

Maria Florencia González Leone, Immacolata Di Napoli, Caterina Arcidiacono

Tumor al seno: Sobrevivencia y estigma social

Breast cancer: survival and social stigma

Tumore al seno: sopravvivenza e stigma sociale

Resumen

El presente estudio describe el trabajo realizado en la sala de oncología de un hospital en el norte de Argentina con pacientes mujeres sobrevivientes al cáncer de mama que realizaban los controles médicos de seguimiento a 1-2-3-4 y 5 años. Los hospitales públicos están destinados a personas sin seguridad social y sin posibilidades económicas. El estudio cualitativo se realizó a través de entrevistas focalizadas y el material recopilado se analizó con el software Atlas.ti.

Palabras claves: estigma social, sobrevivencia, tumor al seno en Argentina, hospital público, escasos recursos económico

Abstract

This article describes a research carried out in an oncology ward of a hospital in Northern Argentina. The research involved survivors with breast cancer who perform follow-up checks at 1-2-3-4- and 5 years. Twenty focused narrative interviews were collected in a public hospital hosting economically disadvantaged people without social security. The textual materials collected were analyzed by Atlas.ti software.

Keywords: social stigma, survival, breast cancer in Argentina, public hospital, lack of economic resources.

Abstract

Il presente studio descrive il lavoro svolto nel reparto di oncologia di un ospedale nel nord dell'Argentina con donne sopravvissute al cancro al seno che hanno effettuato i controlli di follow up a 1-2-3-4- e 5 anni intervistate in ospedali rivolti a persone senza sicurezza sociale e nessuna possibilità economica. Lo studio qualitativo si è svolto attraverso la conduzione di interviste focalizzate e il materiale raccolto è stato analizzato con il software Atlas.ti.

Parole chiave: stigma sociale, sopravvivenza, tumore al seno in Argentina, ospedale pubblico, mancanza di risorse economiche

IL
TEMA

Introducción

El presente estudio describe el trabajo llevado a cabo en el departamento de oncología de un hospital del norte de la Argentina con mujeres sobrevivientes al tumor al seno que realizan el periodo de controles médicos de 1 a 5 años.

El cancer de mama es una enfermedad causada por la multiplicación anormal de las células de la mama 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 tejido mamario.

El cáncer de mama en cifras en Argentina

El cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores en mujeres en todo el país. Se producen 5600 muertes por año por cáncer de mama. Se estima que se producirán más de 19.000 nuevos casos por año, lo cual representa el 16,8% del total de incidencia de cáncer en Argentina.

Argentina, luego de Uruguay, es el país de América con la tasa de mortalidad más alta por cáncer de mama (con 19,9 y 22,7 defunciones cada 100.000 mujeres respectivamente). El cáncer de mama es el cáncer de mayor incidencia en mujeres, con una tasa de 71 casos por cada 100.000 mujeres. Más del 75% de las mujeres con cáncer de mama no tienen ningún antecedente familiar de dicha enfermedad. Para el cáncer de mama la detección temprana es fundamental, ya que los tumores de menos de 1 centímetro tienen hasta el 90% de probabilidades de curación. Solo el 1% de los cánceres de mama se presenta en hombres.

La tasa de supervivencia (supervivencia, en correcto castellano) refleja la proporción de personas vivas a un tiempo pre-especificado luego del diagnóstico de la enfermedad en cuestión. Usualmente, y por convención, este tiempo es de 5 años. La tasa de supervivencia observada cuantifica la proporción de pacientes con cáncer que están vivos/as luego de 5 años de seguimiento a partir del diagnóstico. En cambio, la tasa de supervivencia relativa solamente compara la proporción de pacientes con cáncer vivos/as 5 años luego del diagnóstico con la proporción de personas vivas del mismo sexo y edad, pero sin cáncer. La tasa de supervivencia relativa refleja los efectos del cáncer en acortar (o no) la vida. Afirmar que, por ejemplo, la tasa de supervivencia relativa de un cáncer es de 90% a 5 años implica que hubo 10% menos pacientes con cáncer que sobrevivieron 5 años, comparados con la población general.

La supervivencia frente al cáncer de mama ha mejorado en todos los países desarrollados y también en Latinoamérica, sobre todo en Brasil, Colombia y Ecuador. En este último país, el 68% de los pacientes de cáncer de colon siguen vivos cinco años después del diagnóstico. En cuanto al cáncer de mama, Brasil llega una supervivencia del 87%, Colombia 76% y Ecuador 83%. El porcentaje es de alrededor del 60% en Brasil, Cuba, Ecuador y Puerto Rico. En cambio en Chile ha aumentado del 42% al 51% y en Argentina del 46% al 51%.

Existe un aspecto psíquico que atraviesa al paciente con cáncer de mama. Históricamente las mamas han sido sinónimo de belleza, erotismo, sexualidad, femineidad y reproducción, por lo tanto la pérdida de la misma supone un traumatismo psíquico muy elevado que repercute en distintas áreas de la vida de la mujer.

La aparición de un nódulo maligno en la mama de la mujer constituye un impacto psíquico capaz de desestructurar su equilibrio anímico y afectivo. Representa un atentado

contra la estructura psíquica siendo el resultado más frecuente, emociones tales como angustia, ansiedad, depresión, cansancio stress y desesperanza.

IL
TEMA

El sistema de salud de Argentina

El sistema de salud de Argentina, está compuesto por tres sectores: público, de seguridad social y privado. El sector público está integrado por los ministerios nacional y provincial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, fundamentalmente a personas sin seguridad social y sin capacidad de pago. Se financia con recursos fiscales y recibe pagos ocasionales de parte del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector del seguro social obligatorio está organizado en torno a las Obras Sociales (OS), que aseguran y prestan servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de las OS operan a través de contratos con prestadores privados y se financian con contribuciones de los trabajadores y patronales. El sector privado está conformado por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a demandantes individuales, a los beneficiarios de las OS y de los seguros privados (Becerril-Monteki & Bello, 2011).

En 1943 Argentina dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como problema de interés específico del Estado. Esa década fue testigo de un doble nacimiento: del Estado "responsable-garante" del derecho a la protección de la salud y de las organizaciones sindicales, estatales y paraestatales que más tarde dieron origen al sistema de OS. Esto dio lugar a la expansión de los derechos sociales en general, la multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, y la ampliación de la seguridad social, pero institucionalmente se reflejó en el desarrollo de un sistema fragmentado con tres subsectores que atienden a tres categorías de usuarios: a) los grupos sociales de bajos ingresos, que no cuentan con seguridad social; b) los trabajadores asalariados y los jubilados, y c) la población con capacidad de pago, que compra seguros privados o paga de su bolsillo al recibir atención (Becerril-Monteki & Bello, 2011).

La población de escasos recursos que no cuenta con los beneficios de la seguridad social recurre a la red de hospitales y centros de salud públicos en los cuales se brinda atención gratuita a cualquier persona que lo demande.

