



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DINÁMICA

**MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA: UN ABORDAJE
PSICODINÁMICO.**

TUTOR:
GIOVANNA PAVÁN

AUTOR:
MARÍA FERNÁNDEZ

CARACAS, SEPTIEMBRE DE 2016



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica Dinámica

Mujeres con diagnóstico de Cáncer de Mama: Un Abordaje Psicodinámico.
(Tesis de Licenciatura presentada ante la Escuela de Psicología, como requisito
parcial para optar al título de Licenciado(a) en Psicología)

Tutor:
Giovanna Paván

Autor:
María Fernández¹

Caracas, Septiembre de 2016

¹ Estudiante del Departamento de Psicología Clínica Dinámica, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela.

Para correspondencia con relación al presente trabajo de investigación, favor comunicarse a la siguiente dirección: dfernandezsulbaran@gmail.com

Agradecimientos

A mi abuela Genarina, por enseñarme el valor de la educación y la amabilidad; por inculcar en todos tus hijos y ellos a nosotros tus nietos que la vida hay que vivirla con respeto al prójimo y siendo bondadoso porque muy bien decías "arriba hay un Dios que para abajo mira"; por demostrarme que se puede ser analfabeta pero que eso no implica ser inculta; pero sobre todo por enseñarme que para poder lograr mis cosas debía aprender a ser independiente a cocinar, trabajar, estudiar, lavar, etc. Porque todo eso es parte de ser adulto. Gracias!

A mi mamá, quien me ha demostrado que una mujer es ser alguien: con emprendimiento; cariñosa y justa; que ante momentos de adversidad sigue perseverando por sus metas y continua siendo noble; no tiene miedo a equivocarse y expresar lo que siente; que una cicatriz no te define si no te fortalece; estas y otras más cualidades que en resumen afirman que somos seres humanos con virtudes únicas. Gracias Mami!

A mi hermano, quien me ha impulsado a ser su ejemplo y que en todo momento me recuerda que sí bien somos polos opuestos en personalidad, el amor vence éstas barreras y las diferencias individuales dejan de ser "toleradas" para ser aceptadas. Gracias hermanito!

A mi Tutora, quien dedicó tiempo de su vida personal además de la laboral para ayudarme en esta meta profesional, en serio Muchas Gracias!

A mis amigas Yurima, Carolina, Rosana, Verónica, Gabriela.... y aquellos que no nombre y fueron parte de mi proceso de aprendizaje tanto académico como personal, por escuchar mis chistes malos, buenas anécdotas, momentos tristes y alegres, por sentarnos a estudiar y a echar broma.... simplemente por dejarme ser parte de sus amistades, muchas gracias!

Por último a las participantes del estudio porque sin ellas esto no hubiese sido posible. Pero lo que más agradezco es que hayan tenido la amabilidad de abrirse a contar su vida con brillo o sin él, con dolor y alegría, sentimientos de vivir o de muerte, por su entrega.

Mujeres con Diagnóstico de Cáncer de Mama: Un Abordaje Psicodinámico.

Fernández, María

Dfernandezsulbaran@gmail.com

Septiembre, 2016

Resumen

El cáncer es la segunda causa de muerte a nivel nacional y el de mama es uno de los de mayor incidencia en las mujeres. El objetivo general del estudio fue Identificar los procesos psíquicos subyacentes, mecanismos de defensa, necesidades y presiones en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama; cuya metodología fue cualitativa con la técnica de Estudio de Casos, las participantes fueron tres mujeres con diagnóstico de cáncer de mama a quienes se les aplicaron el test de Rorschach y el Test de Apercepción Temática (T.A.T.); conjunto con dos entrevistas a profundidad. Los resultados demuestran que las participantes poseen: (a) entre los *procesos psíquicos subyacentes* rasgos introversivos de personalidad con constricción de sus afectos, inclinación a la introspección en la toma de decisiones, dificultades en la mediación cognitiva por fallas en la interpretación del ambiente, ansiedades sobre sus percepciones corporales (autoimagen), y dificultades en el manejo de sus relaciones interpersonales; (b) priman *necesidades* psicológicas de Afiliación emocional y Socorro, *presiones* ambientales de Dominación y Carencia, *Mecanismos de defensa* como la Negación, Proyección y Simbolización; y (c) las *Vivencias del cáncer de mama* están agrupadas en dos Temas centrales *Mi vida antes del cáncer* y *Mi vida con cáncer*. Se concluye que las participantes poseen rasgos psicossomáticos que constituyen factores que inciden negativamente en la enfermedad, aparición y pronóstico, en donde los mecanismos de afrontamiento hacia la misma dependen directamente de sus procesos psíquicos y funcionamiento intrapsíquico, y los conceptos y percepciones sobre sus vivencias se ven influenciados por factores biopsicosociales que sólo lograron ser ahondados por la técnica metodológica usada en donde las participantes reconstruyeron sus experiencias desde su subjetividad.

