipótesis de los problemas que puedan presentar los pacientes.

Al inicio de toda entrevista clínica, se realiza una historia clínica basada en entrevistas tanto con la paciente, como también con los familiares que la acompañan. Además se analizan objetos traídos por la paciente como el caso de diarios, cartas, entre otras cosas, para lograr tratar con la mayor información el caso.

“El método clínico se constituye de 5 pasos: la observación, indagación, abstracción, integración o diagnóstico informal y diagnóstico”. (Sanjuan, 2011)

Al encontrarnos en un entorno hospitalario se recurre a la observación, donde se pone en juego funciones como la atención y la concentración, el psicólogo aprende a observar de manera sistemática el comportamiento humano. (Sanjuan, 2011)

“Al observar conocemos la influencia del medio sobre la persona, ya que se puede inferir si ha padecido enfermedades orgánicas severas, que se manifiestan en su estructura morfológica, el tipo de alimentación que ha tenido, si se viste de acuerdo a su edad y las normas del grupo social a que pertenece, las bases para observar estas manifestaciones la proporciona la aproximación teórica conductual y social. La observación sistemática es importante, con lo que se prosigue el conocimiento de las particularidades de ese ser humano con el que se trabaja y permite identificarlo y diferenciarlo de los demás seres humanos, y al conocer esas particularidades se puede empezar el proceso mediante el cual se inicia la puesta en práctica del llamado ojo clínico que da pie para que el psicólogo inicie su entrenamiento para su práctica profesional”. (Sanjuan, 2011)

El segundo paso es la indagación, que explora por medio de la entrevista, el padecimiento del paciente, su origen y circunstancias. Se busca conocer aquellos eventos que están influyendo en la conducta motivo de consulta o demanda que plantea el paciente.

“La abstracción es el tercer paso, que consiste en identificar los elementos significativos de una situación, vivencia o conducta, tomando en cuenta aquellos elementos que aun cuando no están presentes, que influyen en la conducta del paciente”.

“El cuarto paso, integración, consiste en que luego de interpretar la información, se procede a integrar el material obtenido a través de la observación y otras técnicas usadas en la entrevistas ya que si se toma solo la primera se pueden realizar interpretaciones personales”.

Con todo el material integrado llegamos al quinto paso que es la realización del reporte psicológico de manera precisa con el fin de dar una devolución de los resultados, concluyéndose el diagnóstico. (Sanjuan, 2011)

Freud crea una técnica dentro del psicoanálisis donde plantea que es fundamental conocer el inconsciente del individuo para poder entender las motivaciones de sus actos. Se recurre a la técnica de asociación libre, donde el paciente deja que fluyan sus pensamientos y logre expresar lo que pasa por su mente, además de la interpretación de los sueños.

2.2.1.2. Clínica de la emergencia

Para referirnos a momentos de emergencias clínicas en el contexto hospitalario, nos presentan a diario son: enfermedad, muerte, pérdidas, dolor, tratamiento, pasan a ser para el psicólogo una prioridad de su actividad clínica.

Se constituye como una demanda de ayuda inmediata a partir de, las situaciones de riesgo que se les presentan a los médicos que los obligan a tomar decisiones dirigidas a aliviar y solucionar el malestar físico de los pacientes, las mismas que pueden resultar muy drásticas y dolorosas en el sujeto, generando un impacto que desencadena una serie de conflictos, muchos de ellos pre-existentes ya.

El campo interdisciplinario se enfrenta a situaciones emergentes como:

- Amputación de órganos
- Intervenciones quirúrgicos urgentes
- Accidentes traumáticos
- Tratamientos dolorosos, de riesgo y con severas secuelas

Todas estas se presentan muchas veces de forma abrupta e inesperada constituyéndose la clínica de la emergencia como aquellos casos en donde hay que preparar al paciente para afrontar situaciones que generan mucha angustia, donde se ha producido una rupturas del fantasma es decir, de aquellos que los ha sostenido como sujeto.

El tipo de enfermedad o tratamiento impacta al paciente e implica un momento de crisis, a pesar de esto el sujeto no se ha desarticulado de su cadena significativa y es capaz de hablar y expresar todo aquello que le sucede y de cómo se siente frente a esto.

