



UNIVERSIDAD VERACRUZANA

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLOGICAS

**Roles de Género y Personalidad Tipo C en Mujeres
con Diagnóstico de Cáncer de Mama**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
MTRA. MARINA CEBALLOS FONTES

DIRECTORA
DRA. MARÍA JOSÉ GARCÍA ORAMAS

LGAC: Psicología de la salud

Agradecimientos:

A Erick, Nuria y Edgar, por su acompañamiento, paciencia, tolerancia y por resistir las largas horas de espera.

A mi Directora de Tesis: Dra. Ma. José García Oramas por su tiempo, apoyo e innumerables enseñanzas.

A las mujeres que participaron en este estudio, a pesar de todo.

A AHTECA, A.C. por mostrar el valor de la solidaridad.

INDICE TEMATICO

	Pág.
Resumen y Abstract	5
Introducción	7
Planteamiento y Justificación	10
Objetivos	14
General	14
Específicos	14
Hipótesis de Investigación	15
Marco teórico	15
1.1 Género	15
1.1.1 Género y Socialización	15
1.1.2 Identidad de género	19
1.1.3 Construcción de la identidad de género	20
1.1.4 Estereotipos	23
1.1.5 Roles de género femeninos tradicionales	25
1.2 Personalidad	27
1.2.1 Definición del concepto	27
1.2.2 Personalidad tipo C	30
1.3 Cáncer de mama	33
1.3.1 Concepto y generalidades de la enfermedad	33
1.3.2 Relación de la Personalidad tipo C y el Cáncer de mama	35
1.3.3 Etapas del Cáncer de mama	36
1.3.4 Diagnostico del Cáncer de mama y técnica de autoexploración	37
1.3.5 Factores de riesgo del Cáncer de mama	39
1.3.6 Consecuencias psicológicas del Cáncer de mama	40
1.4 Autocuidado	41
1.5 Roles de género, Personalidad tipo C y Cáncer de mama	43
Metodología	45
2.1 Diseño de investigación	45

2.2 Ingreso al ambiente de campo	48
2.3 Consideraciones éticas	49
2.4 Participantes y criterios de inclusión	49
2.5 Procedimiento para la recopilación de datos	50
2.6 Instrumentos	50
2.7 Análisis de datos	51
Resultados y Discusión	53
3.1 Resultados	53
3.1.1 Características sociodemográficas de las participantes con Cáncer de mama	53
3.1.2 Análisis cuantitativo de los resultados	54
3.1.3 Relación entre categorías y testimonios e información teórica	56
3.1.3.1 Género y Socialización	57
3.1.3.2 Identidad de género y Estereotipos	59
3.1.3.3 Roles de Género femeninos tradicionales	63
3.1.3.4 Personalidad tipo C y sus componentes	65
3.1.3.4.1. Características generales de la Personalidad tipo C	65
3.1.3.4.2 No expresión emocional	67
3.1.3.4.3 Racionalidad	69
3.1.3.4.4 Comprensión	70
3.1.4 Personalidad tipo C, Necesidad de armonía y Cáncer de mama	72
3.1.5 Relación entre la Personalidad tipo C y las características sociodemográficas de las participantes	77
3.2 Discusión	79
3.2.1 Roles de género en la salud de las mujeres	79
3.2.2 Personalidad tipo C	81
3.2.3 Diagnóstico de Cáncer de mama	85
3.2.4 Abordaje psicológico en la Prevención del Cáncer de mama	88
Conclusiones y Sugerencias	91
Referencias	93
Anexos	103
1. Cartas descriptivas de las sesiones del taller: Disminución y prevención	103

de la ansiedad en pacientes con cáncer	
2. Instrumentos	113
Cuestionario de datos generales realizado a mujeres con Cáncer de mama.	113
Entrevista semiestructurada realizada a mujeres con Cáncer de mama.	115
3. Consentimiento informado para participantes de investigación psicológica.	116
4. Registro de actividades de Autocuidado: Abordaje psicológico	117
5. Extractos de los diálogos durante aplicación de la técnica de Historia de vida y entrevistas a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama	118

INDICE DE TABLAS

Título de las Tablas	Pág.
Tabla 1. Características de las participantes del estudio.	53
Tabla 2. Frecuencia de códigos por participante en el análisis de Historias de vida y Entrevistas a mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama.	54
Tabla 3. Frecuencia de las categorías de Género y Personalidad tipo C en Historias de vida y Entrevistas a mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama.	55
Tabla 4. Relación de códigos entre categorías.	57
Tabla 5. Datos epidemiológicos relacionados al diagnóstico de Cáncer de mama.	73

INDICE DE GRAFICAS

Título de las Gráficas	Pág.
Gráfica 1. Porcentaje de códigos de las categorías de Género.	56
Gráfica 2. Porcentaje de códigos de las categorías de Personalidad tipo C.	56
Gráfica 3. Socialización y su relación con otras categorías de estudio.	59
Gráfica 4. Estereotipos y su relación con otras categorías de estudio.	62
Gráfica 5. Identidad de género y su relación con otras categorías de estudio.	62
Gráfica 6. Roles de género femeninos tradicionales y su relación con otras categorías de estudio.	64
Gráfica 7. Personalidad tipo C y su relación con otras categorías de estudio.	66
Gráfica 8. No expresión emocional y su relación con otras categorías de estudio.	69
Gráfica 9. Racionalidad y su relación con otras categorías de estudio.	70
Gráfica 10. Comprensión y su relación con otras categorías de estudio.	72
Gráfica 11. Necesidad de armonía y su relación con otras categorías de estudio.	73
Gráfica 12. Diagnóstico de Cáncer de mama y su relación con otras categorías de estudio.	75
Gráfica 13. Autoexploración mamaria y su relación con otras categorías de estudio.	76
Gráfica 14. Asistencia oportuna al médico y su relación con otras categorías de estudio.	76
Gráfica 15. Relación entre la Edad de las participantes y el tiempo de asistencia médica.	78
Gráfica 16. Relación entre la Situación civil y la Necesidad de armonía	79

ROLES DE GÉNERO Y PERSONALIDAD TIPO C EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA

Resumen

El objetivo de este trabajo fue identificar la forma en que se caracteriza la personalidad tipo C mediante procesos de socialización que fomentan roles normatizados de género y la relación entre ambos con el diagnóstico de cáncer de mama. Se realizaron entrevistas individuales e historias de vida a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, y se utilizó el método interpretativo para el análisis de datos. Los resultados mostraron una clara relación entre los elementos descritos, encontrando que en la población estudiada el factor prevaleciente en la personalidad tipo C, es la necesidad de armonía y que ello incide negativamente, desestimulando la realización de la autoexploración mamaria y la asistencia oportuna al médico cuando se detecta alguna anomalía. Se concluye que el índice de mortalidad en las mujeres por esta enfermedad podría disminuir al enfocar la atención en programas de sensibilización respecto al género y reeducación sobre la técnica de autocuidado, apoyando los métodos de prevención.

Palabras clave: Roles de género, Personalidad tipo C, Cáncer de mama, Detección oportuna.

Abstract

The objective of this paper was to identify the ways in which type C personality is characterized by processes of socialization promoting normalized gender roles and the relationship between them and the diagnosis of breast cancer. Individual interviews and life stories of women diagnosis with breast cancer were conducted and interpretive method for data analysis was used. The results showed a clear relationship between the elements described, finding that in the study population, the prevailing factor in type C personality, is the need for harmony and that this has a negative impact, discouraging breast self examination and timely

medical assistance when an abnormality is detected. It is concluded that the death rate in women with this disease could decrease by focusing attention on awareness programs on gender and re-education on self-care supporting prevention methods.

Key words: Gender roles, Personality type C, breast cancer, early detection.

Introducción

Desde inicios de su vida el ser humano, inmerso en la cultura es socializado mediante un amplio proceso de aprendizaje que, incluye el reforzamiento de comportamientos, actitudes, normas y valores prevalecientes en la sociedad a la que pertenece. Desde la perspectiva de género, estas formas de socialización están determinadas por el sexo biológico, de tal manera que los aprendizajes para niñas y niños son diferentes, normalizando los roles que han de asumir en la vida. Estos roles son llamados tradicionales, establecen lo que es esperado y rechazado para mujeres y hombres (Díaz-Loving, Rivera y Sánchez 2001; Herrera, 2000; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005, 2011b).

En lo que compete a la sociedad mexicana, tradicionalmente a las mujeres se les asocia con estereotipos de género que promueven a una mujer amorosa, altruista y dedicada a las actividades relacionadas con la afectividad (Pérez y Serra, 1997; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a). A través del desarrollo de estos estereotipos se crean características personales como la sumisión y dependencia, expresándose en un sentido de abnegación y de actitudes tales como la preocupación por otros y la necesidad de ser uno mismo con los demás (Pérez y Serra, 1997; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011b).

Los roles femeninos tradicionales son definidos en torno a las conductas y actividades que las mujeres llevan a cabo para publicarse como tal, es decir, para indicar socialmente la realización de las funciones esperadas conforme a su sexo. También se definen como la expresión pública de la identidad de género que se vinculan con estereotipos y rasgos femeninos centrados en la función materna, así como el cuidado hacia los demás (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, CNEGSR, 2006; Pérez y Serra, 1997; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a).

Estas características -prescritas culturalmente- para diferenciar a las mujeres de los hombres, son un factor psicosocial de riesgo de padecimientos mentales como la ansiedad y la depresión,

pues se limitan las fuentes de gratificación social, colocando a la mujer en una situación vulnerable para la salud (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2014). Esto no solamente por cumplir con las prescripciones sociales, sino porque implica disminuir la toma de decisiones personales y atender en menor medida la propia salud (Guibert, Prendes, González y Valdéz, 1999; OMS, 2014; Pérez y Serra, 1997; American Society Cancer, 2012).

El desempeño social de los roles de género involucra sentimientos y pensamientos que se manifiestan a través de actitudes y conductas consolidadas como rasgos o estilos de personalidad. Un constructo de personalidad que comparte similitudes con lo tradicional ó convencional de los roles de género es la personalidad tipo C, que ha sido asociada al cáncer y a otras enfermedades crónicas como la diabetes (Amaya, Gordillo y Restrepo-Forero, 2006; Amaya y Parra, 2010; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011b).

La Personalidad tipo C, fue descrita por Morris y Greer en el año de 1980, refiriéndose a esta como “un estilo de comportamiento caracterizado por el control de emociones ante situaciones estresantes” (Morris y Greer, 1980, citado en: Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000, p. 133). Desde entonces se han aportado diversas conceptualizaciones sobre la Personalidad tipo C. En la actualidad se compone de cuatro dimensiones que han sido observadas especialmente en mujeres que padecen cáncer de mama: Control emocional, racionalidad, necesidad de armonía y comprensión (Anarte, López, Ramírez y Zarazaga, 2000; Vinaccia, 2003). El control emocional continua desempeñando el papel central de este tipo de personalidad, siendo un elemento que predice peor ajuste psicosocial en las personas que sufren cáncer y puede condicionar los resultados de los tratamientos médicos (Durá, Pérez, Ferrando, Murgui y Martínez, 2010; López, Ramírez, Esteve y Anarte, 2002).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) el cáncer más frecuente entre las mujeres es el cáncer de mama (Ca Ma), representa el 16% de los cánceres femeninos en todo el mundo y cada año se diagnostican alrededor de 1.38 millones de personas con este padecimiento, de cada 100 mujeres mexicanas que presentan un tumor maligno, 30 pertenecen a este tipo de cáncer (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2012; OMS, 2014). En México, desde al año 2006, esta enfermedad se ha convertido en la primera causa de muerte

en mujeres a partir de los 25 años. Alrededor del 90% de casos son diagnosticados en las etapas avanzadas II, III y IV, lo que implica en algunas ocasiones la práctica de la mastectomía radical o parcial, e incluso, la pérdida de vida (González-Robledo, L., González-Robledo, M., Nigenda y López-Carrillo, 2010; López-Carrillo, Suárez-López y Torres-Sánchez, 2009; Mohar, Bargalló, Ramírez, Lara, Beltrán-Ortega, 2009; SSA, 2011).

El Ca Ma se presenta con mayor frecuencia en el norte de México (Granados y Herrera, 2010), sin embargo, algunos estudios han demostrado que todas las mujeres se encuentran en riesgo de desarrollar esta enfermedad, ya que entre 75 y 80% de los casos diagnosticados carecen de algún factor de riesgo físico determinante (Nigenda, Caballero y González-Robledo, 2009; Palacio-Mejía, Lazcano-Ponce, Allen-Leigh, Hernández-Avila, 2009). Así mismo, se ha descubierto que esta afección surge cada vez a edades más tempranas, lo que hace prioritaria la detección oportuna para el control epidemiológico (INEGI, 2012; Knaul, Nigenda, Lozano, Arreola-Ornelas, Langer y Frenk, 2009; Mohar y cols., 2009; Vinaccia, Arango, Cano, Tobón, Moreno y López, 2006).

El Ca Ma es benigno en sus primeras etapas, sin embargo, particularmente en nuestro país, no se realiza de manera eficaz la autoexploración, lo cual repercute en la elevada cantidad de diagnósticos en etapas avanzadas (López-Carrillo, Suárez-López y Torres-Sánchez, 2009; SSA, 2011). Actualmente, en lo que se refiere a la prevención y al diagnóstico temprano de dicha enfermedad oncológica, los sistemas de salud, incluyendo a la OMS, atienden factores de riesgo desde el punto de vista médico, sin incluir factores psicológicos, especialmente a la Personalidad tipo C, la cual ha protagonizado distintos análisis en pacientes con cáncer de mama (NOM-041-SSA2-2011, SSA, 2011; Anarte, López, Ramírez y Zarazaga, 2000).

En este sentido, se han efectuado investigaciones sobre la Personalidad tipo C, cuyos resultados destacan al control emocional como el factor que predice peor ajuste psicosocial en las personas que sufren cáncer y puede condicionar los resultados de los tratamientos médicos (Durá, Pérez, Ferrando, Murgui y Martínez, 2010; López, Ramírez, Esteve y Anarte, 2002). No obstante, aún no se realizan estudios que aporten recursos de solución a esta enfermedad mediante la prevención y la detección temprana, donde se involucren a la Personalidad tipo C

en asociación con los Roles de género tradicionales, facilitando así, herramientas psicológicas para detectar y dar seguimiento a las mujeres potencialmente en riesgo de Cáncer de mama, por la presencia de este tipo de personalidad.

En el presente trabajo se planteó el objetivo de identificar la forma en que se caracteriza socialmente la Personalidad tipo C en mujeres mexicanas, mediante procesos de socialización normalizados que promueven los Roles de género femeninos tradicionales para la búsqueda de un diagnóstico oportuno del Cáncer de mama y favorecer las prácticas de autocuidado de las mujeres. Se realizaron Entrevistas individuales e Historias de vida a 13 mujeres con diagnóstico con Ca Ma, provenientes todas ellas, de zonas rurales de los estados de Veracruz y Tlaxcala. Además se efectuó el análisis de datos con el método interpretativo, el cual es la combinación de un análisis intenso de detalles finos de la conducta y su significado, en la interacción social de cada día, con un análisis amplio del contexto social dentro del cual ocurre la interacción personal (Erickson, F. 1989; citado en Ruiz-Olabuénaga, 2012, p. 21). Los resultados mostraron una clara relación entre los elementos descritos, encontrando que en la población estudiada el factor prevaleciente en la Personalidad tipo C es la necesidad de armonía, la cual incide negativamente en las prácticas de autocuidado. Tal necesidad es definida en la literatura, hasta ahora, como, la tendencia de buscar un equilibrio en las relaciones interpersonales (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000).

Se observó que la Personalidad tipo C tiene una clara influencia en las mujeres que padecen Ca Ma, además se asocian los Roles de género femeninos, esto conlleva al desinterés de la práctica de la autoexploración mamaria y la asistencia oportuna al médico cuando se detecta alguna anomalía, mostrando que los factores psicológicos juegan un factor determinante en la conducta de las mujeres para la detección oportuna de el Ca Ma. Dicho esto, es conveniente que las acciones facilitadoras para incidir en estos elementos sean planeadas y determinadas desde aspectos como la sensibilización, reeducación y capacitación.

Planteamiento del problema y Justificación

El Cáncer de Mama (Ca Ma) es un problema de salud prioritario en nuestro país no sólo por

su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad que afecta a las mujeres y repercute en la vida de estas, en aspectos físicos y psicológicos, disminuyendo su calidad de vida, debido a las consecuencias afectivas y de salud a las que conlleva. Esta enfermedad afecta a las mujeres que lo padecen, a sus parejas, familias, a la sociedad y en general, a los sistemas de salud (Knaul, López, Lazcano, Gómez, Romieu y Torres, 2009). Desde 1998 hasta el año 2005, en México el primer lugar de causa de muerte por cáncer en las mujeres, fue el Cáncer Cérvicouterino (Ca Cu), sin embargo, a partir del 2006, el Cáncer de mama lo desplaza (Nigenda, Caballero y González-Robledo, 2008). Constituyendo la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres adultas, incluso de Latinoamérica y en el ámbito mundial (Knaul, y cols., 2009).

En el mundo cada año se diagnostican más de un millón de casos de cáncer de mama y fallecen por esta causa 548,000 mujeres. Además el perfil de esta epidemia esta cambiando, antes se observaba solamente en regiones desarrolladas del planeta, ahora, sin embargo, aumenta de manera creciente en países de menores recursos económicos. De hecho, más del 55% de las muertes por cáncer de mama se presentan en países de ingresos medios y bajos. De continuar estas cifras, se predice que para el año 2020, alrededor del 70% de los casos de esta enfermedad se presentaran en los países en vías desarrollo (Frenk, 2009; Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga, Hernández-Avila, 2009). En América Latina y el Caribe esta enfermedad tiene una presencia notable, pues las tasas de mortalidad han aumentado considerablemente en los últimos 40 años, en estas regiones se calculan por año 100 mil casos y mueren alrededor de 35 mil mujeres (Knaul, y cols., 2009; Robles y Galanís, 2002).

El Cáncer de mama es una prioridad para la nación mexicana ante la salud de las mujeres ya que los datos sobre su detección proyectaron 6,000 casos nuevos en 1990 y un aumento previsto en más de 16,500 al año al cabo de 2020 (Knaul, y cols., 2009). Desde el año 2006, el cáncer de mama ha sido la principal causa de mortalidad por cáncer en las mujeres mexicanas y representa el 14% de los cánceres (Chavarri-Guerra, Villareal-Garza, Liedke, Knaul, Mohar, Finkelstein y Goss, 2012). La Agencia Internacional de Investigaciones en cáncer, dentro del proyecto GLOBOCAN 2008, predice que para el año 2030, 24,386 mujeres serán

diagnosticadas y 9,778 va a morir por cáncer de mama en México (GLOBOCAN, 2008). Estas cifras de proyección confirman que esta enfermedad oncológica se convierte en un reto sustancial para los sistemas de salud, haciéndose necesarias las intervenciones multidisciplinarias (SSA, 2012).

El desarrollo de este tipo de cáncer está ocurriendo a edades cada vez más tempranas, a partir de los 25 años, normalmente es diagnosticado en etapas avanzadas, debido a múltiples factores uno de ellos es que las mujeres acuden al médico en un estado avanzado de la enfermedad. La identificación tardía provoca una reducción de las opciones terapéuticas disponibles para atenderlo, también mayor afectación a la calidad de vida de las pacientes que lo padecen y disminución en las probabilidades de supervivencia frente a esta patología (Secretaría de Salud, 2012).

Actualmente en la población femenina desde la edad madura hasta la vejez, una de las principales causas de muerte es el Ca Ma. También como causa de muerte, se observa una clara distribución geográfica diferenciada: el Ca Ma se presenta principalmente en el centro y norte del país, mientras que el Ca Cu afecta especialmente en los estados del sur y sureste de México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2012). Por tanto, resulta importante estudiar la existencia de la personalidad C en mujeres con diagnóstico de Ca Ma y la relación de los Rol de género femeninos desempeñado por mujeres en ámbitos tradicionales. En México la mortalidad por cáncer de mama no solo aumentó, sino que se duplicó en los últimos 20 años y a partir del año 2006 esta enfermedad se convirtió en la segunda causa de muerte en mujeres de 30 a 54 años y la primera causa de defunción por cáncer en las mujeres en general, ese año se produjeron en nuestro país, 4 451 decesos por Cáncer de mama, es decir, uno cada dos horas (Salud Pública de México, 2009).

Las evidencias hasta ahora establecen que si el Cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, aunando a esto el mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia y los tratamientos pueden efectuarse con menor cantidad de recursos (Nigenda, Caballero y González-Robledo, 2009). En lo cual reside la detección temprana de la enfermedad, y por tanto el acceso a los servicios de salud, sin embargo, alrededor de 90% se detecta en etapas

tardías (Mohar, Bargalló, Ramírez, 2009), vinculando a éste, la falta de información e insuficiencia de canales de difusión clara sobre las formas de detección temprana de esta enfermedad, por lo que se recomienda acercamiento cualitativo de investigación para conocer a profundidad las causas que aluden al diagnóstico tardío (Nigenda, Caballero y González-Robledo, 2009).

Desafortunadamente en los países en vías de desarrollo, las crecientes cifras de Cáncer de mama no se acompañan de un crecimiento afin de estrategias de detección, como en el caso de Estados Unidos que ha apostado por la detección temprana de esta enfermedad y con ello, se han disminuido las consecuencias negativas para las pobladoras de este país que padecen cáncer de mama (Méndez, Segovia, Pereira y Flores, 2012; Salud Pública de México, 2009). De acuerdo con Mohar, Bargalló y Ramírez (2009), esta realidad en nuestro país obliga también a replantear nuevas medidas para conocer los factores de riesgo de esta enfermedad, las formas de mejorar la detección oportuna y los tratamientos multidisciplinarios.

Al margen de la intervención médica, mientras transcurre la enfermedad, se da la presencia de reacciones emocionales ligada al deterioro o mejoría del estado de salud, siendo el miedo, la ansiedad, el enojo y la depresión, las alteraciones con más frecuencia en las mujeres con algún tipo de cáncer ginecológico (Meza- Rodríguez, 2007). Desde el ámbito de la psicología clínica y de la salud se han desarrollado tratamientos psicológicos específicos para el afrontamiento del Ca Ma, basados en la aceptación, el compromiso y el control cognitivo, gran parte de ellos, bajo los fundamentos de la terapia cognitivo conductual (Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007). Sin embargo, se considera importante facilitar atención psicológica que disminuya el riesgo de padecer cáncer y si éste se presenta, que sea tratado desde las primeras etapas, además de ofrecer atención a la paciente desde el diagnóstico, así como en la evolución y en los períodos posquirúrgicos. Es conveniente asesorar a los familiares acerca de la enfermedad y sus consecuencias, no sólo físicas sino también emocionales y sociales. La psicoterapia individual y familiar es útil, ya que no sólo involucra a la paciente, sino también al grupo primario al que pertenece. Proveer una información completa y concienciada a la paciente y a sus familiares permite incrementar la habilidad para enfrentar la enfermedad (Celis-Chacón, Gordillo-Galindo, 2006; Sebastián, León y Hospital, 2009).

Tomando en cuenta los datos estadísticos encontrados en cuanto al Cáncer de mama y las consecuencias de éste en las mujeres, se origina la necesidad de elaborar propuestas psicológicas terapéuticas específicas para la prevención y el tratamiento. Desde este estudio se sugiere que tales propuestas terapéuticas sean basadas en la composición de la Personalidad C y los Roles de género femeninos tradicionales, ya que se desconoce la incidencia de ambos. Partiendo así del supuesto de que la conjunción de estos dos aspectos puede ubicar a la mujer en una situación social desfavorable para la recuperación de la salud física, puesto que las conductas derivadas de ambos pueden dañar el autoconcepto y la autoestima, generando ansiedad y estructurando creencias y actitudes negativas ante la prevención y el afrontamiento del cáncer (Parra, García e Insuasty, 2011).

Objetivos

General

Analizar de que manera se relacionan los roles de género femeninos tradicionales y la Personalidad tipo C en el diagnóstico del cáncer de mama.

Específicos

- Comprender la forma en que se constituyen socialmente los roles de género femeninos tradicionales y conocer su influencia en el desarrollo de la Personalidad tipo C.
- Identificar cual es la relación de la Personalidad tipo C y el diagnóstico tardío de cáncer de mama, mediante la técnica de autoexploración mamaria y la asistencia oportuna al médico.
- Proponer acciones de apoyo psicológico con base en los resultados obtenidos que permita a las mujeres el diagnóstico oportuno del cáncer de mama y el aumento de actividades de autocuidado.

Hipótesis de investigación

Los Roles de género femeninos tradicionales y la Personalidad tipo C afectan negativamente la salud de las mujeres, en el caso del cáncer de mama inciden en el diagnóstico tardío de ésta enfermedad, al desestimar la importancia de la realización de la autoexploración mamaria y la asistencia oportuna al médico en caso de detectar alguna anomalía.

CAPITULO I

Marco teórico

1.1. Género

1.1.1 *Género y Socialización*

Una característica biológica que distingue a las mujeres y a los hombres, es el sexo, masculino o femenino, aunque en ocasiones, esta palabra se utiliza de forma ambigua para referirse también a conductas sexuales, como es el caso de las relaciones sexuales, dando un significado a partir del contexto en que se utiliza dicha expresión. Los términos sexo y género no son sinónimos, se usan para nombrar aspectos distintos que se basan en una realidad similar de los seres humanos (Hyde, 1995). Aunque el sexo resulta clave para determinar la forma en que una persona actúa ante otras, existen otros aspectos decisivos para incrementar o no este hecho, tales como la personalidad, los estilos de interacción, creencias y expectativas (Fernández, 1996, citado en Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a). El género es un esquema para la categorización social de los individuos, empleándose para distinguir las relaciones sociales entre los sexos (Sherif, 1982).

Joan Scott (1986), señala cuatro elementos que componen al género, en primer lugar se encuentran los símbolos y los mitos culturales disponibles que evocan representaciones

múltiples, en segundo lugar, los conceptos normativos que se manifiestan a través de los significados de dichos símbolos, expresándose en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que reafirman el sentido de varón y mujer, masculino y femenino, en tercer lugar, las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género como la familia, los lugares de trabajo, las escuelas, etc. En cuarto lugar, la identidad, que para su estudio son necesarios los análisis individuales, también se estudia de manera colectiva como identidad genérica en grupos, sin embargo delimita la construcción de la identidad específica como hombre o como mujer (Scott, 1986, citado en Lamas, 1999, p. 149-150).

Por otra parte, Pierre Bourdieu (1988) hace alusión a la “división del mundo” mediante los conceptos de género que estructuran la percepción y organización concreta y simbólica de toda la vida social, los cuales se establecen como un conjunto de referencias, destacando las diferencias biológicas, división del trabajo, procreación y reproducción, actuando como ilusiones colectivas. Estas referencias establecen el control diferencial sobre los recursos materiales y simbólicos, el género se implica entonces en la concepción y construcción del poder, por ello, Scott (1986), señala que género es el campo primario dentro del cual ó por medio del cual se articula el poder (Scott, 1986, citado en Lamas, 1999, p.150). Así mismo, Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2011a), refieren que la división entre los humanos, mujeres y hombres, ha condicionado la experiencia de las personas, limitándolas al mundo de las mujeres o de los hombres, según el caso. Por otra parte, el concepto de Género para María Jayme y Victoria Sau es:

Una forma de mostrar las construcciones culturales, la creación social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Es una forma de referirse a los orígenes sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres, es una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado (Jayme y Sau, 2004 p. 64).

El género se interioriza a través de un trabajo de socialización, ésta se entiende como “un proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo” (De Keijzer, s.f. p. 52). Como bien señala Carmen Sáez (1990) “este proceso no ocurre solo en la infancia sino durante toda la vida, por lo que las distintas redes sociales juegan un papel

fundamental para promover el cambio, frenarlo e impedirlo en las diferentes etapas de la vida” (Carmen Sáez 1990, citada en: De Keijzer, s.f. p. 52).

Díaz Guerrero (2003), sugiere que todos los procesos de vida son procesos culturales y todas las personas son seres de cultura, aprenden cultura, generan cultura y viven a través de su cultura, de esta manera puede explicarse que los roles llevados a cabo por los seres humanos, se derivan de una socialización permanente, mediante los aspectos que cada individuo valora e incorpora de la sociedad en la que vive, la cual normatiza, crea reglas y expectativas. El proceso de identificarse como mujer o como hombre y realizar determinado rol de género implica la internalización de normas y reglas que culturalmente se establecen sobre el papel que implica desarrollar por cada uno, de acuerdo a su sexo (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2009).

La conformación de creencias y valores alrededor del género contiene el concepto *cultura de género*, éste se enfoca en el conjunto de contenidos que existen en un grupo cultural específico, sobre lo que deben ser una mujer y un hombre, el tipo de comportamientos y actividades que les corresponde desempeñar, las características que deben poseer y la forma en como se estructuran las relaciones entre los sexos (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a). La cultura influye en todas las áreas de la vida humana, a partir de lo que es enseñado por los padres, la familia, la escuela y todos los medios socializadores se van moldeando los pensamientos, sentimientos, actitudes y comportamientos de las personas. Se refuerzan los comportamientos o roles diferenciales, las características de masculinidad y feminidad y los valores asociados a cada género (Díaz-Loving, Rivera, Villanueva y Cruz, 2008).

La socialización es el proceso social de intercambio en la comunicación e interacción con otras personas, fortaleciendo el aprendizaje en el que le incluyen las normas familiares y sociales inculcadas por las personas mas cercanas de los medios familiares y educativos sobretodo. Todo individuo se encuentra en un constante proceso de socialización, por lo que este proceso nunca termina de configurarse definitivamente (Giménez, s.f). A través del juego los niños y niñas fortalecen las ideas de la masculinidad y la feminidad según es el caso, pues se promueven juegos y juguetes relacionados con mayor actividad física, rudeza y fuerza, para los niños, promoviendo la masculinidad con juguetes como coches y muñecos de guerra, para

las niñas en cambio los juguetes que refuerzan la feminidad y tienden a promover el juego de roles como la interacción social, pasividad, el cuidado de otros, el trato delicado, son las muñecas, los juegos de te por ejemplo (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a).

Autoras psicoanalíticas como Burín (2008), señalan también que los estilos de crianza y socialización refuerzan la dependencia emocional en las niñas, además del miedo a quedarse solas, una baja autoestima y una posición subordinada. Además socialmente se impone un “ideal maternal” que las niñas van aprendiendo a través del juego, cuyo papel tendrán que desarrollar en la adultez. Dada la capacidad de los seres humanos de comunicar, establecer normas, valores, papeles sociales, creencias y patrones conductuales, basados en respuestas favorables hacia el ser humano, a través de su historia y de diferentes momentos culturales, se hace claro que los procesos de socialización promueven la propagación y repetición de estos procesos culturales (Triandis, 1994).

Además, las demandas de socialización de acuerdo al sexo están ampliamente influenciadas por situaciones económicas y adaptativas de la sociedad. De tal modo que se crean presiones sociales y culturales diferentes para cada sexo, en cuanto a la educación, orientando a los niños en una educación dirigida a los logros y a valerse por sí mismos, mientras se presiona a las niñas para que sean obedientes y desarrollen talentos para la crianza (Díaz-Loving, Rivera y Sánchez, 2001).

La *Teoría del Rol social de género*, constituida por Eagly (1987), describe que cada sociedad se ve en la necesidad de organizarse para asegurar los recursos económicos y los medios de subsistencia, elaborando un sistema de reglas para asignar responsabilidades y roles a los miembros de la comunidad. Así cada persona adopta un rol dentro de este esquema de organización, mediante el cual se establecen y regulan algunas relaciones intergrupales (Eagly, 1987, citado en García-Leyva, 2005, p. 71-81). También, Mead (1934), describió que mediante este rol, las personas más jóvenes aprenden a asumir sus funciones y a entrar en la dinámica social, en concordancia con los otros miembros, por lo cual, los roles sociales son creados por la interacción dinámica entre los ejecutores y el resto de la comunidad (Mead, 1934, citado en García-Leyva, 2005, p. 71-81).

Bem (1993), propuso la definición de “Esquema de género”, la cual se refiere a la predisposición que los seres humanos tienen para responder de forma más frecuente a la información estereotipada. Planteando lo siguiente:

A partir del dimorfismo sexual (diferenciación sexual), que en primera instancia permite el proceso de identificación sexual (primer nivel dentro del proceso de identificación), se genera una serie de ideas y connotaciones sobre lo que representa cada sexo y esto puede variar de cultura a cultura en función de las premisas y valores que fundamentan tal cultura (segundo nivel del proceso de identificación); de hecho, estas premisas y valores constituyen por sí mismos el eje fundamental sobre el cual se delimita el desarrollo de una identidad de género y de la cual derivan los roles de género, actitudes y creencias, además de los rasgos de personalidad, que constituyen el reflejo de dicha identidad (tercer nivel de identificación). Estos últimos son factores independientes, pero al interactuar entre sí y en conjunto, su presencia retroalimentará el proceso de diferenciación, volviéndose una especie de ciclo (Bem, 1993, citado en: Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a, p. 21-22).

1.1.2 Identidad de Género

De acuerdo con la definición anterior, la identidad de género surge de un proceso de identificación, a través de la cual se desarrollan las actitudes y creencias, rasgos de personalidad y también los roles a desempeñar basados en tal identificación. La identidad de género nos permite entender como se les expone a las personas, desde el nacimiento a una serie de aprendizajes directos e indirectos, implicando modelos y reacciones que intentan convencerles de que las diferencias biológicas involucran también diferencias en las características psicológicas entre las niñas y los niños, proceso que va conformando su identidad (Espinosa-Bayal, s.f).

Entre los seres humanos existen diferencias individuales formadas por los procesos de identificación que cada persona realiza de sí misma, a cerca de su identidad (Kundera, 1997). La identidad hace que cada persona se identifique a sí misma como hombre o como mujer en función de sus características físicas, mientras, la identidad sexual, es el resultado del juicio que cada individuo realiza acerca de su propio cuerpo (Jayme y Sau, 2004). Género tiene dos características: la primera es la colectiva, ya que implica la adaptación de las personas a las

expectativas de la sociedad y, por lo tanto, a los roles de género, a lo esperado; y la segunda es la individual, refiriéndose a como vive cada quien su propio género y mantiene su individualidad respecto a los demás; a ésta segunda parte es a lo que se le denomina Identidad de género, una especie de auto atribución y participación de lo que implica lo femenino y lo masculino (Sau,1988).

La identidad de género implica la construcción de la imagen que cada persona tiene de sí misma y va más allá del nombre, el sexo, el lugar donde vive, la profesión y el trabajo que desempeña, pues describe los sentimientos y pensamientos que cada persona tiene por el hecho de ser una mujer o un hombre y forma parte del desarrollo que conlleva el proceso de convertirse en uno u otro (Martínez y Bonilla, 2000).

La identidad de género es la construcción de la propia individualidad primero como niña, luego como mujer, ó como un niño y después como un hombre, tal como es experimentada en la conciencia de sí mismo para después representarla a través de la conducta. La identidad de género es la experiencia personal del rol de género, es decir, el proceso de como una persona se define y construye como una mujer o un hombre independientemente de su sexo biológico y el rol de género es la expresión pública de la identidad de género, que implica la forma en que una persona transmite socialmente ó da a conocer a los demás a través de sus pensamientos, sentimientos y conductas que es una mujer o un hombre (Jayme y Sau, 2004). Por otra parte, Ann Oakley (1972), sugiere que si el género posee cualquier tipo de base biológica, la cultura hace que resulte invisible ya que considera que las formas en que las personas forman sus identidades de género indican claramente que este no tiene origen biológico y que las relaciones entre el sexo y el genero no son en absoluto naturales, sino construidas por los seres humanos (Ann Oakley, 1972, citada en: Facio y Fries, 2005, p. 259-294).

1.1.3 Construcción de la identidad de género

Como resultado de un largo y profundo proceso de socialización que enfrentan las personas desde que nacen, aprenden y desarrollan una identidad acorde con lo que plantea la cultura. El proceso de convertirse en mujer u hombre no es un proceso estático sino dinámico, vinculado el momento y espacio histórico en que se desenvuelven los seres humanos de acuerdo con Díaz-

Loving y cols., (2008). Una propuesta teórica sobre la adquisición y desarrollo de la identidad de género es la del modelo del aprendizaje social, que actualmente es conocida como *Teoría socio-cognitiva*. La aportación de este modelo teórico ha sido a través de los trabajos de Walter Mischel sobre la Tipificación sexual y de Albert Bandura en cuanto al Aprendizaje observacional (Cervone y Pervin, 2009).

La *Teoría del aprendizaje social* desarrollada por Bandura y Walters (1963), Lynn (1965) y Mischel (1966), centra su atención en el papel que desempeña la comunicación en el desarrollo cognoscitivo y el aprendizaje de los individuos como base fundamental para el desarrollo de la identidad de género:

Esta teoría señala que las personas aprenden a ser masculinas o femeninas a través de la comunicación y observación. Entre otras cosas, niños y niñas observan a los que interactúan con ellos y los imitan, observan a sus padres, a los amigos de estos, la televisión y otras personas y medios que estén alrededor suyo. El proceso de interacción entre adultos y niños permite que éstos últimos adquieran y desarrollen los comportamientos y características que son asociados a la masculinidad y a la feminidad, conforme crecen continúan imitando aquellas conductas que les permiten una comunicación e intercambio efectivo con los otros (Lynn, 1965 y Mischel, 1966, citados en: Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a, p. 117).

Así mismo, la *Teoría de la identidad social* (Tajfel, 1981) y de la auto categorización explica como se construye la identidad social de las personas, desde aspectos cognitivos y motivacionales presentes en las interacciones grupales. Definiendo a la identidad social como: Los aspectos de la propia imagen del individuo que se derivan de las categorías sociales a las que percibe pertenecer. Partiendo de la categorización social, que facilita el procesamiento de la información y llevan asociados una valoración positiva ó negativa de la propia categorización (Tajfel, 1981).

Según Mischel (1972), la *Tipificación sexual* representa la clasificación de características de personalidad en femenino o masculino y es un proceso en el cual las personas obtienen patrones de conducta sexualmente tipificados, es decir, aquellas conductas que típicamente tienen resultados diferentes según el sexo de la persona que las lleve a cabo (Mischel, 1972). De acuerdo con la Teoría del aprendizaje social, el desarrollo de la Tipificación sexual se realiza por medio de tres principios generales: discriminación, generalización y aprendizaje

observacional. En primer lugar la persona distingue entre los Roles de género, a lo que se le llama *discriminación*, una vez aprendido esto, aplica su aprendizaje a nuevas situaciones *generalización* y después practica las conductas adquiridas, por medio del *aprendizaje observacional* de la conducta de otras personas. La idea es que el ser humano tiende a reproducir las conductas que realizan otras personas, las cuales, se convierten en modelos a seguir directa o indirectamente, en función de las consecuencias percibidas de dichas conductas.