Palabras Clave: cáncer de mama, experiencias, necesidades, presiones, mecanismos de defensa.

Women diagnosed with Breast Cancer: A Psychodynamic Approach.

Fernández, María

Dfernandezsulbaran@gmail.com

Septiembre, 2016.

Abstract

Cancer is the second leading cause of death nationwide and the breast cancer has the main incidence on women. The overall objective of the study was to identify the underlying mental processes, defense mechanisms, needs and pressures on women diagnosed with breast; whose methodology was qualitative with technique Case studies, the participants were three women diagnosed with breast cancer who were applied the test of Rorschach and the Thematic Apperception Test (T.A.T.); together with two depth interviews. The results showed that participants have: (a) introversive personality traits with constriction of emotions, tilt introspection in decision-making, there were failures in interpretation of environment, anxieties about their body perceptions (self-image), and difficulties in managing interpersonal relationships; (b) psychological needs are mainly Relief and Emotional affiliation, they experienced Environmental pressures and Lack of Control, Defense mechanisms such as denial, projection and symbolization emerged. Experiences about breast cancer are represented by two main topics: life before cancer and life with cancer. It was concluded that the participants have psychosomatic traits are factors that contribute to promote the development of the disease. Conjecture be made that coping mechanisms are related with their mental processes and intrapsychic functioning, and that the concepts and perceptions about their experiences are influenced by biopsychosocial factors that were only able to be deepened by the methodological technique used where participants reconstructed their experiences from their subjectivity.

Keywords: breast cancer, experiences, needs, pressures, defense mechanisms.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	iv
I. Introducción.....	1
II. Marco Teórico.....	2
2.1. Aspectos médicos del Cáncer.....	2
2.2. Modelo de la Medicina Psicosomática	4
2.3. Perspectiva de la Psicodinámica.....	6
2.3.1. <i>Cáncer y mecanismos de defensa.</i>	9
2.3.2. <i>El cáncer y los rasgos de personalidad.</i>	11
2.4. Afrontamiento ante el cáncer: Duelo, muerte, vida, cambios, ansiedad y depresión.	13
2.5. Cáncer de Mama.....	20
III. Planteamiento del Problema	24
3.1. Objetivos.....	26
3.1.1. <i>Objetivo General.</i>	26
3.1.2. <i>Objetivos Específicos.</i>	26
IV. Método	27
4.1. Tipo y Diseño de Investigación.	27
4.3. Participantes.	28
4.4. Materiales.....	29
4.5. Técnicas de recolección de datos.	29
4.5.1. <i>Entrevistas a profundidad.</i>	30
4.5.2. <i>Test Psicológicos.</i>	30
4.6. Procedimiento.	41
4.6.1. <i>Fase de contacto inicial.</i>	42
4.6.2. <i>Fase de Aplicación.</i>	42
4.6.3. <i>Fase de Culminación.</i>	44
4.7. Análisis de Datos.....	45
V. Resultados	46
5.1. Deméter	46

5.1.1.	<i>Procesos psíquicos</i>	46
5.1.2.	<i>Necesidades, Presiones y Mecanismos de defensa</i>	49
5.1.3.	<i>Vivencias del cáncer de mama</i>	50
5.1.4.	<i>Integración del Caso Deméter</i>	68
5.2.	Pentesilea	70
5.2.1.	<i>Procesos psíquicos</i>	70
5.2.2.	<i>Necesidades, Presiones y Mecanismos de defensa</i>	73
5.2.3.	<i>Vivencias del cáncer de mama</i>	75
5.2.4.	<i>Integración del Caso Pentesilea</i>	94
5.3.	Ariadna	95
5.3.1.	<i>Procesos psíquicos</i>	95
5.3.2.	<i>Necesidades, Presiones y Mecanismos de defensa</i>	98
5.3.2.	<i>Vivencias del cáncer de mama</i>	99
5.3.3.	<i>Integración del Caso Ariadna</i>	108
5.4.	Mujeres Mitológicas	110
VI.	Discusión	116
VII.	Conclusiones	121
VIII.	Recomendaciones	123
IX.	Limitaciones	125
X.	Referencias	126
XI.	Apéndices	133