La psicoterapia de emergencia consiste en invitar al paciente a relatar toda la historia del trauma (proceso de enfermedad, hospitalización, etc.) y sus reacciones emocionales ante él. Se los trata prudentemente y tranquilizándolos, pero al mismo tiempo se los induce a llenar toda posible laguna en la historia de sus accidente y las reacciones emocionales que ha tenido, tan pronto como sea posible después de haber ocurrido o antes de que ocurra para sintetizar todas las fantasías de enfermedad y curación, de vida y muerte. (Flor Guerrero, Magdalena Herrera, Augusta Herrera, Jennie Maruri, 2000)

Frente a la situación de emergencia el YO del paciente reacciona de manera defensiva, defensa que lo ayuda a reducir el monto de ansiedad en la búsqueda de un equilibrio. El tipo de defensa dependerá de la estructura psíquica del paciente y por esta razón que el psicólogo se enfrentara a situaciones donde el sujeto se halla en diversos estados como negación, evitación, proyección, desplazamiento, racionalización, inhibición, aislamiento, que de alguna manera dificulta el trabajo psicológico. Nuestra labor estará orientada a bajar las defensas que encubren el dolor no expresado buscando instaurar la queja en el sujeto.

Lo que buscamos es solucionar una situación “emergente” en donde el psicólogo tiene que intervenir de manera rápida; preparando al sujeto para una pérdida futura, intervención quirúrgica o exámenes especializados.

Frente a estas emergencias el psicólogo apuesta a que el paciente elabore el duelo ante la pérdida de salud, de facultades mentales o físicas anteriores y en ocasiones de algún miembro de su cuerpo. Sin olvidar que el paciente enfrentado a una pérdida en lo real sufre una herida narcisista a partir de la cual resignificará su esquema corporal. (Flor Guerrero, Magdalena Herrera, Augusta Herrera, Jennie Maruri, 2000)

CAPITULO 3

3. ANÁLISIS DE INTERPRETACION DE RESULTADOS

3.1 Exposición de casos tratados en el área de Hospitalización Clínica de SOLCA.

Se expondrán los casos más sobresalientes tratados en el área de hospitalización clínica de SOLCA.

Con el fin de demostrar la teoría aprendida y práctica realizada durante este periodo.

PRIMER CASO

Este caso la pacientes es doctora pediatra que le han realizado ya una mastectomía a la cual llamaremos “P”.

“P” dice estar bien y que ha tomado su enfermedad con calma. Se enteró del nódulo el 14 febrero del 2011. Comenta que el doctor le había dicho que no era nada grave y que lo llevara con calma.

Pasaron los meses y el tumor creció, la paciente se hizo atender por un colega que le dijo que lo que presentaba era grave y que tenía que operarse.

En abril empezó el tratamiento junto con la mastectomía. Se le colocó un expansor para la reconstrucción “si hubiera sabido que eran más cirugías no lo hubiera hecho”.

Comenta que siempre está acompañada “*no me gusta quedarme sola, no me gusta la soledad, desde pequeña he sido así*”. Se le pregunta qué es lo que le preocupa a lo que ella contesta que sus hijas, de 20 y 22 años. Una estudia medicina y comenta que han tomado la enfermedad de su madre con calma.

Regresa al tema de la soledad y dice “*yo trato siempre de no estar sola, trato de llevar mi vida normal. Soy doctora y se más o menos lo que me puede pasar así que paso con mis pacientes, soy pediatra*”.

“*Los doctores no dicen nada se pasan con que todavía no están los resultados pero hoy cogí la carpeta y vi y veo que tengo quistes y nódulos en el otro seno, así que ya sé por dónde va esto*”. “*Tiene que decirle la verdad, así saben que se van a morir, decirle lo que tenga que decirle a sus familiares*”.

En la segunda entrevista se la encuentra mejor incluso le dan el alta y dice estar contenta de que todo le va bien. Sus hijas están bien y la próxima semana le sacaran el expansor para ponerle la prótesis.

Comenta nuevamente que si hubiera sabido que le tenía que hacer otra cirugía no lo hubiera hecho pero el doctor lo recomendó por el trabajo y medio en la que ella se desenvuelve.

Hay cambio de escena y dice *“le soy sincera, con mi esposo desde que me operé nos hemos distanciado sexualmente”*. *“Yo le planteé el divorcio pero me dijo que estaba loca que soy la madre de sus hijas. Soy muy tajante; si no va, ya no va; si no camina, no camina. Igual yo no puedo meterme en sus pensamientos”*. Podemos ver que hubo una interrogación y división de la paciente.