De acuerdo con esta teoría, en el proceso de construcción de la identidad de género las niñas y los niños aprenden por observación la conducta de la madre y del padre, e imitan más a uno de ellos, dependiendo del poder que perciban. Lo que significa que si el niño observa que la madre muestra una posición de poder superior a la del padre, tenderá a imitarla más a ella; por lo tanto desde este modelo teórico se afirma que no necesariamente se aprende del adulto del mismo sexo, y que depende del estatus que tenga el modelo a imitar presente. Sin embargo, el hecho de que no se realicen las conductas del progenitor que menos poder tiene, no es obstáculo para que éstas se aprendan por observación (Cervone y Pervin, 2009).

Desde el nacimiento de una persona, los padres y el resto de los familiares se van encargando de formar y diferenciar las conductas tipificadas sexualmente, un ejemplo es que se refuerzan de forma positiva las conductas agresivas en el hijo como ejemplo las demostraciones de fuerza a través del cuerpo o del uso de juguetes útiles para ello y reforzar negativamente las mismas conductas en la hija con correcciones que juzguen lo inapropiado que es para su sexo, y es posible que se le obsequien juguetes como muñecos a diferencia de los niños, a los que se le suele regalar coches, por citar un ejemplo de ello. Este proceso unido a la imitación de modelos constituidos por los padres y otros adultos significativos para las niñas y los niños y que cumplen la misma función de reforzar conductas tipificadas sexualmente, facilita la adquisición de los roles de género que implican una determinada identidad de género (Mishel, 1972). No obstante hay que tener presente que desde esta posición las conductas se consideran específicas, es decir, están influidas por la situación en que se realizan así como por el objeto al que se dirige la conducta, en el caso de una persona, su sexo; así como la

interacción entre el sujeto y el objeto o la otra persona presente en la situación (Jayme y Sau, 2004).

La *Teoría del desarrollo cognoscitivo* sugiere que en el proceso de desarrollo de una identidad genérica, las personas no tienen un rol pasivo, todo lo contrario, las niñas y los niños asumen un rol activo, utilizando a los demás para definir su persona, pues tienen un enorme deseo de ser tan competentes como el resto (Wood, 1997). Otros autores como Piaget (1965) y Gilligan (1982), han aportado modelos de cómo las niñas y niños desarrollan una visión general de ellos mismos y de sus relaciones. En sus propuestas destaca la idea de que ambos sexos reconocen su género y actúan respecto a este, diferenciando su género, asociando los comportamientos familiares y sociales que les son transmitidos, reconociendo su propio género y actuando en función de ello (Rocha- Sánchez y Díaz-Loving, 2011a).

Aranda y Múzquiz (1997), definieron algunas de las etapas que implican la comprensión de género, la primera inicia alrededor de los 2 años de edad hasta aproximadamente los 6 y se denomina *identidad de género*, entre los 4 y los 7 años de edad aparece la *constancia de género*, en el cual los niños comprenden que los niños se convierten en hombres y las niñas en mujeres y que no cambian en función del tiempo o la situación.

Hacia los 6 y 7 años surge la *identidad del sexo* en función de los valores sociales y se organizan las actitudes y los valores alrededor de la identidad de género, dando lugar también a la adjudicación de los estereotipos de género sobre la feminidad y masculinidad. A los 10 años, las personas reestructuran los roles en términos de la sociedad y el orden moral. Es a partir de los 14 años que las características del rol de género se elige con base a lo que la personas desea ser, en esta edad las personas ya son capaces de diferenciar a hombres y mujeres en aspectos no solo externos o visibles, sino también psicológicos e internos (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving 2011a).

1.1.4 Estereotipos

Los estereotipos asignados a los géneros se definen como conductas y rasgos de personalidad socialmente esperados de mujeres y hombres, desde el terrero de las creencias

(Hyde, 1995). En otra definición de estereotipo realizada por Barberá y Martínez (2004), se le denomina así al conjunto de creencias compartido por una comunidad o un grupo social, y se relaciona directamente con el impacto que estas creencias tienen, a través de su carácter prescriptivo y de modelos conductuales que marcan la conducta a seguir.

Los estereotipos de género, funcionan de acuerdo a las creencias socialmente compartidas mediante las cuales es posible atribuirle cualidades a las personas, tomando como referencia su pertenencia a un sexo. Así, los estereotipos son una especie de esquema o estructura de conocimiento, a partir del cual las personas interpretan y guían su comportamiento, sus emociones y su percepción del mundo (Geis,1993).

Al intentar dar respuesta a la pregunta de cómo se aprende a ser mujer, numerosos estudios sobre género le han atribuido a la Tipificación sexual este hecho, dando lugar desde la infancia donde las niñas y los niños adquieren los estereotipos de género desde temprana edad, al mismo tiempo que la identidad, cuyo proceso inicia alrededor de los 2 a los 3 años, incluso a esta edad, los estereotipos son especialmente parecidos a los que tienen los adultos, sin embargo, al llegar a la adolescencia temprana, éstos se flexibilizan, pero en la adolescencia media y tardía vuelvan a tomar fuerza, por la presión social ejercida sobre las diferencias entre los géneros (Espinosa-Bayal, s.f).

Los estereotipos o la visión tradicional sobre mujeres y hombres tienen una relación importante con diferentes roles y características de personalidad de las mujeres. Dado que, en la medida en que las mujeres tienen una visión estereotipada, tienden a ejecutar un rol más socio afiliativo (socialmente pasivo-obediente), vinculado con las labores domésticas y a su vez suelen formar un auto concepto basado en la percepción de sí mismas como personas frágiles, débiles, sumisas y dependientes, a diferencia de los hombres, quienes se ubicarían en el extremo, lo que sugiere el hecho de que la cultura se introduce en la vida de cada persona hasta convertirse en parte de la autopercepción (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011b).

A través de la cultura se entretajan las creencias de lo que debe ser un hombre y una mujer, mediante los estereotipos. Los estereotipos de género cuentan con un carácter prescriptivo, ya

que establece lo que deberían ser y hacer tanto hombres como mujeres, además en el sentido de que hombres y mujeres poseen características de personalidad diferentes, las cuales se vinculan especialmente con los rasgos de feminidad y masculinidad (Rocha Sánchez y Díaz-Loving, 2011b). En la cultura mexicana se concibe que la masculinidad y los hombres están ligados al desarrollo de un rol instrumental, que los lleva a desempeñar el papel de proveedores de la economía dentro de la familia y con características como la autonomía, orientado al logro, a ser fuerte, exitoso y proveedor. Por el contrario a la mujer se le vincula con el cuidado de los hijos, del hogar, la pareja y con características como la sumisión, la abnegación y dependencia (Rocha Sánchez y Díaz-Loving, 2011b).

De acuerdo con Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005), en nuestra cultura prevalecen ciertas ideas respecto a la superioridad en los hombres e inferioridad en las mujeres, siendo el hombre, incuestionable y con absoluto poder, a diferencia de la mujer, que al jugar un papel de madre, forma un ejemplo de sacrificio (Rocha-Sánchez, Díaz-Loving, 2005). Fernández, (1998) señala variables importantes en relación de la permanencia de los estereotipos de género y ha encontrado que las personas que cuentan con mayor preparación educativa tienden a vivir con menos estereotipos tradicionales que las personas con bajo nivel educativo.

1.1.5 Roles de género femeninos tradicionales

Los Roles de género son conductas dictadas por la cultura, son papeles asignados socialmente en función del sexo de cada quien (Barberá y Martínez, 2004), es todo cuanto una persona dice o hace para indicar a los demás o a sí mismo el grado en que se es hombre o mujer e incluye la reacción y las respuestas sexuales aunque no se limita a ellas (Jayme y Sau, 2004). Los roles de género femeninos tradicionales ó convencionales dan a conocer el desempeño de las conductas que habitualmente las mujeres llevan a cabo, para publicarse ante los demás como mujeres, conductas que son parte de lo que comúnmente se acostumbra en la sociedad a la que pertenecen (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a).

Estos roles normalmente son ejecutados por mujeres que se dedican exclusivamente a las actividades del hogar, cuidado de los hijos y de otros integrantes de la familia que se encuentran enfermos, o bien cuidan de los adultos mayores, también carecen de autonomía

económica, no toman decisiones respecto al hogar, a la familia y tampoco deciden sobre su salud reproductiva, como por ejemplo, la cantidad de hijos que desean concebir (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a).

Entablando la historia sobre el papel social realizado por las mujeres en nuestro país, nos remontamos alrededor de los años 60 y 70 donde se encontraban presentes con mayor ahínco ciertas ideas tradicionales en apoyo de la cultura mexicana, ejemplo de estas ideas son el autoritarismo del padre y por parte de la madre la sumisión y el auto sacrificio. Estas premisas indicaban la importancia de permanecer virgen hasta el matrimonio, que una mujer casada no debía bailar con otro hombre que no fuera su esposo, o que el matrimonio era para toda la vida (Díaz Guerrero, 1994, 2007). Tales creencias confirmaban que en el papel de la mujer prevalecía la sumisión, preparándose para la vida de ama de casa, dedicarse al cuidado de los hijos y procurar la abnegación. Por otra parte, hechos como asistir a la escuela y trabajar solían ser aspectos considerados innecesarios para las mujeres, puesto que la instrucción familiar que recibían como guía para la vida les indicaba que eran actividades exclusivas de los hombres. En esta misma época, el movimiento feminista toma fuerza para buscar mejorar los derechos de las mujeres y realizar cambios respecto a las funciones sociales y roles desempeñados hasta entonces, intentando romper estereotipos tradicionales (Díaz-Loving y cols., 2008).

Por los años ochenta, noventa y el final del siglo XX con los grandes cambios que se estaban dando en la población mexicana, entre ellos la revolución tecnológica, la era de las comunicaciones a larga distancia, la globalización, la rapidez, la idea de ir hacia adelante, de progreso, fama y posmodernidad, del inicio de la participación del hombre en las tareas del hogar, el control de la natalidad y sin duda, el ingreso de mayor número de mujeres al mundo académico y laboral, apoyadas de una nueva educación familiar que se recibía en muchos hogares, donde a las mujeres se les orientaba a estudiar y trabajar como una manera de asegurar una forma de vivir y lograr el sustento económico en caso de un divorcio o separación de pareja (Díaz-Loving y cols., 2008; Fernández-Christlieb, 2005; Lipovetsky, 2005).

En el año 1994, Díaz-Guerrero, apoyado de los resultados de una investigación sobre tendencias actitudinales y personalidad en la población mexicana, concluyó que destacan las

características personales afiliativas (pasivo-obediente) y que más del 80% de la población estudiada lo presentaba, mismo que se caracteriza por comportarse de manera afectuosa, dependiente, complaciente, controlada y por tener gran necesidad de aceptación. Así mismo, quienes mostraron tendencia en este tipo de actitud observan puntuaciones altas hacia ideas conservadoras que identifican a la familia mexicana, ejemplificadas en la obediencia, la interdependencia y el afecto (Kimble, 2002).

De acuerdo con Rocha y Díaz-Loving (2011b), las mujeres que son más competitivas y orientadas al logro tienden a ser más descalificadas o desaprobadas socialmente, sobre todo por considerar que descuidan a la familia. Sin embargo, no siempre todas las personas se comportan o ajustan a los requisitos que dicta la cultura, vinculándose con el grado de importancia que cada quien le da a las normas, así como a sus propias preferencias y elecciones. De acuerdo a la importancia de comportarse de manera tradicional y normativa, las personas pueden experimentar costos y ganancias, en la medida que se ajustan o no a las expectativas sociales vinculadas con el rol de género.

De igual manera, se ha señalado la importancia que tiene para las personas seguir las reglas acordes al rol de género, lo cual representa un factor de riesgo para su situación emocional. Dicho de otra forma, pueden experimentar un conflicto *intra rol* en función de lo que la sociedad demanda y de lo que ellos y ellas, desean hacer y viceversa. Por lo tanto, resulta necesario que toda intervención, cuyo fin sea fomentar un cambio en las identidades y roles de género en beneficio de las relaciones justas, sanas y equitativas, deba tomar en consideración no solo el aprendizaje de nuevas habilidades de interacción sino también el trabajo con factores motivacionales (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a). De acuerdo con Sánchez y Crocker, (2005), las personas eligen vivir con una visión estereotipada y un rol tradicional porque le conceden importancia al hecho de seguir las reglas y valores convencionales, puesto que constituye una forma de validación social y a la vez, es base de la propia estima, que en conjunto refieren la idea de ser aprobadas tanto interna como socialmente.

1.2. Personalidad

1.2.1 Definición del concepto

El término Personalidad proviene de la palabra persona. Cicerón definió este término enfocándolo desde cuatro aspectos esenciales: La forma en que un individuo aparece frente a los demás, el papel que una persona desempeña en la vida, un conjunto de cualidades que comprenden al individuo y como un sinónimo de prestigio y dignidad, este último mas en términos legales que características individuales (Cerdá, 1970; Montaña, Palacios y Gantivia, 2009).

En el ámbito social, puede decirse que la personalidad es el “resultado de infinidad de características sociales en la cual se desarrolla una persona”, todo lo que ocurre en este contexto puede beneficiarla o perjudicarla. La personalidad se puede crear a partir de las exigencias, demandas y estímulos que ponen a prueba las características individuales de un ser humano que le permiten adaptarse y vivir en una comunidad (Diaz-Guerrero, 1997; Montaña, Palacios y Gantivia, 2009). Desde la perspectiva psicológica, se ha definido a la personalidad en diferentes teorías y posturas, la psicología de la personalidad, por ejemplo, intenta hacer un abordaje del ser humano en su totalidad, utilizando este término para referirse a: Las cualidades psicológicas que contribuyen al perdurable y distintivo patrón de sentimientos, pensamientos y maneras de conducirse de una persona (Cervone y Pervin, 2009). En general los planteamientos psicológicos hacen referencia a las cualidades propias de cada persona, clasificándola en tres grupos:

- a) Clasificación de los atributos personales, que hacen referencia a la organización del ser humano en diferentes etapas del desarrollo.
- b) Los biólogos y conductistas la definen en términos de ajuste, ya que es un fenómeno de evolución que se refiere a un modo de supervivencia o de adaptación al medio, a partir de las características individuales.
- c) las características que posee una persona, difieren de otros que viven en el mismo medio (Montaña, Palacios y Gantivia, 2009, p. 86-102).

Los aspectos definidos anteriormente se relacionan con dos términos que dan sustento y son parte de la personalidad, temperamento y carácter. El temperamento es un fenómeno emocional que se puede presentar a causa de factores genéticos o hereditarios, pues los individuos reaccionan de manera rápida e intensa ante la estimulación ambiental y por tanto su estado puede fluctuar de acuerdo a las experiencias del medio (Allport, 1970).

El carácter es una “combinación de sentimientos y valores que el individuo va adquiriendo a lo largo del desarrollo, a través de la interacción, condiciones y circunstancias externas, difiere en cada persona de acuerdo con su forma o punto de vista al interpretar la realidad humana” (Montaño, Palacios y Gantivia, 2009, p. 86). El carácter controla, corrige, modifica y autorregula la actividad de los individuos, a fin de dar respuestas satisfactorias a las exigencias del medio, de acuerdo con Lluís, (2002).

Para explicar el concepto de Personalidad los autores Cervone y Pervin (2009), describen algunas características: Es *perdurable*, refiriéndose a las características de la personalidad que son coherentes a través del tiempo y de las diferentes situaciones de la vida de una persona. La palabra *distintivo* es usada para indicar que la psicología de la personalidad se ocupa de características psicológicas, las cuales diferencian a las personas unas de otras. *Contribución*, alude a como los psicólogos de la personalidad buscan elementos psicológicos que influyen y explican al menos en una parte, las tendencias estables y distintivas de un individuo. Al hablar de sentimiento, pensamiento y comportamiento se busca señalar el término de personalidad de manera exhaustiva, puesto que incluye todos los aspectos de la persona: su vida mental, sus experiencias emocionales y su conducta social ya que la psicología de la personalidad tiene el objetivo de conocer a la persona en su totalidad.

Desde el área genética también se ha estudiado a la personalidad, el desarrollo en cuanto a etapas y evolución de la especie, pues de acuerdo a Domínguez y Fernández, (1999), todos los niños poseen ciertas funciones y estructuras que no han alcanzado su correspondiente maduración, lo cual no permite encontrar una base sólida en cuanto a su personalidad, por esta razón se puede hablar de este término, a partir de los 3 años, puesto que a esta edad ya se habrán identificado algunos intereses, aptitudes, estilo conductual y cierta manera de resolver problemas, lo que facilita la supervivencia de cada individuo en el medio (Costa y McCrae, 1997; Díaz-Guerrero, 1997). La estructura de la personalidad es permanente, continua y particular a lo largo de los años, aunque puede adoptar patrones conductuales que dificulten el desempeño del individuo en diferentes momentos y circunstancias de la vida (Costa y McCrae, 1997; Digman, 1989; Fruyt, Mervielde y Van Leeuwen, 2002).

Para la *Teoría sociocognitiva*, propuesta por Albert Bandura y Walter Mishel, (inicialmente conocida como teoría del aprendizaje social), un concepto clave es la idea de que la conducta es el resultado de una interacción entre la persona y el medio (Cervone y Pervin, 2009), delimitando a los procesos cognitivos como el elemento central del análisis de la personalidad. Según esta teoría, la cognición se desarrolla dentro de un contexto social y las personas adquieren una visión acerca de sí mismas y acerca del mundo, a partir de una interacción con el ambiente, destacando que los individuos son agentes activos en el aprendizaje y que dichos procesos cognitivos y conductuales son el resultado dicho aprendizaje (Cervone, 2005).

1.2.2 Personalidad tipo C

Numerosas investigaciones internacionales se han dedicado a estudiar la relación que la Personalidad tipo C comparte no solo con el inicio, sino con la progresión de enfermedades como el cáncer, en especial el cáncer de mama. La relación entre el cáncer y el control emocional no es reciente, pues autores como Kissen, D., Brown y Kissen, M. (1969); Kissen, D. y Eysenk, (1962) señalaron esta idea, sin embargo, fue hasta 1980, cuando Morris y Greer citaron a la personalidad tipo C, como una marcada contención emocional presentada por la mayor parte de sus pacientes con cáncer de mama. De tal modo que Greer y Watson (1985), determinaron que la supresión de emociones constituye un aspecto central del patrón de conducta tipo C (Greer y Watson, 1985, p. 774). Desde entonces, diversos autores comenzaron a investigar sobre este constructo. Utilizando diferentes metodologías en distintas poblaciones, con variados resultados y conclusiones obtenidas, no obstante, coinciden en una clara correlación de la Personalidad tipo C con el cáncer de mama (Amaya, Gordillo y Restrepo-Forero, 2006; Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000; López, Esteve, Ramírez y Anarte, 1998).

Las investigaciones sobre la Personalidad tipo C tuvieron auge, a partir de 1980, hasta aproximadamente el año 2002, con la presencia de mujeres como participantes en la mayoría de los estudios. Sin embargo, en el año 2006, se llevó a cabo la validación de un instrumento de medición de la Personalidad tipo C con población colombiana de ambos sexos, el cual fue elaborado por investigadoras españolas de la Universidad de Málaga (Amaya, Gordillo y Restrepo-Forero, 2006; Amorós, Anarte, Esteve, López y Ramírez, 1998). En una visión mas reciente sobre la Personalidad tipo C, se sugiere que ésta no es exclusiva del cáncer de mama,

sino también podría asociarse con otras enfermedades crónicas como la diabetes, el asma, enfermedades cardiovasculares y renales, sin tener aún claridad en la relación de estos elementos, excepto que se ha encontrado en pacientes diabéticos, baja emocionalidad a la vez que sus análisis de hemoglobina indican altos niveles de glucosa (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000; Gordon, Fisher, Wilson, Fergus, Peterson y Semple, 1993; Sabán, 2012).

En un esfuerzo por delimitar el constructo de Personalidad tipo C, se ha identificado a las personas que la desarrollan, con las siguientes características: Además del bajo neuroticismo y bajas emociones negativas se muestran excesivamente serviciales, pacificadoras, presentan dificultad para defender sus derechos, son pacientes, evitan los conflictos, buscan la armonía en las relaciones interpersonales, tienden a ser sumisas, suprimen la expresión de las emociones y presentan incapacidad de enfrentarse a tensiones en el ámbito interpersonal, todo ello les lleva a experimentar sentimientos de indefensión, culpa y desesperanza; siendo más propensas a desarrollar trastornos de depresión (Eysenk, 1998, Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000).

Por otra parte, Anarte, Esteve, Ramírez, López y Amorós, encontraron que la Personalidad tipo C desde sus estudios iniciales se caracterizó con los siguientes rasgos: Personas cooperadoras y pacíficas, con dificultad para la comunicación asertiva, control de expresión de emociones negativas particularmente del enojo y la ira, sumisas con las autoridades externas, concretamente, este estilo de afrontamiento fue definido por los autores como opuesto al patrón de conducta tipo A (Anarte, Esteve, Ramírez, López y Amorós, 2001).

La personalidad tipo A surge en el ámbito de la observación clínica de pacientes con enfermedades cardiovasculares, en 1959 los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman iniciaron a estudiar las relaciones existentes entre este tipo de personalidad y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (Sabán, 2012). Entre los rasgos de personalidad encontrados en las personas que sufrían estos trastornos, especialmente hombres, se encontraron: impaciencia, intensa implicación laboral, competitividad, inquietud, tensión muscular, necesidad de logro y actitudes exigentes hacia las personas que trabajan y conviven con ellos (Polaino-Lorente, Cabanyes y Del Pozo, 2003). De acuerdo con Sabán (2012), la

hostilidad es el componente mas nocivo y trascendente del patrón conductual tipo A, fue considerado un factor de riesgo predictivo para el infarto agudo de miocardio, por lo cual, las investigaciones concluyen que este patrón conductual no es un factor de riesgo propiamente para la enfermedad mencionada, sin embargo, la hostilidad si lo es.

Quien presenta el tipo de personalidad A, normalmente no descansa, no se conforma con la pasividad, presenta tendencia al autoritarismo, a la dominación y a la extroversión lo que puede condicionar en ellos respuestas descontroladas y agresivas, además de adaptación inadecuada en el ámbito conyugal y familiar (Sabán, 2012). Estas características son opuestas a las de la Personalidad tipo C, que suele encontrarse más en mujeres; por lo que se estima podría relacionarse a los esquemas tradicionales de género para hombres y mujeres respectivamente, en la que los primeros suelen desarrollar mas la personalidad tipo A, debido a las características de masculinidad y a las expectativas que tradicional y socialmente se tienen para hombres, en el caso de las mujeres el rol tradicional esperado es acorde al desarrollado por la Personalidad tipo C (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000).

En tanto las dimensiones comunes que hasta ahora se han desarrollado para evaluar el constructo de Personalidad tipo C, han sido básicamente delimitadas por las investigadoras López, Esteve, Ramírez y Anarte (1998), mediante la realización de psicometría, elaborada a partir de otros instrumentos, que evalúan algunas características de este constructo, fundamentadas en rasgos de personalidad, entre los cuales, cabe destacar:

Escala Courtauld de Control Emocional, de Watson y Greer, elaborada en 1983. Evalúa el grado en que las personas controlan las emociones de enfado, preocupación y tristeza.

Escala de Racionalidad/Defensividad Emocional, de Spielberg, con el factor de Defensividad emocional (grado en que las personas aplican la lógica y la razón para evitar determinadas emociones relacionadas con la esfera interpersonal, especialmente control del enfado) y Racionalidad (grado en las personas aplican la lógica y la razón como forma general de enfrentarse al mundo), relacionada con el control de ansiedad.

Escala de Necesidad de Armonía, de Spielberger, sus dimensiones son Relaciones armoniosas (necesidad de equilibrio en las relaciones interpersonales) y Autosacrificio (predisposición a renunciar a la satisfacción de las propias necesidades para lograr y mantener relaciones sociales armoniosas).

Inventario Breve de Reacciones Interpersonales, de Grossarth-Maticek y Eysenck (1990), evalúa las tendencias a la Racionalización y a vivir Depresión.

Escala de Racionalidad y Anti-emocionalidad, de Bleiker, Van Der Ploeg, Hendriks Leer y Kleijn, (1993). Contiene los factores de Racionalidad, Emocionalidad (tendencia a expresar las emociones) y Comprensión (tendencia a comprender a los demás, a pesar de experimentar sentimientos negativos hacia su comportamiento).

Escala de Expresión y Control Emocional, También elaborada por Bleiker y cols, (1993), con las dimensiones de Expresión, Represión y Control de las emociones de enfado, preocupación y tristeza (López, Esteve, Ramírez y Anarte, 1998, p. 5).

Después de realizar los respectivos análisis estadísticos, las autoras citadas anteriormente obtuvieron un instrumento de medición para la Personalidad C, el cual incluye los siguientes elementos: Control emocional, Racionalidad, Represión emocional, Necesidad de armonía y Comprensión. Mismo que ha sido validado en población Colombiana. Para efectos del presente trabajo se forman categorías relacionadas a la Personalidad tipo C.

Hasta el momento persisten tres importantes líneas de investigación que implican el origen y la evolución de la Personalidad tipo C, en algunos casos se argumenta que es un rasgo premórbido asociado a un mayor riesgo de desarrollar neoplasia, en otros se define como un estilo de afrontamiento genérico asociado a mayor probabilidad de desarrollar cáncer y también como un estilo de afrontar el diagnóstico y la terapéutica del cáncer (Vinaccia, Arango, Cano, Tobón, Moreno y López, 2006). Los resultados de las variadas investigaciones realizadas al respecto y de la metodología utilizada, los instrumentos aplicados, la muestra y el tipo de estudio, son la causa probable de esta disparidad. Sin embargo, para efectos del presente trabajo se considera a la personalidad C, como un factor asociado al diagnóstico del cáncer de mama, el cual, permanece constante durante el tratamiento.

1.3 Cáncer de mama

1.3.1 Concepto y generalidades de la enfermedad

El cáncer es una enfermedad maligna, caracterizada por el crecimiento rápido y desordenado de células que forman tejidos irregulares conocidos con el nombre de tumores, y pueden llegar

a formarse en cualquier parte del cuerpo; cuando se desarrollan en la glándula mamaria se llama carcinoma mamario o cáncer de mama (Carswell, 2002). El cáncer de mama antes era poco frecuente antes de los treinta años de edad, sin embargo en los últimos años el promedio sobre la edad de inicio ha disminuido a los 25, normalmente aumenta la incidencia en las mujeres al final de la edad reproductiva (desde la pubertad a la menopausia) y el número de casos se ve disminuido cuando las mujeres han pasado la menopausia (Coronel, B. y Coronel, P., 2005).

El diagnóstico suele establecerse por un médico, a través de una entrevista, un examen físico minucioso, estudios de imagen (mastografía y ultrasonido) y una biopsia de la lesión, sin embargo, es necesaria la participación de cada mujer mediante la autoexploración ya que mediante ella se puede descubrir cualquier cambio o anomalía en las glándulas mamarias, además tendrá mayor oportunidad de acudir oportunamente al médico. Si el cáncer se detecta en las primeras etapas, la paciente tendrá mayor posibilidad de resolver este problema con menor desgaste y sufrimiento (Carswell, 2002; Granados y Herrera, 2010).

En un estudio realizado en el Centro Estatal de Cancerología (CECAN), con una muestra de 284 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, concluyen que 74.8% había consultado por lo menos una vez al médico antes de acudir a este hospital y solo al 17.6% se le efectuó la exploración física mamaria, por lo que se indica cierta deficiencia en las consultas de primer contacto y sobretodo, escasa participación de las pacientes en la autoexploración ya que normalmente cuando acuden a un centro hospitalario se ha perdido tiempo apreciable para el diagnóstico oportuno y tratamiento, afectando directamente la supervivencia de las pacientes (Coronel, B. y Coronel, P., 2005).

Para poder detectar los tumores malignos de manera oportuna, es necesario revisar periódicamente las mamas cada mes y consultar con el médico en el primer momento que se advierta un cambio, ya que es importante tener un diagnóstico inmediato y aplicar los tratamientos indicados por los médicos, dando la oportunidad de combatir el cáncer con mayor posibilidad de éxito (Carswell, 2002). El cáncer de mama es una enfermedad común, por lo que Hyde (1995), expone que en teoría, todas las mujeres deberían realizarse el examen de

autoexploración, una vez al mes, en torno a la mitad del ciclo menstrual, no durante éste, ya que durante él, pueden aparecer protuberancias normales en los pechos, además, considera que ocurren ciertos factores psicológicos que evitan que las mujeres se practiquen dicha prueba, como por ejemplo el miedo a descubrir alguna afectación.

Sin embargo, el hecho de que una mujer no se realice la prueba de autoexploración mensualmente se convierte en un obstáculo que no permite observar alguna anomalía visible o palpable para acudir oportunamente en busca de ayuda profesional, además, comenta que el pecho, busto, mama o glándula mamaria es un atractivo sexual, y durante muchos años no ha sido precisamente aceptable que una mujer lo toque por sí misma, debido a la educación basada en prejuicios acerca del cuerpo y la sexualidad, que no les permiten a las mujeres conocer su cuerpo correctamente y por lo tanto, tampoco estar en condiciones de detectar alteraciones de manera oportuna. Además, las mujeres que actúan desde un papel tradicional tienden a no priorizar la salud propia, dado que viven atentas a los otros; en estas circunstancias, la mujer no acude al médico hasta que se presentan molestias o dolor y entonces puede complicarse el diagnóstico y pronóstico, debido al tiempo transcurrido (Carswell, 2002).

1.3.2 Relación de la Personalidad tipo C y el Cáncer de mama

La idea de que las relaciones existentes entre diversos rasgos del carácter y la aparición de algún tipo de enfermedad se asumen desde la antigüedad. En los siglos XVIII y XIX se pueden encontrar hipótesis etiológicas del cáncer vinculadas a aspectos relacionados con el temperamento y la personalidad aunque es a partir de los años cincuenta cuando algunas publicaciones empezaron a indagar de manera científica, el papel que podrían jugar en la aparición y desarrollo de la enfermedad algunas variables psicológicas (Anarte y cols., 2000).

Desde el comienzo de las investigaciones que se perfilan en el patrón de conducta tipo C, aparecen rasgos que exponen a las personas a un mayor riesgo de sufrir cáncer, dentro de los cuales el más estudiado ha sido la inhabilidad para expresar las emociones, específicamente aquellas que se consideran negativas, como el enojo, además de una inadecuada descarga emocional, ésta es la hipótesis que más ha avanzado desde las primeras investigaciones (Anarte y cols., 2000). En otra línea de investigación se ha explorado la idea de una personalidad

propensa al cáncer que se ha resumido en un prototipo de persona que se caracteriza por ser despreocupada y sumisa, que reprime las emociones que pueden intervenir en su funcionamiento social y emocional. Algunos de los estudios sobre los rasgos de una personalidad propensa al cáncer presentan diferencias metodológicas que no permiten determinar si a los pacientes les da cáncer por tener determinados factores de personalidad o si ciertos factores de personalidad son consecuencia del cáncer (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2001).

También se puede encontrar el trabajo realizado por Grossarth-Maticcek, realizado en el año 2000, de acuerdo con Amaya y cols., (2006) se trata de un estudio prospectivo, en el cual evaluaron una variedad de factores de riesgo físicos y psicológicos para el cáncer de mama en 8053 mujeres, en el año 1973; 15 años después, en 1985, investigaron las causas de muerte. Concluyen que ambos factores, físicos y psicosociales son predictores significativos e indican que los factores de riesgo físico por sí mismos, son más predictivos que los factores de riesgo psicológicos por sí solos, los resultados revelan que ambos interactúan para crear un efecto sinérgico al predecir la mortalidad.

1.3.3 Etapas del cáncer de mama

Para determinar el tratamiento específico a llevar a cabo cuando se detecta cáncer, es importante conocer de que tamaño es el tumor ó en que fase se encuentra en el momento de su localización, la OMS (2014) describe las siguientes etapas:

- Etapa 0: En esta etapa, el tumor aun puede considerarse benigno, porque no ha roto el tejido epitelial que lo rodea y no hay invasión a otras partes.
- Etapa I: Es cuando el tumor tiene 2 cm. de diámetro y no se ha extendido fuera de la glándula mamaria ni ha afectado a los ganglios.
- Etapa II: Comprende el tumor que mide de 2 a 5 cm. y se ha extendido a los ganglios que están en la axila, pero en una cantidad menor de tres ganglios afectados.
- Etapa III: Significa que el tumor ya mide mas de 5 cm. y se ha extendido a más de tres ganglios que están en la axila o a otros tejidos cercanos al pecho.

- Etapa IV: El tumor canceroso ya se ha extendido a otros órganos del cuerpo, como pueden ser los pulmones, los huesos, el hígado o el cerebro.

En México, 90% de las mujeres que presentan Cáncer de mama se detectan etapas avanzadas II, III y IV (Salud Pública de México, 2009). Por ello, en la medida que una mujer este informada y participe realizándose la prueba de autoexploración se tendrán más posibilidades de detectar un tumor en las primeras etapas, pues, es cuando se tienen mayores posibilidades de tratamiento y conservación de la vida (0 y I).

1.3.4 Diagnóstico del Cáncer de mama y Técnica de autoexploración

La detección oportuna del cáncer de mama implica usar un método que permita llegar al diagnóstico de la enfermedad de manera temprana, es decir cuando aun los síntomas físicos no se encuentran presentes de forma acentuada, como lo son: dolor en las mamas, dolor óseo, úlceras en la piel de las mamas, brazo hinchado próximo a la mama con cáncer; lo que significaría un cáncer en un estado avanzado puesto que los tumores cancerosos de las mamas que se encuentran por que causan síntomas tienden a ser más grandes y tienen probabilidades de haberse ya extendido en el seno, o incluso de haber invadido otros órganos del cuerpo, lo que significaría un *Diagnóstico tardío* de la enfermedad (Nigenda, Caballero, y González-Robledo, 2009).

Sin embargo, los tumores que se encuentran durante las pruebas de detección suelen ser mas pequeños y estar aun concentrados en la mama, específicamente encapsulados, ya que aun están en un estadio inicial, lo cual forma un *Diagnóstico oportuno* o temprano. Para efectos de su estudio, la mama se divide en cuatro cuadrantes, y normalmente en estadios tempranos, el tumor se localiza en el cuadrante superior y extremo (Murphy, Lawrence y Lenhard, 1996).

El tamaño y la extensión del cáncer de mama son algunos de los factores mas importantes para establecer el pronóstico de la enfermedad. La OMS (2014), considera que las pruebas de detección oportuna para el cáncer de mama salvan miles de vidas cada año y que muchas más pudieran salvarse si utilizaran estas pruebas. Además, la detección oportuna del cáncer de mama aumenta las probabilidades de que esta enfermedad se pueda diagnosticar en una etapa temprana y que se pueda tratar con éxito (Murphy, Lawrence y Lenhard, 1996).

La técnica de Autoexploración mamaria es un autoexamen de la mama, una prueba fácil y cómoda de realizar que puede ayudar a conseguir diagnósticos más tempranos. La paciente a través de la exploración debe llegar a conocer la morfología de sus mamas y observar cualquier cambio que se presente, es recomendable practicarla una vez al mes, después del sangrado de la menstruación en el caso de las mujeres pre menopáusicas (González-Merlo, 1991).

El examen comienza con una primera fase, llamada *inspección*, en la cual se sugiere que la mujer observe delante de un espejo, con temperatura e iluminación adecuadas, si existen uno o varios de los siguientes datos: desigualdad en el tamaño de sus mamas, desviación de los pezones, retracción del pezón o de la piel y ulceraciones o lesiones de la piel. Una segunda parte de la prueba es la *palpación*, la cual, se realiza en posición de decúbito supino y previa colocación de una almohada por debajo del hombro del lado que se va a examinar, con la otra mano se explora su mama, palpando los cuadrantes internos desde la línea que pasa a nivel del pezón hasta el esternón y después los cuadrantes externos hasta la inserción del dorsal ancho. Esta palpación ha de ser cuidadosa, suave, sin despertar dolor, y se aconseja practicarla con la palma de la mano (González-Merlo, 1991).

Después de practicar el autoexamen, recomienda González-Merlo (1991), consultar al médico en los siguientes casos: si se encuentra un tumor en la mama, si se observa alguna irregularidad en el contorno de la mama como rubor y aspecto de piel de naranja, si aparece secreción por el pezón, si identifica alguna alteración a nivel del pezón o de la areola y si se observa cualquier cambio en relación con el autoexamen del mes anterior.

La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales es curable, tendría un mejor pronóstico y mayores posibilidades de sobrevivencia, los tratamientos son mas asequibles y pueden administrarse con menores recursos, por ello la importancia de detectar esta enfermedad en los estadios iniciales, haciéndose necesario que las mujeres no solo se realicen la prueba de autoexploración mamaria, sino que acudan de forma inmediata en busca de asistencia médica y por ende el acceso a los servicios de salud, entendidos estos como los procesos de interacción entre usuarios y los servicios, con la finalidad de permitir el servicio de atención a las personas enfermas (Nigenda, Caballero, González-Robledo, 2009).

1.3.5 Factores de riesgo del Cáncer de mama

De acuerdo con Granados y Herrera (2010), al menos 60% de los casos de cáncer de mama carece de algún factor de riesgo determinante, por lo que en principio, todas las mujeres se encuentran en riesgo de padecerlo. Sin embargo, la predisposición hereditaria al cáncer de mama desempeña un papel importante en 5 a 10% de todos los cánceres de mama. Algunos factores de riesgo que se asocian a una mayor probabilidad de desarrollar cáncer, según Granados y Herrera (2010), entre ellos se encuentran la menarca temprana y la menopausia tardía, los ciclos menstruales de corta duración, la nuliparidad (no haber tenido hijos) y edad tardía de primera gestación, la ausencia de embarazos y lactancia, una dieta hipercalórica con grasas saturadas y obesidad, así como la administración de terapias de restitución hormonal y anticonceptivos orales.

Aunque las historias familiares con presencia de cáncer de mama se asocian a un aumento del riesgo de padecerlo, éste puede presentarse de manera más elevada cuando existe una historia positiva entre las familiares de primer grado: madres, hermanas o hijas, y el riesgo se asocia a un aumento significativo. Los cánceres de mama con mayor riesgo genético se manifiestan a edades jóvenes, muestran mayor tendencia a la bilateralidad (aparece en ambos pechos) y aparecen en varios miembros de la familia a lo largo de tres o más generaciones (Murphy, Lawrence y Lenhard, 1996).