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntomas de la Depresión y Duelo.....	18
Tabla 2. Sintomatología de la Ansiedad de acuerdo a sus tipos	19
Tabla 3. Datos sociodemográficos de las participantes	29
Tabla 4. Cronograma de Aplicación por Participantes.	42
Tabla 5. Codificación de las Citas.	51
Tabla 6. Matriz de Categorías: Caso Deméter.	51
Tabla 7. Matriz de categorías Caso: Penthesilea.....	75
Tabla 8. Matriz de Categorías Caso: Ariadna.....	99
Tabla 9. Matriz de Categorías Intercasos.....	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de cáncer.....	2
Figura 2. Necesidades y Presiones.....	41

ÍNDICE DE APÉNDICES

Apéndice A: Sistema de Clasificación del Tumor.....	133
Apéndice B: Intervenciones Psicooncológicas en la Evolución del cáncer.....	134
Apéndice C: Formato del Consentimiento Informado.....	135
Apéndice D: Guión de preguntas para las Entrevistas a Profundidad.....	136
Apéndice E: Sumario Estructural Caso Deméter	137
Apéndice F: Análisis TAT Caso Deméter	138
Apéndice G: Sumario Estructural Caso Penthesilea.....	150
Apéndice H: Análisis TAT Caso Penthesilea	151
Apéndice I: Sumario Estructural Caso Ariadna	162
Apéndice J: Análisis TAT Caso Ariadna	163

I. Introducción

El diagnóstico de cáncer conlleva dificultades en su asimilación. Esta se hace aún más compleja cuando el diagnóstico es asociado al estadio en el cual se encuentra la enfermedad.

El concepto de la enfermedad, la muerte, la vida, implican evaluar perspectivas como la biológica, psicológica y social desde las cuales la persona manifiesta miedos y ansiedades, duelos, estados depresivos, las tristezas ante la separación de los seres queridos, las despedidas y otros procesos involucrados. En lo biológico, el desgaste de los pacientes es observable. La complejidad de esta situación requiere una comprensión a mayor profundidad, no sólo amerita la descripción de los síntomas sino también el necesario enlace con la experiencia subjetiva del proceso. Los psicólogos podemos abordar esta realidad, para fomentar herramientas terapéuticas de cambio, que ayuden a todos los involucrados a sobrellevarlo de acuerdo a sus necesidades y vicisitudes. El presente trabajo, a través del estudio de casos, tiene la intención de explorar aspectos del fenómeno descrito. Para ello, en el primer y segundo capítulo (Marco Teórico y Planteamiento del problema) se explicará de forma conceptual los fundamentos principales de la investigación y la pregunta que la guía. Serán reseñados aspectos médicos del cáncer, formas de afrontamiento de los pacientes oncológicos a su enfermedad, las perspectivas psicodinámicas sobre el cáncer. Igualmente se destacarán aspectos particulares del cáncer de mama así como la relevancia social y/o académica del estudio y será planteada la pregunta de investigación.

Seguidamente, en el tercer capítulo (Método), se procederá a explicar tanto el modelo de investigación, como características de los participantes y técnicas de recolección de los datos. Se expondrá cómo ocurrió el acercamiento a los participantes y se llevó a cabo la investigación. En el cuarto y quinto capítulo (Resultados y Discusión) se procederá a detallar los hallazgos encontrados por caso y enlazarán con lo sustentado en el primer capítulo, a la luz del análisis de contenido e integración bajo un abordaje psicodinámico. El sexto capítulo (Conclusión) dará cierre a los hallazgos encontrados en la investigación acotando de forma sintetizada la experiencia de las participantes; finalmente, los capítulos séptimo y octavo (recomendaciones y limitaciones) esclarecerán aquellos aspectos que son necesarios continuar ahondando en futuras investigaciones y reflejar de manera transparente las fallas encontradas durante el proceso de desarrollo del presente trabajo.