La literatura

El examen de la literatura (Vidal y Benitos, 2012; Annunziata & Muzzatti, 2014; Biondi, 2014, Martino, Onorato & Freda, 2015; Saita, 2018) y el contacto con las pacientes y el personal del hospital, nos permitió profundizar el conocimiento de las pacientes con cancer que terminan su tratamiento médico y deben afrontar el regreso a casa y la reinserción a la vida cotidiana, una cotidianidad alterada, cambiada. La finalización de los tratamientos y el ingreso a la fase de controles no siempre son concomitantes con la resolución de la crisis relacionada con la enfermedad y su tratamiento (De Lorenzo, 2015).

Las pacientes tienen necesidades peculiares que no pueden ser ignoradas o subestimadas si se desea asegurar la reinserción efectiva en el trabajo, la familia, la pareja y la sociedad. El temor de que el tumor regrese, la ansiedad relacionada con los controles y el porvenir. La sensación de un peligro eminente que deberá ser enfrentado. Esta sensación de peligro permanente se definió "El síndrome de Damocle" (Mauer, 1981; Kowartk, 1982). Es posible que las pacientes sientan estrés debido a muchas emociones diferentes. Es normal sentir cierto grado de depresión, ansiedad y miedo cuando el cáncer es parte de la vida. También es normal la angustia (De Falco, 2014).

Además del estrés emocional que el cáncer y su tratamiento pueden causar, muchas mujeres con cáncer de seno también tienen que lidiar con cambios en su apariencia como resultado del tratamiento (Saita, De Luca & Acquati, 2018). Algunos cambios pueden ser de corto plazo, como la pérdida del cabello pero pueden tener un efecto profundo en la percepción de sí misma de la mujer. Otros cambios son más permanentes, tal como la pérdida de parte o todo un seno (o los senos) después de la cirugía. Algunas mujeres también seleccionan la cirugía reconstructiva para restaurar la forma del seno (www.cancer.org.es).

Los cambios físicos, especialmente después de la cirugía, pueden causar que algunas mujeres se sientan menos cómodas con sus cuerpos. Es posible que haya una pérdida de sensibilidad en el seno afectado. Otros tratamientos del cáncer de seno, como la quimioterapia, pueden cambiar sus niveles hormonales y pueden afectar su interés o respuesta sexual (Barberio & Abate, 2014).

A la pareja le puede preocupar cómo expresar su amor física y emocionalmente después del tratamiento, especialmente después de la cirugía. No obstante, el cáncer de seno puede ser una experiencia de crecimiento para las parejas. La sexualidad incluye tomarse de las manos, mirarse de cierta forma, abrazarse y besarse, etc. y no solamente el acto sexual (www.cancer.org.es)

El presente estudio pretende dar respuestas concretas a los interrogantes actuales alrededor de la fase posterior a la enfermedad oncológica: ¿cómo acompañar después del tratamiento? ¿Cuáles son las dificultades de los pacientes? ¿cuales son las necesidades más inmediatas? ¿los temores más frecuentes? a través del análisis del sistema de salud argentino se ha enfrentado a un nuevo reto que no es sólo proporcionar atención al paciente sino acompañar al paciente después del tratamiento médico a través de la información adecuada y las intervenciones que garanticen la efectiva reinserción social, laboral y familiar del paciente.

Objetivo

Explorar las dinámicas que se desarrollan a nivel personal, familiar y de pareja en mujeres que realizan controles de seguimiento a 1, 2, 3, 4 y 5 años, así como las posibles influencias de la relación paciente /medico / hospital en el estado de bienestar general.

Participantes a la investigación

Con la autorización del comité de ética, del hospital Padilla, de la provincia de Tucumán, hemos entrevistado a 20 mujeres argentinas entre los 27 y los 64 años, con un diagnóstico de cáncer de mama que realizan los controles a 1, 2, 3, 4 o 5 años.

Las pacientes que hemos encontrado pertenecen a un estatus social medio-bajo. El 60% ha completado sus estudios secundarios y trabaja principalmente como empleada. Más del 60% de las pacientes es casada desde hace más de 10 años, tiene una edad media de 44 años y ha realizado una intervención quirúrgica de cuadrantectomía. (Véase gráficos a continuación)

IL
TEMA

Mesa 1 Participantes

<i>Edad de las pacientes</i>	Media 44.2 Desviación estandar 6.160 Mediana 43.5
<i>Nivel de instrucción</i>	4 Primario 11 Secundario 5 Tecnicatura/ Universidad/ Posgrado
<i>Ocupacion</i>	11 Empleado 4 Desocupado 5 Ama de casa
<i>Estado civil</i>	15 Casado/convivente 5 Núbil
<i>Años de matrimonio/convivencia</i>	4 Mas de 5 años 8 Mas de 10 años 7 Mas de 20 años 1 Mas de 30 años
<i>Tipo de intervención quirúrgica</i>	11 cuadrantectomia 9 Mastectomia

Metodología

Al finalizar las visitas de control realizadas por las pacientes en el Hospital Padilla de la provincia de Tucuman, hemos realizado previo consentimiento informado, una entrevista focalizada (Arcidiacono, 2012) con una duración media de 40 minutos.

Las entrevistas fueron dirigidas en base a una guía que indaga 5 áreas que describimos a continuación:

- 1) Percepción subjetiva de la enfermedad
- 2) Vida Social y familiar
- 3) Vida en pareja
- 4) Las visita medicas y controlla en el hospital
- 5) Proyectualidad futura

Metodo de análisis

IL
TEMA

El material textual recogido se analizó usando el software ATLAS.ti 7.0, siguiendo las instrucciones de la Metodología de la Grounded Theory (GTM) (Corbin & Strauss, 2008). Por consiguiente, el análisis se ha basado en una primera selección de unidades significativas llamadas “código“, que nos permite sucesivamente proceder a individuar un grupo de unidades significativas más complejas llamadas “categorías” y finalmente la construcción de macro-categorías que nos permitirán la construcción de significado. Las entrevistas fueron analizadas, por cuanto previsto en el enfoque teórico fundamentado, al método de abstracción progresiva. A menudo, para ser lo más fieles posibles al material textual, en el procedimiento de codificación inicial hemos favorecido la codificación “en vivo”, es decir, el uso textual de las palabras de los encuestados.

La GT activa un proceso de análisis donde, dando lugar a la formalización de las teorías explicativas, el investigador está dirigido por la sensibilización de local mirar los events conceptos que Blumer (1969) sostiene que ofrecen al investigador la dirección en la cual mirar los acontecimientos y la acción social, en contra de los conceptos que el mismo autor define como definitivos, ya que proporcionan prescripciones de lo que debe observar.

El proceso sistemático de lectura, codificación e interpretación propuesto por la GT, asegura la validez del análisis del material recogido. El análisis del material ha de esperar, sobre todo en la fase inicial, las reuniones con otros investigadores para compartir y discutir la codificación del trabajo llevado a cabo con respecto a las categorías específicas de los encuestados.

Se describirán en detalle los momentos del proceso de análisis, que han permitido pasar de un análisis preliminar del texto, mediante la asignación de un código, la formulación de un concepto explicativo del fenómeno que se investiga (Corbin & Strauss, 2008).

En la primera fase, la codificación inicial (codificación abierta), se procede a la fragmentación del material textual. A cada fragmento de texto o cita se le asigna un código que resume su significado.