“Si él me quiere y me ama me acepta como soy, si no, ya no puedo hacer más”.
“yo me siento cómoda, me desnudo frente a él y todo”.

“Él también tuvo cáncer hace 10 años y tiene una cicatriz en la cabeza y le dejó un poco cambiado su cara y me dice que es lo mismo”. *“Me bromea con teta mocha, pero es de juego”*.

Después de escuchar a la paciente se le pregunta cómo se siente y ella contesta *“cuando hablamos nos acercamos un poco pero él dice que estoy delicada”*

Hay cambio de escena y expresa que sus hijas son un orgullo para ella y que nunca ha tenido ningún problema con ellas. *“Quería que la menor sea azafata con \$4000 mensuales pero no quiso y se metió a medicina”*

Al finalizar la sesión comenta que la próxima semana estará en el primer piso ya que se le realizará la reconstrucción del seno y pide que la busque.

Comentario

P.M. es una paciente que se encuentra tranquila al momento de las entrevistas. Comenta que ha sabido llevar la enfermedad. Hay ciertas frases vagas en su relato.

Se encuentra obstáculos al momento de hablar sobre la reconstrucción del seno ya que no quería pasar por una segunda operación. También cuando toca el tema de su relación de pareja y las bromas que el esposo dice de ella “teta mocha”. Además cuando ella dice que no le gusta estar sola, en ese momento hay un obstáculo.

La paciente pide ser visitada ya que le harán la reconstrucción de su seno y quiere “conversar”.

SEGUNDO CASO

E. Z. es una paciente de 47 años de edad. Ya se le realizó la mastectomía pero asegura que eso es nada para lo que ha tenido que pasar.

Inicia su relato diciendo *“Soledad es así como me siento, esto del seno no es nada con todo lo que me ha pasado.”*

Se queda pensando y pregunta ¿por dónde puedo empezar? Se le dice que puede hacerlo por donde ella quiera e inicia diciendo que su infancia fue muy difícil. Fue abandonada por sus padres a corta edad y vivió con su abuela *“ella lo es todo para mí, cuando mi abuela murió, mi vida murió”* Al recordar a su abuela E. llora. *“nunca tuve buena relación con mis padres”*

En su adolescencia, a la edad de 12 años, regresó a casa de su madre pero no se acostumbraba ya que vivía con su padrastro. *“un miembro de la familia quiso abusar de mi por varias ocasiones y mi madre en vez de defenderme, lo protegía a él”* E. tiene resentimiento hacia su madre ya que no se explica como una madre puede permitir esto hacia su hija *“Me hice de marido a los 17 años para salir de mi casa, fue idea de mi mamá para así protegerme de los abusos”*.

Su esposo le fue infiel varias veces por el cual siempre habían peleas en casa. Se separaron y comenta *“me dejó en la calle, no tenía a donde quien ir y él me quitó a los niños”* Encontrándose así, alquiló una habitación *“yo vivía en una habitación de 2 por 2”* *“no podía ver a mis hijos y cuando lo hacía era a escondidas”*

“Como quería tener derecho a ver a mis hijos, arreglé la habitación comprando una litera que era lo que entraba para poder tenerlos ahí”

“Sabía que tenía que salir de ese lugar y poder tener algo mejor para poder recibir a mis hijos” E. asegura de que sus hijos en casa del padre lo tenían todo, con todas las comodidades y que la ley jamás la dejaría quedarse con sus hijos y que pasaran las incomodidades extremas por las que ella estaba pasando.

Cuenta que inició poniendo un bar y poco a poco ingresó a la venta de comida. *“tenía solo dos almuerzos que repartir pero gracias a Dios eso día a día iba creciendo. Pude alquilar un lugar un poquito más grande donde podía tener a mis hijos. Ya sabe una madre hace todo por sus hijos”*. E. llora al comparar y recordar el trato de su abuela y cómo es el de ella con los hijos *“pero siempre fuerte para ellos”* agrega para calmar sus lágrimas.

Inició repartiendo sánduches en las madrugadas y con el pasar del tiempo fue aumentando sus clientes, llegó a repartir almuerzos para empresas enteras llegando a un total aproximado de 1,500 almuerzos al día.