II. Marco Teórico

La siguiente sección reseña aspectos teóricos que se constituyen en referentes básicos acerca de los procesos involucrados en la enfermedad oncológica, desde el entendimiento de la patología médica hasta los elementos de orden psicológico.

Aspectos médicos del Cáncer

Según el National Cancer Institute (N.C.I.) (2005), el cáncer engloba un conjunto de enfermedades relacionadas, cuyo factor en común es el crecimiento y división acelerada de células sin detenerse, que no siguen el patrón normal de homeostasis celular. Cuando las células normales envejecen o se dañan, mueren, y células nuevas las reemplazan. Este proceso al descontrolarse puede generar que: (a) las células viejas o dañadas sobreviven cuando deberían morir, y células nuevas se forman cuando no son necesarias; y (b) las células adicionales pueden dividirse sin interrupción y pueden formar masas que se llaman tumores. Los cánceres sanguíneos poseen otras características. Asimismo, este Instituto plantea que hay dos tipos de tumores: (a) los malignos, donde las células cancerosas pueden desprenderse y moverse a distintos lugares del cuerpo, realizar metástasis; y (b) los tumores benignos que no se extienden a los tejidos cercanos y no los invaden, llegan a ser de gran tamaño y necesitan extirparse (N.C.I., 2005). Por otro lado, el cáncer recibe el nombre de acuerdo al órgano afectado (cáncer de pulmón, cáncer de mama...). Sin embargo existe otra clasificación del cáncer en función del tipo de células que lo forman: de célula epitelial o de célula escamosa.

Según N.C.I. (2005) los tipos de cáncer pueden ser:

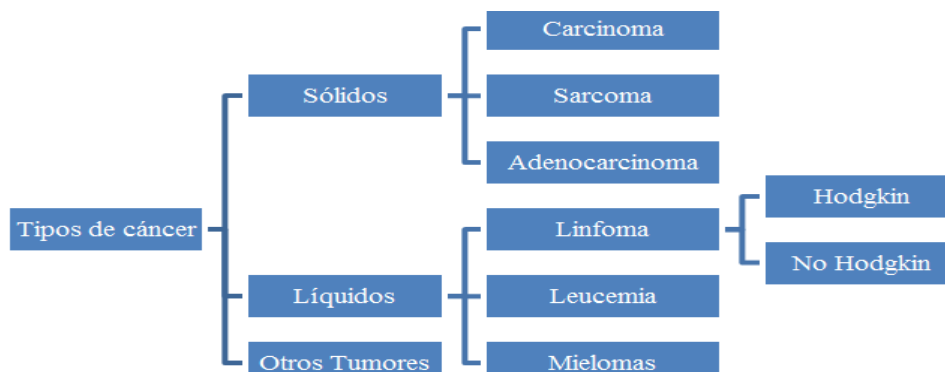


Figura 1. Tipos de cáncer.

Cada tipo de cáncer atacará un área en particular y dichas células crecerán exponencialmente, por esto se necesita tipificar el impacto que el cáncer tiene en la persona y se usan a nivel mundial sistemas para describir tanto la extensión y/o gravedad del cáncer. Entre los sistemas que tenemos están: (a) el sistema de Tumor primario (T), Metástasis adyacente en ganglios (N) y Metástasis distales (M); y (b) el sistema de estadios (Ver Apéndice A), que tendrán íntima relación con la categorización del paciente como terminal.

Por otro lado, esta terminología común permite principalmente evaluar los resultados de estudios clínicos y compararlos con resultados de diferentes estudios y así poder planificar el tratamiento apropiado, determinar el pronóstico de una persona, identificar los estudios clínicos adecuados que necesitan ser aplicados para el tratamiento del paciente y saber si debe remitirse a otro especialista (profesional en cuidados paliativos, anestesiólogo, entre otros).