Después de una primera lectura del material textual, obtenido a partir de entrevistas con categorías seleccionadas, se discute y se comparan los códigos utilizados para identificar categorías conceptuales comunes y específicas en todo el material textual recogido (fase axial de codificación).

El proceso de reducción / condensación de las categorías se basó en el criterio de la frecuencia con la que los códigos estaban presentes en el texto.

Después de un primer análisis más descriptivo del material textual, el proceso de análisis (codificación teórica) se convierte en la identificación de categorías más interpretativas, individuando las macro-categorías que contienen los significados analíticos más relevantes y que le permiten al investigador clasificar los datos de una forma más incisiva e integral (Charmaz, 2006).

Nuestro objetivo es estudiar los acontecimientos en los significados que se les asignan, en relación con contextos y eventos que los influyen. Es, de hecho, un proceso interactivo entre el investigador y los datos recogidos, inspirado a trabajar en el progreso de los materiales recogidos, a la luz de los resultados obtenidos con el fin de delinear una teoría emergente.

Dado que el investigador se considera como parte del proceso, también se consideran la cultura, el entorno, la formación científica y la relación que ha sido capaz de construir con los actores sociales del proceso investigado y las oportunidades que tuvo, para mejorar la capacidad de reflexión de los investigadores y su posible adhesión implícita a teorías o propuestas de la literatura “(Arcidiacono & Di Napoli, 2012).

El trabajo de lectura y familiarización con las entrevistas es la base para cualquier análisis cualitativo de un texto. Con un proceso deductivo la unidad de texto seleccionado solo se inserta en una categoría ya conocida y definida, mientras que con un proceso inductivo sirve para transformar un solo caso en la categoría tanto la frecuencia con la que se presentan, tanto para el significado particular que se le atribuye (Frost, 2011).

Con la teoría fundamentada, el investigador también tiene el potencial de desarrollar un pensamiento innovador a partir de los datos recogidos. El último paso en el camino del análisis responde a la pregunta: ¿qué me dice este texto? En este punto, el investigador, en referencia a los modelos epistemológicos de su formación, la sensibilización de los conceptos que hemos discutido anteriormente, y también en base a la experiencia vi-



vida o simplemente al proceso conceptual-interpretativo que la lectura de las transcripciones ha estimulado, puede proceder a la identificación de lo que se llama categoría principal (core category). A través de un proceso de abducción creativa (Eco & Sebeok, 1983), el investigador va a ser capaz de introducir nuevas conceptualizaciones y nuevas categorías conceptuales. En la fase de codificación teórica, de hecho, el investigador construye nuevas conexiones entre las categorías surgidas e identifica una categoría central, nueva categoría conceptual que representa el punto de apoyo conceptual alrededor del cual se desarrollan las conexiones definidas. Reichertz (2007) considera un "descubrimiento lógico-cognitivo" o adquisición cognitiva que se obtiene en el mismo momento en el que el investigador es capaz de abandonar el conocimiento que ya posee. Es una inferencia que de forma inesperada da en los datos un sentido nuevo, no se explica por la categorización ya realizada (Reichertz, 2007).

Resultado y análisis

Al corpus temático de las entrevistas que hemos efectuado se han atribuido 99 códigos reagrupados en 9 unidades elementales (categorías) y 5 unidades sobre-ordenadas (macro-categorías), descriptas a continuación:

<i>Codigos</i>		<i>Categorias</i>	<i>Macro-categorias</i>
9.	aumento de peso	CUERPO	CAMBIOS EN EL CUERPO
20.	cambiamiento del cuerpo por la terapia hormonal		
23.	cambio en el deseo sexual		
40.	conflicto con el propio cuerpo		
45.	cirugía reconstructiva		
60.	ausencia de ciclo menstrual		
64.	menopausia precoz		
22.	estereotipos de belleza		
25.	sentimiento de vergüenza y culpa		

<p>1. 5. 11. 15. 21. 29. 32. 34. 39. 42. 47. 49. 51. 56. 59. 67. 82. 84.</p>	<p>mediar en las necesidades del otro enfrentar juntos los problemas engaño a la pareja o de la pareja infidelidad combatir de a dos la enfermedad alejamiento de la pareja malestar de la presencia del otro indiferencia aumento de la complicidad falta de comprensión nueva pareja miedo al engaño de la pareja mayor estabilidad en la relación problemas personales de la pareja separazione y/o divorcio violencia de genero mayor afectividad y sensibilidad incomprensione por la diferencia de edad</p>	<p>PAREJA</p>	<p>PAREJA, FAMILIA E HIJOS</p>
<p>2. 4. 10. 12. 17. 26. 31. 46. 52. 55. 61. 62.</p>	<p>deseo de tener hijos deseo de formar una familia los hijos como ayuda para vivir pedir ayuda a los padres para poder mantener los gastos alejamiento de los hijos aumento del afecto por parte de los hijos miedo de hablar con los hijos de los problemas de la enfermedad preocupación por el futuro de los hijos conflictos padres-hijos familias muy numerosas hijos que se van de la casa</p>	<p>HIJOS</p>	<p>PAREJA, FAMILIA E HIJOS</p>
<p>3. 6. 13. 14. 16. 24.</p>	<p>temor por los controles de afrontar ayuda economica lazos con otros pacientes ayuda del personal del hospital posibilidad de acceder a los medicamentos y tratamiento contactos para encontrar trabajo</p>	<p>HOSPITAL</p>	<p>HOSPITAL COMO RECURSO POSITIVO</p>

<p>83. 7. 8. 18. 19. 27.</p>	<p>imposibilidad de trabajar imposibilidad de realizar mas de un trabajo para mantener la familia gastos excesivos del tratamiento cuidados especiales y nutrición que implica mayor salida de dinero gastos extra de transporte costo de los estudios clínicos</p>	<p>PROBLEMAS ECONOMICOS</p>	
<p>7. 30. 33. 41. 43. 44. 90. 57. 63. 65. 70. 100 .</p>	<p>necesidad de trabajar mas horas falta de trabajo despidos en el trabajo falta de trabajo en la familia o de la pareja estigma en el trabajo por la enfermedad sensación de cansancio que impide realizar trabajos de fuerza ausencia en el trabajo por los síntomas del tratamiento hormonal imposibilidad fisica de trabajar síntomas psicológicos que impiden la reinserción en el trabajo stress laboral maltrato en el trabajo</p>	<p>TRABAJO</p>	<p>PROBLEMAS ECONOMICOS Y NECESIDAD DE TRABAJAR</p>
<p>35. 36. 48. 50. 72. 74. 76. 81. 89.</p>	<p>descubrir la Fe apoyarse en la religión vivir una vida espiritual no religiosa paz interior y serenidad hacer las paces con Dios descubrir otras religiones terapias alternativas: yoga, reiki, control mental esperar en curas magicas perder la fe y alejarse de Dios</p>	<p>ESPIRITUALIDAD</p>	<p>VIVENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS DESPUES DE LA ENFERMEDAD</p>