De alguna manera, existen factores psicosociales que pueden afectar, de distintas formas al cáncer, por ejemplo, al inicio de la enfermedad, los aspectos conductuales intervienen a través de la exposición a cancerígenos, tal es el caso del tabaco, así mismo, también se presentan variables psicosociales que afectan de manera indirecta el inicio de un cáncer a través del consumo de dietas grasosas o de la exposición al estrés (Levy, 1983). Los factores psicosociales también influyen en el avance del cáncer, por ejemplo, el estrés y ciertas formas de afrontamiento pueden afectar el progreso del cáncer, los factores conductuales influyen de manera indirecta en el avance de éste, a través, de la falta de adherencia a una dieta adecuada o al tratamiento y también en el hecho de no emplear los métodos de exploración oportunos (Levy, 1983).

1.3.6 Consecuencias psicológicas del Cáncer de mama

El estado mental de la paciente al momento de recibir el diagnóstico de cáncer de mama, es un factor que indudablemente determina la forma de afrontar la enfermedad y la calidad de vida durante el transcurso de ésta. De tal modo que las personas estables desde un punto de vista psicológico y que cuentan con una red social de apoyo, presentan menor repercusión psicológica y se apegan con mas facilidad al tratamiento médico, lo que hace indicar un pronóstico más positivo (Delgado y Tejerina, 2002).

El diagnóstico de cáncer de mama genera miedo y ansiedad en la mayoría de las pacientes y se hacen presentes otras patologías como la depresión y la hipocondría en menor cantidad de pacientes, así mismo, considera que las consecuencias psicológicas pueden acentuarse en la medida que las pacientes asumen que tienen información inadecuada al respecto de la enfermedad, además cuando perciben que las decisiones de tratamiento son complejas y que existe dificultad en las agendas de los especialistas que llevarán su tratamiento (Kirby y Copeland, 2007).

No obstante, desde el inicio del conocimiento de la enfermedad, se presentan preocupaciones en la mayoría de las pacientes, acerca del funcionamiento físico, la imagen corporal, el estado de ánimo, la sexualidad, la familia y las actividades profesionales. Por otra parte, las diferentes opciones quirúrgicas, entre las que destacan la mastectomía y la reconstrucción, muestran una visión única, dependiendo de la manera en que las contemplan las ventajas y desventajas de cada procedimiento (Nigenda, Caballero y González, 2009).

De acuerdo con Celorio (1986), en algunas mujeres con cáncer de mama además de la ansiedad, la depresión e ideas suicidas, se presenta mayor de sensibilidad emocional y cierta tendencia al retraimiento social, por considerar que se ve afectada su femineidad y creer que su físico no es tan aceptado socialmente como antes, sobretodo si ha sido retirada una de sus mamas. Así mismo, define que este tipo de cáncer afecta directamente a la sexualidad no solo por las secuelas estéticas sino por las funcionales y en éstas, cuando la paciente no ha tenido hijos y desea tenerlos se preocupa por el aspecto de la lactancia materna.

A medida que las pacientes van avanzando en el proceso de tratamiento, su papel de paciente va cambiando al de sobreviviente y es entonces cuando surge el temor de que el cáncer vuelva a desarrollarse se vuelve necesaria la rehabilitación en distintas esferas de la vida: psicológica, social, nutricional, sexual, económica y vocacional, ya que cada área contribuye con la sensación en general de bienestar y de percepción de calidad de vida (Kirby y Copeland, 2007).

El cáncer de mama presenta dificultades importantes y un impacto en el momento de su diagnóstico y puede representar una amenaza a la autoestima y a la integridad del cuerpo por el cambio de imagen que se tenía de sí misma como persona sana (Celorio, 1986). Sin embargo, las mujeres que se encuentran estables psicológicamente, es decir que no presentan algún trastorno psicológico al momento de recibir el diagnóstico de cáncer de mama, aprenden a vivir con la enfermedad y a afrontar las consecuencias que esta implica, sin embargo, es necesario valorar a cada mujer, dado que existen diferencias individuales que determinaran en cada paciente su manera de afrontamiento (Kirby y Copeland, 2007).

El diagnóstico de cáncer de mama, genera mas ansiedad que otros tipos de cáncer en la medida que es preocupante a las mujeres puesto que afecta al área de la sexualidad, incluso puede ser mas estresante porque las consecuencias del cáncer de mama se hacen visibles cuando existe la posibilidad de extirpación de un pecho (Méndez, Segovia, Pereira y Flores, 2012). Las dificultades psicológicas permanecen constantes a medida que la paciente transita por el proceso de tratamiento, rehabilitación y supervivencia y pueden presentarse patologías como la depresión, las cuales si no se detectan y tratan pueden comprometer los resultados del tratamiento médico e incrementar los costos de la salud (Kirby y Copeland, 2007).

1. 4 Autocuidado

De acuerdo con el modelo de Autocuidado, elaborado por la enfermera Dorotea Elizabeth Orem, éste se define en torno a una actividad aprendida por una persona, a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo, es una conducta ante la vida, dirigida hacia uno mismo, en beneficio de la salud y el bienestar (ATS/DUE, Servicio Gallego de Salud, 2006; Limia, 2010).

Este modelo se sustenta en el déficit de autocuidado del personal de enfermería de los sistemas de salud, delimitando tres tipos de autocuidado, los que se derivan de las necesidades básicas y de crecimiento del individuo (alimento, descanso, oxígeno), los asociados al proceso de desarrollo (embarazo, infancia, vejez), y los que surgen de las enfermedades (ATS/DUE, Servicio Gallego de Salud, 2006).

Por tanto, refiere que “las personas que son autosuficientes, son responsables de sus propios cuidados y de los cuidados de las personas que tiene a su cargo, y tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida, lo cual, debe suponer la capacidad para llevar una vida sana, y dirigir la atención a tratar de alcanzar el bienestar y la salud” (ATS/DUE, Servicio Gallego de Salud, 2006, p. 67). Así mismo, la autora Orem, señala que el término “Déficit de autocuidado” se presenta cuando la demanda de atención es mayor a la capacidad de una persona para actuar, de tal modo que la incapacita para el autocuidado continuo y adecuado (ATS/DUE, Servicio Gallego de Salud, 2006; Orem, 1998).

Este modelo es el que más ha destacado sobre el autocuidado, surge dentro del ámbito de la enfermería para propiciar el autocuidado en los empleados de la salud y sobretodo para que aporten mediante un sistema de apoyo educativo dirigido a los pacientes, para crear capacidades para el aprendizaje del autocuidado, lo que en términos psicológicos se llama psicoeducación y básicamente informa y orienta a las personas en determinados temas para lograr el autocuidado (Rojas, Pérez, Lluch, B., 2009). Cuidarse, cuidar y ser cuidado, son acciones indispensables para la vida, las personas y la sociedad, en tanto estas acciones tengan la finalidad de preservar la vida, sin embargo, el significado del autocuidado, de su práctica, y el hecho de asumir la responsabilidad personal ante éste, son aspectos que cambian de acuerdo a cada sociedad y a cada cultura (Collière, 2009). En el aspecto cultural, el autocuidado difiere de acuerdo a las creencias y tradiciones, sobretodo a la socialización estereotipada (De Roux, 1994).

La socialización estereotipada es un elemento que determina la importancia que las personas dan al cuidado de su salud. En la mujer, el desempeño del rol de cuidadora aportó en la creación de la concepción “ser para otros versus ser para sí”, lo cual puede generar la

disminución de autoestima, pobreza en el autoconcepto y dificultad en la autonomía, de esta forma, es que la cultura influye para que las mujeres disminuyan el autocuidado de su cuerpo y su salud (Collière, 2009).

La promoción del autocuidado es una estrategia necesaria para implementar el bienestar en la vida cotidiana de las personas, cuyos principios deben ser tomados en cuenta para su implementación, pues permite a las personas responsabilizarse de sus acciones, como un acto voluntario de sí mismas, debe ser una responsabilidad ligada a lo cotidiano y enfocada al cuidado de la salud y a la prevención de enfermedades, con apoyo de los sistemas de salud y es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber, que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales (Uribe, 1999; Tobón, 1986).

Para que las personas asuman el autocuidado en la práctica cotidiana, es necesario incluir en su promoción los beneficios que conlleva. Uribe (1999), destaca algunos de ellos: El autocuidado ayuda a mejorar la autoestima, a generar el empoderamiento y sentimientos de control sobre sí mismo, desarrollo de habilidades para mejorar la salud y prevenir enfermedades; al potenciar la autoestima se impulsan prácticas de autovaloración, autoafirmación, autorreconocimiento y autoexpresión de aspectos que favorecen la salud (Uribe, 1999).

Así mismo, al capacitar a las personas sobre el autocuidado aporta mayor conocimiento sobre el cuerpo y la prevención de enfermedades, en tanto exista una participación activa informada y responsable. El autocuidado debe ser contextualizado y dirigido en función de los roles que las personas desempeñan, en cuanto a su cultura y también en cuanto a su ciclo vital. Enfatizando la reflexión de sus pensamientos, sentimientos y conductas ante las acciones personales que favorecen el autocuidado (Fonseca y Nevado, 2005; Uribe, 1999).

1.5. Roles de género, Personalidad tipo C y Cáncer de mama

A partir de las diferencias sexuales se va creando la identificación individual con el género femenino ó con el masculino, de tal manera que permite la creación de la identidad de género, de la cual se derivan los rasgos de personalidad, actitudes y creencias y también los roles de

género, que se traducen en las conductas llevadas a cabo para indicar a si mismo y a los demás la identificación de género, en cuanto a lo tradicional es lo referido por los estereotipos y los patrones culturales y sociales esperados por la comunidad o sociedad en la que se vive, los cuales se van heredando a otras generaciones, mismos que son aprendidos basados también en la identificación (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a).

En nuestro país existe la tendencia de continuar una vida desde los aspectos más tradicionales, pues muchas mujeres se dedican al desempeño de las labores del hogar y al cuidado de los hijos, mientras son los esposos o los varones de la familia, son los encargados del sustento económico, por tanto los que trabajan fuera del hogar, sin embargo actualmente en nuestra sociedad muchas mujeres están preparadas para desempeñar funciones profesionalmente y se han integrado al mundo laboral, lo que ha generado cambios sociales, que fluctúan desde los roles tradicionales al desempeño de roles mas contemporáneos (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a).

Sin embargo, en innumerables ocasiones las mujeres continúan desempeñando las labores domésticas y los cuidados de la familia, en especial de los hijos, actividades que tradicionalmente se consideran exclusivas de las mujeres: la limpieza del hogar, preparación de los alimentos, apoyo en las tareas escolares y el cuidado de los adultos de la familia. Aunque los hombres también desempeñan este tipo de actividades, son las mujeres las que se han establecido doble jornada, dentro y fuera del ámbito hogareño, por lo que Lagarde (2001), refiere que la esencia de la vida tradicional persiste en la sociedad actual mexicana pues prevalece el desempeño de los roles con esta tendencia, involucrando a las mujeres en el desempeño de conductas relacionadas con el cuidado de otras personas, normalmente de la misma familia, como los hijos, padres, hermanos y en caso de ser casadas, con el esposo.

Los Roles femeninos tradicionales indican que las mujeres deben ser sumisas y dedicadas a la familia, en este contexto social y a través del aprendizaje por observación, las niñas aprenden de las mamás, las abuelas u otras mujeres de la familia sobre como se debe comportar una mujer, identificándose con la identidad de género tradicional, proceso que favorece el desarrollo de una Personalidad de tipo C, cuyas características son similares a los Roles de

género tradicionales, en tanto este hecho sugiere que las mujeres con dicho tipo de personalidad traducen sus sentimientos y creencias, en actitudes y conductas que se desempeñan a través de los Roles tradicionales.

El desempeño de los Roles tradicionales y el desarrollo de la Personalidad C, no favorecen los cuidados propios, en específico de ciertas actividades de autocuidado necesarias para conservar la salud, exclusivamente la prueba de autoexploración mamaria recomendada para la prevención y el diagnóstico temprano y oportuno del Cáncer de mama, además de la búsqueda de atención médica inmediata en caso de encontrar alguna anomalía mamaria, puesto que los Roles femeninos tradicionales no acentúan la importancia para el cuidado propio, además las características de personalidad tipo C presentes en las mujeres, no alientan a la responsabilidad de sí misma y al desarrollo de la capacidad de decisión en beneficio de la propia salud, como hacerse la prueba de auto exploración y acudir de forma oportuna al médico.

Estos aspectos son necesarios para el diagnóstico temprano del cáncer de mama, pues cuanto más pronto se detecta la enfermedad, más probabilidades existen de lograr éxito en el tratamiento médico. Sin embargo, las altas cifras indican la ausencia de la autoexploración y la asistencia oportuna al médico, al realizarse diagnósticos en fases tardías y la existencia de altas tasas de mortalidad por esta causa en mujeres mexicanas. Por lo cual en este trabajo se pretende comprender la relación de estas variables y analizar su inclusión dentro de los estudios y aportaciones desde el área psicológica.

CAPITULO II

Metodología

2.1 Diseño de investigación

El abordaje general que se utilizó en el proceso de investigación fue el enfoque cualitativo, mediante un Modelo de “diseño narrativo”. Los métodos cualitativos son un estilo de investigación que se encargan de investigar los fenómenos sociales y parten del supuesto básico

que: “El mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y sus significados representan un proceso de construcción social que intenta reconstruir los conceptos y acciones de la situación estudiada” (Chárriez-Cordero, 2012. p. 51).

La investigación cualitativa implica que su diseño sea de carácter inductivo, abierto, flexible, cíclico y emergente; surge de tal forma que sea capaz de adaptarse y evolucionar a medida que se va generando conocimiento sobre la realidad estudiada (Bisquerra-Alzina, 2004). Los datos obtenidos al utilizar este tipo de metodología constan de “ricas descripciones verbales” sobre los asuntos estudiados, además toma el significado afectivo que tienen las cosas, situaciones, experiencias y relaciones que afectan a las personas (Chárriez-Cordero, 2012; Kavale, 1996).

En los diseños narrativos, “el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas, para describirlas y analizarlas” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 504). Para Creswell, (2005), el diseño narrativo, además de ser un esquema de investigación, también podría ser una forma de intervención psicológica, ya que quien participa en ella, tiene la oportunidad de procesar cuestiones y aclarar aspectos personales, de su historia y del entorno, que no se encontraban del todo claros (Creswell, 2005, citada en: Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 504).

Los diseños narrativos pueden referirse a “toda la historia de un individuo ó grupo, un pasaje o una época de dicha historia de vida, de uno ó varios episodios, además los datos pueden obtenerse de autobiografías, biografías, entrevistas, documentos, artefactos y materiales personales y testimonios” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 505). En este tipo de diseño se utiliza una postura teórica que aporta estructura a la información obtenida de los participantes, además ayuda a entender al individuo y el contexto en el que se desarrolló su historia, también, beneficia al investigador para escribir la narrativa en el reporte de resultados de investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Mertens (2005) dividió a los estudios narrativos en tres tipos, a) de tópicos, enfocados en una temática, suceso ó fenómeno, b) biográficos, de una persona grupo ó comunidad y c) autobiográficos, de una persona, grupo o comunidad, incluyendo testimonios orales en vivo de los actores participantes. De acuerdo con Chárriez-Cordero (2012), los métodos más utilizados en la metodología cualitativa, que ayudan a describir en profundidad la dinámica del comportamiento humano son los biográficos, los cuales se llevan acabo mediante la historia de vida.

La historia de vida es un método de investigación cualitativa que tiene sus orígenes en la sociología (Veras, 2010). Este método “busca descubrir la relación dialéctica, la negociación cotidiana entre aspiración y posibilidad, entre utopía y realidad, entre creación y aceptación; por ello, sus datos provienen de la vida cotidiana, del sentido común, de las explicaciones y reconstrucciones que el individuo efectúa para vivir y sobrevivir diariamente” (Ruíz-Olabuénaga, 2012, p. 50).

Para Hernández (2009), la historia de vida es uno de los métodos de investigación descriptiva mas efectivos para conocer a las personas y al mundo que las rodea, además consta de una perspectiva fenomenológica, la cual visualiza la conducta humana, lo que las personas dicen y hacen, como producto de la definición de su mundo. Por lo cual, mediante este método se captura el proceso de interpretación de los participantes, viendo las cosas desde la perspectiva de las personas, quienes viven continuamente interpretándose y definiéndose en diferentes situaciones (Taylor y Bogdan, 1998). Las historias de vida ofrecen un marco interpretativo, mediante el cual, el sentido de la experiencia humana se revela en relatos personales de modo que da prioridad a las explicaciones individuales de las acciones, más que a los métodos que filtran y ordenan las respuestas en categorías conceptuales predeterminadas (Jones, 1983).

La investigación cualitativa se centra en hechos objetivamente verificables y en significados subjetivos que les atribuyen las personas. La identificación, clasificación y el análisis de estos significados en relación con lo objetivo, las decisiones, acciones y prácticas constituyen la esencia del marco interpretativo (Ullin, Robinson y Tolley, 2006). En este marco de las

percepciones e interpretaciones subjetivas que surgen de la experiencia, acciones o comportamientos objetivos y el contexto, son los componentes fundamentales de la perspectiva interpretativa, donde los investigadores cualitativos exploran los fenómenos, a la vez de los entornos sociales, culturales, políticos y físicos que rodean a las personas que están estudiando (Ullin, Robinson y Tolley, 2006).

2.2 Ingreso al ambiente de campo

El trabajo de campo de esta investigación se realizó en la Asociación Civil AHTECA, “Ayúdame Hermano, Tengo Cáncer”. En este lugar, normalmente dan apoyo a pacientes enfermos de cáncer, que acuden a tratamiento médico al Hospital Estatal de Cancerología (CECAN). El apoyo brindado por ATHECA consiste, además del hospedaje, en alimentación, medicamentos, traslado a sus comunidades, llamadas telefónicas, orientación y vinculación con otros centros de apoyo a este tipo de pacientes para facilitar trámites, además brinda apoyo psicológico gratuito. La población se vuelve fluctuante, regresa con cierta periodicidad a continuar sus tratamientos, lo que hace que muchos de ellos se conozcan y establezcan relaciones de amistad y apoyo emocional.

Una vez establecido el hospedaje de los pacientes dentro de la asociación se designa un acompañante para cada uno(a), éste último se encarga de los cuidados requeridos y también de la participación en actividades dentro del centro, como el cumplimiento de roles para los aseos generales y la distribución de los alimentos, entre otros. Dentro de la asociación existe un ambiente solidario, de respeto entre los beneficiados y el personal, destacando por parte de éstos la cordialidad, el compromiso y la calidad en la atención a las personas necesitadas. Se ingresó a esta institución no sin antes haber obtenido la autorización de las personas correspondientes, en este caso de la directora de la asociación y la coordinadora de la unidad de apoyo emocional, después de haber valorado y evaluado, el proyecto de investigación y los instrumentos a utilizar.

El trabajo de campo de este proyecto dio inicio en el mes de agosto del año 2013 y se concluyó en enero de 2014, con la propuesta del proyecto de investigación y la aportación de un taller en beneficio de los pacientes con diagnóstico de cáncer y sus familiares ó

acompañantes, denominado *Disminución y prevención de ansiedad en pacientes con cáncer*, cuyo abordaje fue desde la terapia cognitivo conductual y la logoterapia, incluyendo temas como psicoeducación de la ansiedad y disminución en el área psicológica, biológica y social, además de depresión, identificación e implicaciones, autocuidado, autoestima, solución de problemas, creencias irracionales, distribución equitativa de las actividades enfocadas a los roles de género, estilos de comunicación, especialmente la comunicación asertiva dentro de áreas familiares, de trabajo y sobre todo respecto al tratamiento, además de planeación de metas y planteamiento de la flecha de la vida.

La publicidad de dicho taller se llevó a cabo mediante el apoyo del personal del área de enseñanza y capacitación del Hospital CECAN, quienes informaban y referían a algunos pacientes. Así mismo, se repartieron trípticos y se mantuvo comunicación directa con integrantes de la Asociación Civil, AVECAN (Asociación Veracruzana de Cáncer), con la finalidad de invitar a los pacientes al taller. En AHTECA, se colocaron carteles en puntos estratégicos y se invitó personalmente a los pacientes y sus acompañantes, además de entregarles tarjetas de citas que incluían el orden de los temas y las fechas.

2.3 Consideraciones éticas

Cuando se abordó a las participantes, también se les explicó el carácter de la investigación, los objetivos, la utilización de los datos y la confidencialidad de estos. Se llevó a cabo el consentimiento informado de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 004-SSA3-2012 del expediente clínico, en su apartado de consentimiento informado (SSA, 2012), también se usaron nombres sustitutos para preservar la privacidad de las participantes entrevistadas. Además a petición de las participantes, como un acto para conservar la confianza y seguridad durante la entrevista, no se realizaron grabaciones (Botto, 2011, en Chárriez-Cordero, 2012).

2.4 Participantes y Criterios de inclusión

Se realizó el estudio a una muestra de participantes voluntarias, compuesta por 13 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, que reciben tratamiento médico en el CECAN, ubicado en la Ciudad de Xalapa, Veracruz. Ellas son procedentes de los estados de Veracruz y Tlaxcala. Se trata de mujeres de bajos recursos socioeconómicos, provenientes en su mayoría de

comunidades rurales de estos estados y con acceso a hospedaje en la Asociación civil AHTECA. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor a 30 y menor a 65 años, cáncer de mama diagnosticado, ser hablante del español, participar voluntariamente en el estudio mediante consentimiento informado y contar con una condición física y psicológica adecuada para contestar la entrevista y la historia de vida.

2.5 Procedimiento para la recopilación de datos

El contacto y acercamiento inicial se realizó mediante un taller dirigido a pacientes con cáncer y a sus familiares con el objetivo de crear un espacio de apoyo a los pacientes y a sus familiares, desde el área psicológica, además de crear confianza entre la investigadora y las personas de este medio, así como dar a conocer el proyecto de investigación. Se les explicó algunos generales sobre ésta y posteriormente se invitó a quienes cumplían con los criterios de inclusión a participar en el estudio.

Sobresale el hecho de que los participantes del taller buscaron también a mujeres con cáncer de mama para informarles al respecto. El tiempo de permanencia en la Asociación era de lunes a viernes de 10 a 14 horas, en el cual se solía dar recorrido por las habitaciones en busca de pacientes que cumplieran los criterios de inclusión y también de brindar acompañamiento emocional al resto de enfermos con cáncer y a sus familiares ó acompañantes. Se elaboraron registros y anotaciones durante la permanencia en la Asociación, a fin de contar con más elementos para la investigación, en especial, cuestiones de observación directa, clínicas y personales que se consideró presentarían vínculo con el planteamiento del problema y las variables a estudiar. Mismos que se encuentran en el diario ó bitácora de campo. Cabe destacar que los instrumentos utilizados fueron evaluados y aceptados por el comité de investigación y por la unidad de psicología de la Asociación civil AHTECA. Además, ya en la unidad se realizó una adaptación lingüística a los instrumentos utilizados, con la aportación del personal de esta área, quienes poseen mayor vínculo con las participantes.

2.6 Instrumentos

Se aplicó un *Cuestionario de datos generales*, en primer lugar, para conocer los antecedentes personales y algunos datos epidemiológicos a cerca de la enfermedad que

incluyen preguntas respecto a la edad, domicilio, estado civil, ocupación, apoyo económico, tiempo de conocer el diagnóstico de cáncer de mama, estadio clínico al ser detectada la enfermedad, si practicaba o no la autoexploración mamaria y sobre la existencia de antecedentes de cáncer de mama en la familia.

Posteriormente, se aplicó la técnica de *Historia de vida* con la encomienda de narrar: experiencias personales como mujer, aspectos relacionados a los roles desempeñados dentro y fuera del hogar y situaciones vividas respecto al cáncer de mama, utilizando preguntas abiertas como guía general de apoyo a las participantes (Fernández, Hernández y Baptista, 2010). También se llevó a cabo una *Entrevista semiestructurada* que contiene elementos de género: Forma de socialización, femineidad, identidad, estereotipos y roles de género. Para ésta entrevista se elaboró una guía general de contenido respecto a los temas mencionados, con libertad de introducir preguntas adicionales para precisar los conceptos y obtener mayor información al respecto (Grinell y Unrau, 2007).

Las entrevistas se llevaron a cabo dentro de la Asociación, específicamente, en los dormitorios, puesto que las pacientes requerían de cierta comodidad, otras en el espacio asignado por la unidad de psicología de AHTECA. El tiempo de duración fue entre una a dos sesiones con cada paciente debido a su estado de salud, procurando siempre, evitar la interferencia en el tratamiento médico y respetando la disponibilidad en función de la condición de dolor físico y otros síntomas que dificultaban la participación.

2.7 Análisis de datos

Posterior a la recolección de datos se dio inicio a la organización de los mismos, transcribiendo la información en Word y estableciendo las unidades de análisis ó categorías. Dicha información se procesó mediante el programa MAXQDA-11 (The Art of Data Analysis), útil para datos cualitativos y mixtos. Así mismo, se elaboró la respectiva codificación, a partir de las narraciones de las participantes, la bitácora de investigación y las notas clínicas y personales surgidas en el lapso de entrevistas en un proceso de identificar, comparar y eliminar la información irrelevante. También se realizaron análisis cuantitativos elementales y se buscó

la relación entre las categorías, tratando finalmente de generar mayor entendimiento del material analizado, de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista, (2010).

Por medio del método interpretativo se establecieron tres grupos de categorías y subcategorías, el cual se define como “un intento de combinar, un análisis intenso de detalles finos de la conducta y de sus significados, en la interacción social de cada día, con análisis del contexto social más amplio, en el campo de las influencias sociales, dentro del cual ocurre la interacción personal” (Erickson, F. 1989; citado en Ruiz-Olabuénaga, 2012, p.21). Las categorías se constituyeron de la siguiente manera:

- a) Género: Socialización, Estereotipos, Identidad de género y Roles de género femeninos tradicionales.
- b) Personalidad tipo C: Características generales, No expresión emocional, Racionalidad, Necesidad de armonía y Comprensión.
- c) Cáncer de mama: Autoexploración, Asistencia oportuna al médico y Diagnóstico (Fase o estadio).

A través de la estrategia de Triangulación de Datos se obtuvieron las relaciones de los códigos entre cada una de las categorías, mediante la confrontación y comparación del análisis de datos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La Triangulación es una estrategia metodológica, más que un método o una técnica concretos. Los objetivos son principalmente el enriquecimiento y el control de calidad. Enriquecimiento por medio de la apertura a las diferentes informaciones, combinando los datos para relacionarse entre sí y contrarrestar la riqueza y la fiabilidad de unos con otros, y el control de calidad por medio del contraste entre informaciones o interpretaciones coincidentes, al mismo tiempo que discordantes, se aplica en todo tipo de investigaciones cualitativas, en especial en las técnicas biográficas, fundamentando su sistema operativo en un ejercicio constante de triangulación, tanto de investigadores, como de técnicas y de datos (Ruíz-Olabuénaga, 2012).

Los resultados del análisis de datos que se presentan a continuación, incluyen aspectos como la descripción narrativa, soporte de categorías con ejemplos y elementos gráficos, que de

acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista, (2010), son esenciales en los trabajos cualitativos de exposición narrativa.

CAPITULO III

Resultados y Discusión

3.1 Resultados

3.1.1 Características sociodemográficas de las participantes con Cáncer de mama

Respecto a las características de la población estudiada, cerca del 80% se encuentra entre las edades de 40 a 60 años, 54% se dedica a las actividades del hogar y al cuidado de los hijos, el mismo porcentaje incluye a mujeres que son casadas. En lo que se refiere a su escolaridad, 54% cuenta con estudios de primaria. En relación a ocupaciones y actividades retribuidas económicamente, 54% de las participantes se dedica exclusivamente al desempeño de las labores del hogar, mientras que 46% se ha empleado ó ha tenido un trabajo independiente por lo menos una ocasión sin dejar del todo las actividades relacionadas a la casa y a la familia, las tareas que normalmente realizan coinciden con los roles de género femeninos tradicionales. En la Tabla 1 puede observarse el concentrado de los datos descritos.

Tabla 1. Características de las participantes del estudio

Nombre sustituto	Edad	Situación civil	Número de hijos	Escolaridad	Ocupación	Diagnóstico (Estadio)	Asistencia médica (Tiempo)
Juana	43	Casada	2	Primaria	Hogar	IV	1 mes
Paula	57	Unión libre	2	Ninguna	Hogar	0	18 meses
Luisa	37	Divorciada	5	Primaria	Hogar y empleo	III	1 mes
Carmen	56	Soltera	0	Secundaria	Hogar y empleo	II	8 meses
Hortensia	47	Casada	2	Primaria	Hogar y empleo	II	11 años
Concepción	36	Soltera	0	Primaria	Hogar y empleo	III	9 meses
Ángeles	42	Casada	1	Secundaria	Hogar	III	2 meses
Amalia	41	Casada	2	Secundaria	Hogar	III	1 mes
Mercedes	59	Unión libre	6	Secundaria	Hogar y empleo	II	5 meses
Elsa	58	Casada	4	Primaria	Hogar	III	1 mes
Aracely	55	Viuda	2	Primaria	Hogar y empleo	III	6 meses
Alejandra	62	Casada	5	Primaria	Hogar	II	1 mes
Leticia	46	Casada	2	Secundaria	Hogar	Desconocido	1 mes

3.1.2 Análisis cuantitativo de los resultados

Como se mencionó en el apartado de Metodología, los datos se procesaron con el programa electrónico MAXQDA-11 y la información permitió establecer tres grupos de categorías: Género, Personalidad tipo C y Cáncer de mama. Para ordenar el análisis se utilizaron códigos que permitieron ubicar, triangular y relacionar la información entre las distintas categorías y las participantes.

Se recabó la información de 13 mujeres con Diagnóstico de Ca Ma obteniendo un total de 13 Historias de vida y 12 Entrevistas, ésta muestra se utilizó para todos los análisis. La producción de códigos generó un resultado de 269, conforme a los conceptos teóricos de las categorías presentadas; de los cuales, 133 pertenecen a la categoría de Género, 118 a la de Personalidad tipo C y 18 a la categoría de Cáncer de mama. De éste último grupo, la categoría que destaca es Diagnóstico, con 11 códigos, continua la Asistencia al médico en segundo lugar con 4 y finaliza la Autoexploración mamaria con 3.

Del grupo de categorías de Género, destaca considerablemente la frecuencia alcanzada por los Roles de género femeninos tradicionales; de Personalidad tipo C, las características generales, secundadas por la Necesidad de Armonía. En las Tablas 2 y 3 se presenta la cantidad de códigos encontrados en relación a las categorías de los tres grupos. En la primera de éstas gráficas se destaca el desglose de todas las categorías y la participación de cada una de las mujeres en Historia de Vida y Entrevista y en la segunda se resaltan las frecuencias totales de las categorías donde se encontraron las cantidades mayores.

Tabla 2. Frecuencia de códigos por participante en el análisis de Historias de vida y Entrevistas a mujeres con Diagnóstico de Cáncer de mama

Categoría	Participante													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Género														
Estereotipos, *HV, *ENT	0,7	1,3	0,1	0,1	2,2	4,1	2,0	1,1		0,3	0,1	0,1		30
Socialización, HV, ENT	1,2	3,2	1,0	0,2	1,2	0,1		5,2	2,0	0,3	1,2	1,3	1,0	35
Identidad de Género HV, ENT					1,0	2,0	2,0			2,0				7
Rol de género, HV, ENT	2,1	1,3	1,3	2,4	1,3	0,1	3,3	5,2	4,0	4,3	3,5	1,3	1,2	61

Personalidad tipo C														
Características del constructo, HV, ENT	1, 0	5, 0	2, 0	2, 1	3, 0	1, 1	1, 0	7, 0	5, 0	1, 1	5, 0	2, 1	2, 1	42
Racionalidad, HV, ENT	1, 0			2, 0	1, 0	1, 0	1, 0	3, 0	3, 0	2, 0		1, 0	1, 0	16
Necesidad de armonía, HV, ENT		1, 1	2, 1	2, 0	3, 0	3, 1	1, 1	2, 0	3, 0	2, 1	3, 3	0, 1		31
No expresión emocional, HV, ENT	1, 0	2, 0			2, 0	1, 2		3, 0	1, 0	1, 0	3, 0			16
Comprensión, HV, ENT	0, 2	1, 0			3, 0		1, 1	2, 0	1, 0		1, 0	0, 1		13
Cáncer de mama														
Autoexploración mamaria, HV, ENT	2, 0	1, 0												3
Asistencia al médico, HV, ENT		1, 0		2, 0	1, 0									4
Diagnóstico (Estadio), HV, ENT	1, 0	1, 0		2, 0	3, 0		1, 0	1, 0				1, 0	1, 0	11
HV= Historia de vida	21	25	11	20	28	19	17	35	19	23	26	16	9	269
ENT= Entrevista														

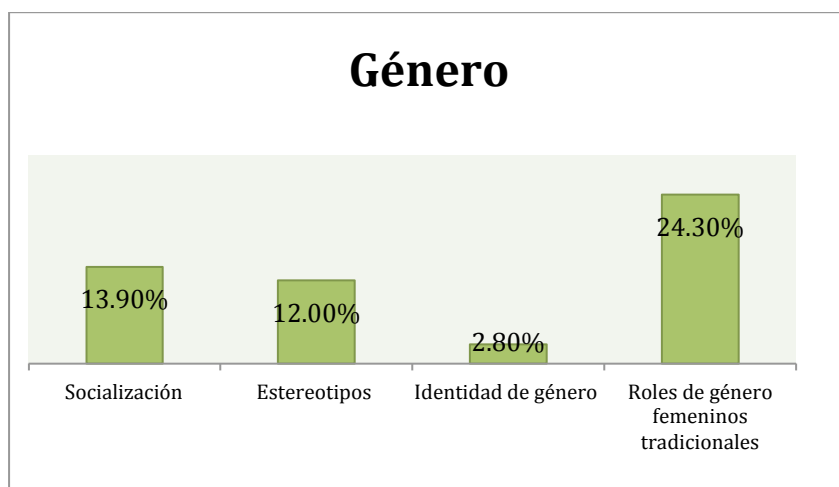
Se distribuyeron las frecuencias encontradas de códigos por participante en cada una de las Historias de Vida y Entrevistas. En los espacios que permanecen en blanco, la participante no mencionó nada al respecto de las categorías establecidas, tanto en Historias de vida como en entrevistas.

Tabla 3. Frecuencia de las categorías de Género y Personalidad tipo C en Historias de vida y Entrevistas a mujeres con Diagnóstico de Cáncer de Mama

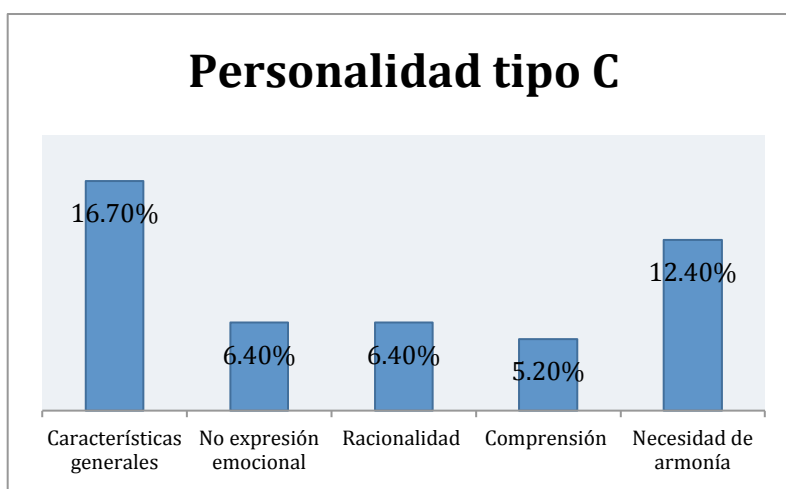
Categoría	Frecuencia
Género	
Socialización	35
Estereotipos	30
Identidad de género	7
Roles de género femeninos tradicionales	61
Total	133
Personalidad tipo C	
Características generales	42
No expresión emocional	16
Racionalidad	16
Comprensión	13
Necesidad de armonía	31
Total	118

En las Gráficas 1 y 2 se muestran los porcentajes obtenidos respecto a las frecuencias de las categorías de Género y Personalidad tipo C.

Gráfica 1. Porcentaje de códigos de la categoría de Género



Gráfica 2. Porcentaje de códigos de la categoría de Personalidad tipo C



3.1.3 Relación entre categorías, testimonios e información teórica

La exploración y análisis de los resultados permitió relacionar y distribuir la información en los apartados que se presentarán a continuación en la Tabla 4, misma que muestra el número de ocasiones en que una categoría se relaciona con otra integrante de su grupo y con las de otros grupos.

Tabla 4. Relación de códigos entre categorías

Categorías	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Estereotipos	0	6	4	5	1	0	1	0	1	0	0	1
2. Socialización	6	0	0	9	5	0	1	2	1	0	0	0
3. Identidad de género	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1
4. Roles de género femeninos tradicionales	5	9	4	0	11	2	7	1	1	1	2	3
5. Características de la Personalidad tipo C	1	5	0	11	0	6	6	5	2	1	1	3
6. Racionalidad	0	0	0	2	6	0	5	2	1	1	1	2
7. Necesidad de armonía	1	1	0	7	6	5	0	7	5	1	1	1
8. No expresión emocional	0	2	0	1	5	2	7	0	3	0	0	0
9. Comprensión	1	1	0	1	2	1	5	3	0	0	0	1
10. Autoexploración mamaria	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1
11. Asistencia al médico	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	3
12. Diagnóstico (Estadío)	1	0	1	3	3	2	1	0	1	1	3	0

En la Tabla 4, la columna izquierda se compone por las categorías del estudio, las cuales se enumeran en la parte superior derecha para mostrar la cantidad en que una categoría se enlaza ó relaciona con la otra.

3.1.3.1 Género y Socialización

Género se refiere a un proceso cultural de incorporación de formas de representarse, valorar y actuar en el mundo. Se interioriza a través de un trabajo de socialización en el que distintas redes sociales, principalmente la familia, juegan un papel fundamental para promover el cambio, frenarlo e impedirlo en todas las etapas de la vida (Sáez 1990, citada en: De Keijzer, s.f.). En la socialización lo que ayuda a normativizar las reglas acorde al sexo que deben ser seguidas para ajustar las conductas, tareas y actividades de las personas, estas reglas se van haciendo normales a través del tiempo y de la historia, pero sobretodo van construyendo una identidad.