La ciencia ha desarrollado métodos que puedan disminuir el tumor, extirpar o erradicar al mismo y proveer mayor calidad de vida a los pacientes, que dependerá del tipo de cáncer primario (contando su tamaño y ubicación); existencia de metástasis; edad y salud general del paciente y tratamiento previos recibidos. Por ende el paciente pudiese estar recibiendo: (a) terapia sistémica (tales como quimioterapia, terapia biológica, terapia dirigida, terapia hormonal); (b) terapia local (cirugía, radioterapia); o (c) combinación de esos tratamientos. La Fundación de investigación CRIS Contra el Cáncer (2015), explica en qué consisten los tratamientos para el cáncer:

1. Cirugía: Usada para diagnosticar cáncer, determinar su estado y tratarlo. Aquí se recurre a la biopsia (toma una muestra de tejido sospechoso de ser canceroso para su posterior análisis). Posteriormente se aplica el proceso de extirpación parcial o radical, como las mastectomías.
2. Quimioterapia: Se usan de fármacos para matar las células cancerosas, es administrada oralmente o inyectada en vena. Puede afectar a células cancerígenas y normales (por toxicidad). Esto último es lo que ocasiona los síntomas secundarios de tratamiento (se explicará más adelante.)
3. Radioterapia: Por medio del uso de ondas de alta energía se daña o mata a las células cancerosas y así prevenir el crecimiento de estas, aunque no es útil para cánceres con metástasis. Puede ser aplicada de forma externa, desde una máquina exterior directamente sobre el tumor, o interna, braquiterapia, aplicando

cerca del cáncer una pequeña cantidad de material radiactivo. Al igual que la quimioterapia afecta también a células normales.

4. Hormonoterapia: Priva a las células cancerosas de señales que podrían estimular su división y crecimiento. Por medio de fármacos pueden hacer dos funciones: (a) bloquear la actividad hormonal de la célula objetivo, o (b) prevenir la producción de la hormona involucrada en el proceso.

5. Tratamientos personalizados: Combinaciones de tratamiento para proporcionar una atención más efectiva al paciente.

6. Terapia Biológica o Inmunoterapia: Implica el uso de modificadores de respuestas biológicas (MRB) que son compuestos que han sido alterados o potenciados, e intervienen en procesos que ocurren naturalmente en el cuerpo humano, con ello se refuerza la actividad del sistema inmune y aumentan las defensas naturales contra el cáncer.

7. Trasplante de células hematopoyéticas: consiste en recoger células madre (del paciente, familiar o persona compatible), para después ser infundidas en el paciente, posteriormente a una sesión de muy altas dosis de quimioterapia; así se rescata el sistema hematopoyético e inmunológico. Aunque sólo puede usarse en tumores hematológicos.

El cáncer amerita no sólo del acompañamiento médico especializado, sino también de una atención de corte psicoterapéutico. Dentro del área psicológica existe una especialización llamada Psicooncología que estudia a profundidad los efectos psicológicos el cáncer en los pacientes y familiares, su intervención ocurre por facetas: (a) prevención, (b) intervención terapéutica y rehabilitación, y (c) cuidados paliativos. La intervención difiere de acuerdo a la evolución de la enfermedad (Ver Apéndice B).

Modelo de la Medicina Psicosomática

Desde la concepción de la medicina, entendemos que una enfermedad tiende a producir una reorganización y/o desestructuración global, es decir, afectará a todas las dimensiones de la persona así como la interacción de ésta con su entorno. A medida que se fue desarrollando el modelo explicativo actual de esta rama profesional para comprender las enfermedades, para los años cincuenta nace el modelo psicosomático con el auge del Psicoanálisis (Otero y Rodado, 2004).

Con éste, se trata de investigar científicamente la “relación entre los factores psicológicos y los fenómenos fisiológicos en general y de los mecanismos en la patogenia... se refiere a una filosofía que hace hincapié en los aspectos psicosociales de las enfermedades” (Stoudemire y McDaniel 2000; c.p. Lemos, Restrepo y Richard 2008, p. 138). Este avance en el paradigma médico impulsó la inclusión de las variables psicosociales, no sólo como determinantes sino también como objeto de estudio para otras carreras externas a la psicología. El dualismo mente-cuerpo (abordado por el modelo médico biologicista) implicaba que una enfermedad debía ser o bien del campo somático o bien del campo mental, lo cual conducía al dilema de si se debía o no dar a los pacientes un “...diagnóstico médico que llevaba a la perpetuación de los síntomas por ignorar los aspectos psicológicos... o darles un diagnóstico psiquiátrico... que traía la creencia de que sus síntomas físicos realmente no son válidos, sino que están siendo creados por su mente” (Rubin y Wessely, 2001; c.p. por Lemos, Restrepo y Richard, 2008, p. 140).