<p>37. 38. 54. 58. 66. 68. 69. 73. 79. 80. 85. 88. 91. 92. 95. 96. 98. 102 . 103 .</p>	<p>miedo a la muerte ansiedad ataques de pánico estrés cambios del humor y de la personalidad incertidumbre e imposibilidad de pensar al futuro el temor antes y después de los controles hiper-sensibilidad y nerviosismo preocupación por el final del tratamiento medico pensar constantemente a la enfermedad necesidad de evadir rabia y angustia pesimismo debilidad de caracter falta de confianza en si misma e inseguridad miedo constante soledad sentimiento de frustración incapacidad de adaptarse a los cambios .</p>	<p>VIVENCIAS NEGATIVAS</p>	
<p>53. 86. 87. 93. 94. 97. 99. 101 .</p>	<p>sentirse libre de vivir la vida que siempre se quizo fortalecimiento personal dedicar mas tiempo a uno mismo empezar una nueva vida superar los estereotipos de belleza volver a amar descubrir una nueva sexualidad dedicar mas tiempo a los amigos y a los afectos</p>	<p>RESPUESTA POSITIVA AL EVENTO TRAUMATICO</p>	

CAMBIOS EN EL CUERPO que comprende la categoría cuerpo, con 9 códigos que describen: la vergüenza y culpa del propio cuerpo, los cambios hormonales, la menopausia precoz, el aumento de peso, los cambios en el deseo sexual, la cirugía reconstructiva, los estereotipos sociales de belleza. Esta macro-categoría engloba las problemáticas relacionadas al cuerpo en gran parte, como consecuencia del tratamiento hormonal realizado durante los cinco años sucesivos al tratamiento oncológico.

Las mujeres que hemos entrevistado viven su cuerpo con un sentimiento vergüenza, “un cuerpo inadecuado” (Irma, 47 años, casada). El tumor, aunque ausente, ha dejado sus secuelas en el cuerpo. “El médico me dice que tengo que volver a mi vida de todos los días, que yo puedo estar bien porque lo peor ha pasado, pero para mí lo peor viene ahora porque me miro al espejo, y no me gusta. Antes pensaba solo a sobrevivir ahora empiezo a pensar en todo lo que hay alrededor de esto” (Mirta, 50 años, casada).

El propio cuerpo y la propia sexualidad se convierten en fuente de angustias y culpa: culpa por la ausencia de deseo, culpa por no poder satisfacer a la pareja, culpa por lo que debe enfrentar la propia pareja, culpa por un cuerpo imperfecto. “Todos los días amanezco mirando a mi marido, que está ahí, a mi lado, no se va, no se fue, y me pregunto que piensa cuando mira mi cuerpo, él me dice que me ve bella como siempre, yo creo que siente solo compasión y eso no me deja ni dormir” (María, 47 años, casada).

Vidal y Benito (2012), afirma como la sexualidad del paciente con cáncer en general no se menciona, ya que comparte el prejuicio que frente a esta situación ocuparse de la sexualidad sea impropio o inadecuado, por lo tanto, los pacientes suelen no preguntar. Los médicos tampoco estimulan a los pacientes a que pregunten. Por otra parte el ciclo de la respuesta sexual en el paciente oncológico puede ser dañado en cualquiera de sus etapas: deseo, excitación y orgasmo. Esto es debido a la interacción existente entre los factores psicológicos movilizados por el diagnóstico y las alteraciones que la enfermedad y sus tratamientos llegan a producir en la estructura hormonal, vascular y neurológica, constituyentes del sustrato biológico de la respuesta sexual. Es importante recordar, que aunque el sustrato biológico de la excitación permanezca indemne, ésta puede llegar a estar afectada de todas formas por factores de estricta índole psicológica.

De las entrevistas analizadas emerge la inhibición de la sexualidad y la dificultad/imposibilidad de hablar con el médico y la pareja de las cuestiones relacionadas a esta, como consecuencia de la vergüenza por el propio cuerpo, la preocupación por la salud y el

temor de la respuesta del otro a la imagen modificada del cuerpo. “Tengo miedo que me rechace, temor de no gustarle, ansiedad por su reacción” (Rosa, 40 años, concubina); “porque gustarle a mi marido si no me gusto ni yo misma cuando me veo, es un cuerpo deteriorado, maltratado” (Miriam, 53 años, casada).

El aumento de peso debido a la terapia hormonal es otra de las preocupaciones que se reflejan de los textos analizados. “No quiero salir de casa, nunca se como vestirme, todo me queda chico, me siento encerrada en un cuerpo que no me pertenece, engordé 10 kilos que no logro bajar, me angustia mucho” (Sandra, 49 años, casada); “ademas de todo lo que ya implica esto, también me siento gorda, es lo que me faltaba”. (Irma, 47 años casada).

Otra preocupación por el propio cuerpo se refleja en el relato del deseo de la cirugía reconstructiva. Las mujeres que hemos entrevistado piden la cirugía reconstructiva, aunque no es de simple acceso. Nos cuentan sobre el hospital de la ciudad que las realiza gratuitamente, de los tiempos de espera para realizarla y de como ellas piensan que eso pueda mejorar sus vidas en relación a la imagen y la relación con los demás. “la cirugía sería para mi la posibilidad de sentirme mujer de nuevo, de gustarme otra vez” (Lidia, 51 años, casada).

La necesidad de “recuperar el cuerpo perdido” (Ana, 40 años, concubina) y “el seno para sentirse otra vez mujer” (Irma, 47 años, casada), es presente en todos los textos analizados, como parte fundamental para afrontar los problemas relacionados al cuerpo y la sexualidad finalizado el tratamiento oncologico.

La ausencia de menstruaciones es otra componente de esta macro-categoría, en asociación al “ser mujer” y la “feminidad”. “siempre me lamenté de los dolores menstruales, nunca me imaginé cuanto podía desear menstruar, es parte del ser mujer, del sentirse fértil” (Marta, 41 años, casada).

El cuerpo femenino narrado por las pacientes es un cuerpo maltratado, olvidado, que necesita recuperar su “femineidad” como fuente de placer, de confianza, de erotismo y de aceptación. Un cuerpo que aunque sin secuelas del tumor aún lo siente, aún lo revive en cada célula. Cuerpo alterado, modificado que necesitará “descubrir” una nuevo significado para atribuir a la imagen que el espejo devuelve y en la cual la mujer no se reconoce.

PAREJA, FAMILIA E HIJOS. Esta macro-categoría está conformada por dos categorías:

Hijos - conformada por 12 códigos que representan la imposibilidad de seguir ayudando económicamente a sus hijos, problemas con los hijos por las diferencias de edad entre unos y otros, familias numerosas, hijos que dejan la casa, imposibilidad de hacer cosas por los hijos.