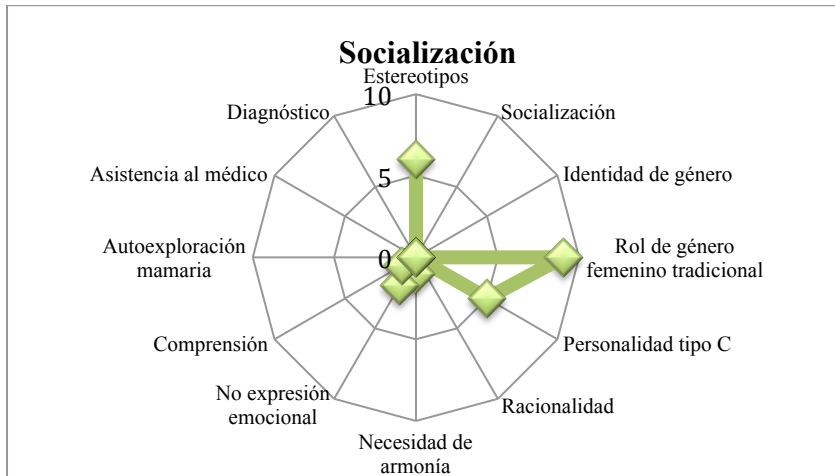
El proceso de socialización, inicialmente se presenta en la familia mediante el aprendizaje de normas, límites y valores, preparando a los individuos para el desarrollo integral de su persona y un desempeño adecuado dentro de la sociedad en la que viven. Este proceso da inicio incluso antes del nacimiento, ejemplo de ello es que se preparan objetos color rosa para las niñas y para los niños en color azul; alrededor de los dos años de edad los padres inician un trato diferenciado

para niñas y niños, de acuerdo a las expectativas generadas en cuanto a su sexo (Fagot y Kavanagh, 1993; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011b). Así este proceso continúa a lo largo de la vida, pues la socialización promueve las relaciones entre los seres humanos. Las participantes de este estudio destacan un aprendizaje diferenciado entre ellas y los hombres de su familia, implícito desde la infancia, refiriendo que las mujeres obtuvieron una educación dirigida a realizar actividades relacionadas al hogar, mientras a los hombres se les permitían y enseñaban actividades de cierta independencia.

- *Alejandra presenta Cáncer de mama en el lado derecho, detectado en el estadio II, posteriormente le realizaron la mastectomía. Acude sola a AHTECA, pues su esposo padece una enfermedad crónica y pérdida de la vista, por lo cual no suele acompañarla. Su hijo de 20 años trabaja y los apoya económicamente, siendo éste el único ingreso. Refiere que se dedica al hogar y al cuidado de su esposo, además de acudir a los tratamientos médicos, así mismo, comenta que a las mujeres de su hogar las enseñaron a hacer todas las actividades de la casa. “De chiquita me decían: te toca a ti hacer esto o lo otro porque eres mujer (refiriéndose a actividades del hogar). Mis hermanos no barrían, no lavaban trastes”. [Alejandra, 62 años].*
- *“A las mujeres no nos dejaban salir, menos ir a un baile, mientras los hombres tenían muchas libertades, con decirle que iban hasta al cine”. [Hortensia, 47 años].*
- *“Yo tenía 14 años cuando me casé, él tenía 19 años (esposo). Para aquel entonces mi papá era chapado a la antigua, un día me vio platicando con él, como amigos y nos casó a fuerzas, aunque él si quería andar conmigo pero nunca me decía nada. Yo lo vi como una salida porque mi papá era alcohólico y había problemas en la casa. Para aquel entonces yo y mis hermanas ya hacíamos todo el quehacer de la casa, cocinábamos, lavábamos, guisábamos y hacíamos todo el trabajo que hacen las mujeres en la casa, además le ayudábamos a mi mamá a vender masa. Lo bueno es que desde chiquita me decían que tenía que comportarme como las mujeres, prohibiéndome que hiciera cosas de niño, como jugar, eso era nada más para varones y tampoco podía juntarme con niños ni a platicar, por una parte eso me ayudo para aprender todas las labores del hogar”. [Amalia, 41 años].*

En la Gráfica 3 se aprecia y confirma la relación de la socialización con otras categorías, en las que destacan los Roles de género, estereotipos y Personalidad tipo C.

Gráfica 3. Socialización y relación con otras categorías de estudio



Los Datos de las Gráficas, desde la 3 a la 14 representan la relación encontrada entre las categorías del estudio. Se asignó el color verde para las categorías de Género, el azul a las de Personalidad tipo C y el rojo a las de Cáncer de Mama. La interpretación inicia del centro hacia los extremos, los números significan la cantidad de ocasiones en que una información se cruza con otra, generando así la relación y la magnitud de la categoría titulada con el resto. Las cantidades mencionadas podrán observarse en el apartado de Anexos.

3.1.3.2 Identidad de Género y Estereotipos

La identidad de género permite que cada persona se identifique a sí misma como hombre o mujer, ya que forma parte de la construcción de la propia individualidad, tal como es experimentada en la conciencia de sí mismo a través de pensamientos y sentimientos, para después representarla por medio de la conducta. Los rasgos de masculinidad y feminidad forman la base de la identificación que se proyecta en la Identidad de género, de la cual surgen las actitudes, creencias, personalidad y roles de género (Bem, 1993). Entonces, la identidad de género es la experiencia personal de los roles de género, mientras que estos son la expresión pública de la identidad, por lo cual mantienen una estrecha relación (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011a). Al preguntarle a las participantes como es su experiencia con el concepto de identificación personal, definen a las mujeres alrededor de actividades relacionadas al hogar y dirigidas al cuidado y atención de otras personas.

- *Hortensia, está casada por la iglesia, aún después de su diagnóstico ha continuado trabajado de forma eventual, realizando labores domésticas en casa de sus conocidas, para apoyar a su esposo con los gastos familiares y del hogar, además para su tratamiento. Comenta que “una buena esposa es la que tiene y cumple las responsabilidades de la casa y da siempre mucho amor para el esposo. Eso es lo que he aprendido yo socialmente, es lo que hago. Siempre atiendo a mi esposo, aunque él se*

enoje y me diga cosas feas, siempre le preparo su comida y le mando a su trabajo. Cuando se enoja trato de entenderlo, porque yo también soy enojona aunque no le digo lo que me molesta, a pesar de mi enfermedad siempre yo me encargo de hacer el quehacer de la casa, de cuidar a mis hijas y estar pendiente de su educación en la escuela”. [Hortensia, 47 años].

- *Amalia es una persona casada, proveniente de la región sur de Veracruz. Se dedica al hogar, al cuidado de los hijos y el esposo. Le diagnosticaron Cáncer de mama en fase III, durante la entrevista hace énfasis en que su tumor media 13.5 centímetros. Cuando ella observó que presentaba inflamación en la mama izquierda fue al médico antes de concluir el primer mes. Así mismo, refiere que en raras ocasiones se realizaba la prueba de autoexploración mamaria, lo hacía, sobretodo al bañarse, pues así fue como se percató de una anomalía. Al preguntarle sobre el autoconcepto se define como una persona afectuosa con su pareja, que busca platicar con él frecuentemente para apoyarlo si tiene algún problema, además en su experiencia como mujer comenta que se siente satisfecha, dice: “he cumplido con los deberes de lo que mi esposo necesite, comida, agua, ropa, platicar con él cuando se requiere, hacerle ver lo que no me gusta para intentar tomar decisiones entre los dos”.* [Amalia, 41 años].
- *Aracely vive con su suegra y la cuida desde que se casó, su esposo falleció hace 8 años. Trabaja eventualmente vendiendo antojitos y tiene 2 hijos. Además del Cáncer de mama, detectado en fase III, padece diabetes. Comenta que 6 meses antes de su diagnóstico observó que le crecía una especie de bolita en su mama derecha, lo cual decidió ignorar y no comentárselo a nadie porque su hijo, en ese momento estaba enfermo de una pierna y viajaba con frecuencia al centro de salud más próximo para recibir tratamiento. En sus palabras: “Preferí que él se atendiera, lo apoyé mientras con cuidar a los niños para que mi nuera lo acompañara”. Actualmente recibe quimioterapia cada 21 días, con apoyo de las asociaciones civiles. Entre sus pensamientos destaca que: “Una mujer esta para trabajar en la casa, para moler, hacer tortillas, lavar... y yo me he sentido bonito haciendo todo eso, además siendo mujer es que he podido tener a mis hijos”.* [Aracely, 55 años].

A través del proceso de socialización también surgen los estereotipos, como un refuerzo de la identidad, los cuales son un componente importante para el desarrollo de los roles de género tradicionales. Los estereotipos de género son las creencias compartidas por una sociedad de cómo debe comportarse una mujer y un hombre. A partir de éstos se generan connotaciones sociales del significado que representa cada sexo, cambian culturalmente, dependiendo de los valores que se tengan establecidos (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2011b). En el caso de las Participantes, ellas le asignan a los hombres estereotipos de género enfocados a la productividad y manutención de la familia, por el contrario, asocian a las mujeres con

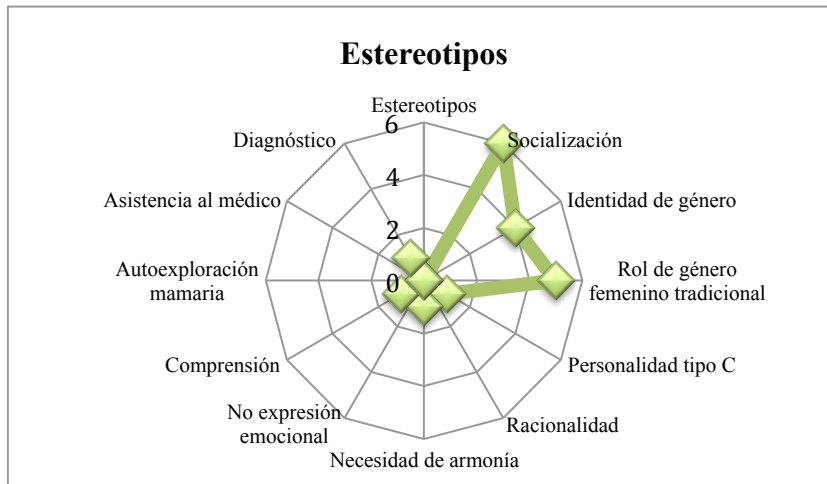
actividades relacionadas a la afectividad, el cuidado de los hijos, esposo y hogar, así como con características personales como la sumisión, abnegación y dependencia.

- *Amalia expresa que le es difícil externalizar sus sentimientos ante su esposo u otras personas. Su esposo se encarga de proveer económicamente a la familia y toma las decisiones en cuanto al gasto, incluso realiza las compras necesarias para la casa. Ella se dedica al hogar, a preparar los alimentos y a cuidar a sus hijos, comenta que en las épocas escolares de éstos, ella se encargaba de llevarlos y traerlos a la escuela, cuidarlos durante el día, se encargaba, además, de la disciplina y asistía a juntas escolares, en tanto su esposo se encargaba de proveer para los gastos. A Amalia le agrada que su esposo la sustente económicamente y una actitud general es sobre disgusto cuando una mujer coteja a un hombre. Ante el concepto de esposo opina que “Ser un buen esposo es tener convivencia con los hijos y proveer todo lo necesario, porque un buen hombre es el que cumple con sus obligaciones de trabajar y dar dinero a la esposa y a los hijos”. [Amalia, 41 años].*
- *Juana de 43 años, es casada, madre de dos hijos, se dedica al hogar, cuenta con estudios de primaria. Le detectaron cáncer de mama en fase IV, comenta que inicialmente palpó una especie de “bolita” en la glándula mamaria derecha, decidió ignorar esta situación y estuvo así aproximadamente un mes, hasta que se presentaron dolores, mismos que cada vez eran más frecuentes y de mayor intensidad, por lo cual le comentó a su hermana quien la acompañó al sector salud. Juana se define como una persona que sabe controlar sus sentimientos, cuando tiene ganas de llorar se oculta y procura no guardar rencor aunque alguien haga algo en contra suya. Suele buscar satisfacer las necesidades y gustos de su esposo e hijos antes que los propios, cediendo constantemente a las decisiones que su esposo toma. Así mismo, ella no se disgusta ante el hecho de que es él quien administra todos los gastos del hogar y la familia, lo que si le disgusta es que las mujeres tengan los mismos derechos que los hombres (salir, estudiar, trabajar, tomar decisiones), también le desagrada cuando las mujeres aportan económicamente para el gasto familiar y opina: “Las mujeres somos las que tenemos que hacer todo lo de la casa, nos toca a nosotras y al hombre le toca trabajar para traer el dinero de lo que se ocupe en la casa y la familia”. [Juana, 43 años].*
- *Concepción es la mayor de sus hermanas, es soltera, vive con los padres y hermanos, ocasionalmente ha trabajado fuera del hogar. En casa se encarga de actividades como lavar utensilios, planchar, elaborar los alimentos, lavar la ropa de sus hermanos y cuidar a sus padres. Refiere que no ha tenido una pareja formal, pero si pretendientes a los que no corresponde por considerar que “un hombre necesita a una mujer completa” y ella no se siente así. Se le entrevista una semana antes de ingresar a cirugía por mastectomía, sobre lo cual maneja con cierta racionalidad y control emocional. Al preguntarle su concepto sobre una mujer, ella comenta que, ésta “Debe ser activa, hacendosa en la casa y tener la casa muy limpia es lo que las mujeres tienen que tomar en cuenta para estar bien con la familia y con el esposo”. [Concepción, 36 años]. Así mismo, se le pregunta en función de sus creencias y actitudes hacia el*

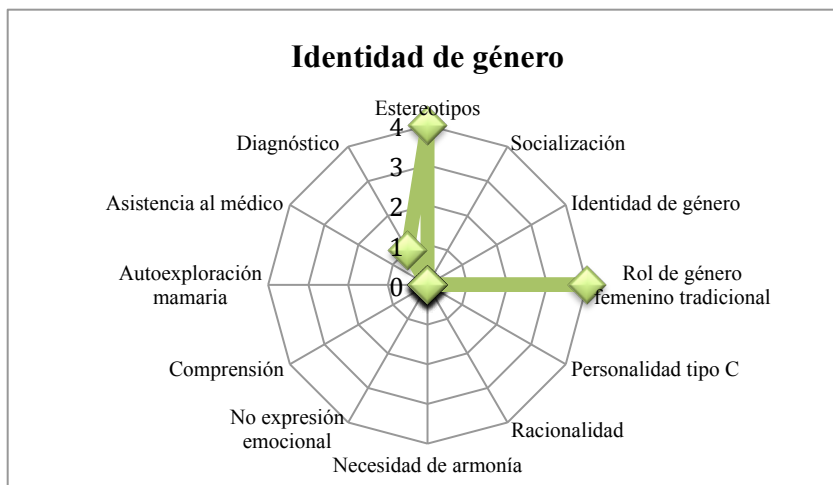
cambio de roles, comentando que le desagrada cuando los hombres expresan sus emociones como lo suelen hacer las mujeres, también le desagrada que los hombres se encarguen del cuidado de sus hijos y realicen actividades del hogar.

En la Gráfica 4 puede observarse que los Estereotipos se relacionan de manera destacada con la Socialización, los Roles de género y la identidad de género. A su vez, la Gráfica 5 muestra la relación existente entre la Identidad de género con los Roles de género y los Estereotipos.

Gráfica 4. Estereotipos y su relación con otras categorías de estudio



Gráfica 5. Identidad de género y su relación con otras categorías de estudio



3.1.3.3 Roles de género femeninos tradicionales

Los Roles de género femeninos tradicionales se desarrollan a través de las conductas cultural y socialmente convencionales asignadas a las mujeres, las cuales llevan a cabo para publicar a los demás que se consideran mujeres. Estos roles constan de varios elementos que destacan Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2011b), se describen en el siguiente orden:

- *Rol expresivo-maternal* que hace alusión al papel de madre cariñosa y al cuidado de los hijos, como llevarlos a la escuela, ayudarlos con las tareas escolares y cuidarlos durante el día.
- *Rol expresivo-educativo*, el cual se vincula con la tarea de cuidar el bienestar de la familia, por ejemplo fomentar el respeto, la estabilidad y la unidad familiar.
- *Rol doméstico*, que incluye actividades que tradicionalmente se relacionan a las mujeres, como las tareas de la casa, que incluye lavar trastes, lavar ropa y planchar, además de cuidar a los enfermos en la familia.

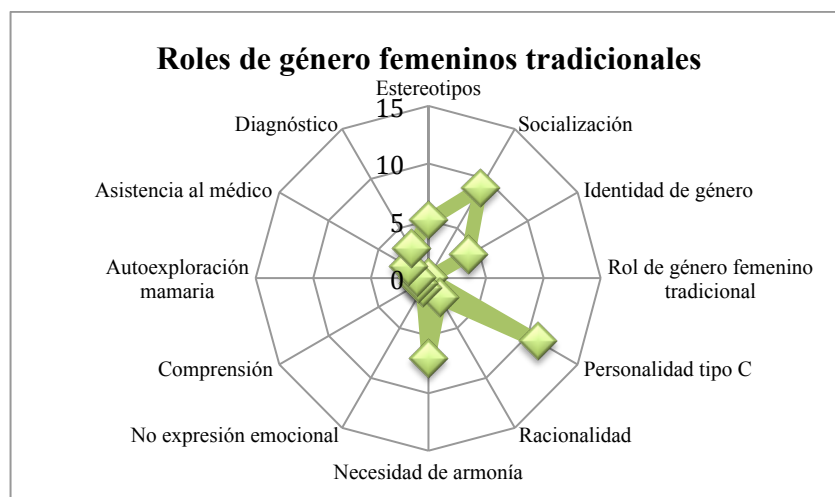
Al respecto, las participantes del presente estudio comentan lo siguiente:

- *Paula presenta dificultad para caminar por problemas en la columna vertebral, vive en unión libre con su pareja (segunda), comenta que en general le agrada que los hombres mantengan económicamente a las mujeres, por el contrario, le desagrada que las mujeres aporten dinero en el hogar, ya que considera que “es el hombre quien debe aportar”. Dado que las mujeres tienen actividades exclusivas: “Yo hago la comida, lavo la ropa, plancho. Todo lo que las mujeres debemos hacer en la casa, porque así nos enseñaron que una mujer tiene que hacer”. [Paula, 57 años].*
- *Luisa es madre de 5 hijos, se divorció hace años, a causa de haber vivido violencia intrafamiliar por parte de su ex esposo. Su hijo menor (10 años de edad) padece insuficiencia renal, desde hace un año aproximadamente, comenta que dejó su trabajo para dedicarse de forma exclusiva a cuidar al menor. Estando éste hospitalizado, Luisa refiere que empezó a sentir dolor, “aunque tenía me aguantaba, por mi hijo, porque me quedaba con él en el hospital”, hasta que una de las doctoras le preguntó si sentía mal, la revisó y le sugirió consultar al médico especialista, fue entonces que le diagnosticaron el Cáncer de mama en fase III. En cuanto a su desempeño dentro del hogar refiere lo siguiente: “Ahora por la enfermedad no participo mucho haciendo las labores del hogar, lo hace mi hija la mayor. Pero cuando estoy sana yo llego del trabajo y hago comida, lavo los trastes, cuido a mis hijos, los apoyo con las cosas de la escuela, esto si sigue siendo igual, también cuido a uno de mis nietos”. [Luisa, 37 años].*

- *Aracely es viuda, vive con la madre del que fue su esposo, también en la misma casa vive uno de sus hijos, la esposa de éste y los hijos de ambos. Comenta que por llevarse bien con las personas que quiere, está dispuesta a sacrificar todo por ellos, no suele comentarle a los demás sobre sus sentimientos. Al respecto del rol que desempeña en casa comenta lo siguiente: “Yo en la casa me la paso a puro trabajar, moler, hacer tortillas, lavar. Pero me siento muy bonito porque es para mis hijos y nietos, para que ellos estén bien.” [Aracely, 55 años].*

Los Roles de género femeninos tradicionales se relacionan directamente con la Personalidad tipo C, en lo sucesivo con la socialización y la necesidad de armonía. Lo cual se observa a través de la Gráfica 6.

Gráfica 6. Roles de género femeninos tradicionales y su relación con otras categorías de estudio



La expresión de los Roles de género femeninos tradicionales y la *Personalidad tipo C* reúnen características que guardan similitudes importantes, se constituyen de acuerdo con la teoría “Esquema de género” realizada por Bem, en 1993, ésta describe que al nacer se diferencia a las personas por sus características biológicas; sin embargo, estas características solo forman un eje de referencia para el establecimiento subjetivo, de normas, valores, reglas, significados, expectativas y atribuciones, cuya identificación personal es el desarrollo de la identidad de género, la cual se refleja por medio de actividades y conductas que las personas realizan (Roles de género femeninos tradicionales) y características personales que muestran en

la interacción con los demás (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2001; Rocha Sánchez- Díaz-Loving, 2011b).

3.1.3.4 Personalidad tipo C y sus componentes

3.1.3.4.1 Características generales

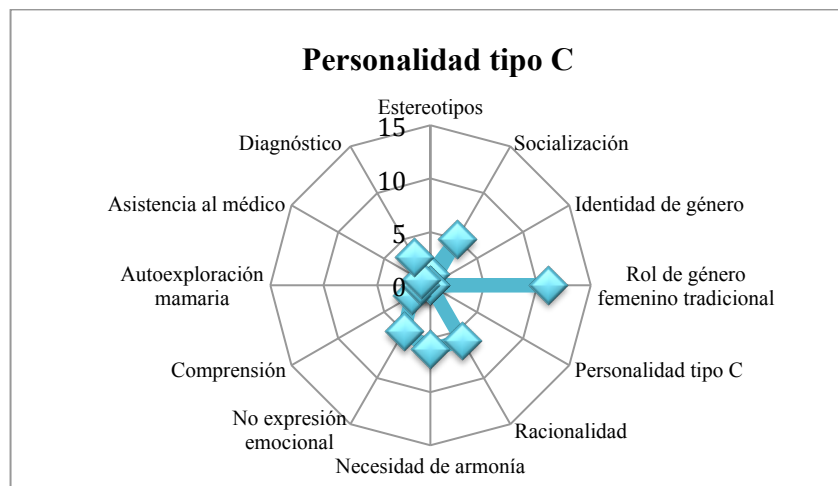
La personalidad tipo C es un constructo descrito por Morris y Greer en 1980, bien delimitado con un amplio número de características psicológicas. Se compone de cuatro factores que han sido observados especialmente en mujeres que padecen Cáncer de mama: No expresión emocional, Racionalidad, Comprensión y Necesidad de armonía (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000; Vinaccia, 2003). Quienes desarrollan Personalidad tipo C, clínicamente presentan bajo neuroticismo y suelen ser personas excesivamente serviciales, pasivas, exhiben dificultad para defender sus derechos, son pacientes, sumisas, evitan conflictos, buscan la armonía en las relaciones interpersonales, controlan las emociones y son incapaces de enfrentarse a tensiones en el ámbito interpersonal, son sumamente cooperativas, rígidas y usan la represión como mecanismo de defensa. Todo ello les lleva a experimentar sentimientos de indefensión, desesperación, impotencia, desesperanza, ansiedad y depresión, lo que produce altos niveles de cortisol y deficiencias inmunitarias, como se refiere en los trabajos de los autores Amaya, Gordillo, Restrepo-Forero, Jácome, (2006); Sebastián, León y Hospital (2009); López, Ramírez, Esteve y Anarte (1998).

- *Hortensia vive con su esposo e hijas, cuando esta triste intenta disimularlo para no preocupar a sus hijas, además cuando está enojada intenta no demostrarlo. “Mi esposo me dijo al principio de la enfermedad que estaríamos juntos en las buenas y en las malas, pero nada más lo dijo porque la realidad es que no me apoya, esto no se lo digo a mis hermanas para que no le reclamen nada y porque yo a él lo quiero mucho, lo sigo amando, estoy muy acostumbrada a él, y cuando se enferma a mi me duele, me duele que no coma, y aunque yo esté enojada con él, le mando comida con su hija al trabajo, porque lo sigo amando, aunque me da coraje que no me apoye ahora que lo necesito. Ni siquiera me da amistad ni cariño. Yo me siento muy mal cuando mi esposo me dice que estoy muy fea, a veces quisiera que me dé un abrazo, pero por más que espero, nada. No tengo pelo, no tengo un pecho, y entiendo que él no me acepte porque yo tampoco me acepto. Cuando me dijeron que tenía cáncer de mama, le dije que se fuera a buscar a alguien más, porque yo sabía que me iba a quedar sin pelo y sin pecho”. [Hortensia, 47 años].*

- “Mi situación ha sido muy difícil, yo me pongo muy mal por las reacciones de las quimios, pero me doy valor porque pobre de mi niño, si yo me muero, a él quien lo va a cuidar, me preocupa, yo le hecho ganas por él. Lo siento por mi hijo, bien ó mal yo ya viví, y el es un angelito que apenas va para arriba. El me dice que le eche ganas porque yo lo tengo que cuidar. Ahora mi hija de 16 años, que es mama soltera me acompaña a mi tratamiento, pero dicen que mi hijo, el de 10 años llora mucho por mi, le hago mucha falta. Lo más grande que tengo son mis hijos y aunque el niño está enfermo, sueño con que él se trasplante y que dios le de muchos años de vida. A mí me queda echarle muchas ganas y salir adelante por mis hijos. Solo le pido a dios que me de vida para ayudar a mi hijo a resolver lo de su trasplante, yo a fin de cuentas me aguanto”. [Luisa, 37 años].

El total de la muestra de mujeres aquí estudiada presentó características generales de Personalidad tipo C, que van desde 1 a 7 códigos encontrados por participante y representan 35% del total de las categorías de este grupo. La Personalidad tipo C se relaciona primordialmente con los Roles de género femeninos tradicionales, la necesidad de armonía y la socialización, como se aprecia en la Gráfica 7.

Gráfica 7. Personalidad tipo C y su relación con otras categorías de estudio



3.1.3.4.2 *No expresión emocional*

La inexpresividad emocional es uno de los factores de la personalidad tipo C que más se ha estudiado, principalmente en los trabajos de Watson y Greer (1983) que utilizaron el término de control emocional para referirse a la supresión de emociones negativas de enfado, preocupación y tristeza. Posteriormente, autores como Bleiker, Van Der Plueg, Hendriks, Leer y Kleijn (1993), destacan el papel que el individuo realiza en función de agente de la expresión o represión de sus emociones. De igual forma, los términos inhibición, represión, supresión de las emociones negativas o anti-emocionalidad son usados por diferentes autores para delimitar el término de no expresión emocional (Anarte, Esteve, Ramírez y López, 2001).

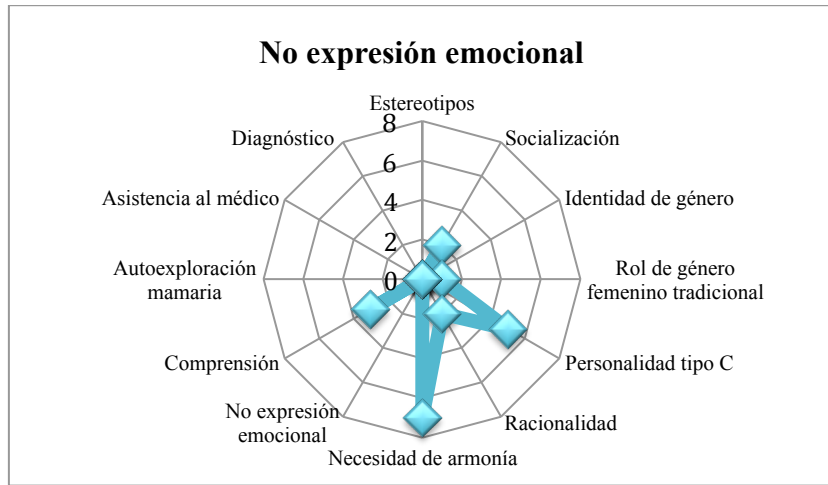
El control o No expresión emocional origina que las personas eviten expresar emociones socialmente negativas que surgen de las relaciones interpersonales (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000). Se trata de un factor psicológico presente en la progresión del cáncer que no solo podría predecir la enfermedad, sino, crear un peor ajuste psicosocial en las personas que padecen esta enfermedad, condicionando los resultados de los tratamientos médicos (Anarte, Martínez, López y Amorós, 2001). Además desempeña el papel central de la personalidad tipo C en población estudiada de Colombia y España (Durá, Pérez, Ferrando, Murgui y Martínez, 2010; López, Ramírez, Esteve y Anarte, 2002). Se puede reconocer en las participantes de este estudio el control emocional o no expresión emocional referido de la siguiente manera:

- *Durante la entrevista Concepción manifiesta que no se deja llevar por sus impulsos, suele hacer el esfuerzo para no demostrar su preocupación ante otras personas, además de disimular cuando se enoja. “No hablo con los demás de mi sentir sobre el cáncer porque se que se preocuparían por mi y no quiero eso, yo mejor me aguanto para que no se preocupen por mi, ni a mi hermana gemela le digo nada, que ella es la que siempre me acompaña.” [Concepción, 36 años].*
- *También Mercedes comenta que normalmente disimula cuando se encuentra enojada, triste ó preocupada. “Diez años antes de que se muriera mi esposo, él tuvo una hija con otra mujer. A partir de ahí tenía recaídas, y yo lo cuide mucho, cuando lo hospitalizaban yo siempre lo cuidaba, como vivía con mi suegra, tenía que cuidarlo yo, si no, ella se enojaba mucho con migo. Lo cuidaba yo a pesar de que él tenía otra mujer, yo estaba muy enojada, pero me aguante como si no hubiera sabido nada, no dije nada de mi enojo, me quedé muda por diez años, cuidándolo”. [Mercedes, 59 años].*

- *“ Mi esposo me pelea, pero yo a mi familia no le digo nada, no quisiera que le reclamen y se hagan mas problemas, mejor me aguanto por mis hijas, porque ellas lo quieren mucho. Tampoco les digo nada a mis hermanas de mis problemas con él, porque lo más seguro es que le reclamen y él se vaya de la casa ”. [Paula, 57 años].*
- *Aracely vivió la infancia con los abuelos de su madre, recuerda épocas dolorosas, con tristeza y soledad, con constantes sentimientos de que su bisabuela era mala y a ella, especialmente no la quería, solía convivir con dos primos y una prima, con ésta última se dedicó a la venta de tamales, desde corta edad. Respecto al análisis sobre control emocional dice: “A la que le guardé siempre mas odio fue a mi mamá porque me dejó de 6 meses y enferma de la cadera, me había caído. Hubo gente que me curó, mis tías se tentaron el corazón para aliviarme, pues para que iba a servir una criatura así. Le guardo mucho coraje pero no le platico a nadie, a veces nadamas a mi prima. Lo que mas coraje me dio es que se fue y todavía tuvo 17 hijos mas. Cuando ella se murió me avisaron pero no quise ir” [Aracely, 55 años].*
- *Juana comenta que cuando está triste trata de ocuparse en alguna actividad para distraerse de este sentimiento, normalmente frente a su esposo trata de ocultar cuando tiene algún problema, pues le parece difícil externar sus emociones frente a él. “Yo no soy una persona rencorosa, nunca lo he sido, y cuando estoy muy triste me controlo, hago otras cosas para disimularlo, que nadie me vea mal” [Juana, 43 años]*

La No expresión emocional representa 13.5% del total de códigos de la personalidad tipo C, tiene el segundo lugar en cuanto a porcentajes en compañía de la categoría de Racionalidad. La relación de la No expresión emocional con otras categorías de estudio se muestra en la Gráfica 8, destacando en mayor medida su relación con aspectos únicamente de las categorías del grupo de personalidad tipo C como la Necesidad de armonía, Personalidad tipo C y Comprensión.

Gráfica 8. No expresión emocional y su relación con otras categorías de estudio.



3.1.3.4.3 Racionalidad

Es otro de los factores de la personalidad tipo C, que en apariencia forma un subgrupo con la no expresión emocional dentro de la Personalidad tipo C. Funciona como una especie de mecanismo de defensa, pues se describe como el grado en el que se utiliza la razón y la lógica para hacer frente a situaciones de la vida diaria, también como un modo habitual de enfrentarse al mundo ó un estilo particular de afrontar lo cotidiano (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000, 2001). Entendiendo de esta forma el concepto de Racionalidad se interpretaron los siguientes segmentos de los diálogos de las participantes:

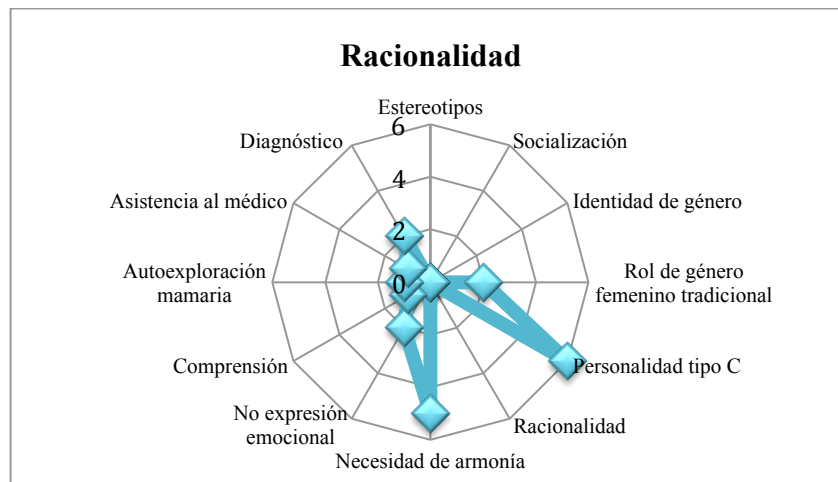
- *“Pronto me van a operar para quitarme mi pecho, solo estoy esperando cama (en el hospital), ahora estoy resignada pienso que para que quiero algo que no me sirve y solo me esta dañando, antes yo pensaba que si porque me iban a quitar algo que es mío, que me pertenece, pero quiero salvar mi vida y esa es la única manera. Aunque el cáncer ha sido una experiencia dolorosa, yo soy muy luchona y no me gusta estar arrumbada en una cama para no inquietar a las personas que me rodean”.*
[Concepción, 36 años].
- *Leticia desconoce la fase en la que le diagnosticaron el cáncer, refiere que no se realizaba la prueba de autoexploración mamaria, a pesar de que su madre, tías y abuela maternas son sobrevivientes de ésta enfermedad, pues experimentaba temor por encontrar alguna anomalía. En la entrevista manifestó la realización de la mastectomía, agregando: “Mi experiencia con el cáncer ha sido fuerte, aunque me dijeron que era malo, nunca pensé en morirme, pensé en luchar, hasta hoy digo: que sea lo que dios quiera, nunca me decaí, ni tampoco por las quimios. Lo enfrenté y lo*

sigo enfrentando, no me dio miedo, me ayudo que mi mamá ya había tenido cáncer de mama y dos tías, hermanas de mi mamá murieron de lo mismo, pero ya estaba muy avanzado cuando se los detectaron”. [Leticia, 46 años].

- *“En cuanto al cáncer a mi no me ha cambiado en nada, me siento igual que antes, el cáncer es cualquier enfermedad, no somos eternos de algo nos tenemos que morir. A veces le pido a dios que me deje, y si no me piensa dejar pues que me lleve de una vez. A la enfermedad no le pongo mucha atención, nadamas porque me duele, pero, yo a veces digo que ya no tengo nada, pero primero dios él sabrá si me lleva o no”. Por otra parte, Elsa se considera una persona afectuosa con su esposo, pues comenta: “A mi esposo yo lo protejo por todo, lo trato como a un hijo más, de tal manera que frente a él no digo nada si tengo dolor ó en cuanto a la enfermedad, para que no se preocupe por mí, no me gusta ver sufrir a los hombres, menos, verlo llorar a él”. [Elsa, 58 años].*

La Racionalidad al ser una parte importante de la Personalidad tipo C presenta una clara relación con ésta y con la Necesidad de armonía que se aprecia en la Gráfica 9.

Gráfica 9. Racionalidad y su relación con otras categorías de estudio



3.1.3.4.4 Comprensión

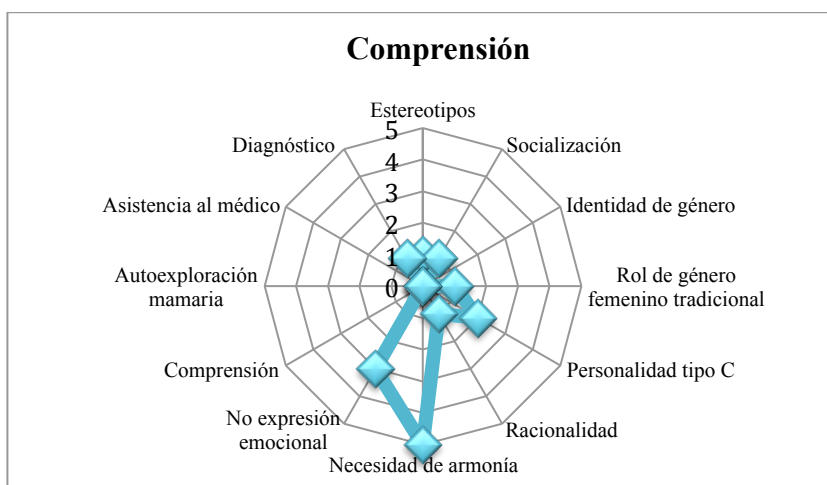
Un tercer factor de la Personalidad tipo C que comparte características teóricas con la Necesidad de armonía más que con el resto de los factores es la Comprensión, la cual consiste en el grado en que las personas intentan entender y justificar a los demás aunque éstos actúen en contra de ellos y de sus intereses. Aquí se trata de entender a otras personas y esforzarse por

ser empáticos con ellas a pesar de sentir emociones negativas suscitadas de las relaciones interpersonales con las mismas (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000). Precisamente en función de la Comprensión las mujeres entrevistadas comentaron lo siguiente:

- *“A mi papá yo no le guardo rencor, aunque mucho tiempo estuve muy enojada con él por haberme casado a fuerzas. Me dicen los que me conocen que tengo corazón de pollo, pero ahora se lo agradezco porque tengo a mis dos hijas y a mi nieto. Yo se que él lo hizo por ignorancia, sin conciencia. Pero si fueran tiempos actuales tal vez no lo hubiera hecho, en aquel entonces él tenía una mentalidad muy cerrada. Antes de morir, él me pidió perdón porque me falló como padre”*. [Amalia, 41 años].
- *En las palabras de Paula, vivió violencia intrafamiliar con su primer esposo, el padre de sus hijas. Un día se vio forzada a dejarlas con él y regresar a la casa de sus padres. Desde entonces, comenta que su suegra no le permitía acercarse a sus hijas, se conformaba con observarlas de lejos y enviarles dinero cuando las circunstancias se lo permitían. Volvió a verlas hasta que éstas habían iniciado vida matrimonial. “Yo antes lloraba mucho porque una hija no quería ir a verme a la casa ni al hospital cuando me enfermé, me sentía muy mal, porque a mis papás yo nunca los dejé, nunca traté mal a mis padres, siempre estuve con ellos, hasta vendí mis cochinos para sepultar a mi papá cuando se murió, mis hermanos no hicieron nada. Nunca le guardé rencor a mi padre por haberme casado a la fuerza cuando yo tenía 12 años, con un hombre que era tres veces mas grande que yo, entendí que era porque ellos necesitaban el dinero de la dote, tenían muchos hijos, y mi mamá no hizo nada para defenderme y evitarlo pero fue porque le tenía miedo a mi papá”*. [Paula, 57 años].
- *“Me acuerdo que de niña mi papá me pegaba, somos 10 hijos, yo ocupo el lugar numero 6. Si no obedecía cinturón seguro, era muy estricto y delicado con todo, es que éramos muchos hijos y él se crio en un ambiente donde no tuvo el cariño de sus papás, no estudió, no supo lo que era la escuela, aprendió a escribir cuando mi hermano mayor lo enseñó”*. [Amalia, 41 años].