Esta situación llevó a que distintos autores (McWhinney y otros, s.f.; Heinrichs y Gaab, 2007; Picardi, et al., 2007; c.p. Lemos, Restrepo y Richard, 2008) sugirieran que la mejor manera de abordar estos cuadros fuese mediante el abandono del dualismo y la aceptación del planteamiento según el cual las emociones se expresan mediante el cuerpo, tanto de manera consciente como de forma inconsciente y que los procesos fisiológicos de salud-enfermedad siempre tienen componentes psicosociales.

De la Serna (2013) explica que el concepto psicosomático trabaja con la hipótesis de una unidad funcional y continua entre la mente (psique) y el cuerpo (soma), estableciendo así una distinción entre un grupo de enfermedades en donde ambas partes de este continuo se ven afectadas y aquellas en donde el soma está afectado (enfermedades biológicas: infecciones, traumatismos...) o la psique (trastornos mentales como el T.O.C., trastornos de la personalidad...). De acuerdo con Lemos, Restrepo y Richard (2008), el concepto de lo psicosomático trae consigo implicaciones epistemológicas: (a) la inclusión de aspectos somáticos y psicológicos del proceso de enfermar, sin ser reduccionistas, hacen patente la presencia de procesos mentales y físicos en el transcurso de la enfermedad; y (b) la implicación de lo primero, erradica distinciones necesarias entre lo físico y lo psicológico dando lugar a la metacategoría (psicosomático).

Sí bien este concepto abrió paso a la inclusión de las variables psicosociales en al área médica. Lemos, Restrepo y Richard (2008) plantean que fue necesario construir

modelos explicativos que englobaran la complejidad subyacente del fenómeno médico. En la actualidad, para la medicina, predomina el modelo bio-psico-social; mientras que el enfoque psicosomático sigue siendo manejado en la psicología, específicamente en áreas psicodinámicas donde se considera central la multicausalidad de los diversos factores (constitucionales, genéticos, familiares, socioculturales, cognitivos, emocionales) que interactúan en el proceso de desarrollo de la enfermedad y así lograr mayor comprensión clínica de la estructura o rasgos del trastorno (Martínez de San Vicente, 2011).

Perspectiva de la Psicodinámica

Freud (1991/1892) destacó en sus estudios los factores psicológicos etiogénicos en el enfermar. Estableció la diferenciación de las neurosis según las estructuras de funcionamiento: (a) psiconeurosis de defensa (histeria, obsesión y fobia); (b) neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría); y (c) neurosis de transferencia (aquellos fenómenos neuróticos que se instalan en el vínculo con el analista durante la cura). Según dicha diferenciación, atribuyó las manifestaciones corporales de las primeras a un proceso denominado *conversión*, mientras que remitió las segundas a una *problemática psicosomática* y ambos procesos eran parte del universo *simbólico* (Freud, 1991/1892).

Ahora bien esto último hace alusión a: (a) una representación indirecta y figurada de una idea, conflicto, deseo inconscientes; y (b) en sentido estricto, dicha representación es una constancia de la relación entre el símbolo y lo simbolizado inconsciente (Laplanche y Pontalis, 2004). Según Arbiser (2000) el aparato simbólico transforma en material psíquico (denominado *representación*) los estímulos ambientales procesados por el cuerpo y los vínculos humanos dentro de la cultura. Dentro del psicoanálisis se tiene la premisa que el funcionamiento normal de las dos tópicos de la psique garantiza el desarrollo de una estructura de funcionamiento (psiconeurosis de defensa) normal. Los componentes de la primera tópica (entes psíquicos: Consciente, Preconsciente e Inconsciente) asegurarán la organización mental en torno a la necesidad de mantenimiento de una tensión de excitación constante (homeostasis) en el psiquismo. Los componentes de la segunda tópica (estructuras psíquicas: Ello, Yo y Superyo) constituirán instancias de la personalidad que determinan la dinámica de relación del individuo con sus aspectos instintivos, la realidad y los aspectos introyectados de ésta