Pareja - conformada por 18 códigos que representan los temores a la infidelidad, separación y/o divorcio, la presencia de la pareja como compañía o malestar. Las mujeres que hemos entrevistado perciben en el final de los tratamientos médicos y el regreso a la vida cotidiana, la dificultad en la reinserción familiar. Hablar con los hijos, con la propia pareja y con la familia de origen de los aspectos que afectan la cotidianidad se vuelve dificultoso. “Es una inhibición, una fuerza interior que bloquea e impide que pueda hablar”(Carolina, 54 años, casada); “no quiero preocupar a todos con mi angustia, mis problemas, pero aunque este en casa nada es como antes” (Sofía, 39 años, concubina); “se vuelve a lo de siempre, cocinar, lavar la ropa, cuidar a todos, pero esta vez ya no tener ganas, entendiste que la vida es otra cosa, pero los demás no lo entendieron”(Miriam, 53 años, casada). Las mujeres que hemos entrevistado viven aun con sus familias de origen, existen núcleos familiares de 10 u 11 personas en la misma casa, esto puede funcionar como sostén o como fuente de conflictos. La mayor parte de las mujeres entrevistadas han encontrado en la familia de origen la ayuda para afrontar los problemas económicos y familiares superado el momento inicial de el diagnóstico y el tratamiento. “Menos mal que tengo mis hermanos, mis padres, y que vivimos en la misma casa, sino yo no se que haría” (Liliana, 39 años, casada). La familia de origen desarrolla la función de filtro a las problemáticas familiares ayudando a la gestión de los hijos, la casa y la vida cotidiana. “Cuando estoy nerviosa y no quiero escuchar a nadie llamo a mi mama así se lleva los chicos y ellos con la abuela están tranquilos, no me ven mal y yo me puedo encerrar tranquila y pensar a mi misma” (Estela, 47 años, casada).

En relación a los hijos, de los textos analizados emerge como las mujeres entrevistadas sienten la necesidad de pasar más tiempos con sus hijos pequeños, sufren el no poder dedicar el tiempo necesario al juego con ellos, al dialogo con ellos. Las mujeres entrevistadas atribuyen al cansancio por el tratamiento hormonal la imposibilidad de pasar un tiempo junto a sus hijos. “La verdad que la mayor parte del tiempo estoy nerviosa, y ellos

quieren jugar pero yo estoy d muy mal humor, quisiera pasar mas tiempo con ellos peor de verdad, me pongo muy loca, muy nerviosa, así que renuncio” (Ana, 40 años, concubina); Por otra parte es difícil hablar con los hijos de la enfermedad por temor a preocuparlos o que no entiendan, “con mi marido discutimos mucho porque el me dice que yo tengo que explicarles a los chicos lo que me pasa pero tienen 8 y 10 años que van a entender, ellos quieren jugar a la pelota todo el día, el resto del mundo no existe” (Marta, 41 años, casada).

Cuando los hijos son adultos, se percibe un alejamiento resultado de una conducta de evitación del evento, sobre todo por parte de los hijos varones. “me acuerdo cuando Juanquito era pequeño y se enfermaba, había que estar con el todo el día, y cuando yo me enfermé en cambio no se le podía ni hablar, se enojaba mucho, yo creo que por miedo, el tiene miedo a perderme, pero así me hace estar muy triste, a veces no me responde ni el telefono”.

En las mujeres más jóvenes, nace el deseo de maternidad y el temor por las consecuencias futuras de los tratamientos oncológicos, como una de las preocupaciones fundamentales en esta fase de controles y reinserimento social. “El medico me dijo que si en un futuro quiero ser mamá no tendré problemas, pero yo estoy preocupada, deseo mucho un hijo, más ahora, después de lo que superé, sería la continuación de la vida, ahora lo deseo más que nunca” (Liliana, 39 años, casada); “quiero otro hijo, sería respirar vida después de mucha sensación de muerte” (Ana, 40 años, concubina)

La pareja: La calidad del lazo se pone en evidencia a través de la enfermedad. Las mujeres que hemos entrevistado narran como la enfermedad haya puesto en evidencia la tipología de relación que tenían en el momento del diagnóstico. Las parejas mas unidas han permanecido unidad, y ese lazo se ha reforzado a través del compartir las dificultades afrontadas. “Estamos juntos hace 20 años, nunca nos abandonamos ne nada, cmi cuando el perdio2 el trabajo ni cuando tuvimos problemas d salud d nuestros hijos, el siempre estuvo y así fue esta vez, ahora que lo peor pasó, estamos viviendo nuevamente con mayor serenidad nuestra vida de pareja” (Juana, 51 años, casada). “Me acerqué mucho mas a el después de esto, porque el no se alejó ni un minuto de mi lado, esto nos unió más, nos recordó que juntos superamos todo” (Silvina, 46 años, casada). En las parejas en las cuales la relación estaba deteriorada, el diagnostico y el iter sucesivo ha complicado la cualidad del lazo, generando e la mayor parte de los casos separación o divorcio. “El siempre

tomó mucho, llegaba a casa alcoholizado y nos maltrataba, pase todo muy sola, ahora me siento fuerte y de el no quiero saber nada, necesito empezar una nueva vida. conocí incluso una nueva persona, no pasó nada pero me hace sentir viva” (Irma, 47 años, casada).

Annunziata, Muzzatti e Bidoli (2011) afirma que la pareja puede desarrollar el rol de soporte social generan una mayor calidad de la vida. Glantz et al. (2009) en cambio, evidencia como las pacientes mujeres son menos sostenidas en relación a los pacientes hombres. Las enfermedades que amenazan la vida pueden crear formas de estrés severo que pueden desencadenar un desacuerdo marital, separación o divorcio y pueden afectar negativamente el tratamiento, la calidad de vida y la supervivencia. Los pocos estudios disponibles hasta la fecha han sugerido que cuando el paciente es mujer hay menor contención y mayor divorcio o separación.

HOSPITAL COMO RECURSO POSITIVO: esta macro-categoría, conformada por la categoría “Hospital” a la cual pertenecen 6 códigos exprime las vivencias de las mujeres en relación al hospital. Si bien e hospital representa el temor por los controles de afrontar, por los tratamientos efectuados, por la burocracia de las instituciones publicas, para las pacientes entrevistadas, el hospital representa un recurso positivo para afrontar el futuro finalizado los tratamientos. El hospital como ayuda economica, hospital como la posibilidad de crear lazos con otros pacientes, hospital como ayuda y sostén por parte del personal; hospital como posibilidad de acceder a los medicamentos y tratamientos, hospital como posibilidad de crear contactos para trabajar.

Todas las mujeres que hemos entrevistado reconocen que al menos una vez durante el periodo de tratamiento o controles ha recibido ayuda economica por parte de los médicos o del personal del hospital para poder curarse. “Si no fuera por las personas que conocí aquí y su ayuda, hubiera renunciado a curarme, tengo muchos hijos y mi marido no trabajaba, a veces no podía pagar los medios de transporte pero el doctor siempre me ayudó a acceder a los medicamentos y medios de transporte” (Irma, 47 años casada). “Nunca tuve que gastar en remedios siempre aquí me dieron todo, incluso encontré trabajo, porque me habían corrido del mio porque estaba enferma, y aquí me salió una changuita¹, y unas semanas después incluso empecé en una casa para limpieza, hoy sigo ahí” (Miriam, 53 años, casada).

¹ trabajo pasajero de tareas menores

“Aquí encontré una familia, hasta festejamos los cumpleaños, nos ayudamos entre nosotros, nos pasamos información, nuestra familia comparte hasta lo que traemos para comer porque hay días que se pasan muchas horas aquí y nuestros hijos se quedan acá también con nosotros” (Paula, 44 años, concubina).

Es importante resaltar desde un punto de visto social, político y económico, que en Argentina los hospitales públicos y el estado ayudan a los pacientes garantizando las curas básicas y los cuidados más inmediatos. Incluso el sistema de obras sociales², permite el acceso a algunos beneficios para el paciente.