La Comprensión obtuvo el tercer lugar con un 11%, solamente dentro de las categorías del grupo de Personalidad tipo C. Además, mantiene una relación que se puede observar en la gráfica 10 con dos categorías de su mismo grupo, en mayor medida con la Necesidad de armonía y posteriormente con la No expresión emocional.

Gráfica 10. Comprensión y su relación con otras categorías de estudio.



3.1.4 Personalidad tipo C, Necesidad de armonía y Cáncer de mama.

Al exteriorizar comportamientos acorde al rol tradicional y a la personalidad tipo C, se origina la *Necesidad de armonía*, como un elemento que hace visible el intento por mantener un equilibrio en las relaciones interpersonales, pues antepone el autocuidado y la salud individual, por el cuidado y el bienestar de otros. Ocupa el primer lugar de las categorías de la Personalidad tipo C en cuanto a porcentaje obtenido, con un 26%. Se relaciona con los Roles de género femeninos tradicionales, la No expresión emocional, la Personalidad tipo C y la Racionalidad, tal como se visualiza en la Gráfica 11.

Gráfica 11. Necesidad de armonía y su relación con otras categorías de estudio



La Necesidad de armonía influye negativamente en el *Diagnóstico del cáncer de mama* al no favorecer la práctica de la *Autoexploración mamaria*, pues 70% de las participantes detalló que conocía ésta técnica antes de ser determinado el diagnóstico, sin embargo no la practicaba. Además 70% buscó *Asistencia médica* entre los 0 y los 6 meses de haberse detectado alguna anomalía mamaria, el 30% restante osciló entre los 8 meses y los 11 años. Entonces, se tiene conocimiento de que 85% de los diagnósticos de Cáncer de mama se realizó en etapas tardías de la enfermedad, en los estadios II, III y IV, mientras que 15% en las etapas iniciales 0 y I. Así mismo, al 54% le habían practicado algún tipo de mastectomía y el 15% se encontraba en el estado metastásico de la enfermedad, el resto aun se encontraba recibiendo algún tratamiento médico. En la Tabla 5 se realiza un concentrado de los datos epidemiológicos descritos.

Tabla 5. Datos epidemiológicos relacionados al diagnóstico del Cáncer de Mama

Estadio en el Diagnóstico del Ca Ma	
0 y I (Oportuno)	15%
II, III y IV (Tardío)	85%
Enfermedad	

Tratamiento	31%
Mastectomía	54%
Metástasis	15%

Autoexploración mamaria

Sí	30%
No	70%

Asistencia al médico

0-6 meses	70%
(8 meses a 11 años)	30%

Enfocando la interpretación de los diálogos de las participantes en cuanto a Personalidad tipo C, Necesidad de armonía y Diagnóstico de cáncer de mama se obtiene la siguiente información:

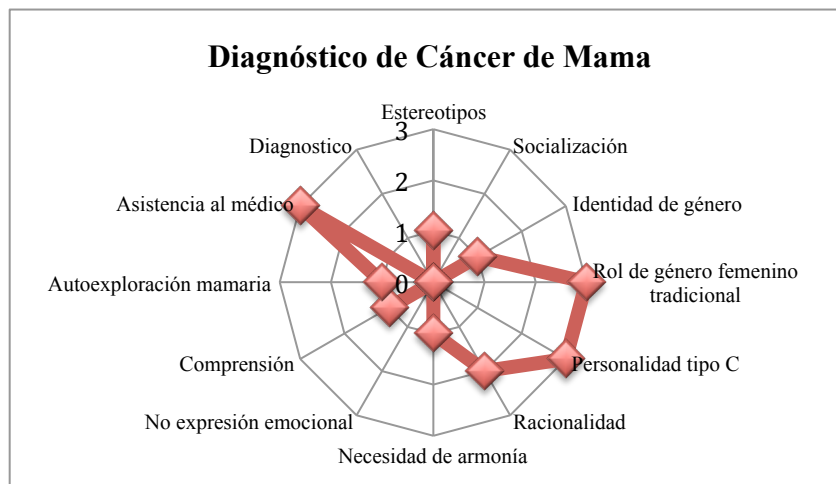
- *“La autoexploración si la conocía pero nunca me la hice, creo que por desidia, por flojera, le busca uno la vuelta a esas cosas, pero ahora sé que no habérmela hecho fue peor para mí, porque ahora estoy encamada y sin poder levantarme”*. [Paula, 57 años].
- *“Actualmente vivo en unión libre con un muchacho (desde hace 3 años), a él su familia no lo quiere y yo lo recogí, porque su familia le quitó todos sus bienes, él está enfermo de la columna, tiene 43 años, lo operaron en Estados Unidos. Por cuidarlo a él me dejé de mi salud un año y medio hasta venir con el doctor por mi problema de cáncer, desde entonces yo tenía una bolita en el pecho y me dijeron en la caravana de salud que era cáncer pero pensé en no ponerle cuidado, no lo creí, me descuidé, y ahora ya está bien avanzado, no puedo ni caminar. Los doctores se me ponen bien bravos, me regañaron porque mi problema de cáncer de mama ya está muy avanzado desde que vine en el mes de junio de este año”*. [Paula, 57 años].
- *Carmen, es soltera y vive con su mamá. Le diagnosticaron Cáncer de mama en estadio II, sin embargo, a la fecha de la entrevista su diagnóstico era de metástasis. Carmen considera que por llevarse bien con las personas que quiere está dispuesta a sacrificarse por ellos, a dar todo sin límite alguno, igual menciona “por eso es que me ganó esta enfermedad”, así mismo, no se considera rencorosa, desea que suceda un milagro para recuperarse y que para ello, debe perdonar a los demás, sin fijarse a quién. Destaca que por las personas que le importan estaría dispuesta a renunciar a cualquier cosa, excepto a su tratamiento médico, aunque los demás llegaran a molestarla con ella. “Antes del cáncer yo iba a clases de corte y confección y hacía composturas de ropa, mi mamá se enfermó de diabetes hace 5 años y yo dejé mi trabajo para cuidarla y poderla llevar a las consultas, aunque aparte de cuidarla seguí haciendo todo el quehacer de la casa, vivo con ella. Antes ni pensaba en el cáncer pues de mi familia nadie lo tiene. Yo tendría que haber ido al doctor, pero por dejada no fui*

y me dio cáncer. No fui porque me dejé. Sentía el pecho duro y rojo como desde 8 meses antes, pero soy dejada y estaba con mi mamá cuidándola, en vueltas con ella. Pasó el tiempo y no me atendí. Tengo sentimiento de culpa por eso, más al principio, ahorita ya no, ya no tiene ningún caso. Por atender más a los demás fue que a mí me ganó esta enfermedad y dicen los doctores que tengo metástasis, estoy invadida de cáncer, pero aun así, ahora mi prioridad soy yo, antes no lo era”. [Carmen, 56 años].

- *A mí me preocupa, dice Juana que: “puede que me operen pero no me gustaría que me quitaran un seno, es algo mío que no quiero perder, aunque si es así pues lo acepto, acepto lo que sea. Es lo que les pasa a las mujeres porque no se revisan. Nos dedicamos al trabajo de la casa y nos olvidamos de uno, dejamos el cuerpo hasta el final”. [Juana, 43 años].*

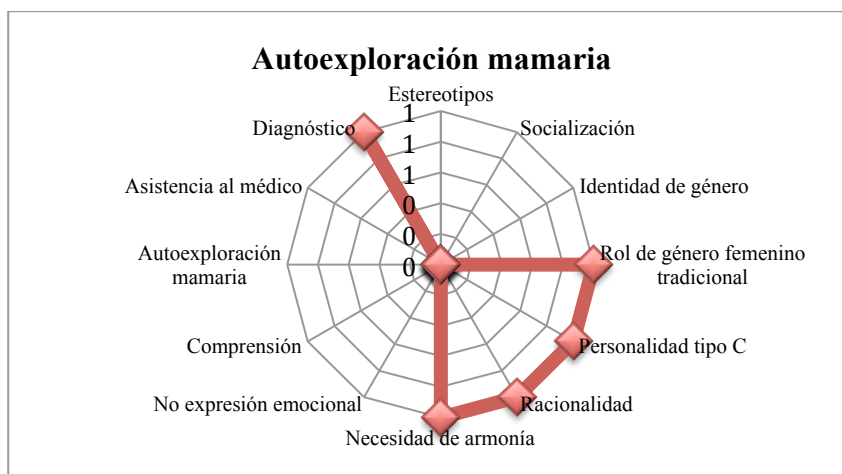
El *Diagnóstico de Ca Ma* posee una relación con los Roles de género femeninos tradicionales, la Personalidad tipo C y la Asistencia al médico, dicha unión se observa en los límites superiores en las tres categorías que se visualiza a través de la Gráfica 12.

Gráfica 12. Diagnóstico de Cáncer de Mama y su relación con otras categorías de estudio

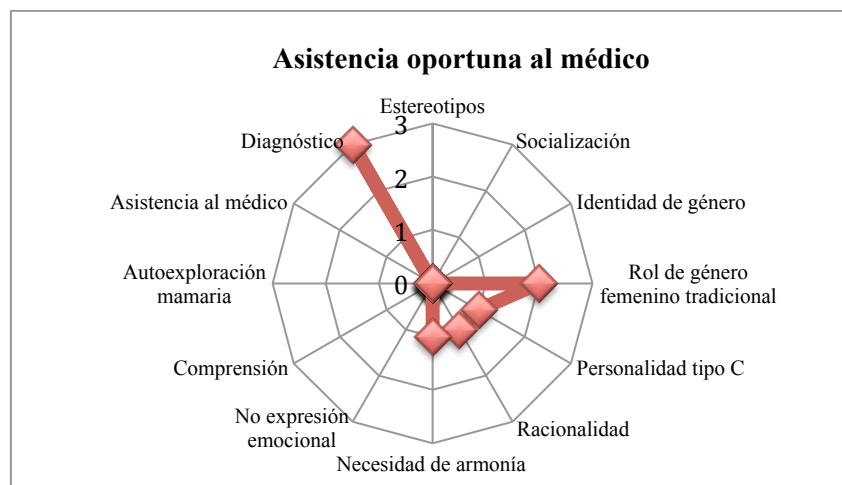


En las Gráficas 13 y 14 se muestra la relación existente entre la Autoexploración mamaria y la Asistencia al médico, ambas coinciden en relación con las mismas categorías, aunque en medida diferente, estas categorías son: Rol de género femenino tradicional, Personalidad tipo C, Diagnóstico, Necesidad de armonía y Racionalidad. Lo que apoya los resultados anteriormente descritos.

Gráfica 13. Autoexploración mamaria y su relación con otras categorías de estudio



Gráfica 14. Asistencia oportuna al médico y su relación con otras categorías de estudio



Con los relatos de las entrevistadas se identificó otro aspecto que también representa a la Necesidad de armonía, se trata de cierto grado de preocupación al no cumplir con los roles desempeñados en la vida cotidiana, representa el significado de la identificación de género, específicamente de “ser mujer. Tal acto podría generar tanta importancia como la enfermedad misma.

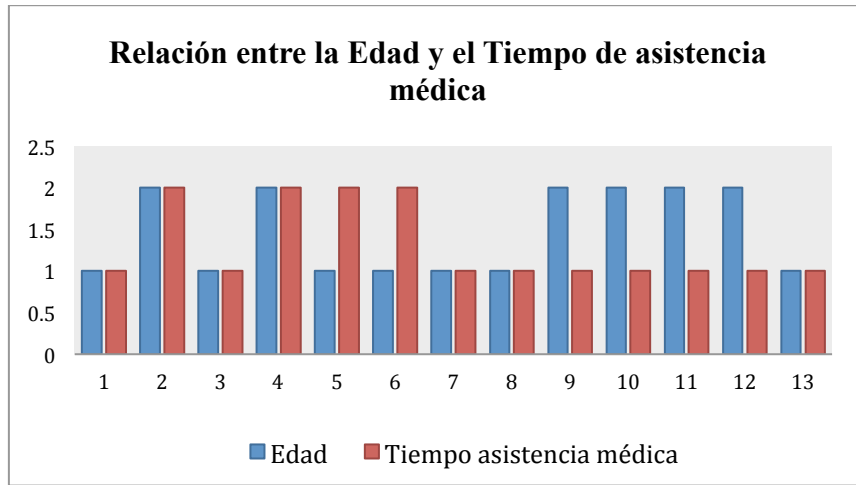
- *Ángeles está casada desde hace 5 años. Le diagnosticaron Cáncer de mama en fase III, rara vez realizaba la prueba de autoexploración mamaria, su abuela materna falleció de la misma enfermedad hace 22 años. Refiere que antes de casarse trabajaba como empleada, sin embargo, después de la boda, dejó el trabajo para dedicarse exclusivamente al cuidado de su familia y el hogar. “Yo estoy casada, tengo a mi esposo pero no tengo vida íntima con él, no cumplo mi responsabilidad como mujer y eso me hace sentir muy triste y estar peor, porque yo sé que los hombres tienen la necesidad del sexo y yo no cumplo con mi esposo. A pesar de eso todavía él me apoya, me dice que vaya al doctor a ver por mi salud, que no le importa que me hayan quitado un pecho”. [Ángeles, 42 años].*

3.1.5 Relación entre la Personalidad tipo C y características sociodemográficas de las participantes con Cáncer de mama.

Se llevó a cabo la búsqueda de la relación de la Personalidad tipo C con las características sociodemográficas de las pacientes mediante el análisis de datos, entre lo que destacan una correspondencia importante entre la edad y el tiempo de búsqueda de asistencia médica, por otra parte existe también una conexión entre el estado civil y la Necesidad de armonía. Las mujeres de nuestra muestra que rebasan los 47 años, aplazaron el tiempo en el que buscaron ayuda médica hasta 11 años, a excepción de dos de ellas [Alejandra, 62 años y Elsa, 58 años], aunque no acudieron inmediatamente al médico, buscaron ayuda en el primer mes de haber identificado alguna anomalía mamaria, lo que podría deberse a que ambas habían vivido experiencias familiares con el cáncer, la primera con una hermana que padeció Cáncer de mama y posteriormente Cérvicouterino, además su papá padeció cáncer de piel, en cuanto a la segunda uno de sus hijos murió años atrás, también de cáncer.

Así mismo, las mujeres menores de 47 años buscaron ayuda médica dentro del primer mes, a excepción de [Concepción, 36 años], que tardó 9 meses, en el caso de esta participante podrían haber existido ciertas barreras personales como el temor a ser explorada por un médico u otras de tipo económico pues ella vive con sus padres y otros hermanos, y prácticamente es la encargada de la manutención familiar. En la Gráfica 15 se observa la relación entre la Edad y el Tiempo en que las mujeres buscaron apoyo ó asistencia médica, a partir de haber encontrado alguna anomalía mamaria.

Gráfica 15. Relación entre la Edad y el Tiempo de asistencia médica

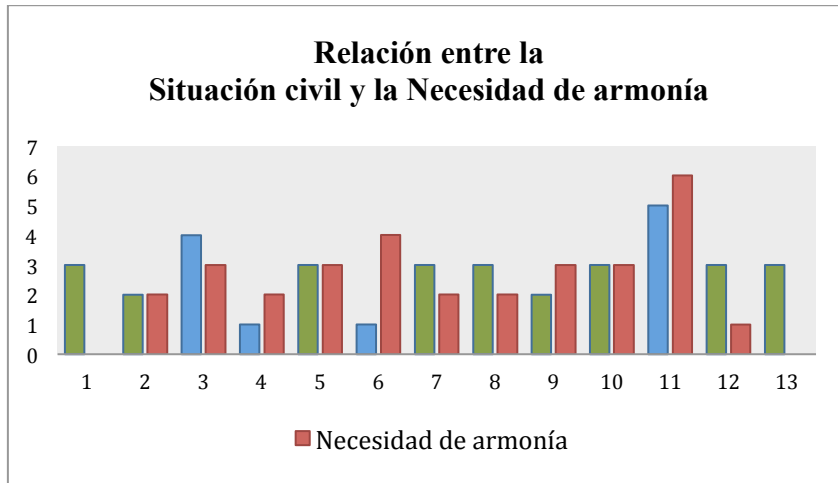


Se dividió a las participantes en dos grupos de acuerdo a la edad, en el primero a las mujeres entre 30 y 40 años, representados en la gráfica en el número 1 del eje vertical y en el segundo grupo a las mujeres de entre 50 y 60, a su vez representados en el número 2 del mismo eje, con el color azul. En el grupo del tiempo de asistencia médica, representado con el color rojo, se dividió a las participantes que buscaron ayuda médica ente el primer y el sexto mes de haber detectado alguna anomalía mamaria y en un segundo a las mujeres que la buscaron entre mas de 6 meses y 11 años. En el eje horizontal se clasifica el número de mujeres, representado en el mismo orden que se muestra en la Tabla 1.

La segunda relación encontrada es respecto a la Situación civil y la Necesidad de armonía (Gráfica 16), las cuales muestran que las mujeres que no tienen una relación de pareja como es el caso de las mujeres solteras, divorciadas y viudas tienden a obtener porcentajes altos en la Necesidad de armonía a diferencia de las participantes que cuentan con una pareja y viven en unión libre ó son casadas, que presentan puntajes medianos en Necesidad de armonía similares en todas ellas, a excepción de la primera y la última [Juana, 43 años y Leticia, 46 años]. Ellas dos coinciden en que han tenido empleos más o menos estables a través del tiempo, a diferencia del resto, motivo por el cual podría ser que no obtuvieron puntuación en esta categoría.

En lo que respecta al primer grupo de las mujeres que no cuentan con pareja, las que tuvieron mayores puntuaciones en Necesidad de armonía, son Aracely de 55 y Concepción de 36 años. La primera es viuda, vive con la suegra y funge como su cuidadora, la segunda es soltera, vive con sus padres y hermanos, se encarga de la manutención de la familia, otro aspecto en el que coinciden es que han tenido empleos temporales como realizar labores domesticas y la venta de alimentos preparados por ellas mismas.

Gráfica 16. Relación entre la Situación civil y la Necesidad de armonía



Se dividió a las participantes en dos grupos, de acuerdo a la Situación civil, en el primero se reunió a las mujeres con pareja, que son casadas ó viven en unión libre, este grupo se representa gráficamente por el color verde, y se ubica en las puntuaciones 2 y 3 del eje vertical de la gráfica. El segundo grupo esta compuesto por las mujeres sin pareja, incluye a las solteras, divorciadas y viudas, representadas gráficamente por el color azul, y en los puntajes 1, 4 y 5 del eje vertical. La cantidad de Necesidad de armonía se refleja en las barras de color rojo de esta misma gráfica. En su eje horizontal se clasifica el número de mujeres en el mismo orden que fueron descritas en la Tabla 1.

3.2 Discusión

3.2.1 Roles de Género en la salud de las mujeres

En las últimas décadas y en diferentes sociedades se han presentado grandes cambios en cuanto al tema de género, intentando que las diferencias entre los hombres y las mujeres no se transformen en desigualdades. Los cambios que se presentan han estado marcados por la inclusión casi masiva de las mujeres en el mundo laboral, por situaciones económicas complicadas que ha influido no solo para que las mujeres se desarrollen laboral y profesionalmente con este mismo objetivo, sino que lo hacen también por complementar los ingresos económicos y por apoyar a los varones de su familia con la manutención, además de mejorar la calidad de la vida familiar, en tanto pueden cubrir las necesidades básicas y bien, obtener mayor poder adquisitivo como familia (Lazarevich, 2008).

Sin embargo; tal situación no favorece completamente a las mujeres por la sobrecarga de actividades laborales dentro y fuera del hogar porque la mujer puede trabajar fuera de la casa,

pero normalmente no abandona el cuidado de los hijos y las actividades del hogar, reacomoda sus horarios y estas actividades no suelen ser distribuidas dentro de la familia, entre los hijos, esposo o pareja, y si este último se involucra en tales actividades lo hace desde la idea de una colaboración extra, mas no como una responsabilidad, acto que contribuye para indicar la prevalencia de los Roles tradicionales en nuestra sociedad, aunque actualmente vivan cierta transformación (Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005).

Además, en función de trabajo, a las mujeres normalmente se les valora el desempeño productivo, en el que se obtiene una remuneración, sin embargo, el trabajo reproductivo, el que incluye todo lo relacionado a la producción biológica como: el tener hijos, amamantarlos, cuidar de ellos y realizar otras actividades relacionadas con el bienestar y la sobrevivencia de toda la familia, no es valorado, ya que es visto como algo natural, como una extensión de las implicaciones de ser mujer, como parte de las obligaciones y responsabilidades naturales de las mujeres, que se derivan de la imagen infravalorada del sexo femenino (Guibert, Prendes, González y Valdéz, 1999).

La vida actual acentúa la necesidad de poder combinar el trabajo y las actividades del hogar, hecho que puede causar mayor estrés en las mujeres por la sobrecarga de trabajo derivada las actividades antes mencionadas además del cumplimiento de una jornada laboral y el desempeño dentro de la misma. Sin embargo, esto, sería mas factible con la distribución equitativa de las actividades dentro del hogar, en función de los hijos y el resto de la familia. Por ello, la necesidad de establecer relaciones más equitativas entre las mujeres y los hombres, además de crear propuestas de prevención y salud que incluyan este aspecto (Lazarevich, 2008).

Es así como las mujeres que poseen mayores oportunidades educativas y laborales logran notables cambios en la dinámica familiar y de pareja (Zabludovsky, 2007). Acto que aporta a la repartición del trabajo y a la construcción de relaciones familiares y de pareja justas, equitativas y saludables, destinando a las mujeres mayor espacio y oportunidad para el autocuidado. Esto apoya lo señalado en los resultados del presente trabajo, bajo expresiones de nuestras participantes en torno al cuidado de otros y descuido de sí mismas, pues las mujeres en ámbitos

tradicionales suelen ser socializadas con el objetivo de prestar mayor importancia y de centrar su vida en función de los hombres, en función de su pareja especialmente (Lazarevich y Mora-Carrasco 2008; Rocha-Sánchez y Díaz-Lóving, 2005).

Autores como Lara y Acevedo (2000), encontraron que romper el aislamiento social y promover nuevas relaciones mejora el bienestar físico y emocional de las mujeres que trabajan fuera del hogar, en comparación de aquellas que se dedican exclusivamente al hogar. Además Walters, McDonough y Stohchein (2002) encontraron que el trabajo remunerado y los cambios en la estructura domestica pueden ser considerados como factores explicativos de las diferencias de salud entre hombres y mujeres; tanto el trabajo remunerado como el contar con recursos económicos suficientes se asocian con una salud física y mental en ambos sexos.

A manera de cierre de este apartado se puede concluir, que los resultados del presente estudio señalan que las formas de socialización tradicionales desempeñadas finalmente en los Roles de género, afectan la salud de las mujeres por no favorecer el autocuidado, de tal modo que las sugerencias de intervenciones psicológicas, serian estrategias en función sensibilizar sobre la afectación de estos roles en la salud femenina. Incluyendo las relaciones equitativas y la distribución de las actividades dentro del ámbito familiar y hogareño.

3.2.2 Personalidad tipo C

De acuerdo con Bem (2003), que respecto a la identificación e identidad tradicional, representada a través de los roles femeninos tradicionales y los estereotipos, también surgen los rasgos de personalidad, en especial los de la Personalidad tipo C, ya que presentan similitudes importantes, por un lado son estas categorías de género mencionadas las que promueven cierta forma de ser, ciertas características que prevalecen en quienes desarrollan este tipo de Personalidad. A pesar de que este tipo de personalidad ha sido poco estudiada se ha vinculado a personas con cáncer y también se le relaciona con algunas enfermedades crónicas, especialmente con la diabetes, lo que es esperable si su estudio se enfoca desde el aspecto de la Necesidad de armonía, la cual no promueve el autocuidado, cuyo beneficio principal de éste, es procurar el bienestar personal y la prevención de las enfermedades, no solo físicas sino mentales. De aquí la importancia de conocer este constructo de personalidad en todas sus

dimensiones, que hasta la fecha solo se ha estructurado con cualidades y características psicológicas, por lo que ha recibido algunas críticas.

Sin embargo, *la Personalidad tipo C ha sido estudiada por más de tres décadas*, inicialmente descrita por médicos que observaron que los pacientes con cáncer compartían un patrón psicológico similar, y desde entonces, diversos autores se han enfocado en buscar el elemento central, se ha determinado en varias poblaciones estudiadas que el control emocional es éste factor central, ya que cuando las personas controlan emociones negativas generan sustancias tóxicas para el organismo, disminuyendo sus defensas y el sistema inmunológico, por lo cual, el control emocional actúa, como un rasgo de personalidad premórbida que se asocia al riesgo del desarrollo de la enfermedad neoplásica, prediciendo peor ajuste psicosocial a la enfermedad y también a la terapéutica del cáncer (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000).

Han sido múltiples investigaciones las que se han interesado en analizar la relación de la Personalidad tipo C con el cáncer (Amaya, Gordillo y Restrepo; 2006; Amaya y Parra, 2010; Anarte, Esteve, Ramírez y López, 2000, 2001), los resultados de la mayoría de los trabajos parecen delinear un perfil común, coincidiendo en que las personas que padecen cáncer muestran un comportamiento emocional característico y diferente de las personas sanas.

Así, han surgido controversias sobre el origen y la evolución del concepto de la personalidad tipo C, las cuales se resumen en tres puntos, en el primero se encuentran posiciones que defienden que se trata de un rasgo de personalidad premórbida, asociándose a un mayor riesgo de desarrollar cáncer (Eysenck, 1998); en el segundo, da lugar a una línea de investigación que define a la Personalidad tipo C, como un estilo de afrontamiento genérico que se asocia a una mayor probabilidad de padecer cáncer (Fernández, Ballesteros, Ruíz y Garde, 1998; Temoshok, 1987); en el tercer punto, algunos autores postulan que sería un modo de afrontar el diagnóstico y la terapéutica del cáncer (Andreu, 1993). El modo de afrontar la enfermedad, guarda relación con el modo en que ésta misma se concibe, aludiendo a un concepto llamado “cognición de la enfermedad”, enfatizando a las cogniciones negativas, respecto a la enfermedad, a sí mismo y hacia el mundo que le rodea. Esta controversia continua, pues el presente estudio profundiza en los discursos, los cuales permitieron estructurar la información, de tal modo que se interpreta

como un factor predisponente que afecta a las mujeres en el autocuidado y al tratarse de personalidad, un conjunto de cualidades propias que es perdurable a través del tiempo, continua presente en las personas durante toda la vida, por tanto, continua colocando en una situación de riesgo que no solo tiene que ver con el antes, sino con el después del desarrollo de la enfermedad, determinando las estrategias de afrontamiento y el apego a los tratamientos.

En este estudio, las variables o categorías descritas en función de la Personalidad tipo C, forman dos subgrupos: el primero es compuesto por el Control emocional y la Racionalidad, y el segundo por la Necesidad de armonía y la Comprensión, de tal modo que impresionan como dos sectores dentro de este tipo de Personalidad, que presentan cierta claridad empírica pues puede explicarse que en el primero, las personas que controlan emociones también pueden utilizar el mecanismo de defensa de la racionalidad fácilmente, con el objetivo de que su enojo no sea descubierto, al mismo tiempo que sostienen la creencia de que éste no es aceptado socialmente en una mujer. Por otra parte, la lógica en los discursos de nuestras participantes induce al pensamiento de que si es necesario buscar la armonía con el resto de las personas, entonces es preciso intentar entender y comprender la situación en que estas otras personas se encuentren.

Sin embargo, gran parte de las investigaciones realizadas en cuanto a la Personalidad tipo C son de enfoque cuantitativo, y los resultados encontrados señalan diferencias respecto a la población estudiada y a la perspectiva de investigación. Mientras en algunas investigaciones las dimensiones de *Control emocional* y *Comprensión* obtienen puntuaciones altas en una primera línea de investigación que concibe a la personalidad tipo C, como característica premórbida (Amaya y Parra, 2010; López, Esteve, Ramírez y Anarte, 1998), en otras resultan puntuaciones altas en las escalas de *Necesidad de armonía* y *Racionalidad* donde se conciben estos elementos como un estilo de afrontamiento ante la terapéutica del cáncer (Amaya, Gordillo y Restrepo, 2006; Vinaccia, 2003; Vinaccia y cols. 2006).

Estas diferencias de resultados en estudios cuantitativos, podrían tener su origen precisamente en relación con las diferentes metodologías utilizadas, pues presentan diseños metodológicos que contemplan las mismas variables psicosociales como independientes en

algunos casos y como dependientes en otros, además parten de diseños de investigación dispares (prospectivos, retrospectivos, cuasi prospectivos y longitudinales) que forzosamente han de concluir en resultados diferentes. También se han utilizado muestras con características epidemiológicas distintas, tal es el caso del estadio de la enfermedad, así como casi siempre estas muestras se componen por mujeres, descartando a los hombres con cáncer de mama, por lo cual, difícilmente se permite la extracción de conclusiones claras y precisas (Temoshok y Dreher, 1992; Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000).

No se encontraron investigaciones cualitativas que permitan elaborar una comparación de resultados en población nacional e internacional, lo que podría indicar que si permanecieran disponibles podrían tomarse de referencia para los resultados aquí descritos. Como ya se mencionó, las categorías se agruparon de manera diferente que en otras poblaciones y con otras metodologías utilizadas. Por ello se plantea el reto de desarrollar futuros estudios con diferentes metodologías que permitan incrementar el conocimiento de este constructo no solo en población mexicana, si no de forma internacional, ya que es probable que las controversias aun no resultas sobre la personalidad tipo C, hasta ahora no hayan aportado datos contundentes que permitan incluirla como un factor de riesgo psicológico para el desarrollo del Cáncer de mama.

Dando continuidad y resaltando los datos encontrados en la presente investigación, se destaca que la *Necesidad de armonía*, sobresalió de manera importante a diferencia de otros estudios realizados en poblaciones como la española y la colombiana, donde el principal factor es el *Control emocional*, no obstante, dichos estudios se basan en metodologías cuantitativas (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000; Amaya, Gordillo, Restrepo-Forero, 2006). Las mujeres cuya situación civil es de casadas presentan una mediana *Necesidad de armonía*, a diferencia de las solteras o viudas que obtienen mayor puntuación. En este caso, son 3 participantes que se dedican a cuidar de otras personas, hermanos, padres ó suegros. De tal modo que la búsqueda de *Necesidad de armonía*, puede ser también contemplada como un valor de civilidad dentro de una población, pues es necesario que los miembros de una sociedad vivan unidos y sobretodo que se apoyen unos a otros.

Por otra parte, lo que no favorece la salud de las mujeres es el descuido personal al que *Necesidad de armonía* conduce a una mujer, pues a través del análisis del discurso fue posible profundizar en el concepto de *Necesidad de armonía* confirmando que éste va más allá de la búsqueda de equilibrio en las relaciones interpersonales, se vincula con aspectos como esforzarse por lograr el bienestar y la salud de otras personas cercanas antes que el propio, a pesar del costo que ello conlleva en la salud personal, lo que es importante señalar para la práctica de la autoexploración mamaria y la asistencia oportuna al médico, lo cual permitiría la toma de decisiones informadas.

El impacto que tiene en la salud el estudio de la personalidad tipo C, podría tener más implicaciones aparte del riesgo de no realizarse la prueba de autoexploración mamaria y asistir oportunamente en busca de asistencia médica en caso de necesitarlo, sino que, quien desarrolla este tipo de personalidad es propensa a vivir otras situaciones de riesgo, como por ejemplo ser víctima de violencia de pareja o intrafamiliar, por lo menos en el caso de la violencia psicológica, ya que el perfil de víctima-victimario describe, en la mayoría de los casos a las mujeres como víctimas y a los hombres como victimarios, posicionando a la mujer en un papel inferior al ser controlada por quien ejerce la violencia. Aunque la violencia cuenta con un ciclo, al inicio de éste, el objetivo del agresor es poder ejercer control sobre la mujer, y ésta, definida desde la misma posición de la personalidad tipo C, en especial desde la Necesidad de armonía, va permitiendo ciertos tipos de abusos, que a veces podrían percibirse como parte de la dinámica normal de ser mujer. Que en la mayoría de los casos se traduce en la indefensión aprendida, generando alteraciones emocionales acordes con la ansiedad, estrés y depresión (NOM. 046, 2009, SSA, 2009).

3.2.3 Diagnóstico de Cáncer de mama

A un total de 85% de las mujeres participantes de la presente investigación se le diagnosticó el cáncer de mama en los estadios II, III y IV, mientras que al 15% en las etapas iniciales 0 y I, lo que representa una parte de las grandes cifras de casos de cáncer de mama diagnosticados en etapas avanzadas y el riesgo de salud y vida que sitúa a las mujeres. Por ello es necesario que no solamente estén informadas sino que, además participen realizándose la autoexploración mamaria, ésta es una práctica que ayuda a responsabilizarse de la salud, promueve el aumento

del autocuidado y fomenta la toma de conciencia en las mujeres en situación de riesgo (OMS, 2014).

Es pues recomendable llevar a cabo esta técnica para conocer la morfología de las mamas y detectar la existencia de anomalías y tumores preferentemente en las etapas iniciales: 0 y I, donde se presenta un tumor menor ó equivalente a 2 centímetros de diámetro y se considera benigno porque no ha roto el tejido epitelial que lo rodea, no se ha extendido fuera de la glándula mamaria y no hay invasión hacia otros órganos del cuerpo como en el caso de las etapas avanzadas que son frecuentes de diagnósticos tardíos de la enfermedad (González-Robledo, y cols., 2010; López-Carrillo, Suárez-López y Torres-Sánchez, 2009; SSA, 2007). Además al ser diagnosticado en las primeras etapas aumenta la posibilidad de conservar la vida (SSA, 2011).

La Asistencia oportuna o inmediata al médico está condicionada por los roles de género femeninos tradicionales y la personalidad tipo C, pues el 70% de mujeres participantes de esta investigación buscó asistencia médica entre los 0 y los 6 meses de haberse detectado alguna anomalía mamaria, 30% restante osciló entre los 8 meses y los 11 años. Las mujeres que rebasaron los 47 años de edad aplazaron el tiempo en buscar ayuda médica, a excepción de la participante de 62 años de edad [Alejandra], que acudió a solicitar atención a los 2 meses, hecho que se debe muy probablemente al haber experimentado la perdida de un familiar por la misma causa.

Tal es la forma que la detección temprana del Cáncer de mama y el tratamiento oportuno han disminuido el número anual de muertes por este padecimiento en países desarrollados como Estados Unidos y Canadá, donde se detecta aproximadamente 60% de los casos en etapas iniciales y aunque es difícil saber las cifras exactas, pero han mostrado un descenso importante en los casos de mortalidad por cáncer de mama, gracias a la efectividad de sus programas de detección temprana, a la oportunidad y calidad en los tratamientos, utilizando los mismos protocolos de atención, además de la implementación de nuevas tecnologías, formación continua del personal de salud y aplicación de protocolos de investigación (González-Robledo y Nigenda, 2010).

En contraste con América Latina, los índices de mortalidad van en aumento particularmente en Colombia, Costa Rica, México, Ecuador y Venezuela. En México ha habido acciones gubernamentales que muestran los avances para el diagnóstico oportuno en los que sobresalen, el incremento de la cobertura para llevar a cabo la mamografía en mujeres de 40 a 60 años de edad y en que el nivel de cobertura que ofrecen los servicios de salud nacionales, garantiza el tratamiento integral de toda mujer diagnosticada con cáncer de mama (González-Robledo y Nigenda, 2010; Salud Publica de México, 2009).

La clave del control epidemiológico y el buen pronóstico de esta enfermedad es la detección temprana y el diagnóstico en estadios iniciales, porque la detección temprana se enfoca en descubrir y dar tratamiento a las condiciones que producen un efecto patológico sin que necesariamente se presenten signos y síntomas de la afección (González Robledo y Nigenda, 2010; Salud Publica de México, 2009). La Organización Mundial de la Salud, (2014) y la NOM 041-SSA-A2-2011 (SSA, 2011), establecen para la detección oportuna del cáncer de mama, tres métodos: La autoexploración mamaria, la autoexploración médica (observación y palpación por parte del personal de salud) y la mastografía.

De estos tres métodos, se ha considerado que el más confiable es la mastografía, sin embargo, es un procedimiento costoso al que no todas las mujeres tienen acceso y es recomendado a partir de los 40 años, aunque las cifras refieren que el promedio de edad de esta enfermedad se ha reducido hasta los 25 años, por lo que se requeriría en mujeres más jóvenes (González Robledo y Nigenda, 2010). Aun así las recomendaciones giran en torno a realizarse la autoexploración mamaria entre los periodos de la mastografía (que es cada año). Respecto a la exploración médica existen pocos estudios, pero éstos, evidencian los buenos resultados en su efectividad siempre y cuando exista un entrenamiento adecuado para su realización (Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga y Hernández-Ávila, 2009).

La autoexploración mamaria podría tener la limitación de que quien la realice no encuentre alguna anomalía, por lo que las sugerencias han sido dirigidas a elaborar programas de educación con el objetivo de sensibilizar a las mujeres de conocer la importancia de las

características normales de sus mamas y a demandar atención inmediata en torno, de encontrar alguna anomalía, además de que participen en los tamizajes de detección basados en mastografía (González Robledo y Nigenda, 2010; Martínez-Montañez, Uribe-Zúñiga y Hernández-Ávila, 2009).

No obstante, existen otros factores que funcionan como barreras sociales por las cuales las mujeres podrían no asistir inmediatamente al médico después de descubrir alguna anomalía mamaria, en primer lugar la falta de información adecuada sobre el cáncer de mama, los factores de riesgo y la existencia de la detección oportuna en la realización de la prueba de autoexploración. Además por miedo de confirmar la enfermedad, así como el temor a su pareja en los casos donde se presenta la violencia psicológica y los hombres no permiten que su esposa sea explorada por un médico (Nigenda, Caballero y González-Robledo, 2009). Así mismo existen otras barreras relacionados al contexto como la escolaridad y la situación económica de cada mujer que se recomienda analizar en futuras investigaciones.

3.2.4 Abordaje psicológico en la prevención del Cáncer de mama

La medicina esta diseñada desde la perspectiva de curación de la enfermedad y no para la prevención. Estudiar la salud del ser humano por separado, es decir, no como un todo en cuanto a cuerpo y emociones se refiere ha afectado en que las políticas públicas de salud involucren pocas o nulas acciones desde el área de la psicología como por ejemplo, el autocuidado (Uribe, 1999).