E. es una mujer que utiliza mucho el acento de serrana y esmeraldeña, lo hace para alegrar a lo demás *“soy una mujer chistosa y alegre”*. En el negocio que ella tiene, ha contratado a mucha gente de raza negra. *“amo a mis negros, me encantan los negros, son hermosos bea”* Indica que con el tiempo ha dejado de hacer bromas ante sus amigas *“cada que veía a un negro decía cosas como “ese negro es un buenote”*.

Luego de algunos años la relación con su ex esposo mejoró y se volvieron a casar. *“Soy una mujer muy creyente y aprendí a perdonarlo”* *“soy feliz con mis hijos y hermanita la familia es lo más sagrado”*

Relata la forma de cómo se enteró de su enfermedad *“Fui por acompañar a una amiga a hacerse el chequeo de rutina y me dijo háztelo de una vez y le dije no ñañita que ando chira, esto vale 35 y solo cargo 20. Mi amiga me dijo yo te pongo los 10 y luego me pagas pero háztelo y yo que no y así tonteando hasta que lo hice. El resultado fue positivo para mí y negativo para ella.”* E. lo tomo con mucha calma y aceptación. *“a mí no me da vergüenza de nada, así tenga que estar pelada me veo hermosa y piciosa”*.

“Yo con esto he aprendido mucho, siempre me ha gustado ayudar a las personas pero ahora quiero abrir un centro para que las personas que vienen al hospital por la quimio se puedan quedar a dormir y ayudarlas a pasar el malestar hasta q puedan regresar a sus pueblos”

Cuenta que ella siempre esta como ahora *“sin peluca, ni prótesis, sin nada”* y que iba a SOLCA y se encontraba con mujeres preocupadas por su aspecto *“yo me ponía a hablar con una y terminaba dando charlas en plena sala”*

“Pero aquí como me ves como un carro chocado, sigo. A veces me quedo sola en casa pero mi perro es quien me da compañía, él nunca me ha dejado. Cuando estaba enferma el siempre junto a mi cama” pero así también agrega que pasa momentos de soledad en los que recuerda a su abuela.

Señala que a pesar de todo ella es súper amiguera y activa, le envía fotos a las amigas por whatsapp de cómo va quedando después de cada quimio, señalando que esta fea o guapa “*la mayoría de veces estoy piciosa*”.

Se puede notar que E. a pesar de que dice estar siempre rodeada de sus hijo y esposo termina las sesiones diciendo que su vida lo que ella siente es soledad. Se puede notar que el síntoma en la paciente es la soledad que ella siente y que argumenta diciendo que desde que su abuela murió todo cambio para ella.

Comentario

E. es una paciente muy expresiva al momento de sus relatos, demuestra disponibilidad de trabajo durante el tiempo de las entrevistas. Logró además una historización en donde aparecían varios cambios de escena.

Presenta varias frases vagas, además de los varios obstáculos en temas tristes al hablar de su abuela, “que la perdió a corta edad”, su madre “que nunca tuve” e hijos “tuve que luchar por tener algo mas y poder verlos”.

Recalca que es “una mujer chistosa y alegre” ubicándose en una posición humorística para poder, de cierta forma, desviar su enfermedad.

La paciente se ubica en una posición abierta respecto a su enfermedad. Va a luchar mientras pueda ya que siempre estará “preciosa”. Comenta además que

tiene como objetivo abrir una casa asistencial para las personas que llegan a Solca con pocos recursos.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

Luego de una larga investigación se puede dar cuenta con el cumplimiento de los objetivos, tales como el indicar y definir los procesos subjetivantes por los que pasa la paciente de oncología y de qué manera emergen en ellas al tener una alteración en su imagen; establecer tipos de diagnósticos y tratamiento a los que deben ser sometidas, tanto médico, como es la quimioterapia, radioterapia, etc. o psicológico, como la clínica de la emergencia usada en casos en las que hay que preparar al paciente para afrontar situaciones que generan mucha angustia, a partir de casos tratados en la prácticas realizadas en el área de Oncología Clínica de Solca. De esta manera se pueda determinar las repercusiones de la pérdida del seno.

En el área de Oncología Clínica de SOLCA, la mayor demanda por parte de familiares y doctores fueron las soluciones rápidas y eficaces con las pacientes que presentan depresión, angustia, miedo a la cirugía, en donde mi posición fue brindar un espacio de escucha y muchas veces espacio de silencio.