Las pacientes que hemos entrevistado encuentran en el hospital y el personal una red segura de soporte y bienestar que las ayuda a afrontar el durante y el después de la enfermedad, generando un estado de mayor tranquilidad y serenidad que les permite enfrentar la fase de reinserción social, laboral y familiar en contención y protección. El soporte social, funciona como moderador en presencia de estrés, eventos negativos y crisis

VIVENCIAS POSITIVAS Y NEGATIVAS DESPUES DE LA ENFERMEDAD: esta macro-categoría engloba las siguientes categorías: 1) las vivencias negativas superada la enfermedad, conformada por 19 códigos, 2) la espiritualidad de las pacientes, conformada por 9 códigos, y 3) la respuesta positiva al evento traumático, conformada por 8 códigos.

De los textos analizados emerge la importancia de la espiritualidad en las pacientes desde una acepción positiva como oportunidad para descubrir la Fe, posibilidad de apoyarse en la religión, el descubrimiento de vivir una vida espiritual no religiosa, sentimiento de paz interior y serenidad; oportunidad de hacer las paces con Dios, conocer otras religiones, realización de terapias alternativas como el yoga, reiki o control mental. En una acepción negativa la espiritualidad ha representado la pérdida de la fe, el alejamiento de Dios, la espera en curas mágicas que ha llevado a acercarse a personas sin buenas intenciones.

² Las obras sociales son entidades encargadas de organizar la prestación de la atención médica de los trabajadores en Argentina. Así el trabajador que se enferma o accidenta o el grupo familiar que de él depende pueden acceder a la atención médica, medicamentos y prácticas de asistencia médica sin tener que pagar previamente todo el costo de la misma. Son el equivalente a los seguros médicos en Estados Unidos. Por ley todas las personas deben tener una cobertura médica (obra social), tanto el trabajador como el empleador abonan un cierto porcentaje de la remuneración a fin de abonar dicha cobertura. El alcance es para la mujer (si está desempleada) y los hijos hasta 21 años (pudiéndose postergar hasta los 25 años si se encuentra estudiando y bajo el cargo del titular, además de no contar con trabajo).

“Desde que me acerqué a Dios no tengo mas miedo, duermo sin miedos, El sabe sobre mi camino, a el me entrego, descubrí la fe y eso me ayuda a lucharla cada día” (Lidia, 51 años, casada); “Me siento serena, vivo en paz, se que nada depende de mi y tengo fe en que sucederá lo mejor para mi” (Liliana, 39 años, casada) ; “empecé yoga , en la plaza dan lecciones gratis los jueves a la mañana, me siento renovada, nunca pensé que podía encontrar esta paz dentro de mi” (Susana, 44 años, casada).

Las vivencias negativas están relacionadas al miedo a la muerte, la aparición de ataques de pánico, ansiedad, estrés, cambios en el humor y en la personalidad; incertidumbre, imposibilidad de pensar al futuro, el temor antes y después de los controles que genera preocupación y malestar; preocupación por el final del tratamiento medico, hipersensibilidad y nerviosismo, pensar constantemente a la enfermedad sin poder evitarlo, necesidad de evadir, rabia y angustia, falta de confianza en si misma e inseguridad, miedo constante, soledad, sentimiento de frustración e incapacidad de adaptarse a los cambios. “antes salía mucho, ahora tengo miedo que me venga en publico y por eso me quedo en casa, nunca pensé que yo podía subir de ataques de panico, parece que te podes morir en un minuto” (Marcela, 42 años, casada).

La respuesta positiva al evento traumatico en las pacientes se ve reflejada en la capacidad de luchar por la vida que siempre se deseo, la posibilidad de sentirse libre y dedicar más tiempo a uno mismo, la capacidad de empezar una nueva vida, volver a amar, dedicar tiempo a los amigos y afectos, superar los estereotipos sociales de belleza, fortalecimiento personal. “Nunca pensé volver a enamorarme y menos a esta edad, pero es como una segunda adolescencia, renaces” (Fernanda, 52 años, separada); “por primera vez en toda mi vida soy libre, no me dejo atar por los mandatos sociales, por lo que quiere mi hijo, mi esposo, mi madre, esta vez existo yo y mis deseos de ser feliz (Liliana, 39 años, casada).

Tedeschi e Calhoun (2004) observaron algunas víctimas de un trauma, sus reacciones, y su estado psicológico después de los acontecimientos que habían experimentado. Analizando los datos emergentes, han surgido nuevas consideraciones con respecto a una tendencia inesperada para algunas de estas personas, que no sólo mostraron resistencia a las circunstancias, sino que también tuvieron un cambio positivo. Los dos autores que investigan la naturaleza de estos procesos, desarrollaron un modelo teórico, acuñando el tér-

mino de crecimiento postraumático (PTG). El término PTG se refiere a un cambio psicológico positivo como resultado de una lucha contra circunstancias de vida altamente desafiantes (Tedeschi & Calhoun, 2004). El PTG describe la experiencia de quienes superan el trauma modificando el estado en que se encontraban antes de la crisis. En estos individuos hay un cambio significativo en los recursos de adaptación y en la comprensión del mundo y su lugar en él.

Una parte de las pacientes entrevistadas evidencian este crecimiento personal teorizado por Tedeschi y Calhoun (2004), son aquellas pacientes que casualmente tienen mayor apoyo familiar, o hijos pequeños, estos factores intervienen como motivadores de una conducta de mayor fuerza y resistencia en las mujeres que hemos encontrado.

PROBLEMAS ECONOMICOS Y NECESIDAD DE TRABAJAR: esta macro - categoría engloba las categorías 1) problemas económicos conformada por 6 códigos y 2) trabajo, conformada por 12 códigos.

De los textos analizados se evidencia, la necesidad de trabajar más horas o la alta de trabajo, despido del trabajo por la enfermedad, o estigma que impide desarrollarse o hacer carrera; falta de trabajo en la familia o en la pareja; malestar físico que genera faltas al trabajo; estrés laboral; imposibilidad de realizar más de un trabajo para mantener la familia. En cuanto a los problemas económicos: gastos excesivos por el tratamiento; cuidados especiales y nutrición específica que requieren un mayor gasto; gastos de transporte para movilizarse, costos de los estudios clínicos.

Las mujeres que hemos entrevistado pertenecen a una clase social socio-económica baja, y los problemas en relación a la enfermedad y tratamiento están estrechamente conectados a los problemas económicos y falta de trabajo.

La carga más alta del cáncer en individuos pobres y desfavorecidos de servicios médicos puede reflejar también los diferentes índices de factores de riesgo conductuales de cáncer, como índices más altos de fumar tabaco, inactividad física, obesidad y excesivo consumo de alcohol, e índices más bajos de amamantar (NHI, 2016).

Los textos analizados nos demuestran la dificultad que experimentan en la reinserción social y familiar las mujeres con mayores desigualdades. “yo trabajo limpiando casas, después que me sacaron el tumor quede muy sensible y cuando alzo el brazo me tira, siento dolor, así que tuve que dejar de trabajar pero tengo 7 hijos, mi marido es alcohólico,

necesito salir a trabajar, no puedo darme por vencida” (Mirta, 52 años, casada).; “en mi casa trabajamos todos, mis hijos, mi marido, yo, pero ahora con lo mio no alcanza, todo esta caro y si bien lo médicos me ayudan mucho para los medicamentos, necesitas más que antes, pero no hay” (Alba, 44 años, casada).