De aquí la necesidad de que se implementen políticas publicas en la prevención y diagnóstico oportuno del Cáncer de mama y otras tantas enfermedades físicas y emocionales en las mujeres, en donde se incluya a la psicología, en función de trabajar los Roles tradicionales de género y la Personalidad tipo C, dando importancia a la eliminación de las desigualdades que se producen como consecuencia de la socialización y los procesos de género, para crear conciencia sobre la igualdad entre hombres y mujeres, mediante la educación en el hogar, además de intentar erradicar la idea de que las diferencias biológicas determinan las psicológicas. Así se evitaría la violencia y se implementaría igualdad, en el sentido de que ambos miembros de una pareja se sientan responsables en colaborar y distribuir las actividades

del hogar (Espinoza-Bayal, s.f; Lagarde y López, 2001). Acto que contribuye a la formación de las relaciones equitativas, dando lugar a la promoción del autocuidado en las mujeres.

Desde el área de la psicooncología se han diseñado estrategias de intervención psicológica en pacientes con Cáncer de mama, en función de las diferentes fases de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, fase libre de la enfermedad y en el final de la vida, sin embargo, hasta ahora no se han encontrado evidencias de diseños de intervenciones psicológicas en los que se incluya exclusivamente a la personalidad de la paciente y la estructura social de la formación de esta.

Es importante que el abordaje psicológico para el cáncer de mama se plantee desde dos perspectivas, la primera desde la prevención y la segunda, desde el tratamiento. En este caso nos atañe el aspecto de la prevención, incluyendo a la Personalidad tipo C dentro de los tamizajes, primero, en los “tamizajes de oportunidad”, son los que suceden fuera de un programa formal, en el que el proveedor de salud envía a una mujer sin síntoma alguno a realizarse una prueba de detección, (González-Robledo y Nigenda, 2010), posteriormente en los “tamizajes poblacionales”, los que operan como programas organizados de salud pública, promovido generalmente por las autoridades de salud e implica la aplicación de pruebas a grandes volúmenes de población considerada en riesgo y tienen como meta el descenso de la enfermedad (González-Robledo y Nigenda, 2010), para lo cual es necesario elaborar entrevistas e instrumentos que permitan a los psicólogos detectar la presencia de la Personalidad tipo C, y en función de ésta, dentro de acciones preventivas psicológicas, apoyar sobretodo el autocuidado, la autoestima, la asertividad en la comunicación y lo primordial, enfocar la atención en la realización de la prueba de autoexploración mamaria.

Dicho en otras palabras los Sistemas de Salud normalmente trabajan llevando caravanas de salud a diversos lugares, con la función de realizar pruebas diagnósticas sobre diversas enfermedades, en las mujeres especialmente en relación al Cáncer de mama y Cáncer Cérvicouterino, aquí la estrategia sería incluir pruebas de detección sobre personalidad tipo C para enfocar la atención a las personas que obtengan positivo en este tipo de Personalidad, para

dar a conocer estrategias para el autocuidado especialmente, en el que se incluya información clara y concreta sobre la realización de la autoexploración.

A manera de sugerencia sobre acciones en la terapéutica psicológica, una vez en tratamiento se propone la creación de grupos de autoayuda para mujeres que padecen Cáncer de mama y para sus familiares, ya que ellos también viven el cáncer, no como protagonistas, pero lo enfrentan por medio de sus familiares (Cerverá y Aubá, 2005). En este tipo de atención es importante plantear los objetivos no solo desde el aporte de herramientas para enfrentar la enfermedad a través de la Psicoeducación de la enfermedad neoplásica, sino, desde, el enfoque terapéutico podría dirigirse a implementar el autocuidado. En la dirección de dicho enfoque, se incluyen actividades en función de los beneficios personales de la salud y medidas en las siguientes áreas: sueño y descanso, alimentación, ejercicio físico, recreación, espiritualidad, asistencia médica, comunicación asertiva, apoyo en el círculo social, aliño personal y reflexión sobre los sentimientos, pensamientos y conductas y por último, distribución de las actividades del hogar.

En el área de anexos se incluye una propuesta de la técnica de autocuidado, basada en la terapia cognitivo-conductual, la cual fue utilizada en el taller mencionado en el apartado de Metodología.

Conclusiones y Sugerencias

1. A través de los resultados se logró profundizar en el proceso de desarrollo de la personalidad tipo C, mediante la socialización que orienta a las mujeres a ejecutar los Roles tradicionales establecidos.
2. La Personalidad tipo C, como constructo no es unitario, además comparte características con el Trastorno de personalidad por dependencia (F60.7, CIE-10). En las Historias de vida de estas mujeres se encuentra la indefensión aprendida y la violencia de género.
3. La Personalidad tipo C no es exclusiva del cáncer de mama sino que se presenta en otras enfermedades crónicas como la diabetes. El Cáncer de mama no lo viven solamente las mujeres, también lo padecen los hombres aunque en menor medida, por lo que se sugiere que estos elementos sean estudiados también en hombres.
4. Los datos cualitativos aquí analizados permitieron valorar la relación entre los Roles de género femeninos tradicionales y la Personalidad tipo C, además de determinar que ambos aspectos se encuentran presentes en todas las participantes, de manera explícita en los relatos de las Historias de vida y Entrevistas a mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama.
5. Las participantes de este estudio pertenecen a zonas rurales y son de escasos recursos económicos, por lo que la falta de acceso a los servicios médicos, la lejanía y la probable saturación de los servicios de salud, podrían ser barreras que potencian la inasistencia inmediata a los servicios médicos, aparte de los Roles femeninos tradicionales y la Personalidad tipo C. De tal manera que se sugiere que las variables estudiadas, sean analizadas en poblaciones con distintas características socioeconómicas, educativas y culturales en función de conocer si se comportan de la misma manera. Es decir en mujeres que viven en zonas citadinas y comparten roles de género Contemporáneos.

6. Cabe destacar que cuando se abordó a las participantes para el estudio, normalmente accedían con facilidad a participar, hecho que podría deberse a los rasgos de Personalidad tipo C y al mismo tiempo cabe la posibilidad de que hubiesen negado algún síntoma de la enfermedad como el dolor físico por ejemplo, situación que podría haber influido durante las entrevistas.

7. Se identificó la forma en que estos roles y la Personalidad tipo C influyeron negativamente en la salud de las participantes al no favorecer prácticas de autocuidado, en particular la autoexploración mamaria y tampoco acudir oportunamente al médico, dada la influencia ejercida de la Necesidad de armonía.

Referencias

- Allport, G. (1970). La personalidad: Barcelona: Herder.
- Amaya, A., Gordillo L. y Restrepo F. (2006). Validación del cuestionario PCTC en población colombiana. *Avances en medición*, 4, 91-112.
- Amaya, A., Parra, J. (2010). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con el control emocional en pacientes oncológicos. *Vanguardia Psicológica*, 1 (1), 70-89.
- American Cancer Society (2012). La ansiedad, el miedo y la depresión. Recuperado el 16 de Septiembre de 2013. En: www.cancer.or
- Amorós, F., Anarte, M., Esteve, R., Ramírez, C. (1998). *¿Es el patrón de conducta tipo C característico de personas con cáncer?* Comunicación presentada en el I Congreso Nacional de psicooncología. Madrid.
- Anarte, M., Esteve, Z., Ramírez, M., López M. y Amorós V. (2001). Adaptación al Castellano de la escala courtauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psichotema*, 13 (4), 637-642.
- Anarte, M., López, M., Ramírez, M. y Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16 (2), 133-141.
- Anarte, M., López, M., Ramírez, M. y Esteve, R. (2001). Evaluación de estrategias de afrontamiento, nivel de funcionamiento y edad en personas con dolor crónico oncológico y benigno. *Revista de la Soc Española del Dolor*. (8), p. 102-110.
- Aranda, S. y Múzquiz, A. (1997). La influencia de las prácticas de crianza y el género en la autoestima del adolescente: análisis retrospectivo. Tesis de licenciatura en psicología. México: Facultad de Psicología. UNAM.
- Andreu, Y. (1998). Personalidad tipo C. Historia y validez del concepto. *Boletín de Psicología*. 59, 75-104
- ATS/DUE del Servicio Gallego de Salud. (2006). Temario específico. España: MAD.
- Barbera, E. y Martínez, B. (2004). *Psicología y Género*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Bandura, A. y Walters, R. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Rine hart and Winston.
- Bem, S. L. (1993). *The lenses of gender: Transforming the debate of sexual inequality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Bisquerra-Alzina, R. (2004). Metodología de la investigación educativa. Madrid: La Muralla.

- Bleiker, E.M.A., Van Der Plueg, H. M., Hendriks, J. H.C., Leer, J. H. y Kleijn, W. C. (1993). Rationality, emotional expression and control: Psychometric characteristics of a questionnaire for research in psico-oncology. *Journal of Psychosomatic Research* 37, 861-872.
- Bourdieu, P. (1988). Social Space and Symbolic Power. *Sociological Theory*. 1
- Botto, A. (2011). Dimensión ética de la investigación cualitativa. *Revista GPU, Psiquiatría Universitaria*, 354-357.
- Burin, M. (2008). Las “Fronteras de Cristal” en la Carrera laboral de las mujeres. Género, subjetividad y globalización”. *Anuario de Psicología*, 39 (1), 75-86.
- Carswell, E. (2002). *Cáncer mamario: el reto de hoy* (1ª Ed.). México: Trillas
- Celis-Chacón, C., Gordillo-Gaalindo, C. (2006). Perfil psicosocial de la mujer mastectomizada por Cáncer de mama. *Aten Primaria*, 37 (3), 173-177.
- Celorio, A. (1986). *Fundamentos de oncología ginecológica*. Madrid: Díaz de Santos.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, CNEGSR. (2006). *Guía mujeres y hombres ante las adicciones*. México, D.F.
- Cerdá, E. (1985). *Una Psicología de hoy*. Barcelona: Herder
- Cerverá, S. y Aubá, E. (2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de Cáncer de mama. *Boletín de Psicología*, 85, 7-29.
- Cervone, D. (2005). Personality architecture: Within-person structures and processes. *Annual Review of Psychology*, (pg. 56).
- Cervone, D. y Pervin, L. (2009). *Personalidad, teoría e investigación* (2ª Ed.). México: El manual moderno.
- Collière, M. (2009). Promover la vida. Francia: MacGraw-Hill.
- Costa, P. & MacCrae, R (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- Coronel, B., y Coronel, P. (2005). *Ginecología/Oncología* (1ª Ed.). Veracruz. México: Universidad Veracruzana.
- Charriez-Cordero, M. (2012). Historias de vida: una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, 5 (1), 50-67.
- Chavarri-Guerra, Y., Villareal-Garza, C., Liedke, P., Knaul, F., Mohar, A., Finkelstein, D. &

- Goss, P. (2012). Breast cáncer in Mexico: a growing challenge to healt and the healt system. *Lancet Oncol*, 13, 335-343.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del mexicano: descubrimiento de la etnopsicología*. (6ª Ed.) México: Trillas
- ____ (1997). ¿Son universales los rasgos de Personalidad? *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29 (1), 35-48.
- ____ (2003). *Bajo las garras de la cultura*. México: Trillas
- ____ (2007). *Psicología del mexicano 2*. (2ª Ed.) México: 2007
- Díaz-Loving, R., Rivera, A. y Sánchez, A. (2001). Rasgos instrumentales (masculinos) y expresivos (femeninos) normativos (típicos e ideales) en México. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33, 131-140.
- Díaz-Lóving, R., Rivera, A., Villanueva, O., Cruz, M. (2008). Las premisas historico-socioculturales de la familia mexicana: Su exploración desde las creencias y las normas. *Medigraphic Literatura Biomedica*, 128-142.
- Digman, J. (1989). Five robust trait dimensions: Development, stability and utility. *Journal of Personality*, 57, 195-214.
- De Keijzer, B. (s.f.) La masculinidad como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. Xalapa, Ver.: Grupo Salud y Género A.C. 49-70.
- Delgado, B. y Tejerina, A. (2002). *Medicina legal en patología mamaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- De Roux, G. (1994). La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. *Educ Med Salud*, 28 (2), 223-233.
- Domínguez, L. y Fernández, L. (1999). Individuo, sociedad y personalidad. *Revista Cubana de Psicología*, 16 (1), 48-52.
- Durá, E., Pérez, S., Ferrando, M., Murgui, S., Martínez, P. (2010). Emotional suppression & breast cancer validation research on the spanish adaptation of the courtauld emotional control scale. *The Spanish journal of Psychology*, 13 (1), 406-417.
- Espinosa-Bayal, M. (S/F). La construcción de género desde el ámbito educativo: Una estrategia preventiva. Universidad Autónoma de Madrid.
- Eysenck, H. J. (1998). Personality, stress and cancer. Prediction and prophylaxis. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 57-75.
- Fagot, B.I. y Kavanagh, K. (1993). Parenting during the second year: Effects of children's age, sex, and attachment classification. *Child Development*, 64, 258-271.

- Fernández Ballesteros, R., Ruiz, M. A. & Garde, S. (1998). Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 3, 1-10.
- Fernández-Christlieb, P. (2005). *La afectividad colectiva*. España: Taurus.
- Fonseca, V. y Nevado, B. (2005). El autocuidado de la salud una responsabilidad asumida por otros. *Umbral Científico*, 7, 43-52.
- Frenk, J. (2009). Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios. Claves en la lucha contra el Cáncer de mama. *Salud Pública Mex*, 51 (2), 135-137.
- Fruyt, F., Mervielde, I., & Van-Leeuwen, K. (2002). The consistency of Personality type classification across samples and five Factor measures, *European Journal of Personality*, 16, 57-72.
- García-Leyva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos en Psicología*. (7), 71-81.
- Geis, F. L. (1993). Self-fulfilling prophecies: a social psychological view of gender. En: A. E. Beall y R. J. Sternberg (Eds.), *The psychological of gender*. Nueva York: Guilford Press.
- Gimenez, G. (s/f). La cultura como identidad y la entidad como cultura. *Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM*. 1-29.
- González-Merlo (1991). *Oncología/Ginecología*. Barcelona, España. España: Salvat.
- González-Robledo, L. M., González-Robledo, M. C., Nigenda, G., López-Carrillo, L. (2010). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro. *Salud Pública Méx*, 52(6), 533-543.
- Gordon, D., Fisher, S. G., Wilson, M., Fergus, E., Paterson, K. y Seample, C. (1993). Psychological factors and their relationship to diabetes control. *Diabetic Medicine*, (10), 530-534.
- Greer, S., Watson, M., (1985). Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. *Social Science and Medicine*, (20), 773-774.
- Grinnell, R. M. y Unrau, Y. A. (2007). *Social work research and evaluation: Foundations of evidence-based practice* (8ª Ed.). New York, NY, EE.UU.: Oxford University Press.
- Granados G, Herrera G, (2010). *Procedimientos médico quirúrgicos*. 4ª Ed. México: Mc Graw Hill.
- Grossarth-Maticeck, R., Stegrist, J., Velter, H. (1982). Interpersonal Repression as a predictor of Cancer. *Social Science and Medicine*, 16, 493-498.

- Guibert, R., Prendes, L., González, P. y Valdéz, P. (1999). Influencia en la salud del rol de género. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(1), 7-13.
- Guilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hernández, Fernández y Baptista, L.P. (2010). Metodología de la Investigación, (5ª ed.). México: Mc Graw Hill.
- Hernández, K. S. (2009). El método historia de vida: alcances y potencialidades. Recuperado en: <http://www.gestiopolis.com/economia/metodo-de-investigación-cualitativa.htm>.
- Herrera, S. P. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen*, 16 (6), 568-573.
- Hyde, J. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana* (5ª Ed.). Madrid: Morata.
- International Agency for Research on Cancer (GLOBOCAN). (2008). Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Consultado: 20 de Octubre 2012. Recuperado en: <http://www.iarc.fr/en/media-centre/iarcnews/2010/globocan2008.php>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. (2012). *Estadísticas del día internacional contra el cáncer de mama Aguascalientes, Méx: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Consultado 10 noviembre 2013.
Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/ma0.pdf>.
- Jayne, M. y Sau, V. (2004). *Psicología diferencial del sexo y el género, Fundamentos*. Barcelona: Icaria Antrazyt.
- Jones, G. R. (1983). Life story methodology. En Morgan Beyond. Methods. California: Sage.
- Kavale, S. (1996). An introduction to qualitative research interviewing. London: Sage Publication.
- Kimble, C. (2002). *Psicología social de las Américas*. México, D.F., México: Pearson Educación.
- Kissen, D. M. y Eysenck, H. J. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 6, 123-12.
- Kissen, D.M. Brown, R. I. F. y Kissen, M. (1969). A further report on Personality and psychological factors in lung cancer. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164,

535-545.

- Kirby, B., y Copeland, E. (2007). *La mama: manejo multidisciplinario de enfermedades benignas y malignas*. (3ª Ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Knaul, F., López, C., Lazcano, P., Gómez., Romieu, I., Torres, G. (2009). Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. *Salud Pública Méx*, 51 (2), 138-140.
- Knaul, F., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A. y Frenk, J. (2009). Cáncer de mama en México: Una prioridad apremiante. *Salud Pública Méx*, 2 (51), 335-344.
- Kundera, M. (1997). *La identidad*. Barcelona: Tusquets
- Lagarde, M. (2001). Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: Coordinación General de Estudios de Posgrado, UNAM.
- Lagarde, M., López, V. M. (2001). *Claves feministas para la negociación en el amor*. Managua: Puntos de Encuentro.
- Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de población*. 21, 149-178.
- Lara, M. y Acevedo, M. (2000). Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva. En Langer, A. y Tolbert, K. *Mujer: Sexualidad y Salud reproductiva en México*. México, The Population Council Edamex.
- Lazarevich, I. y Mora-Carrasco, F. (2008). Depresión y Género: Factores psicosociales de riesgo. *Segunda época*, 1 (4), 1-16.
- Levy, S. M. (1983). *Host differences in neoplastic risk: Behavioral and social contributors to disease*. En: Taylor, S. (2003). *Psicología de la salud*. (6ª Ed.). México: Mc Graw Hill.
- Limia, L. (2010). Cambio de mentalidad: Responsabilidad en salud. *Index Enferm*, 19 (1), 42-46.
- Lipovetsky, G. (2005). *La era del vacío*. España: Anagrama.
- Lluís, J. (2002). Personalidad: esbozo de una teoría integradora. *Psychothema*, 14 (4), 693-701.
- López-Carrillo, L., Suárez-López, L., Torres-Sánchez, L. (2009). Detección del Cáncer de mama en México: Síntesis de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. *Salud Pública Méx*, 51 (2), 345-349.
- López. M., Esteve, R., Ramírez, C., Anarte, M. (1998). Dimensionalización del

constructo de personalidad tipo C. *Psykhe*, 7 (1), 3-12.

López, M., Ramírez, C., Esteve, R. y Anarte, M. (2002). El constructo de personalidad tipo C una contribución a su definición a partir de datos empíricos. *Psicología conductual*, 10, 229-249.

Martínez, B. y Bonilla, C. (2000). *Sistema Sexo/Género, identidades y construcción de la subjetividad*. España: Universidad de Valencia.

Martínez-Montañez, O., Uribe-Zúñiga, P., Hernández-Ávila, M. (2009). Políticas públicas para la detección del Cáncer de mama en México. *Salud Pública Méx*, 51 (2), 350-360.

MAXQDA-11. The Art of Data

Méndez, C., Segovia, J., Pereira, C., Flores, H. (2012). Discursos inscritos sobre el cuerpo: un estilo sobre las implicaciones de las mastectomía en mujeres chilenas. *Salud y Sociedad*, 3 (2), 152-164.

Mertens, D. (2005). *Research and evolution in Education an Psychology: Intengrating diversity with quantitative, qualitative and mixed methods*. Thousand Oks: Sage.

Meza-Rodríguez, M. (2007). Guia clínica de intervención psicológica de la mujer Con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatol Reprod Hum*, 21, 72-80.

Mischel, W. (1972). *Las diferencias sexuales en la conducta desde el punto de vista del aprendizaje social*. Madrid.

Mohar, M., Bargalló, E., Ramírez, M.T., Lara, F., Beltrán-Ortega, A. (2009). Recursos disponibles para el tratamiento de cáncer de mama en México. *Salud Pública Méx*, 51(2), 263-269.

Montaño, S., Palacios, C., Gantivia, D. (2009). Teorías de la Personalidad. Un Análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia, avances de la disciplina*, 3 (2), 81-107.

Murphy, G., Lawrence, W. & Lenhard, R. (1996). *Oncología clínica: Manual de la American Cancer Society*. (2ª Ed.). Organización panamericana de la salud. American Cancer Society.

Nigenda, G., Caballero, M., González-Robledo, L. M. (2009). Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública Méx*, 51 (2), 254-262.

Orem, D. E. (1998). *Nursing: concepts of practice*. 2da. NY: Mac Graw Hill.

Páez, M., Luciano, C., Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento de cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4 (1), 75-95.

- Palacio-Mejía, L., Lazcano-Ponce, E., Allen-Leigh, B., Hernández-Avila, M. (2009). Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública Méx*, 51(2), 208-219.
- Parra, G., García, S., Insuasty, E. (2011). Experiencias de vida en mujeres con Cáncer de mama en quimioterapia. *Rev. Colomb. Psiquiat.* (40) 1, 65-83.
- Robles, S. C., Galanís, E. (2002). Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública*, 11 (3), 178-175.
- Rocha-Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de Género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de psicología*, 21 (1), 42-49.
- ____ (2009). Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: Un recorrido conceptual. *Interamerican Journal of Psychology*. 43 (2), 250-259.
- ____ (2011) a. Desarrollo de una escala para la evaluación multifactorial de la identidad de género en la población mexicana. *Revista de Psicología Social*, 26 (2), 191-206.
- ____ (2011) b. Identidades de género. Más allá de cuerpos y mitos. (1ª Ed). México: Trillas.
- Rojas, G., Pérez, P., Llunch, B., Cabrera, A. (2009). Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. 25, 3-4.
- Ruiz-Olabuénaga, J. I. (2012). Metodología de la Investigación cualitativa. (5ª. Ed.). Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Pérez, B. y Serra, (1997). Influencia del rol tradicional femenino en la sintomatología ansiosa en una muestra de mujeres adultas. *Anales de psicología*, 13 (2), 155-161.
- Piaget, J. (1965). *The moral judgment of the child*. New York: Free Press.
- Polaino-Lorente, A., Cabanyes, T. y Del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de Psicología de la Personalidad*. Instituto de ciencias para la familia. Universidad de Navarra. España: Rialp. Recuperado el 06 de mayo de 2013 en: http://books.google.com.mx/books?id=d_rAkAg6MEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false
- Facio, A., Fries, L. Feminismo, Género y Patriarcado, (2005). *Revista sobre Enseñanza del Derecho de Buenos Aires*, 3 (6), 259-294.
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2014). *Cáncer de mama: prevención y control*. Consultado 10 de octubre de 2014. Disponible en <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/es/>
- Sabán, R. (2012). *Control global del riesgo cardio metabólico*. Madrid: Díaz de santos.

- Salud Pública de México (2009). Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios de la lucha contra el Cáncer de mama. *Salud Pub Mex, Vol 1*, Suplemento 2.
- Sánchez, D. T. y Crocker, J. (2005). How investment in gender ideals affects well-being: The role of external contingencies of self-worth. *Psychology of Women Quarterly*, 29, 63-67.
- Sau, V. (1998). *Reflexiones sobre la discusión teórica sobre el doble concepto sexo-género*. II jornadas por la educación no sexista. España: Instituto de la Mujer en Zaragoza.
- Sebastián, J., León, M., Hospital, A. (2009). Variables psicosociales y cáncer de mama: Un estudio cuasi prospectivo de la personalidad tipo C. *Latinoamericana de psicología*, 41 (3), 461-479.
- Secretaría de Salud, SSA, (2007). Programa de Acción: Cáncer de mama, 2007-2012. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud, SSA, (2009). Norma Oficial Mexicana, *NOM-046-SSA2-2009, Violencia Familiar, Sexual y Contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. *Diario Oficial de la Federación*. Consultado 10 Febrero 2015.
Disponible en:
http://www.inm.gob.mx/static/Autorizacion_Protocolos/SSA/Violencia_familiar_sexual_y_contra_las_mujeres_criterios_par.pdf
- Secretaría de Salud, SSA, (2011). *Norma Oficial Mexicana, NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. *Diario Oficial de la Federación*. Consultado 16 Septiembre 2014.
Disponible en: en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/equipoMedico/normas/NOM_041_SSA2_2011.pdf
- Secretaría de Salud, SSA, (2012). *Norma Oficial Mexicana, NOM-004-SSA3-2012, del Expediente clínico*. *Diario Oficial de la Federación*. Consultada 8 Agosto 2013.
Disponible en:
http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/norma_oficial.pdf
- Sherif, C. W. (1982). Needed Concepts in the Study of Gender Identity. *Psychology of Women Quarterly*, 6, 375-398.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Tajfel, H. (1981). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: España: Herder.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1998). Introduction to qualitative research methods: Aguide and

- resource (3^a ed.) New York: John Wiley & Sons.
- Temoshok, L. y Dreher, A. W. (1992). *The type C Connection*. New York: Random House.
- Tobón, C. O. (1986). El autocuidado una habilidad para vivir. Colombia: Universidad de Cladas, 1-12.
- Triandis, H. C. (1994). *Culture and social behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Uribe, J. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 17 (2), 109-118.
- Ullin, P., Robinson, E., Tolley, E. (2006). Investigación aplicada en Salud Pública. Métodos cualitativos. Washington, D. C: OPS.
- Veras, E. (2010). Historia de vida: ¿Un método para las ciencias sociales?. *Cinta moebio* 39, 142-152.
- Vinaccia, S. (2003). El patrón de conducta tipo C en pacientes con enfermedades crónicas. *Colombiana de psiquiatría*, XXXII (1), 161-168.
- Vinaccia, S., Arango C., Cano E., Tobón, S., Moreno, E, López, AE. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas psychologica*, 5 (3), 575-583.
- Walters, V., McDonough, P. & Stohschein, L. (2002). The influence of work, household structure and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994, Canadian National population health survey. *Social Science and Medicine*, 54, 5: 677-692.
- Watson, M, y Greer, S. (1983). Development o a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 299-305.
- Wood, J. (1997). *Gendered lives: Communication, gender and culture*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Zabludovsky, G. (2007). Las mujeres en México: Trabajo, educación superior y esferas de poder. *Polit. Cult.* 28, 09-41.

Anexos

1. Cartas descriptivas de las sesiones del Taller: Disminución y Prevención de la Ansiedad en pacientes con cáncer

CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER: DISMINUCION Y PREVENCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER Sesión 1

Nombre del taller: Disminución y prevención de la ansiedad en pacientes con cáncer

Responsable del taller: Mtra. Psic. Marina Ceballos Fontes

Sede: AHTECA

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de cáncer y familiares o acompañantes

Duración: 2 horas

Horario: 11 a 13 horas

Fecha: 9 de octubre de 2013

Objetivo general: Realizar una introducción del concepto de ansiedad y sus síntomas.

Hora	Tema	Objetivos	Técnica didáctica y actividad	Material de apoyo
11:00 a 11:30	A N S I E D A D	Que los asistentes conozcan de manera general los objetivos y temas que se trabajarán en el taller durante las 10 sesiones.	Técnica: Expositiva- Se explicará a los pacientes mediante diapositivas e imágenes sobre los generales del taller y los datos de ansiedad que se mencionan en los objetivos.	Dispositivas Mandalas impresos
11:30 a 12:00		Que los pacientes reconozcan el concepto de ansiedad y que identifiquen los síntomas.	Cada paciente elegirá un mandala impreso para colorear, además seleccionará 3 colores de su agrado. Así mismo se explicará la técnica de elaboración y se le dará el tiempo pertinente a los participantes para llevar acabo la actividad de manera individual y en silencio.	Colores Sacapuntas
12:00 a 13:00		Que los participantes realicen un ejercicio útil para la relajación.	Comentarios sobre la actividad .	

**CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER:
DISMINUCION Y PREVENCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER
Sesión 2**

Nombre del taller: Disminución y prevención de la ansiedad en pacientes con cáncer

Responsable del taller: Mtra. Psic. Marina Ceballos Fontes

Sede: AHTECA

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de cáncer y familiares o acompañantes

Duración: 2 horas

Horario: 11 a 13 horas

Fecha: 16 de octubre de 2013.

Objetivo general: Realizar Psicoeducación a los asistentes sobre el concepto de ansiedad y algunas formas de frenar la ansiedad.

Hora	Tema	Objetivos	Técnica didáctica y actividad	Material de apoyo
11:00 a 12:00	A N S I E D A D	Psicoeducar a los participantes para que reconozcan algunas formas de la ansiedad y aprendan a frenarla.	Técnica: Expositiva Exposición mediante diapositivas sobre el concepto de ansiedad, sus principales afectaciones en el área emocional y las formas de frenar la ansiedad en las áreas: biológica, social y psicológica.	Diapositivas
12:00 a 13:00		Que los participantes logren identificar sus emociones.	Se trabajará con una lotería, de emociones, donde los participantes identificarán cuales de ellas sienten, por ejemplo: enojo, ira, rencor, alegría, etc. Comentarios sobre la actividad	Lotería de las emociones

**CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER:
DISMINUCION Y PREVENCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER
Sesión 3**

Nombre del taller: Disminución y prevención de la ansiedad en pacientes con cáncer.

Responsable del taller: Mtra. Psic. Marina Ceballos Fontes

Sede: AHTECA

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de cáncer y familiares o acompañantes.

Duración: 2 horas

Horario: 11 a 13 horas

Fecha: 23 de octubre de 2013.

Objetivo general: Dar a conocer el tema de depresión.

Hora	Tema	Objetivos	Técnica didáctica y actividad	Material de apoyo
11 a 12 del día. 12:30 a 13:00	D E P R E S I Ó N	<p>1. Dar a conocer a los participantes el concepto de depresión, los principales síntomas y las pautas para disminuirla.</p> <p>2. Que los participantes cuenten con una herramienta que les permita aclarar de manera sencilla y rápida sus pensamientos y sentimientos.</p> <p>3. que cada uno de los asistentes tenga la oportunidad de recordar que tiene la capacidad de hacer sentir bien a otras personas y que también merece ser halagado por los demás.</p>	<p>Técnica: Expositiva</p> <p>1. Exponer de manera concreta, mediante diapositivas los aspectos que se señalan en el primer objetivo.</p> <p>2. Explicar la técnica de aclaración del pensamiento e invitar a los pacientes a reconocer sus problemas, pensamientos, sentimientos y la solución, a través de esta técnica.</p> <p>3. Dinámica de los cariñitos. Al inicio de la sesión se otorgará un dulce a cada persona, solicitándole que lo conserve durante toda la sesión. Posteriormente le otorgará ese dulce en símbolo de un cariño hacia la persona que tenga a su lado derecho, junto con una frase positiva, por ejemplo: ¡me gusta que haya dicho que es usted muy alegre!, creo que es usted alguien amable y por eso le doy este cariñito!.</p>	<p>Dispositivas</p> <p>Dulces para la dinámica</p>

**CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER:
DISMINUCION Y PREVENCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER
Sesión 4**

Nombre del taller: Disminución y prevención de la ansiedad en pacientes con cáncer.

Responsable del taller: Mtra. Psic. Marina Ceballos Fontes

Sede: AHTECA

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de cáncer y familiares o acompañantes.

Duración: 2 horas

Horario: 11 a 13 horas

Fecha: 30 de octubre de 2013.

Objetivo general: Dar a conocer el tema de autocuidado y autoestima, que será útil a los participantes para la vida diaria y para enfrentar el proceso de la enfermedad.

Hora	Tema	Objetivos	Técnica didáctica y actividad	Material de apoyo
11:00 a 12:00	Autocuidado y Autoestima	1. Dar a conocer a los participantes los conceptos de autocuidado y autoestima.	Técnica: Expositiva 1. Exponer de manera concreta, mediante diapositivas los aspectos que se señalan en el primer objetivo.	Dispositivas Autorregistro
12:00 a 12:30		2. Describir actividades relacionadas al autocuidado en la salud y bienestar personal.	2. Exponer las actividades de autocuidado y realizar un autorregistro de manera individual, lo que permitirá a los participantes saber que actividades realizan y cuales pueden iniciar a trabajar.	Lapiceros
12:30 a 13:00		3. Reconocer frases de autoestima y que a los participantes se les facilite distinguir frases positivas.	3. Después de reconocer algunas frases de autoestima se le pedirá a cada participante decir una frase positiva para sí mismo, y se le invitará a que la repita a diario.	

**CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER:
DISMINUCION Y PREVENCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER
Sesión 5**

Nombre del taller: Disminución y prevención de la ansiedad en pacientes con cáncer.

Responsable del taller: Mtra. Psic. Marina Ceballos Fontes

Sede: AHTECA

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de cáncer y familiares o acompañantes.

Duración: 2 horas

Horario: 11 a 13 horas

Fecha: 06 de noviembre de 2013.

Objetivo general: Trabajar el tema de solución de problemas y dar a conocer a los pacientes una técnica que no solo es de identificación, sino de toma de decisiones, lo que facilitará la solución de problemas.

Hora	Tema	Objetivos	Técnica didáctica y actividad	Material de apoyo
11:00 a 12:00	Solución de problemas	1. Dar a conocer a los participantes el concepto de problema y una técnica de solución.	Técnica: Expositiva 1. Exponer de manera concreta, mediante diapositivas los aspectos que se señalan en el primer objetivo.	Dispositivas
12:00 a 12:30		2. Dar a conocer a los participantes, la técnica a manera de esquema.	2. Ejemplificar mediante un esquema ó mapa mental, la técnica de solución que lleva 7 pasos.	Hoja de rotafolio (para escribir el problema que vayan desarrollando y mostrarlo al final)
12:30 a 13:00		3. Que los participantes desarrollen la capacidad de elaborar la técnica.	3. Pedirle al grupo que elija un problema, e irlos guiando a través de los 7 pasos.	Marcadores

**CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER:
DISMINUCION Y PREVENCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER
Sesión 6**

Nombre del taller: Disminución y prevención de la ansiedad en pacientes con cáncer.

Responsable del taller: Mtra. Psic. Marina Ceballos Fontes

Sede: AHTECA

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de cáncer y familiares o acompañantes.

Duración: 2 horas

Horario: 11 a 13 horas

Fecha: 13 de noviembre de 2013.

Objetivo general: Trabajar el tema de creencias irracionales, con la finalidad de que los participantes aprendan el funcionamiento y sean capaces de hacer el cambio de creencias irracionales, por creencias racionales.

Hora	Tema	Objetivos	Técnica didáctica y actividad	Material de apoyo
11:00 a 12:00 12:00 a 13:00	Creencias irracionales	<p>1. Dar a conocer a los participantes el concepto y el funcionamiento de las creencias irracionales y explicar como guían nuestras conductas.</p> <p>2. hacer un ejercicio de identificación de creencias irracionales y cambio de las mismas.</p>	<p>Técnica: Expositiva</p> <p>1. Exponer de manera concreta, mediante diapositivas los aspectos que se señalan en el primer objetivo.</p> <p>2. Trabajar ejemplos de las creencias irracionales, generales y en relación al cáncer.</p> <p>3. Trabajar un ejemplo de cambio de creencia.</p>	Dispositivas

**CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER:
DISMINUCION Y PREVENCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER
Sesión 7**

Nombre del taller: Disminución y prevención de la ansiedad en pacientes con cáncer.

Responsable del taller: Mtra. Psic. Marina Ceballos Fontes

Sede: AHTECA

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de cáncer y familiares o acompañantes.

Duración: 2 horas

Horario: 11 a 13 horas

Fecha: 20 de noviembre de 2013.

Objetivo general: Que los participantes realicen un análisis personal de las actividades que realizan, actividades relacionadas al género, que pueden originar ansiedad y estrés.

Hora	Tema	Objetivos	Técnica didáctica y actividad	Material de apoyo
11:00 a 12:00 12:00 a 13:00	Roles de género tradicionales	1. Identificación del concepto y actividades relacionadas con el rol de género tradicional femenino y masculino. 2. Realizar análisis personal de la postura ante determinadas actividades.	Técnica: Expositiva 1. Exponer de manera concreta, mediante diapositivas los aspectos que se señalan en el primer objetivo. 2. Ejercicio mediante el análisis de una lista de actitudes hacia el cambio de los roles de género	Dispositivas

**CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER:
DISMINUCION Y PREVENCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER
Sesión 8**

Nombre del taller: Disminución y prevención de la ansiedad en pacientes con cáncer.

Responsable del taller: Mtra. Psic. Marina Ceballos Fontes

Sede: AHTECA

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de cáncer y familiares o acompañantes.

Duración: 2 horas

Horario: 11 a 13 horas

Fecha: 27 de noviembre de 2013.

Objetivo general: Que los participantes reconozcan tres estilos de comunicación: Asertividad, pasividad y agresividad. Que sean capaces de identificar el estilo que personalmente suelen practicar.

Hora	Tema	Objetivos	Técnica didáctica y actividad	Material de apoyo
11:00 a 12:00 12:30 a 13:00	Estilos de comunicación	1. Identificación del concepto de comunicación y los tres estilos de comunicación. 2. Realizar análisis personal del estilo de comunicación más frecuente.	Técnica: Expositiva 1. Exponer de manera concreta, mediante diapositivas los aspectos que se señalan en el primer objetivo. Citar ejemplos de cada uno de los estilos de comunicación 2. Comentar sobre ejemplos de diálogos asertivos y no asertivos.	Dispositivas

**CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER:
DISMINUCION Y PREVENCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER
Sesión 9**

Nombre del taller: Disminución y prevención de la ansiedad en pacientes con cáncer.

Responsable del taller: Mtra. Psic. Marina Ceballos Fontes

Sede: AHTECA

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de cáncer y familiares o acompañantes.

Duración: 2 horas

Horario: 11 a 13 horas

Fecha: 4 de diciembre de 2013.

Objetivo general: Dar a conocer el ejercicio de la flecha de la vida y que los participantes lo practiquen, enfocándose a la reflexión positiva del sentido de vida personal.

Hora	Tema	Objetivos	Técnica didáctica y actividad	Material de apoyo
11:00 a 12:00 12:30 a 13:00	La flecha de la vida	1. Explicar los conceptos: sentido de vida y flecha de vida. Además de la identificación personal de propósitos. 2. Que cada participante realice el ejercicio de la flecha de la vida.	Técnica: Expositiva 1. Exponer de manera concreta, mediante diapositivas los aspectos que se señalan en el primer objetivo. 2. elegir aspectos positivos de la historia de vida personal, dibujar atreves de símbolos en la flecha impresa y hacer una reflexión.	Dispositivas Copias del ejercicio. Colores

**CARTA DESCRIPTIVA DEL TALLER:
DISMINUCION Y PREVENCION DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON CANCER
Sesión 10**

Nombre del taller: Disminución y prevención de la ansiedad en pacientes con cáncer.