Se ha logrado dar cuenta que las problemáticas subjetivas más repetitivas en las mujeres con cáncer de mama sometidas a una mastectomía, además de demostrar cómo el cuerpo aparece en escena como contexto actual, por la moda, la estética y los ideales culturales, cómo ese cuerpo que es construido por el sujeto, se debe de intervenir en los quirófanos a causa de una enfermedad o por el arreglo en la mejora de la autoestima y la apariencia física.

Las recomendaciones a partir del trabajo de investigación, así como también de la experiencia obtenida en el área de Oncología Clínica del Hospital Oncológico SOLCA, luego de realizar las prácticas clínicas, serían que futuros practicantes de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, de la carrera de Psicología Clínica, puedan seguir asistiendo a esta área ya que brinda mucho saber en cuanto a las prácticas clínicas.

Es importante además que los practicantes de la carrera de psicología clínica conozcan la terminología médica, así como también los tratamientos a seguir para que de esta manera puedan conocer los efectos que se presenta en la enfermedad en los pacientes.

Además, impulsar en los pacientes, así como también a los familiares, que cuentan con el área de psicología, en donde pueden expresar libremente sus emociones, donde lo dicho se mantendrá reservado, sin ningún tipo de prejuicio. Así como también no tener temor al momento de que por impulsos lloren, griten, etc.

Bibliografía

- *American Cancer Society*. (26 de Febrero de 2013). Recuperado el 3 de junio de 2013, de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/guiadetallada/cancer-de-seno-que-es-que-es-cancer-de-seno>
- (2011). Oncología de mama. En M. Bruce A. Chabner, *Harrison. Manula de Oncología* (págs. 511-527). México, D.F. : McGraw Hill Interamericana Editores .
- Carballo, C. (2003). *Aproximaciones al concepto de cuerpo*. Obtenido de http://www.perspectiva.ufsc.br/perspectiva_2003_01/11_artigo_carballo_crespo.pdf
- (1991). En C. Catala, *Qué es un niño en Psicoanálisis* (pág. 19). Centro Psicosocial de Navarra.
- Flor Guerrero, Magdalena Herrera, Augusta Herrera, Jennie Maruri. (2000). *La Psicoterapia con orientación analítica en la institución hospitalaria*. Guayaquil.
- Freud, S. (2003). Duelo y Melancolía . En *Obras Completas. Tomo II* (pág. 2091). Madrid: Biblioteca Nueva.
- (2003). Humor. En S. Freud, *Obras Completas 3* (págs. 2997-3000). Madrid : Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (2003). Inhibicion, Sintoma y Angustia. En S. Freud, *Obras Completas* (pág. 2833). Madrid: Biblioteca Nueva.
- *Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de E.E.U.U.* (s.f.). Recuperado el 3 de Septiembre de 2013, de www.cancer.gov/espanol/cancer/
- Lacan, J. (1966). *La Tercera*.
- Medina, N. G. (1997). *MATERIAL DE PSICOTERAPIA II*. Guayaquil.
- Ministerio de Salud, A. (2013). *instituto Nacional de Cáncer*. Obtenido de <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-de-mama>

- Ministerio de Salud, A. (s.f.). *Instituto Nacional de Cáncer*. Recuperado el 2013, de <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-de-mama>
- Moresco, M. B. (1995). *REAL, SIMBÓLICO, IMAGINARIO UNA INTRODUCCIÓN*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- (2004). En Mosby, *Diccionario de Medicina*. Barcelona: Oceano.
- Revista de Psicoanálisis. (Febrero de 2012). *Extension Universitaria*. Obtenido de <http://www.extensionuniversitaria.com/num131/p8.htm>
- Sami-Ali. (1979). *Cuerpo Real Cuerpo Imaginario*. Buenos Aires: Paidós.
- Sanjuan, L. D. (2011). *Psicología Unam*. Recuperado el 2014, de <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Materiales%20de%20apoyo/Procedimiento%20y%20Proceso%20del%20M+%C2%AEtodo%20CI+%C2%A1nico%20-%20Lidia%20D+%C2%A1az%20Sanju+%C3%ADn%20-%20TAD%20-%203-%C2%A6%20Sem.pdf>
- Tutté, D. J. (2002). *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Obtenido de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720029503.pdf>