¿Combatir el cancer o la pobreza? Atenta contra los pacientes con cáncer el hecho de que la enfermedad perpetúa el ciclo de la pobreza. Los más pobres tienden a tener más difícil el acceso a la atención adecuada en el momento oportuno; y en el caso del cáncer, el tiempo es fundamental para aumentar la supervivencia, por otra parte, los pacientes pueden estar impedidos de trabajar, y, posiblemente, algunos familiares también dejarán sus puestos de trabajo para ayudar a cuidarlos. En muchos casos los ingresos disminuyen, empeorando las condiciones de vida de las familias.

Discusión final

Del análisis de las entrevistas hemos individuado la categoría principal o *core category*, denominada “*sobrevivencia sin recursos*”. La red de conexiones entre los códigos, las categorías y las macro - categorías, tienen como denominador común la ausencia de recursos económicos para enfrentar la etapa sucesiva a los tratamientos.

La población de escasos recursos que no cuenta con los beneficios de la seguridad social recurre a la red de hospitales y centros de salud públicos en los cuales se brinda atención gratuita a cualquier persona que lo demande, este factor activa una red no formal de soporte social entre médicos, voluntarios, pacientes, familiares que, como analizado de las narraciones en las entrevistas, la carencia de recursos activa una vivencia positiva y de crecimiento de la enfermedad durante el tratamiento en las pacientes. Percepción de seguridad, protección y sostén. Durante el periodo de tratamientos, las pacientes reciben la ayuda por parte del hospital y aunque la mayor parte no puede trabajar o pierde su trabajo pueden “sobrevivir” con el soporte que reciben entre los lazos que se crean entre personal sanitario y otros pacientes.

El regreso a casa, activa en las pacientes el temor a la pérdida de la “red de protección” que construyeron durante el tratamiento medico (quimios, radio, operación) las dificultades cotidianas aumentan y la persona no tiene la cura integral (tambien económica) necesaria. Por otra parte, aunque el tratamiento haya terminado, los signos de la enfermedad

hayan desaparecido del cuerpo, y las visitas de control hayan iniciado, las mujeres no se identifican con la salud, ni con la remisión del cáncer. La enfermedad les pertenece, las secuelas psicológicas no se han borrado y están presentes en cada elección cotidiana como una sombra que acompaña sus pasos.

De la narración de sus vivencias, podemos inferir que luego de un primer momento de ansiedad y miedo por dejar el hospital, las pacientes, perciben el soporte social incluso luego de la enfermedad y esa construcción de lazo social con el personal médico y demás pacientes activa una vivencia positiva que le permite enfrentar el periodo pos tratamiento en modo eficaz. Hemos individuado como narración principal de las pacientes los problemas económicos, las desigualdades sociales. La mayor parte de las mujeres entrevistadas tienen dificultad a encontrar trabajo. Desde este punto de vista el hospital representa para estas mujeres un soporte social, porque les permite el acceso a medicamentos, a lazos sólidos con el personal médico y con otros pacientes. De los textos analizados emerge una ausencia de recursos económicos, concretos, que obstaculizan la prevención, la cura e la sobrevivencia pero no así los recursos psicológicos y culturales que generan una respuesta positiva a las dificultades concretas materiales y económicas. Las mujeres que hemos entrevistado sufren un doble estigma social: estigma de género (menos trabajo que los hombres, maltrato en los lugares de trabajo, explotación) y estigma por la enfermedad (dificultades físicas para trabajar, pérdida de trabajo, etiqueta de enfermo incluso superada la enfermedad). Otro elemento recurrente en las entrevistas son situaciones de violencia en el hogar, donde la falta de trabajo no permite que la mujer pueda alejarse del hogar, pero necesita de un contexto con algunas seguridades básicas para poder retomar su vida cotidiana después del tumor.

En Argentina existe un grupo de leyes que pueden ser consideradas "con letra muerta" porque no logran la visibilización para ser correctamente aplicadas. Este parece ser el triste destino que por ahora transita la Ley 26872 sancionada en 2013, y que ampara la cobertura de una cirugía re-constructiva como consecuencia de una mastectomía por patología mamaria (extirpación quirúrgica de una o ambas mamas de manera parcial o completa), por este motivo la información e otra tarea que realizan médicos y enfermeros en los hospitales públicos para lograr mejores curas en las pacientes.

Es de urgente necesidad crear un plan de seguimiento social que garantice a las mujeres no solo las curas por los 5 años siguientes al tratamiento médico (follow up) sino también

un seguimiento psicologico e social que permita una reinserción real y no utopica. Hemos realizado las entrevistas en Argentina para observar la influencia de los factores culturales sobre fenómenos netamente médicos. Esto nos ha permitida entender las representaciones sociales sobre la sexualidad, la enfermedad, el tumor y la sobrevivencia. ¿Existió una revolución sexual en la Argentina? Los escasos estudios que han intentado responder esta pregunta ofrecen una respuesta ambigua. Según sus resultados, en los años sesenta se comenzó a hablar más libremente sobre la sexualidad, se aceptaron las relaciones prematrimoniales y las uniones consensuales, produciéndose un debilitamiento de los prejuicios de la doble moral de género, mediante el rechazo, por ejemplo, de la asociación entre la decencia y la virginidad femenina. Sin embargo, estos mismos análisis advierten la moderación de estas transformaciones: estuvieron limitadas a las clases medias altas y no provinieron, ni dieron lugar al protagonismo de los movimientos feministas o de las minorías sexuales, resaltándose las contradicciones entre modernidad y tradicionalismo, el impulso y las resistencias al cambio. Estas conclusiones se realizan basándose en una comparación, implícita o explícita, con los estándares de la revolución sexual en Europa y Estados Unidos, que conduce a una evaluación del proceso argentino según su mayor cercanía o lejanía respecto a dichos parámetros (Cosse, 2006). De las entrevistas que hemos realizado podemos percibir una apertura social por parte de médicos y las pacientes para hablar de la sexualidad, de la vida de pareja y de los problemas en relación al cancer, una vez terminados los tratamientos. Las pacientes y los médicos nos hablaron naturalidad de la sexualidad y de las posibilidades e retomar una cotidianidad después del cancer. Las mujeres hablan de una nueva identidad después del cancer con mayor sensualidad, seguridad y ganas d enamorarse porque *“han superado lo peor”* y solo desean vivir y quererse.

Las dificultades que percibimos son relacionadas a los recursos económicos escasos pero no así a la capacidad de resiliencia y estrategias para afrontar la vida después del cancer. Percibimos de los textos analizados una influencia cultural positiva en esta vivencia de las pacientes, donde la posibilidad de hablar en el contexto medico y familiar de la sexualidad, el cuerpo, las emociones y la enfermedad ayudan a afrontar y superar el periodo posterior a los tratamientos. Las pronunciadas dificultades económicas que viven las pacientes, funcionan como activador de fuerza y capacidad de lucha para enfrentar los problemas. La necesidad de trabajar, de llevar adelante una familia, crea la posibilidad de

crecimiento en las mujeres entrevistadas. Otra clave importante de lectura es el Lazo social. Argentina es una sociedad basada sobre sólidos lazos familiares y amicales que sostienen a las pacientes durante y después de la enfermedad.