Responsable del taller: Mtra. Psic. Marina Ceballos Fontes

Sede: AHTECA

Dirigido a: Pacientes con diagnóstico de cáncer y familiares o acompañantes.

Duración: 2 horas

Horario: 11 a 13 horas

Fecha: 11 de diciembre de 2013.

Objetivo general: Dar a conocer el significado de una meta e inducir a los participantes a su planteamiento.

Hora	Tema	Objetivos	Técnica didáctica y actividad	Material de apoyo
11:00 a 12:00	Planeación de metas	1. Explicar el concepto de planificación de metas.	Técnica: Expositiva 1. Exponer de manera concreta, mediante diapositivas el aspecto que se señala en el primer objetivo.	Dispositivas
12:30 a 13:00		2. Que cada participante se plantee una meta a corto y/o a largo plazo.	2. Que cada participante exprese sus metas o propósitos en aspectos personales, de trabajo y familiares.	

2. Instrumentos

Cuestionario de datos generales realizado a mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama.

Contestados por la entrevistadora. Tomando en cuenta el estado de salud y la disponibilidad de la paciente, aclarando que puede suspender o postergar en cualquier momento la entrevista.

1. Nombre	2. Edad
3. Lugar de origen	4. Domicilio actual
5. Situación civil <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Separada	6. Ocupación <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Trabajo independiente ¿Quién la apoya económicamente?
7. ¿Tiene hijos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos? _____	8. Grado de estudios <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado
9. ¿Cuánto tiempo hace que conoce el diagnóstico de cáncer de mama? <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 4 años <input type="checkbox"/> Más tiempo	10. ¿Cuál fue el estadio clínico del cáncer al ser detectado? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
11. ¿Antes de detectado el cáncer, se realizaba la prueba de autoexploración mamaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Con qué frecuencia?	12. ¿Existen antecedentes de cáncer de mama en la familia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Quién?

13. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que detectó alguna anomalía hasta que acudió al médico, si es que usted la detectó?	Observaciones
---	----------------------

Entrevista semiestructurada realizada a mujeres con Cáncer de mama.

1. ¿Cuáles son las actividades que normalmente hace en su casa?.
2. ¿Cuáles son las actividades que hace fuera de su casa, en cuanto a trabajo?.
3. ¿Considera que por tradición, estas actividades han sido asignadas más a un sexo que a otro? Es decir más a las mujeres o a los hombres.
4. ¿Considera que existen actividades que son únicamente para las mujeres?, si es así, ¿Cuáles?.
5. ¿Cree que hay actividades que solamente pueden hacer los hombres?, si es así, ¿Cuáles?.
6. ¿Qué actividades hacían regularmente su mamá y su papá, o las personas que fueron importantes para usted, en la infancia, que haya aprendido de ellos?
7. ¿De acuerdo a su experiencia, que ha significado para usted, ser mujer?
8. ¿Si usted fue a la escuela, cree que había diferencias en el trato de los demás, dependiendo si eran mujeres u hombres?
9. ¿Le prohibían hacer alguna actividad cuando era niña o joven, sobretodo sus padres o las personas que la cuidaban?
10. ¿Hay algo que a usted le gustaría hacer, y no lo hace porque no es bien visto para las mujeres?
11. ¿Qué características cree que debe tener una buena mujer?
12. Usted, ¿Cómo define a una buena madre?
13. ¿Cómo define a una buena esposa?
14. ¿Cómo considera que debe ser un buen hombre?
15. Si usted acude a la iglesia, ¿Considera que mediante ella, se indica como debe actuar una mujer y un hombre? y ¿por qué?
16. ¿Cree que los medios de comunicación, promueven que las mujeres y los hombres actúen de forma determinada?

3. Consentimiento informado para participantes de investigación psicológica

De acuerdo con la Norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, en su apartado de consentimiento informado, se le invita a participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación sobre personalidad C y roles de género femeninos tradicionales, dirigido a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, entre la edad de 30 a 65 años. Este proyecto tiene la finalidad de recabar información que será útil en la elaboración de propuestas psicológicas de prevención y acompañamiento emocional durante el tratamiento de cáncer, dirigido por la Mtra. en psicología Marina Ceballos Fontes, estudiante de Doctorado en Psicología, en la Universidad Veracruzana.

Al participar en este estudio se le solicitará colaborar en una entrevista y responder un cuestionario de respuestas sencillas. La información que se obtenga de las aplicaciones será confidencial (De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares) y solamente se usará con los fines científicos de investigación. Sus respuestas serán agrupadas con los resultados de otras personas, se utilizarán números de identificación y seudónimos, por lo tanto se publicarán solamente las respuestas en conjunto, bajo estos términos.

Si usted lo permite se utilizará una grabadora de voz durante la entrevista para poder transcribir la información y no perder detalle de cuestiones importantes, al terminar la transcripción se eliminará dicha grabación.

Además, si tiene alguna duda sobre este proyecto, podrá preguntar en cualquier momento durante su participación. También podrá retirarse de la entrevista si así lo decide, sin que perjudique a su persona. Además tiene derecho de solicitar los resultados de este estudio con la psicóloga Ceballos.

De antemano se le agradece su tiempo y su colaboración!!!

Acepto participar voluntariamente en este estudio:

Nombre _____ Firma _____

Fecha _____ Lugar _____

4. Registro de actividades de Autocuidado: Abordaje psicológico

Área	Actividad	Grado de Satisfacción (del 0 al 10)
1. Sueño y descanso		
2. Alimentación		
3. Ejercicio físico		
4. Recreación		
5. Autoexploración mamaria y Asistencia médica		
6. Comunicación		
7. Apoyo en el círculo social		
8. Alineo personal		
9. Reflexionar sobre mis pensamientos, sentimientos y conducta.		
10. Distribución de las actividades del hogar		

5. Extractos de los diálogos durante aplicación de la técnica de Historia de vida y entrevista a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

IDENTIFICACIÓN:

Participante 1

Seudónimo: Juana

Edad: 43 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 4 meses

Fecha de realización de entrevista: 26 de septiembre de 2013

“Nací en Coatzacoalcos, en la colonia flores magón, somos 7 hermanos, yo soy la número 5, todos vivimos en la misma ciudad, también ahí viven mis papás, vivo muy unida a ellos. Los recuerdos mas marcados que tengo de mi niñez es que en la primaria tuve muchas amigas, me gustaba convivir mucho con ellas y las deje de ver porque ya no seguí estudiando por la economía, siempre fuimos muy pobres, mi mamá tenía que trabajar para ayudar a mi papá y yo cuidaba a mis hermanos. Desde chica empecé a trabajar con una vecina, le ayudaba a cuidar a sus hijos, en una tienda que tenía y en el quehacer de su casa. Desde niña mi mama me enseñó las cosas, el quehacer de la casa, pues, eso fue lo bueno, a los hombres no, solo a nosotras las mujeres, porque las mujeres somos las que tenemos que hacer todo lo de la casa, nos toca a nosotras y al hombre le toca trabajar para traer el dinero de lo que se ocupe en la casa y la familia”.

“Mientras trabajaba con la señora que le dije ahorita, conocí a mi esposo, tenia yo 15 años y me casé con mi esposo, nos casaron más bien (risas), él es mayor que yo 7 años. Cuando cumplí 20 años me embaracé de mi primer hijo y cuando él cumplió los 10, yo empecé a estudiar estilismo, vi que teníamos mucha necesidad y a mi esposo no le alcanzaba lo de su trabajo para mantenernos y me puse a trabajar en lo que es belleza, trabajé 11 años de forma independiente, en un local que puse y lo dejé en mayo de 2013 que me diagnosticaron el cáncer de mama”.

“Un día bañándome me encontré una bolita porque sentía dolor pero no creí que fuera nada malo, hasta un mes después, sentí mucho mas dolor y ya fui con una doctora particular, porque no tengo ningún seguro medico, el tumor era chiquito cuando ella me lo encontró, una bolita, era de 2 centímetros más ó menos y en lo que tardé para llegar a Xalapa, al CECAN, se había expandido 10 centímetros, hasta nivel cuatro, todo en mi pecho derecho”. La verdad es que batalla uno mucho para encontrar pronto ayuda, porque los médicos tienen mucho trabajo, y nomas le dicen a uno que las agendas están llenas, por eso tarde todavía mas y mi tumor se creció”.

“Esta experiencia con el cáncer ha sido dura, dolorosa, pero he aprendido a aceptar esta enfermedad que me tocó, dios sabrá porque, él me la mandó y será por algo y la he aceptado. Al principio no la aceptaba, porque pensaba que me quedaría pelona y delgada, en que diría la gente y lo he aceptado y ahorita creo que es una enfermedad común que tiene que salir, no nació conmigo”. YA me dejo pelona y tengo que usar esta peluca que ni mía es. Fíjese que

tengo mucho dolor, me duele mi pecho y mi brazo, pero quiero seguir platicando con usted, porque eso me hace bien, no quiero acostarme”.

“Desde el mes de mayo voy y vengo a Coatzacoalcos, a veces me acompaña mi sobrino de 17 años, mi hija o mi cuñada, mi esposo también está pendiente de mí. Siempre les digo que no quiero venir sola, nunca me ha gustado estar sola, siempre pido a alguien de la familia que vaya con migo a donde voy, mi esposo siempre me trae el mandado a la casa si no tiene tiempo de acompañarme y así ya me evito salir sola. Lo que me ha ayudado a enfrentar el cáncer es pensar en mis hijos y un nieto que tengo de 4 años, es de mi hija, lucho por salir adelante... lucho por ellos, porque me necesitan y además a mí me preocupan mis hijos y mi esposo, que seria de el sin mi, solo imagínese que seria de el, si esta acostumbrado que yo le haga todo, yo le alisto la ropa para que se bañe, le sirvo su vaso de agua, su comida calentita para cuando el llegue”.

“Yo enfrento la enfermedad distrayéndome con el bordado, cociendo servilletas, estoy mas tiempo aquí en AHTECA que en mi casa, pero le doy gracias a dios porque la quimioterapia me ha ayudado bastante, el tumor ya se está haciendo pequeño y voy bien, dios me da fuerza, no me ha tirado como a otras compañeras que ha tirado más feo, dios me ha dado mucha fuerza, esta con migo y solo se que no quiero morirme, porque mis hijos que seria de ellos sin mi, además dios no me dejará”.

“Lo que me preocupa es que puede que me operen pero no me gustaría que me quitaran un seno, es algo mío que no quiero perder, aunque si es así pues lo acepto, acepto lo que sea. Es lo que les pasa a las mujeres porque no se revisan. Nos dedicamos al trabajo de la casa y nos olvidamos de uno, dejamos el cuerpo hasta el final”. Per ahora con esta enfermedad tristemente hasta que uno la vive se da cuenta de lo que es y de que debemos cuidarnos a nosotras misma por si solas, para que esperamos que nos cuiden los demás, verdad, dígame si no, si estoy mal”.

“Fíjese que ahora que me lo pregunta pienso que yo no soy una persona rencorosa, nunca lo he sido, y cuando estoy triste me controlo, hago otras cosas para disimularlo. Para que nadie me vea, porque yo no quiero que se preocupen por mi mis hijos ni mi esposo. Cuando tengo ganas de llorar voy y me escondo allá por un rincón para que nadie me ande viendo para que no se pongan tristes con migo”.

IDENTIFICACIÓN:

Participante 2

Seudónimo: Paula

Edad: 57 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 2 años

Fecha de realización de entrevista: 26 de septiembre de 2013

“Ahorita yo no me puedo levantar, estoy enferma de mi cadera aparte del cáncer de mama, ya esta uno vieja llena de achaques... Fíjese que yo soy de Misantla, Veracruz, yo no estudié pero

sí sé leer y escribir, porque una señora me enseñó, ya de mas grande, de chica no fui a la escuela, pero de lo que mas recuerdo cuando era niña es que mi papá me casó a la fuerza cuando tenía 12 años, vivíamos en Acayucan en aquel entonces, y me casó con un hombre de 27 años, él me golpeaba, me trataba muy mal, igual mi suegra me golpeaba, vivíamos en casa de ella, ahí nacieron mis hijas”. La noche de bodas ese hombre me mandó al hospital de todo lo que me hizo, señorita ya se habrá de imaginar lo mal que me fue, estuve casi un mes hospitalizada. Después de eso seguí con él, muchos años.”

“A los 16 años de casada dejé a mi esposo y me fui a Campeche con mis papás, me fui porque él (esposo) me pateaba, incluso estando embarazada muchas veces me golpeó. Él me hirió en la pierna izquierda, me fracturó con un machete. Otra vez en el pecho izquierdo me pegó puñetazos y patadas, estando borracho; el era campesino y hasta la fecha no deja de tomar. Siempre negó a sus hijas, no me daba dinero para ellas, y el compañero es el que debe dar, de mantener a su mujer. Una de mis hijas era blanca y la otra morena y siempre las negó, más a la rubia que no salió a mi papá”.

“Mi suegra murió muy enferma de las piernas y mis hijas se quedaron ahí con ella y la tenían que cuidar, yo a ella nunca le guardé rencor, al contrario, siempre fui una moza de hacerle la comida, limpiar su casa, de cuidar a la señora aunque me pegara y me tratara como un perro, porque habrá de saber que yo hago la comida, lavo la ropa, plancho. Todo lo que las mujeres debemos hacer en la casa, porque así nos enseñaron que una mujer tiene que hacer. Mi mamacita desde bien chiquita así me enseñó”.

“Yo me fui con mis papás como le digo, y mi hija la mayor se quedó a vivir ahí con ellos, con mi esposo y mi suegra, en el mismo terreno. Yo me fui a Campeche con mis papás, sembrábamos verduras para vender y venia a traerles dinero a mis hijas, a escondidas porque él no me dejaba verlas, hasta que ellas ya se casaron entonces me dejaron verlas. Una de ellas vivió una temporada con migo, pero ya estando casada”. Pero me he sentido muy triste porque ellas parece que no me quisieran, no me valoran, no me apoyan ahora con esto de la enfermedad, así como yo ayude siempre a mis padres, me sacrifique por ellos”.

“Siempre le tuve miedo al hombre (esposo) por eso me refugié en mi familia. Él aún vive, está sólo, se casó con una cantinera pero pronto se le fue, esa si que no le aguanto todos sus maltratos no como yo. El día de mi boda el hombre también me golpeó, aparte de todo lo demás que ya le dije, para que lo repito, ¿verdad?, yo aun ni reglaba y me mandó al hospital de todo el daño que me hizo, pero ya no quiero recordar mas eso. Yo no me lleve a mis hijas, él no me dejó, nadamas alcance a irme yo sola, y decidí mejor dejárselas porque yo me fui a trabajar para ayudar a mis papás, de tan pobrecitos que eran. Al final cuando mi papá se murió me dejo su casa y me pidió perdón, pero yo le dije que nada tenia que perdonarle, el era mi padre y por algo hizo lo que hizo, necesitaba la ayuda del hombre (esposo), de dinero y de comida para mantener a mis hermanos”.

“Actualmente vivo en unión libre con un muchacho (desde hace 3 años), a él su familia no lo quiere y yo lo recogí, porque su familia le quitó todos sus bienes, él está enfermo de la columna, tiene 43 años, lo operaron en Estados Unidos. Por cuidarlo a él me dejé de mi salud un año y

medio hasta venir con el doctor por mi problema de cáncer, desde entonces yo tenía una bolita en el pecho y me dijeron en la caravana de salud que era cáncer pero pensé en no ponerle cuidado, no lo creí, me descuidé, y ahora ya está bien avanzado, no puedo ni caminar. Los doctores se me ponen bien bravos, me regañaron porque mi problema de cáncer de mama ya está muy avanzado desde que vine en el mes de junio de este año”. Apenas tengo tres quimioterapias, parece que me van a operar, pero yo le hecho ganas y a ver que sale. Por lo menos desde la primer quimio me sentí con más fuerza, me confortó más, ya camino despacito pero empiezo a caminar y meses pasados ya ni podía, pero ahorita me quedo acostada, para descansar”.

“La autoexploración si la conozco, de eso informan en el centro de salud, pero nunca me la hice por desidia, flojera, le busca uno la vuelta y ahora es peor para mi porque estoy encamada y sin poder levantarme. Los primeros días que me detectaron el cáncer de mama yo lloraba mucho, mis hijas no me iban a ver, me puse muy triste y fueron hasta que estaba yo en el hospital. Yo lloraba mucho porque una hija no quería ir a verme, me sentí mal, porque a mis papás yo nunca los dejé, nunca traté mal a mis padres, hasta vendí mis cochinos para sepultar a mi papá cuando se murió, nunca le guardé rencor por haberme casado a la fuerza. Me sentí mal porque mayor otros hacen favores que ellas (hijas), me siento muy mal de pedir un favor y no me lo hagan, en especial mis hijas, una de ellas tiene diabetes causa de mi esposo que un día se peleó con sus hermanos y ella se desmayó estando embarazada, al poco tiempo le salió esa enfermedad”.

“De lo que estoy orgullosa es que yo fui la única hija que se casó, mis hermanas todas se huyeron, además mis papás me dejaron la casa, aunque después una de mis hermanas me sacó de ahí con el cuchillo, no me quería, me odiaba, yo me fui para no tener mas problemas con ella, todo eso me hizo a pesar de que yo le cuide a su hijo mayor que llevo y se lo dejo a mis papás y yo me hice cargo de él, sin ser mi hijo, así nomas un día se le hizo bueno, dijo que por tres días, pero se fue con un fulano y por allá se casó, volvió después de los años a reclamar la casa, pues yo se la dejé”.

“Yo le agradezco que hayan personas interesadas en uno, que la escuchen a una, no como los doctores que nomas lo regañan a uno, así ni con cual confianza de venir, yo nomas vine porque me fueron a buscar del DIF y de la presidencia, pero yo ni dinero tengo, vengo porque ellos me ayudan y me traen en la ambulancia hasta Xalapa, además el programa de gastos catastrales ayuda a las mujeres con cáncer de mama”.

IDENTIFICACIÓN:

Participante 3

Seudónimo: Luisa

Edad: 37 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 6 meses

Fecha de realización de entrevista: 27 de septiembre de 2013

“Yo no tuve papá porque falleció en un accidente cuando mi mamá estaba embarazada de mí, así que no lo conocí. Mi niñez fue buena porque mi mamá no nos maltrataba, trabajaba en el campo, siempre fue muy trabajadora. Éramos doce hermanos y trabajábamos todos en el campo

con ella, sembrando papa, maíz, frijol, cebada y trigo, siempre me llevé bien con mis hermanos.”

“A los 16 años me casé, mi esposo era violento, me pegaba, me amenazaba de muerte, él tomaba alcohol y me imagino que también se drogaba porque era muy, muy agresivo. Llevé una vida muy triste con él, le aguanté mucho, me era muy difícil dejarlo porque me amenazaba con matarme ó matar a mis hijos si yo me iba. Hasta que un día me armé de valor y me fui con mis hijos, a vivir rentando. A pesar de la vida que llevé, mis hijos están conmigo. Mi esposo buscaba a mi hijo mayor y le metía malas ideas, porque se ponía grosero con migo cada vez que se veían. Siempre le pedí a dios que cambiara y ahora me ayuda mucho, vive aparte desde más joven porque se portaba mal con las niñas, hacia lo mismo con ellas, que su papá conmigo, se portaba como él. Entonces agarré al resto de mis hijos y lo dejé a él solito en el departamento que llegamos a rentar cuando me separé de su papá, así pasaron años hasta que me buscó y me pidió perdón, en aquel entonces ya estaba yo trabajando en una taquería, haciendo tortillas”.

“Desde chiquita he estado acostumbrada a trabajar, aunque ahora por la enfermedad no participo mucho haciendo las cosas del hogar, lo hace mi hija la mayor. Pero cuando estoy sana yo llego del trabajo y hago comida, lavo los trastes, cuido a mis hijos, los apoyo con las cosas de la escuela, esto si sigue siendo igual, también cuido a uno de mis nietos”.

“Hace un año le detectaron a mi hijo el menor, al de 10 años (el menor de 5 hijos) insuficiencia renal, a veces se pone muy mal, lo cuida mi hija la de 22 años que esta casada y tiene un bebé. El doctor dice que al niño (hijo) le afectaron todos los problemas y los riñones se le quedaron chiquitos, necesita un trasplante, yo estaba planeando eso pero me enfermé del cáncer en un pecho, a hoy ya van poco mas de 7 meses que empecé con mucho dolor, pero aunque lo tenia me aguantaba por mi hijo, porque me quedaba con el en el hospital, ahí la doctora de él un día me pregunto que si me sentía mal, porque no me miraba bien, ya fue que le comenté de mi dolor y me revisó, aunque me dio medicina para el dolor me dijo que fuera a ver un especialista particular. Fui porque mi yerno me dio el dinero para ir, y me hicieron estudios, ya mi cáncer estaba avanzado y me mandaron al CECAN”.

“Mi situación ha sido muy difícil, yo me pongo muy mal por las reacciones de las quimios, pero me doy valor porque pobre de mi niño, si yo me muero, a él quien lo va a cuidar, me preocupa, yo le hecho ganas por él. Lo siento por mi hijo, bien ó mal yo ya viví, y el es un angelito que apenas va para arriba. El me dice que le eche ganas porque yo lo tengo que cuidar”.

“Ahora mi hija de 16 años, que es mama soltera me acompaña a mi tratamiento, pero dicen que mi hijo, el de 10 años llora mucho por mi, le hago mucha falta. Lo más grande que tengo son mis hijos y aunque el niño está enfermo, sueño con que él se trasplante y que dios le de muchos años de vida. A mí me queda echarle muchas ganas y salir adelante por mis hijos. Solo le pido a dios que me de vida para ayudar a mi hijo a resolver lo de su trasplante, yo a fin de cuentas me aguanto”.

IDENTIFICACIÓN:

Participante 4

Seudónimo: Cármen

Edad: 56 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 9 meses

Fecha de realización de entrevista: 04 de octubre de 2013

“Tengo 9 meses que me dijeron que tengo cáncer de mama, me lo detectaron en fase 2, en abril empecé las quimioterapias y llevo 6, pero no se si me van a enviar a cirugía o todavía no, hasta tener otros estudios del pulmón, porque el cáncer ya se pasó a mi pulmón, tengo cáncer metastásico”.

“Antes del cáncer yo iba a clases de corte y confección y hacia composturas de ropa, mi mamá se enfermó de diabetes hace 5 años y yo dejé mi trabajo para cuidarla y poderla llevar a las consultas, aunque aparte de cuidarla seguí haciendo todo el quehacer de la casa, vivo con ella. Antes ni pensaba en el cáncer pues de mi familia nadie lo tiene. Yo tendría que haber ido al doctor, pero por dejada no fui y me dio cáncer. No fui porque me dejé. Sentía el pecho duro y rojo como desde 8 meses antes, pero soy dejada y estaba con mi mamá cuidándola, en vueltas con ella. Pasó el tiempo y no me atendí. Tengo sentimiento de culpa por eso, más al principio, ahorita ya no, ya no tiene ningún caso. Por atender más a los demás fue que a mí me ganó esta enfermedad y dicen los doctores que tengo metástasis, estoy invadida de cáncer, pero aun así, ahora mi prioridad soy yo, antes no lo era”.

“Yo soy la segunda hija de 5 hermanos, tres mujeres y dos hombres. Yo nunca me casé, me quede cuidando a mi mamá, porque mi papá se murió hace 38 años, murió envenenado con líquidos del campo. En cuanto al cáncer me siento mal las primeras 2 semanas de que me ponen la quimioterapia, pero ya la tercera me siento mejor. Yo camino y hago todas las actividades a pesar de tener el cáncer ya en el pulmón. Me deprime el hecho de que tengo una úlcera en mi pecho y últimamente me supura, es lo único que me deprime porque siento que huele mal, (Pregunta: ¿A usted le parece que huelo mal?, ¿Se me nota algo?, A veces me sale un agua amarillenta, me cambio seguido las gasas, pero sigo oliendo mal. Platico con la gente, con otras señoras que han tenido lo mismo y dicen que es mejor que salga a que se quede”.

“Yo antes ni pensaba en el cáncer, pues de mi familia nadie lo tiene, creo que es hormonal, yo necesitaba estrógeno y hormonas y mi doctora no me lo recetó, por eso tengo el cáncer ahora. Si me las hubiera dado, dice el otro doctor que no tuviera cáncer, yo tendría que haber ido a otro doctor, pero por dejada no fui y me dio cáncer. No fui porque me dejé, ya sentía el pecho duro, como 8 meses antes, pero soy dejada, además estaba con mi mamá cuidándola y en vueltas. Pasó el tiempo y no me atendí, tengo sentimiento de culpa por eso, bueno, más al principio, ahorita ya no, ya no tiene ningún caso”.

“Por atender mas a los demás fue que a mí me ganó esta enfermedad, pero ahora mi prioridad soy yo, antes no lo era. Pero si quiero que dios me cure tengo que perdonarme y perdonar todo, nunca he sido rencorosa, si quiero un milagro de dios tengo que perdonar a los demás, a todos,

sin fijarme a quien. Empezando por mi, por no haberme atendido a tiempo, por descuidar mi cuerpo, pensando que no importaba y mire ahora comprendo, después de todo esto que el cuerpo es lo mas importante, que sin el no pode mas mas vivir, ni caminar, ni ir a donde uno quiere ni disfrutar la vida, por estar siempre preocupados por los demás, por lo que otro quieren y necesitan que uno haga”.

“El día en que el doctor me dio el diagnóstico le agarré coraje porque me lo dijo como echarme un balde de agua fría. No supe en que momento esta enfermedad me entró, no lo sentí y decía: perdón dios porque no supe detectar a tiempo esta enfermedad y ahorita lo único que hago es venir a los tratamientos y echarle muchas ganas.”

“Estoy muy entera, no me deajo, todos los días le doy gracias a dios por permitirme estar un nuevo día, yo me levanto, arreglo las camas, hago el desayuno, pico verduras, voy al súper en la tarde que ya no hay sol. Procuro no encerrarme para no pensar en la enfermedad y lo único que me deprime es que me empezó a supurar hace un mes. Una chica que conozco tuvo lo mismo, ella perdió un pecho y lo superó, la veo como un ejemplo, porque si ella pudo, yo también”.

(Pregunta si en el momento de la entrevista ella huele mal y que si se ve pálida y amarilla de su piel, refiriendo que es lo único que le preocupa y que le da miedo).

No he dejado de comer, me dije: Tengo que comer porque los tratamientos son fuertes y si no me alimento, me iría mas mal, a pesar de que dice el doctor que tengo mínimas posibilidades de curarme, pero yo me siento bien, camino y respiro y en el día no duermo. En la anterior consulta el doctor me dijo que me veo bien, que le pida mucho a dios y ya en la última me dijo de broma que si yo me siento tan bien pues para que vengo a las consultas eso fue cuando me pregunto como estaba y yo le contesté que muy bien. Todavía le reafirmé que estoy bien y que así voy a seguir, porque en esta enfermedad uno no se debe deprimir porque se le bajan las defensas y nos va peor”.

IDENTIFICACIÓN:

Historia 5

Seudónimo: Hortensia

Edad: 47 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 2 años

Fecha de realización de entrevista: 08 de octubre de 2013

“Cuando tenía 20 años me casé, ahora ya tengo mas de 25 de casada. La primera hija que tengo tiene 11 años y es adoptada, ella si lo sabe, me la dio una sobrina, yo pensaba que no iba a tener bebés, nunca me cuidé ni tomaba pastillas, nada más no llegaban, no sé porque, el doctor me explicó que mi esposo tenía baja de espermas, trabajaba en una tortillería y ahí era muy caliente, por eso la baja de espermas”. A los dos años que ella llegó, tuve mi primer embarazo, a los 7 meses de embarazo, ella nació y murió a los 8 días de nacida, tenía hidrocefalia; eso fue muy difícil para mí, por tantos años de espera, aunque con el tiempo lo superé”.

“Más ó menos a los dos años, quedé otra vez embarazada, cuando tenia 6 meses de embarazo, nació mi bebé porque se me reventó la fuente, era un embarazo de alto riesgo por mi edad y todo el segundo trimestre yo no trabaje porque tuve amenazas de aborto. Mi hija nació invidente, fue muy difícil para mí y todavía no lo acepto, cada vez que vienen los doctores de la UNAM a perote, yo la llevo a consulta y me dicen que la niña es normal porque así nació, que quien tiene que aceptarlo soy yo, me cuesta mucho, me da tristeza cuando me dice: mira mamá que pajarito tan bonito, y yo se que en realidad no lo está viendo. Ella tiene 7 años y no se vale por sí sola, me da tristeza dejarla cuando vengo al tratamiento porque ella no ve. Me preocupo mucho por ella, mas que por mi, la verdad, aunque se que esta bien cuidada por mis hermanas que son quienes me apoyan”.

“La mayor está sana, va en sexto año, me la dejaron de un día de nacida, su mamá es mi sobrina (hija de mi hermana), la niña si lo sabe, es que mi sobrina tenía ya tres hijos y es mamá soltera, no podía con ellos, y mi hija no la acepta como mamá biológica. Pero yo la acepté de todo corazón por ayudar a mi sobrina, por ser solidaria con los necesitados, los que necesitan todavía mas que yo. Hace 8 años, bañándome me sentí una bolita y pensé que era leche, grasa, y así me la fui llevando. Cuando tenia 14 años, tuve un desgarre en el pecho, me tronó, tenia una bola en la axila y se me inflamaba cada vez que menstruaba, nunca me dolía. Pero después de que mi hija murió empezó a dolerme, me fue creciendo, pero pasaron años para que fuera a buscar ayuda con un doctor, creo que me daba pena, vergüenza y también pues por la falta de interesarse uno en su cuerpo”.

“Esa bolita empezó a crecer ya mas grande hace tres años, entonces si les platique a mis hermanas y me llevaron al doctor y me dijo que era leche acumulada, nada de cuidado, pero como mi problema seguía, fuimos a las campañas de salud hace dos años y me hicieron una mastografía, ellos mismos me mandaron a hacer la biopsia ya para ese entonces me dolía mucho mas. Me dan el diagnóstico hace dos años, ya en el CECAN, pues que me empieza a crecer mucho y se me desbarató el pezón. (En este momento se encontraba su acompañante -hermana-, cerca del lugar de la entrevista, le pidió que se alejara. llanto)”.

“La experiencia del cáncer ha sido muy difícil porque no tengo apoyo de mi marido, el dice que no tengo nada, que no estoy enferma, que nomas me vengo desde Perote a pasearme en Xalapa, que esto de la enfermedad son ideas mías, a veces no me da dinero ni para la comida, menos apoyarme con los tratamientos, a pesar de que el si tiene un trabajo formal. Me dice que me tiene asco, que si no me veo en el espejo como estoy de fea, yo no puedo hacer el quehacer de la casa, por la enfermedad y él me dice que soy una cochina, que no hago nada, pero así yo he tenido que trabajar en casas ajenas, haciendo la limpieza, para poder juntar dinero para venir a mis consultas.”

“Siento que a partir de mi enfermedad el cambió mucho. En el día, yo me voy a casa de mi hermana a descansar para poder trabajar en las noches, porque él dice que nomás me hago huaje, yo guardé dinero de mis trabajos anteriores para reunir para la operación, me operaron en septiembre del año pasado, me retiraron todo el pecho, ahorita me estas poniendo radicaciones, van a ser de 25 a 30, una cada día, y apenas voy por la segunda”.

“Yo a mi familia no le digo nada, no quisiera que le reclamen y se hagan mas problemas, mejor me aguanto por mis hijas, porque ellas lo quieren mucho. Hace dos meses el me dejó, se fue a casa de su mama, pero allá no lo aceptaron, su mamá lo corrió y se tuvo que devolver. Mi hija la grande le llora mucho, y según por eso se quedó, por las niñas. Él me da dinero para ellas y todavía me dice que tengo la obligación de aportar para las niñas, porque según él, el ya se asesoró con un abogado. Me da 500 pesos a la semana nada más y el resto lo doy yo”.

“Una de mis hermanas me cuida a las niñas y otra hermana me acompaña a mis tratamientos. La pequeña de mis hijas va a una escuela especial, va en segundo de primaria, él no la quiere llevar porque está cansado, trabaja 24 horas y 24 descansa. Mi hija la pequeña ha juntado dinero, tiene 500 pesos y lo guarda, dice que para mí, para mi tratamiento, para que venga yo al doctor, ellas ya saben que tengo cáncer, y que también desarrollé diabetes hace un año, lo heredé de mi mamá, de mi papá no, él era alcohólico y se murió hace 27 años”.

“Yo no les digo nada a mis hermanas de mis problemas con él, porque lo más seguro es que le reclamen y él se vaya de la casa, aunque va a chantajear a mis hijas, más a la mayor, a le ha dicho que se va a ir de la casa por mi culpa, porque la casa es mía y no de él, la niña lo quiere mas a él y se enoja conmigo, es muy sensible y le cree todo a su papá, él la pone en mi contra. Mi esposo estudió solo la primaria y nunca ha ido conmigo a una consulta, siempre me acompañan mis hermanas, yo soy la numero 5 de siete mujeres que somos de hermanas”.

“Del cáncer no tengo ni la menor idea porque me dio, pero yo saco fuerzas de mis hijas, lucho por ellas porque su padre no ha sido responsable con ellas, él da muy poco, no me alcanza. El desde chico llegó a vivir a perote, yo no convivo con su familia, con mi suegra muy poco, porque dicen que soy una presumida y apretada, es que ellos fueron muy pobres y dormían en el suelo y como yo siempre dormí en cama, pues no me querían. Mi esposo nunca ha hecho nada en la casa, no arregla algo que se descomponga, porque dice que todo es mío y que se me va a quedar a mí, ya tiene dos meses que dormimos separados”.

“Creo que en mi matrimonio siempre ha habido violencia, cuando nos casamos duramos juntos un año, y después nos separamos por cinco años, él se fue a trabajar al D.F., y aunque yo quería tener novio mi mamá no me lo permitió, porque tenía que esperarlo, cuando volvió nos duró la relación dos años y se volvió a ir otros cinco años, en ese entonces, aun casado con migo, tuvo otra mujer, a quien si recibió bien mi suegra, a ella si la quería, tuvieron una niña pero se les murió y él dejó a esa señora, entonces nos juntamos otra vez y ahí empieza la historia de nuevo con él”.

“Yo recuerdo que cuando era chica fuimos muy pobres, pero no nos faltó nada de comer, fuimos 7 mujeres y 4 hombres, en total 11 hermanos, y yo soy la numero 8 de todos, todos vivimos en perote, menos uno que falleció hace siete años, cuando nació mi hija. Nunca se supo bien la causa, parece que se le reventó un intestino. Recuerdo especialmente de mi familia y mi vida de soltera que a las mujeres no nos dejaban salir, menos ir a un baile, mientras los hombres tenían muchas libertades, con decirle que iban hasta al cine, pero no crea que eso me hace sentirme mal, yo acepto y entiendo que nos tienen que educar diferente a las mujeres y a los hombres, las mujeres somos diferentes, tenemos la obligación de la casa, por ejemplo, una buena esposa es la que tiene y cumple las responsabilidades de la casa y da siempre mucho amor para el esposo. Eso

es lo que he aprendido yo socialmente es lo que hago.

“Yo me siento muy mal cuando mi esposo me dice que estoy muy fea, a veces quisiera que me dé un abrazo, pero por mas que espero, nada. No tengo pelo, no tengo un pecho, y entiendo que él no me acepte porque yo tampoco me acepto. Cuando me dijeron que tenia cáncer de mama, le dije que se fuera a buscar a alguien mas, porque yo sabia que me iba a quedar sin pelo y sin pecho. Siento que el busto es muy importante para las mujeres, por vanidad y en lo sexual, yo siempre usé blusas escotadas, y ahora me siento muy mal de no tener un pecho, fue muy drástico perderlo y me da mucha tristeza ver que otras mujeres si tienen y yo no”.

“Mi esposo me dijo al principio de la enfermedad que estaríamos juntos en las buenas y en las malas, pero nada mas lo dijo porque la realidad es que no me apoya, esto no se los digo a mis hermanas para que no le reclamen nada y porque yo a él lo quiero mucho, lo sigo amando, estoy muy acostumbrada a él, y cuando se enferma a mi me duele, me duele que no coma, y aunque yo esté enojada con él, le mando comida con su hija al trabajo, porque lo sigo amando, aunque me da coraje que no me apoye ahora que lo necesito. Ni siquiera me da amistad ni cariño. El en su trabajo se para el cuello diciendo que me apoya, que me ayuda con la enfermedad y con la casa, pero no es cierto, ni siquiera me da amistad ni cariño, eso me lo dice un sobrino que trabaja con él. De hecho a veces que tenia quimioterapia, me iba a casa de mi hermana, y el nunca fue por irme a buscar, cuando yo llegaba me decía que yo tenia la obligación de irlo a buscar a él y avisarle que ya llegué”.

“Yo trato de entender a mi marido porque se enoja y me dice cosas, no me humillo pidiéndole cariño, pero me aguanto, me aguanto las ganas de pedirle un abrazo, será porque yo todavía lo amo mucho, a veces no se que hacer, porque lo sigo queriendo a pesar de todo”.

IDENTIFICACIÓN:

Participante 6

Seudónimo: Concepción

Edad: 36 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 7 meses

Fecha de realización de entrevista: 10 de octubre de 2013

“Recuerdo que en mi infancia fui inmensamente feliz, yo tengo una hermana gemela y eso es maravilloso pero también triste porque no me gustaría que a ella le pase lo mismo que a mi, nos llevamos muy bien, compartimos muchas cosas, incluso los pretendientes nos hablan a las dos (nos invitan a salir a las dos). Mi adolescencia ya no fue tan bonita, porque ya había responsabilidades, trabajo, no teníamos dinero para comprarnos cosas, yo trabajaba temporalmente y con mi sueldo compraba cosas para comer para mi familia, yo procuraba y hasta la fecha, que no haga falta nada, antes de pensar en mi, pienso en ellos, porque primero están ellos que yo, eso me hace sentir bien”.

“Trabajé haciendo comida en un restaurante durante cuatro años, después dejé ese trabajo y me fui a trabajar a córdoba a hacerle el aseo a una señora (yo vivo muy cerca de córdoba) y lo

principal era mi familia, porque yo podía comprarles lo que les gustaba. En un tiempo, crié borregos, tenía 25 y les compraba su comida y todo lo que les hiciera falta, además entre mi hermana y yo los bañábamos, pero al final los tuve que vender porque se enfermaban y ya no me alcanzaba el dinero, entonces me fui a Córdoba con una hermana que vive allá, me fui a limpiar casas, no tenía opción de otra cosa, es que no estudié porque mi familia era muy pobre y no me gustaba darles molestias, menos a mi papa, aunque si me hubiera gustado estudiar, ser psicóloga o maestra de niños, porque me gustan los niños, porque son muy tiernos”.

“A mi me agrada la cocina, la repostería, alguna vez tomé un curso de repostería, de galletas, pays y pasteles, aprendí a hacerlos y es lo que mas me gusta, me gusta hacerle de comer a mi familia. A mi me hubiera gustado irme a Estados Unidos a trabajar allá, a conocer, a comprarme ropa o también casarme con alguien, sobretodo para que me consintiera, pero pues nada de eso se ha logrado hasta hoy. Novios no he tenido, pretendientes si, tuve uno que me agradaba mucho, era un doctor, pero estaba casado, así yo lo quise mucho porque estaba pendiente de mi, pero el era muy mujeriego y se volvió grosero con migo, además tenía ya 52 años, lo dejé porque me diagnosticaron cáncer de mama y así para que quiere un hombre a una mujer, ya no le serviría yo de nada, mi cuerpo tampoco”.

“Yo soy muy soñadora, siempre me han gustado las princesas, así como la bella durmiente o la cenicienta, lo malo es que no he encontrado un príncipe, un hombre perfecto, yo me quede con esas ideas de encontrar un príncipe como cenicienta (pregunta si es infantil), pero los hombres reales luego quieren intimidad sexual, siento que eso es la mayor falta de respeto para mi, me ofenden esas cosas, nunca he tenido nada que ver con nadie, el sexo es algo que me avergonzaría, ya se que soy aburrída y antigua, pero son mis valores y el sexo solo lo tendré con quien me case, con quien me cumpla todos mis caprichos, me consienta y que se encargue de mi, de mantenerme, darme todo lo que necesite, con quien se lo gane, si es alguien que haga mucho por mi, entonces ¿porque negárselo?, pero ya no existe el que un hombre conquiste a una mujer, ahora nada mas quieren el sexo y se van a buscar a la siguiente”.

“En este caso, una mujer casada debe ser activa, hacendosa en la casa y tener la casa muy limpia es lo que las mujeres tienen que tomar en cuenta para estar bien con la familia y con el esposo, es lo que una mujer debe dar siempre a cambio, para que su esposo esté contento y pueda seguir con ella y hacerse cargo de ella para toda la vida”.

“Ese doctor que le dije me pretendió muchos años, pero en una ocasión me invitó a Córdoba a un centro comercial y de repente estábamos afuera de un motel, entonces me molesté muchísimo, porque me quiso engañar, aprovechándose de que le había dicho que a mi me gustaba ir de compras y comprar lencería, yo le dije que hay mujeres para todo, que eso se lo pida a las que se dedican a la vida alegre, yo solo con quien me case, pero no me podía ofrecer matrimonio porque es casado, entonces, pues lo dejé. Aparte desde que me dijeron que tenía cáncer yo me angustiaba mucho con la enfermedad y cuando le consultaba algún síntoma se enojaba mucho, a mi me hacía daño esa situación, por eso lo dejé, además en la intimidad él y cualquier hombre van a querer a una mujer completa y yo ya no voy a tener un pecho, me lo van a quitar en estos días, estoy a espera de la cirugía, pero no me gusta pensar en eso, me pone mal (ojos lagrimosos). No he tenido pareja formal, pretendientes si, pero los dejé porque creo que ellos necesitan a una mujer entera. Tuve otro pretendiente pero lo dejé porque creo que no

me iba a apoyar en la enfermedad, además quería también intimidad sexual y yo no quiero, solo hasta que me case, antes sería una ofensa y además no va con migo”.

“Respecto al cáncer, no me han dicho mucho los doctores, son muy cortantes y groseros, aunque seguro hay algunos buenos, como el que me mandó a las quimioterapias por ejemplo. Las quimios me hicieron sentir muy bien, solo el malestar que da después, pero son buenas porque mi tumor se hizo pequeño, además dicen que quema la raíz. Pronto me van a operar para quitarme mi pecho, solo estoy esperando cama, ahora estoy resignada pienso que para que quiero algo que no me sirve y solo me esta dañando, antes yo pensaba que si porque me iban a quitar algo que es mío, que me pertenece, pero quiero salvar mi vida y esa es la única manera. Aunque el cáncer ha sido una experiencia dolorosa, yo soy muy luchona y no me gusta estar arrumbada en una cama, por mi y también para no inquietar a las personas que me rodean, en especial a mi familia, por la cual tengo que recuperarme para seguir ayudando”.

“No hablo con los demás de mi sentir sobre el cáncer porque se que se preocuparían por mi y no quiero eso, yo mejor me aguanto para que no se preocupen por mi, ni a mi hermana gemela le digo nada, que ella es la que siempre me acompaña. Yo mejor aguando mi dolor, el físico y el sentimiento de lo que me pasa.”

IDENTIFICACIÓN:

Participante 7

Seudónimo: Ángeles

Edad: 42 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 1 año

Fecha de realización de entrevista: 16 de octubre de 2013

“Yo estoy casada, tengo a mi esposo pero no tengo vida intima con él, no cumplo mi responsabilidad como mujer y eso me hace sentir muy triste y estar peor, porque yo sé que los hombres tienen la necesidad del sexo y yo no cumplo con mi esposo. A pesar de eso todavía él me apoya, me dice que vaya al doctor a ver por mi salud, que no le importa que me hayan quitado un pecho y yo creo ya me sirvió para lo principal, para alimentar a mi hijo, lo demás ya no importa, ya salvó mi vida”.

“Desde que me detectaron el cáncer nos fuimos mi hijo y yo a vivir con mi mamá, mis hermanas cuidan a mi niño, y mi mama y yo estamos enfocadas en la enfermedad, pues ahora ella me acompaña, en realidad tengo el apoyo de toda mi familia, de lo contrario no creo que podría salir adelante. Antes de la enfermedad todo era mas normal y trato de que siga igual. Hace 5 años me casé y desde entonces dejé el trabajo porque tenia que dedicarme a mi esposo, él es el que trabaja y yo me hago cargo de la casa y de mi hijo”.

“Recuerdo que en la infancia fui muy feliz, jugaba mucho en el campo y visitaba a mis tías. Cuando estaba en la secundaria tuve solo un novio, duramos 5 años de novios, primero nos separamos y el embarazó a otra muchacha, aunque yo le tenia coraje decidí volver con él porque la muchacha era muy loca y no le quise dar importancia a lo que sucedió pero después ya no nos entendíamos, peleábamos mucho porque él la apoyaba con dinero para el bebe y entonces nos dejamos”.

“Ahora creo que tuvo que pasar así porque la vida me dio algo muy positivo, a mi hijo, además dios me da otra oportunidad de vida, para estar con mi esposo y con mi hijo, formar una familia juntos y para ver a mi hijo crecer que es lo que mas anhelo. Después de recuperarme por completo de mi enfermedad quiero irme a mi casa, tengo a mi familia y quiero irme a ver por ellos”.

“Aunque mi familia me ayuda mucho, no puedo estar triste porque me regañan, aunque yo ya quiero regresarme a mi casa porque tengo mas de un año de vivir en casa de mi mamá, ya extraño estar en mi casa, veo a mi esposo cada 8 días que el va a vernos, los fines de semana porque entre semana el esta trabajando. De hecho vivimos en casa de mi suegro, el tiene 90 años y ya casi no se puede mover, aunque sus hijas van a atenderlo ahora yo siempre me hago cargo de él, de sus alimentos, de cuidarlo y llevarlo al doctor cuando se enferma, es que pobre viejito, sus hijas no lo pueden venir a atender porque están casadas y también tienen a sus hijos”.

IDENTIFICACIÓN:

Participante 8

Seudónimo: Amalia

Edad: 41 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 2 años

Fecha de realización de entrevista: 22 de octubre de 2013

“Yo creo mucho en dios y desde el principio nunca renegué de mi enfermedad, mi fe es muy grande y dios me está sacando adelante. Sé que se puede mientras hay vida y esperanza, lo difícil es lo económico, por eso me deprimó, pero yo busco apoyos donde puedo”.

“Yo viví con mi esposo 20 años, nos separamos y me llevé a la niña mas chica, le dejé a la grande, duramos 8 meses separados, hasta que él me buscó para que regresara, nos separamos porque era muy tremendo, tomaba alcohol, aunque lo dejé hace siete años, pero se puso muy neurótico porque ya estaba sobrio y se desbalanceó, se ponía agresivo con mis hijas, a mi nunca me ha puesto la mano encima, a raíz de hace dos años que tengo mi problema, ha cambiado mucho. Él dice que aunque me hayan quitado una parte de mi cuerpo sigo siendo la misma y me acepta como soy”.

“Yo tenía 14 años cuando me casé, él tenía 19 años (esposo). Para aquel entonces mi papá era chapado a la antigua, un día me vio platicando con él (esposo) como amigos y nos casó a fuerzas, aunque él si quería andar conmigo pero nunca me decía nada. Yo lo vi como una salida porque mi papá era alcohólico y había problemas en la casa. Para aquel entonces yo y mis hermanas ya hacíamos todo el quehacer de la casa, cocinábamos, lavábamos, guisábamos y hacíamos todo el trabajo que hacen las mujeres en la casa, además le ayudábamos a mi mamá a vender masa. Lo bueno es que desde chiquita me decían que tenía que comportarme como las mujeres, prohibiéndome que hiciera cosas de niño, como jugar, eso era nada más para varones y tampoco podía juntarme con niños ni a platicar, por una parte eso me ayudo para aprender todas las labores del hogar”.

“Creo que yo tuve mentalidad despierta, eso me ayudó mucho cuando me casaron a fuerzas, mi mamá se enojó pero el que mandaba era mi papá, así que no pudo hacer nada y yo me tuve que resignar. Nos fuimos a vivir a casa de mi suegra, ella era buena conmigo, las malas eran mis cuñadas, se portaban mal conmigo, yo me enojaba mucho porque me dejaban con todo el paquete de la casa, a hacer todo el quehacer, y pues no se lo decía a nadie, mi esposo estaba tirado en el alcohol y con alguien así no se puede hablar, y yo aguanté mucho a todos, aguanté pobrezas, groserías, un hombre alcohólico, aunque no me faltó comida y vestido en esa casa. El no era agresivo, no me pegaba, llegaba borracho todos los días, pero yo me encargaba de atenderlo, que cenara y se durmiera, y al día siguiente se iba a trabajar”.

“Me acuerdo que de niñas mi papá nos pegaba, somos 10 hijos, yo ocupé el lugar número 6, y la tercera de las mujeres. Si no obedecía cinturón seguro, era muy estricto y delicado con las hojas de los cuadernos, él se crió en un ambiente donde no tuvo el cariño de sus papás, no estudió, no supo lo que era la escuela, aprendió a escribir cuando mi hermano mayor lo enseñó, todos mis hermanos tienen estudios, hombres y mujeres, un hermano es químico, luego de mis hermanas una es contadora y otra es maestra. Yo me casé chica pero si estudié la secundaria abierta ya estando casada, me hubiera gustado estudiar para ser maestra, eso me gustaba, el acercamiento con los niños, pero ya cuando se tiene familia es complicado, se tiene uno que dedicar a cuidar a los hijos y al esposo”.

“Yo puedo decir que en mi experiencia como mujer he cumplido con los deberes de lo que mi esposo necesite: comida, agua, ropa, platicar con él cuando se requiere, hacerle ver lo que no me gusta para intentar tomar decisiones entre los dos. Ser un buen esposo es tener convivencia con los hijos y proveer todo lo necesario, porque un buen hombre es el que cumple con sus obligaciones de trabajar y dar dinero a la esposa y a los hijos”.

“Afortunadamente a nadie más de la familia la casaron a fuerzas, nada más a mi, aunque pobrecito de mi papá falleció hace un año de insuficiencia renal y mi mamá murió hace 8 años, tenía un tumor en el ovario y era muy callada, iba al doctor sola y nunca dijo que tenía un tumor hasta que ya estaba muy grave, duró 15 días internada y se moría, ya estaba en fase muy terminal”.

“Cuando me separé de mi esposo hace tres años, ahí se me vino todo lo malo hacia mi papá porque me casó a fuerzas, al inicio me sentía con mucho coraje, pero no podía ni hacer ni decir nada no me iban a permitir nada, me casaron a fuerzas por el civil y 10 años más, nos casamos por la iglesia pero ya fue de común acuerdo con mi esposo. Cuando nos separamos yo lloraba mucho, no asimilaba haber dejado todo, mi casa, mis hijas, mi hogar, me fui porque él me perdió la confianza, a él le llenaron la cabeza de tonterías, teníamos un vecino que era papá soltero y me llevaba con él como vecino, pero mi esposo desconfiaba de mí, me empezó a checar horarios de entrada y salida, discutíamos mucho, entonces yo le dije que no nos hiciéramos daño, que yo prefería irme para evitar problemas. Nos separamos, las niñas ya eran grandes, la mayor de 20 años y la otra de 12, yo decidí irme, él me dijo que si e daba el divorcio pero que le dejara la casa y la niña mayor, yo acepté, aunque después recapacité y logre que la casa se quedara a nombre de las niñas”.

“A los 8 meses de separados, él me buscó, hablamos, platicamos, él nunca me había pasado la pensión que quedó porque decía que yo se la iba a dar a mi querido. En ese tiempo yo viví con mi papá, él necesitaba quien lo cuidara, entonces me fui yo, lo dializábamos, además yo me encargaba de su cuidado, yo le hacía la comida, el aseo de la casa y le lavaba, y en ese tiempo fue que me diagnosticaron el cáncer. Me tuve que regresar a la casa con mi esposo porque no tenía dinero para mis gastos y de las niñas, entonces me metí a trabajar”.

“Hace dos años que mi hija la mayor tuvo bebé y el novio no se hizo responsable, el niño lo registré yo con mis apellidos y los de mi esposo, como si fuera un hijo más, mi hija trabaja en una farmacia y le ayuda a mi hija la pequeña que va en la prepa, en las tardes ella cuida al bebe y la mayor se va al trabajo. Pero cuando yo estoy, yo me hago cargo de cuidar al bebé, aunque esté enferma yo lo vigilo, lo cuido, tiene 2 años y medio”.

“Desde que yo volví a la casa mi esposo y yo dormimos en camas separadas, no hemos tenido para nada intimidad sexual, solo buena comunicación y apoyo moral, pero lo demás no. Yo le he dicho que no lo tengo atado, que se puede ir cuando quiera, yo si puedo tener relaciones pero no me siento con ánimo de tener vida sexual activa, no quiero porque ya lo mío no es curable y quiero vivir lo mas tranquila que se pueda, lo que me quede de vida, ahora quiero cuidarme todo lo que se pueda, para alargar mi vida, aunque el sexo sea una necesidad biológica, por mi mente no pasa”.

“La ciencia divina me dice que no tengo nada, que estoy bien, aunque me esté costando la recuperación y cuando se sufre mucho con esta enfermedad, uno ya no quisiera volver a vivirla, ahorita estoy muy concentrada en el tratamiento y con el ánimo de seguir adelante”.

“A mi papá yo no le guardo rencor, aunque mucho tiempo estuve muy enojada con él por haberme casado a fuerzas. Dicen que tengo corazón de pollo, pero ahora se lo agradezco porque tengo a mis dos hijas y a mi nieto. Yo se que él lo hi<o por ignorancia, sin conciencia. Pero si fueran tiempos actuales tal vez no lo hubiera hecho, en aquel entonces él tenía una mentalidad muy cerrada. Antes de morir, él me pidió perdón porque me falló como padre, yo me quedé tranquila, él se fue pero en mi corazón permanece vivo, se fue su cuerpo, pero yo lo recuerdo, entonces sigue vivo lo perdoné y se fue tranquilo”.

“A mi esposo le sigo teniendo un cariño muy grande, intento tener una comunicación sana, salimos todos juntos, hay mas comunicación en la familia. Lo amé mucho, fue mi primer pareja, la única pareja, lo quiero, ya no lo amo. Lo estimo, le tengo cariño. Ya hable con él y le dije que por mi enfermedad lo dejo libre, que se busque a otra pareja, él dice que no quiere, que va a estar ahí para quedarse con mis hijas cuando yo me tenga que ir”.

IDENTIFICACIÓN:

Historia 9

Seudónimo de la participante: Mercedes

Edad: 59 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 7 meses

Fecha de realización de entrevista: 22 de octubre de 2013

“Cuando me dijeron que tenía cáncer me traumé, ahora lo tomo con más calma, yo pensaba que me iba a morir, que el cáncer no tenía cura, lloraba mucho, estaba muy triste, y tengo el apoyo de mis hijos, pero el de mi esposo no, porque desde hace dos años él anda con otra mujer, a mi me da dinero para venir a las consultas pero no tengo su apoyo ni su cariño, él no me pone cuidado. Siento feo porque tenemos muchos años de casados, me da mucha tristeza porque él hechó todo a la basura, antes peleaba mucho con él, mis hijos me dicen que lo deje hacer todo lo que él quiera. Yo enferma y el con sus cosas. No sabe valorar, yo lo quiero pero el no me ha sabido valorar, ahora que estoy enferma lo que espero es su apoyo y no me lo da”.

“Antes era cariñoso conmigo y ahora lo extraño, antes llegaba borracho y era cariñoso, pero ahora esta endiosado con ella. Cuando él llega a la casa le ofrezco de comer como siempre lo he hecho pero ahora ya no es igual como antes. Nos conocimos en la ranchería cuando teníamos 18 años, teníamos la misma edad y cuando teníamos 6 meses de novios nos casamos, siempre se dedicó a trabajar de vaquero en los ranchos y yo me quedaba a cuidar a los niños y hacer el quehacer de la casa, a tener la comida hecha para cuando el llegara la encontrara calentita y estuviera a gusto con nosotros”.

“Mis papás nunca me aconsejaron cuando era chiquita, nunca nos hablaron de nada, no nos abrazaban ni daban besos, no platicaban con los hijos como ahora, mi mamá murió hace 12 años de un piquete de culebra y mi papá murió de viejito, tenía 68 años. Antes la gente se enfermaba y no iba al doctor, no había dinero, mi mamá siempre hizo las labores del hogar y mi papá fue jornalero en los potreros. Nosotros somos 8 hermanos, yo ocupo el cuarto lugar, soy la segunda hija mujer”.

“Antes de casarme todo era trabajo en casa, acarrear leña, agua, cocinar, limpiar los pisos, las paredes, pintábamos paredes, hacíamos comida, tortillas, sembrábamos verduras y maíz, frijol, chile y todo lo que las mujeres hacen en la casa. Lo primero que aprendí a cocinar fueron los frijoles y la sopa, y desde chiquita me tuve que hacer cargo de mis tres hermanos los más chiquitos, darles de comer y cuidarlos todo el día”.

“Yo conocí a mi esposo a los 18 años, mi tío tenía una panadería y ahí nos conocimos. Al principio de casados vivimos con mi suegra, ella no era buena persona, me ponía en mal con mi esposo, le inventaba cosas, un día le dijo que yo coqueteaba con otros hombres, él se lo creyó y entonces a causa de eso él me pegó una vez, apenas teníamos un mes viviendo juntos. Yo me fui a casa de mis papás, y el fue por mi, me prometió que me iba a hacer mi casa pero en ese tiempo yo me quede con mis papás. entonces volvimos y nos fuimos a vivir al lugar en el que estamos ahora, y el se ha dedicado siempre al trabajo en el campo, mientras yo en la casa”.

“Nunca más me volvió a pegar, siempre estaba conmigo, nunca me había sido infiel y menos con una comadre, porque ella es mi comadre. Un día, hace como dos años, en una fiesta en la casa de un sobrino de ella, mi esposo y ella se veían con mucho interés, ya andaban pero ahí fue cuando yo empecé a sospechar, pienso que mi marido no tiene vergüenza, no ha dejado que me muera y ya anda con otra, al contrario a quien le da vergüenza es a mi porque la gente nos ha de criticar, creo que debería dejar que me muera antes que ande con otra”.

“Ahora lo que me interesa es salir adelante y vivir con mis hijos, él que haga su vida como quiera, dormimos juntos pero cada quien en su sábana. Hacia él yo tengo mucho resentimiento, por no valorarme y engañarme, cuando le digo algo si acepta que anda con ella, pero dice que el lugar de esposa que yo tengo nadie lo va a ocupar, y que lo deje que haga su vida. A ella le tengo mucho coraje pero sería incapaz de reclamarle algo a ella, porque a mi no me enseñaron a eso, la esposa se debe dar su lugar y dejar al marido que haga lo que quiera”.

“Yo ahí seguiré en mi casa, nadie puede correrme, nos vamos a separar de habitación, el dijo hace 5 meses que se va de la casa, y estoy esperando que se vaya, ya no me gusta que se quede ahí porque estoy durmiendo con alguien que no me quiere, después de tantos años, creo que lo que siento por él es costumbre, pero ya no siento amor por él, es solo como un compañerismo”.

“Mi vida es triste, me pongo a llorar sola y le pido a dios que me de fortaleza. Las amistades que saben me dicen que lo deje que él haga lo que quiera. A mi me acompañan a los tratamientos mi hija, mi nuera y a veces una consuegra. Hace como un año, mi esposo se iba a ir de la casa y hasta el momento no se ha ido porque dijo que esa era su casa, que no se sale. Aunque estemos mal, yo siempre le doy comida cuando llega de trabajar, aunque llegue tarde y me hago cargo de lavarle su ropa”.

“De esto a veces platico con mi familia, pero no siempre, porque no a Todos los tengo confianza, también mis amigas me apoyan con lo que tengo que hacer. En cuanto a mi suegra, no la visitábamos seguido, entonces ya no hacia cosas para fastidiarme, ella murió pronto, no se de que se enfermó pero pronto se murió. Creo que nunca le guarde rencor por lo mal que me trató en su casa, además mi esposo me dijo que perdonada todo lo que me hizo, yo la perdoné”.

IDENTIFICACIÓN:

Participante 10

Seudónimo: Elsa

Edad: 58 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 9 meses

Fecha de realización de entrevista: 25 de octubre de 2013

“Yo soy la tercera hija de 5 hermanos que somos, cuatro mujeres y un varón. Una de mis hermanas menores también tiene cáncer de mama, aunque ya lo esta superando pero ahora también salió mal de Papanicolaou. Mi mamá murió de diabetes y le dio un infarto, mi papá aun vive en platón Sánchez, a él le detectaron cáncer de piel, ya tiene 4 años así, todavía está enfermo”.

“Yo vivo con mi esposo y con mis hijos, excepto mi hija mayor que está en su casa. Mi hijo estudió pero no puede encontrar trabajo, estudió pedagogía, el no ejerce porque no puede tener su titulo ya que no tenemos dinero para sacarlo, eso me preocupa mucho, porque ya nadamas le falta titularse para que esté en mejores condiciones”.

“Tengo 31 años de casada, antes del primer año tuve a mi primer hija, antes de casarme trabajaba haciendo quehaceres en otras casas, ya que me casé no pude trabajar porque nos fuimos a vivir a ranchos distintos por el trabajo. El anduvo 25 años de vaquero, siempre anduvimos de un lado a otro, yo me conformaba porque era su trabajo y el hombre es el que debe traer el dinero para la casa y los hijos, las mujeres no, ellas tienen que pedirle a los hombres. Mientras el llegaba del trabajo yo hacía de comer, cuidaba a mis hijos, lavaba, hacía los quehaceres de la casa pues, ese es el trabajo de la mujer”.

“Mi esposo es muy bueno con migo, siempre lo ha sido, hasta ahorita vivimos bien, yo por todo lo protejo, lo siento como un hijo mas que un esposo, yo no le digo nada a él de cómo me siento para que no se preocupe, menos ahora que sabe que estoy enferma. el siempre ha sido bueno con los hijos, cuando llegaba de su trabajo íbamos al rio y el bañaba a los niños, jugaba con ellos mientras que yo lavaba. Yo a veces les pegaba a los niños y el se enojaba conmigo, yo siempre me enojo mas que él, es que yo a veces no los aguantaba y les tenía que pegar para que se estuvieran quietos, aunque mis hijos también son muy buenos, entre hermanos se llevan bien, yo los eduque para que se llevaran bien”.

“Tengo dos nietos, uno de 7 y otro de 3, los quiero mucho, mas que a mis hijos, porque ahora tengo mas tiempo de jugar con ellos, y cuando los hijos no tenía tiempo para jugar, tenía que hacer todo el quehacer, pero aun así los crié bien. Me acuerdo que primero los sentaba a todos juntos en la mesa y les daba de comer en la boca, después de que acababan me iba yo a comer, ya que ellos estaban jugando, así lo hacía para que ellos estuvieran bien, que no tuvieran hambre”.

“Ahora cuando mis nietos llegan les hago a todos de comer, también a mis hijos, porque a mi me gusta verlos a todos que estén bien, que no pasen hambres, y a mis hijos les gusta todo lo que hago, me dicen que cocino mejor que sus novias. Eso es de lo que mas me gusta en la vida, disfruto reunir a mi familia, que estemos juntos.”

“En cuanto al cáncer a mi no me ha cambiado en nada, me siento igual que antes, el cáncer es cualquier enfermedad, no somos eternos de algo nos tenemos que morir. A veces le pido a dios que me deje, y si no me piensa dejar pues que me lleve de una vez. A la enfermedad no le pongo mucha atención, nadamas porque me duele, pero, yo a veces digo que ya no tengo nada, pero primero dios él sabrá si me lleva o no”.

“Yo juego mucho con mis nietos para olvidar mi situación, estoy pendiente de ellos, los cuido en las tardes, a veces que me rio con ellos, mis hijos me dicen que no estoy enferma porque me estoy riendo. Al principio de la enfermedad si me agarraba sentimiento y lloraba, no sé porque pero le pedía a dios llorando y le sigo pidiendo, es como si él hablara conmigo y me dice que ya no llore, entonces ya no voy a llorar mas. Intento estar fuerte, no hablo de la enfermedad, a veces van mis amigas, oran por mi, si salgo a platicar con ellas. Antes lloraba a solas o cuando venían mis hermanas pero ya no, dios me dice que no llore, y estoy tranquila, resignada. Tenia un tumor grande pero con las quimios se esta borrando, ya estoy llevando la sexta quimioterapia y de ahí me van a decir si me hacen cirugía o no”.

IDENTIFICACIÓN:

Participante 11

Seudónimo: Aracely

Edad: 55 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 4 meses

Fecha de realización de entrevista: 04 de noviembre de 2013

“Mi mama me abandonó con sus abuelos cuando yo tenía 6 meses porque no me pudo mantener. En total somos 20 hijos, aunque yo soy la tercera de la misma mamá y el mismo papá, somos tres mujeres, yo soy la menor de esas tres. Mis papás se separaron antes de que yo naciera, no puedo entender porque me dejaron con mis abuelos. Cuando yo crecí ellos me mandaban a la escuela, pero no me dio la cabeza para aprender, ellos se dedicaban al campo y con migo fuimos 4 nietos que ellos cuidaban”.

“De chiquita mi vida fue bien triste, mi abuela era mala, nos peleaba las cosas, no nos convidaba lo que compraba, nos daba miserias y lo demás lo guardaba para ella. El abuelo se portaba muy bien, no tengo nada que decir. Para sobrevivir vendíamos tamales, éramos dos chamacas, las que vivíamos con los abuelos y nos mandaban a vender. A mi me mandaban a moler, a hacer tortillas, yo ayudaba a una tía que hacía comida para mozos, empleados, y ella les daba de comer. Siempre ella era la que me compraba la ropa y los zapatos. Lo triste es que ella ya murió hace tiempo”.

“Cuando yo cumplí 15 años me fui con el novio, duramos 34 años viviendo en unión libre, el no quiso casarse conmigo porque decía que sus papás no eran casados. Él murió hace 8 años, tomaba alcohol, cerveza, aguardiente, murió por cirrosis. Tuvimos 4 hijos, las dos hijas se fueron a trabajar a estados unidos cuando tenias 20 y 22 años, casi no se comunican. Una de ellas dejó a su hija con sus suegros, no viene ni a ver a su niña. El marido con el que estaba se vino y se casó con otra, ahora el tiene a la niña, ella es la única que me visita. Su mamá también se casó con otro en Estados Unidos. Casi no me puedo comunicar con mis hijas, ellas no llaman, antes me llamaban, ahora ya no”.

“Yo actualmente vivo con mi suegra, mas bien nunca tuve casa, mi esposo nunca se quiso apartar, y pues yo que iba a hacer, ahí me tuve que quedar, por él. A mi suegro lo mataron muy joven, ya tenían 6 hijos y mi esposo no quiso dejar a su mamá. Mi esposo murió hace 8 años, yo me quedé con mi suegra, vivimos nadamas las dos, ella es muy corajienta, tiene 79 años, pero trato de no hacerle mucho caso. Yo le decía a mi esposo que hiciera casa en otro lado, pero nunca quiso, él era campesino cosechaba limón, a mi no me quedaba de otra, tenia que obedecer lo que él dijera porque no tenia yo a donde ir y no le quise pelearle”.

“Mi mamá biológica murió hace 15 años, ella vivió en Chetumal, mi papá murió en Campeche, por las mismas fechas. Mis dos hermanas se quedaron con unos tíos del rancho, ellas crecieron con un tío, hermano de mi papá, pero ahora una está en San Luis Potosí y la otra en Chiapas, hace como 30 años que no las veo. A mi me gusta trabajar: cortar limón, hacer mole para

vender, tamales, chicharrones de pasta, empanadas, pero ahora no hago nada, nomas estoy sentada”.

“A mis papás les guardé mucho odio por haberme dejado, pero hace tres años fui a un retiro espiritual y comprendí que debieron haber tenido sus motivos para dejarme, solo dios sabe porqué, entonces los perdoné. Los quiero aunque ya estén muertos. El rencor ya se quedó atrás. A la que le guardé mas odio fue a mi mamá porque me dejó de 6 meses y enferma de la cadera, porque me había caído. Hubo gente que me curó, mis tías se tentaron el corazón para aliviarme, pues para que iba a servir una criatura así. Le guarde mucho coraje pero no le platicaba a nadie, a veces a mi prima. Lo que mas coraje me dio es que se fue y todavía tuvo 17 hijos mas. Cuando ella se murió me avisaron pero no quise ir, pensé: que se vaya a pagar lo que me hizo”.

“Aparte todavía estaba mi marido vivo, y cuando el estaba, yo nunca salía, me la pasaba del lavadero a la cocina, y a hacer todo el quehacer de la casa. No trabajaba yo, no salía. Él todo traía a la casa, el jabón, los alimentos. Pero los niños si salían a la escuela y a jugar. Cuando el murió la vida se me hizo muy difícil porque ya nadie me llevaba cosas. Entonces tuve que aprender yo a salir por ellas, a pesar de estar acostumbrada todo el tiempo a él”.

“Diez años antes de que se muriera, él tuvo una hija con otra mujer. A partir de ahí tenía recaídas, y yo lo cuide mucho, cuando lo hospitalizaban yo siempre lo cuidaba, como vivía con mi suegra, tenía que cuidarlo yo, si no, ella se enojaba mucho. Lo cuidaba yo a pesar de que él tenía otra mujer, yo estaba muy enojada, pero me aguante como si no hubiera sabido nada, no dije nada de mi enojo, me quedé muda por 10 años, cuidándolo”.

“Mi yerno dice que tengo mucho corazón porque cuide mucho a mi esposo, nunca me vieron que lo tratándolo mal, y en realidad siempre lo trate bien. Aunque yo lloraba sola de puro coraje, en otro lado, donde no me vieran. Cuando él murió lo sentí mucho, tenía coraje, mi vida cambió pero mis hijos no lo saben, tampoco me apoyan con dinero, menos el varón, que el es un borracho, y no compra ni lo de su casa. Su esposa compra todo, ella trabaja y es muy joven, tiene 30 años, tienen dos hijos de 15 y 17 años. Yo le digo que aguante todo para que sus hijos no sufran sin su papá y anden de arrimados en otro lugar, mejor que los maltrate el papá que un padrastro. Él no los maltrata pero si a caso se le ocurre a ella buscar otro marido. Ella dice que se va a ir, yo no me enojaría si encuentra otra vida mejor, tal vez mas tarde le llegue la felicidad, ojalá. Aunque yo lo sentiría por los niños”.

IDENTIFICACIÓN:

Participante12

Seudónimo: Alejandra

Edad: 62 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 2 años

Fecha de realización de entrevista: 06 de noviembre de 2013

“Vivo con mi esposo y uno de mis hijos en el rancho. Me case cuando tenía 18 años, y eso fue hace 40. La llevo bien con mi esposo, con algunos problemas pero salimos adelante. Cuando

fui con la doctora y me dijo que tenía cáncer me puse muy triste pero me encomendé a dios y estoy bien. Ya no me preocupo por halagar a un hombre, por conquistarlo, no me preocupo por lo físico, me preocupa la salud. Todos en mi familia me apoyan aunque mis hijas vivan lejos. Siento que ahora me preocupo mas por mí que antes, a raíz de la enfermedad ya siento miedo de morirme y dejar a mis hijos, a mis nietos, a mi esposo, me cuido por ellos, por eso yo le pido a dios que todo salga bien, y pienso que mientras haya fortaleza habrá esperanza”.

“Después de casarme, tuve 5 hijos, el ultimo fue el que murió de leucemia. Fue muy duro, estubo tres meses hospitalizado y yo con él. Estudiaba primer año de secundaria, perderlo ha sido lo mas difícil de mi vida. Lo pude superar porque fui con el padre de la iglesia y el me dijo que poco a poco iba a pasar. Cada ves que me acuerdo de él quiero llorar y me da mucha tristeza ver a los niños enfermos. Por eso siempre trato de ayudarlos en lo que se pueda”.

“Siempre me he dedicado al hogar, se leer y escribir poco, ahora quiero aprender pero no ha ido el maestro allá al pueblo, en el ejido que vivimos, ahí somos muy pobres, la gente se dedica a pescar y mi esposo además de la pesca, siembra maíz. Recuerdo que cuando era pequeña trabajábamos en el campo, mis papás eran muy pobres, él sembraba tabaco y los hijos le ayudábamos a regar plantas, deshijar, cortar, amarrar y colgarlas. Mamá nos llevaba la comida al campo. A las mujeres nos enseñaron a hacer todo lo de la casa, de chiquita me decían: te toca a ti hacer esto o lo otro porque eres mujer (refiriéndose a actividades del hogar). Mis hermanos no barrían, no lavaban trastes porque eran hombres, y los hombres mejor que se dediquen a traer el dinero al hogar”.

“La adolescencia fue muy bonita, solo tuve un novio, ahora mi esposo porque mi papá era muy celoso y nos pegaba si nos veía platicando con un muchacho, entonces nosotras evitábamos hacerlo. A mi esposo lo conocí en un baile y después nos casamos porque el habló con mi papá. Teníamos dos años de novios, el me propuso matrimonio y yo le dije: si tu crees que te convengo como esposa nos casamos. Y la vida ha sido buena, a ratos peleábamos, discutíamos por cualquier cosa pero nunca me pegó”.

IDENTIFICACIÓN:

Participante 13

Seudónimo: Leticia

Edad: 46 años

Tiempo con Diagnóstico de cáncer de mama: 3 años

Fecha de realización de entrevista: 06 de noviembre de 2013

“Estuve casada durante 8 años, viví en el DF con mi esposo, ahí nacieron mis hijos. Durante el tiempo que estuve casada no trabajé, porque él no me dejó, quería que solamente me dedicara a los niños, él tomaba alcohol y se drogaba con marihuana, él si trabajaba en una imprenta. Me daba mucho miedo por mi hijo que ya estaba mayorcito, por el me di el valor y lo dejé. Me fui a Álamo durante un año, luego me fui a Reinosá con una hermana y me llevé a los dos niños, así dure allá 16 años. Ellos allá crecieron, fueron a la escuela, hace tres años nos venimos a poza rica, ellos ya casados”.

“Mi esposo me pegaba, me daba unas golpizas como para ir al hospital pero nunca fui por vergüenza porque tenía muchos moretones, nunca le dije nada a nadie, yo sola me aguantaba y dejaba que se me pasaran los golpes, hasta que mi hijo cumplió 7 años y por el fue que me motive a dejarlo, me daba miedo que por defenderme el niño le hiciera algo a él. Yo tenía mucho miedo porque no tenía dinero, hasta que un día le llame por teléfono a mi mamá y la platicué, ella me convenció para que lo dejara, me fui con ella”.

“En el tiempo que estuve en reinosa trabajé en maquiladoras, ensamblando aparatos para los aires acondicionados, ahí estuve 8 años y me liquidaron por recorte de personal. En otra maquiladora uve 7 años y de ahí me tuve que salir porque me daba miedo por mis hijos, por la violencia que había y entonces decidimos irnos a Poza rica”.

“Mi esposo nunca nos buscó, nunca nos ayudó, aunque creo que el con su vicio no tenía ni para él. Gracias a dios mi hijo tiene dos bebés de 6 y 4 años y no tiene ningún vicio y mi hija tiene 3 hijos, 2 mujeres y un niño que tiene cáncer, ella no trabaja, esta en su segundo matrimonio, y el muchacho si responde por los niños, se ocupa de ellos económicamente”.

“Yo soy la menor de tres hijos, todos de la misma mamá y el mismo papá, una hermana, mi hermano y yo. Ella vive en Reinosá y él en Tamaulipas. Mi mamá aun vive, ella se separó de mi papá cuando yo tenía 4 años, él era muy mujeriego. Mi mamá hizo lo mismo que yo, dejar al marido. Mi hermano ahora la apoya con dinero, él está separado y yo dependo de mis hijos. Yo vivo con mi mamá, voy una semana y cuido a mis nietos y otra me devuelvo con mi mamá o ando en mis tratamientos. He querido trabajar pero a veces pienso que tendría que pedir permisos para ir al doctor, entonces mejor no trabajo, porque primero esta mi salud”.

“Recuerdo que cuando era chica lo que mas me gustaba era ir a la secundaria, no por el estudio sino por las amigas, cuando terminé hice un curso de taquimecanografía. Me casé a los 19 años y a esa edad tuve a mi primer hijo. Mi mamá hacía pan y vendía, así logro mantenernos, ella es una mujer muy fuerte, pobre, ya tiene 70 años y ahora nos cuidamos mutuamente, no sabría que hacer sin ella”.

“Mi experiencia con el cáncer ha sido fuerte, aunque me dijeron que era malo, nunca pensé en morirme, pensé en luchar, hasta hoy digo: que sea lo que dios quiera, nunca me decaí, ni tampoco por las quimios. Lo enfrenté y lo sigo enfrentando, no me dio miedo, me ayudo que mi mamá ya había tenido cáncer de mama y dos tías, hermanas de mi mamá murieron de lo mismo, pero ya estaba muy avanzado cuando se los detectaron. Mi abuela falleció también pero de cáncer en una pierna”.