Podemos concluir este estudio afirmando que las mujeres entrevistadas, tienen una capacidad de crecimiento y resiliencia después del tratamiento oncológico estimuladas precisamente por las dificultades económicas que no les permite “*de rendirse y bajar los brazos*” sino de seguir luchando y encontrando nuevas posibilidades de reinserción social, soportadas por vínculos afectivos que estimulan el inicio de una nueva vida después del cancer.

Bibliografía

- Annunziata, Maria Antonietta, Muzzatti, Barbara, & Bidoli, Ettore (2011). Psychological distress and needs of cancer patients: a prospective comparison between the diagnostic and the therapeutic phase. *Supportive Care in Cancer*, 19(2): 291-295. doi: 10.1007/s00520-010-0818-9
- Annunziata, Maria Antonietta, & Muzzatti, Barbara (2014). *La qualità della vita dopo il cancro. Aggiornamenti teorici e strumenti di intervento nella lungo sopravvivenza oncologica*. Milano: Il Pensiero Scientifico.
- Arcidiacono, Caterina (2012). L'intervista focalizzata come strumento per superare chiusure e fraintendimenti nelle dinamiche interculturali. In Dino Giovannini & L. Vezali (Eds.), *Immigrazione, processi interculturali e cittadinanza attiva* (pp. 373-384). Caserta: Melagrana.
- Arcidiacono, Caterina, & Di Napoli, Immacolata (Eds.) (2012). *Sono caduta dalle scale. Attori e luoghi della violenza di genere*. Roma: FrancoAngeli.
- Barberio, Daniela, & Abate, Valentina (2014) La sessualità dopo il cancro" In Annunziata, Maria Antonietta, and Muzzatti, Barbara (Eds.), *La qualità della vita dopo il cancro. Aggiornamenti teorici e strumenti di intervento nella lungo sopravvivenza* (127-133). Milano: Il Pensiero Scientifico.
- Becerril, Victor, & Belló, Mariana (2011). Sistema de salud de Argentina (The Health System of Argentina). *Salud pública de méxico*, 53(2). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2130597>

- Biondi, Massimo, Costantini, Anna, & Wise, Thomas N. (2013). *Psiconcologia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Blumer, Herbert. (1969). Fashion: From class differentiation to collective selection. *The Sociological Quarterly*, 10(3), 275-291.
- Charmaz, Kathy. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.
- Corbin, Juliet, & Strauss, Anselm (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Los Angeles, CA: Sage.
- Cosse, Isabella (2006). Cultura y sexualidad en la Argentina de los sesenta: usos y resignificaciones de la experiencia transnacional. *Estudios interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 17(1).
- De Falco, Francesco (2014). *Psicologia in oncologia*. Napoli: Cuzzolin Editore.
- De Lorenzo, Francesco (2015). *La vita dopo il cancro*. Roma: Associazione Italiana malati di cancro
- Eco, Umberto, & Sebeok, Thomas. A. (1983). *The sign of three*. Dupin, Holmes, Peirce: Indiana University Press.
- Frost, Nollaing (2011). *Qualitative research methods in psychology: Combining core approaches*. McGraw-Hill Education (UK).
- Glantz, Micheal J., Chamberlain, Marc C., Liu, Quin, Hsieh, Chung-Cheng, Edwards, Keith R., Van Horn, Alixis, & Recht, Lawrence (2009). Gender disparity in the rate of partner abandonment in patients with serious medical illness. *Cancer*, 115(22), 5237-5242. Doi: [10.1002/cncr.24577](https://doi.org/10.1002/cncr.24577).
- Martino, Maria Luisa, Onorato, Raffaella, & Freda, Maria Francesca (2015). Linguistic markers of processing trauma experience in women's written narratives during different breast cancer phases: Implications for clinical interventions. *Europe's Journal of Psychology*, 11(4), 651-663. doi:10.5964/ejop.v11i4.991
- National Health Insurance (2016). Documents Available at: <http://www.health.gov.za/index.php/nhi/category/267-nhi-2016>
- Reichertz, Jo (2007). Abduction: The logic of discovery of grounded theory. In Anthony Bryant and Kathy Charmaz, (Eds.), *The SAGE handbook of Grounded Theory*. London: Sage, (pp. 214-228). ISBN 978-1-4129-2346-0.
- Saita, Emanuela, De Luca, Letizia, & Acquati, Chiara (2015). What is hope for breast

cancer patients? A qualitative study. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 3(1). doi: 10.6092/2282-1619/2015.3.1047

Tedeschi, Richiard.G. & Calhoun Lawrence G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501_01

Vidal y Benito, Maria del Carmen (2008). *Psiquiatría y psicología del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Polemos.

Maria Florencia González Leone: Psicologo, Phd in Human Mind and Gender Studies, Università degli Studi Federico II. Master in Mediazione familiare istituzionale. Enseña psicología clinica en la universidad Giustino Fortunato, Benevento, Italia.

Maria Florencia González Leone: Psychologist, PhD in Human Mind and Gender studies. Master in Family and Institutional Mediation. She teaches Clinical Psychology at the Giustino Fortunato University, Benevento, Italy.

Immacolata Di Napoli, assegnista di ricerca nell'ambito del progetto europeo ViDaCS presso il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università degli Studi Federico II di Napoli. Ha svolto ricerca nell'ambito dell'associazionismo femminile e nella progettazione di servizi cittadini di supporto al benessere delle donne. Suo interesse di ricerca è l'intimate partner violence di cui ha pubblicato su riviste nazionali ed internazionali.

Immacolata Di Napoli, fellowship in the European project ViDaCs at the Department of Humanities of the Federico II University of Naples. She has carried out research in the field of Women's associations and in the planning of services to support women's well-being. Her research interest is the intimate partner violence, publishing in national and international journals.

Caterina Arcidiacono: Full Professor of Community Psychology, Humanities Department, Federico II University of Naples (Italy). Director of EU-project ViDaCs: Violent Dads in Children shoes. <https://www.facebook.com/vidacsEU/>

Editor in Chief of the international online journal on gender studies: *La Camera Blu* <http://www.tema.unina.it/index.php/camerablu/index>.

Email: caterina.arcidiacono@unina.it; skype: caterina_arcidiacono; www.communitypsychology.eu

Facebook psicologia.protocollonapoli@gmail.com

Caterina Arcidiacono: Prof.a di Psicologia di Comunità, Dipartimento studi umanistici, Università Federico II, Napoli.

Direttrice del progetto EU-ViDaCs: Violent Dads in Children shoes. <https://www.facebook.com/vidacsEU/>

Editore Responsabile di International online journal on gender studies: *La Camera Blu* <http://www.tema.unina.it/index.php/camerablu/index>.

Email: caterina.arcidiacono@unina.it; skype: caterina_arcidiacono; www.communitypsychology.eu

Facebook psicologia.protocollonapoli@gmail.com