(Lieberman, Grassano, Neborak, Pistiner y Roitman, 1986). De acuerdo a éstas consideraciones, en el caso de lo psicosomático, las manifestaciones corporales son mensajes que la psique traduce/deposita en el cuerpo, y que al igual que todo mensaje dentro de un lenguaje están tratando de comunicar algo. Esta sintomatología daría cuenta del sostén simbólico que en el caso de:

1. Los síntomas conversivos: se asocia a una expresión más evolucionada de una conflictiva psíquica quedando dentro del registro neurótico. A nivel simbólico, existe una representación de carácter inadmisibles para el Yo, la cual es expulsada de la conciencia del yo, la cual, por reminiscencia somática es acogida en el cuerpo (Otero y Rodado, 2004);
2. Las patologías psicosomáticas: el contenido simbólico estaría ausente y lo psicodinámico estaría vacío o deslibidinizado, quedando entonces más próximo al registro de la psicosis. En las neurosis actuales la angustia no puede ser transformada y organizada a través del aparato psíquico, ocasionando una sobreexcitación cuya descarga se produce a través el cuerpo mediante síntomas somáticos (Otero y Rodado, 2004).

Esto último, habla de fallas en los procesos primario y secundario. Se supone que en el proceso primario, la energía psíquica fluye libremente por medio del *desplazamiento* y *condensación* sin trabas de una representación a otra y *recatectiza* (potencializar la energía psíquica) aquellas representaciones ligadas a las experiencias de satisfacción del *principio del placer* (el conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer, por el que se rige el Ello). En el caso del proceso secundario, las representaciones son catectizadas de una forma más estable satisfaciendo el *principio de realidad* (principio regulador, la búsqueda de la satisfacción en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior) mediante lo cual el sujeto consigue integrarse y adaptarse al medio (Laplanche y Pontalis, 2004). Sin embargo, a nivel económico (energético) el funcionamiento de la psique se halla obstruido para la problemática psicosomática.

Hay autores que destacan también fallas en la función del *narcisismo* (el primario designa un estado precoz en el que el niño catectiza toda su libido sobre sí mismo; mientras que el secundario designa una vuelta sobre el yo de la libido, retirada de sus catexis objetales) (Laplanche y Pontalis, 2004).

En los procesos de *identificación primaria* (modo primitivo de constitución del sujeto sobre el modelo del otro) y *secundaria* (empleado cuando se pierde el objeto

primario de identificación y en donde se absorbe sólo un rasgo del objeto) nacen y se desarrollan los elementos narcisistas de personalidad que posteriormente abrirán paso a la autoestima, autoconcepto y autoimagen. En el caso de las patologías psicósomáticas, las fallas en la identidad hacen que se privilegie a lo imaginario (el predominio de la relación con la Imagen del semejante) sobre lo simbólico, a erigir dentro de sí ideales normativos y poseer un narcisismo apenas desarrollado. Se produce una falla en la intención de sostener ese ideal y exteriorizará una constante necesidad de padecer, ya que al no alcanzar dicho ideal del Yo adviene un fracaso que es vivido como una herida de índole narcisista (Ulnik, s.f.; c.p. Otero y Rodado, 2004). Es decir, se trata de recuperar la identidad tratando a los afectos como si fueran palabras o cosas.

Por su parte Winnicott (s.f.; c.p. García, s.f.) explica que cuando falla la función de *rêverie* de la madre (el inconsciente materno obstaculiza la escucha de las necesidades del bebé y sobrepone las propias), el infante se ve frenado en su intento de construir la representación de un entorno maternizante que le proteja; es negada la identificación primaria. La psique del infante, por medios primitivos e infra-verbales (depresión esquizoide), envía mensajes que serán interpretados somáticamente en su esfuerzo de prevenir la angustia ante estas representaciones malas de la madre. Al fallar el primer símbolo (objeto transicional), falla la capacidad simbólica que es lo que clásicamente se describe en la enfermedad psicósomática.

Por otro lado, otros autores sostienen que es mejor no hablar de una falta de simbolización por parte del sujeto psicósomático sino más bien estudiarlo como un modelo conversivo histérico. Asumen que existe una significación inconsciente que se expresa simbólicamente por medio del lenguaje del cuerpo. Chiozza (1998; c.p. Otero y Rodado, 2004) es la principal representante; explica que al existir un trazo mnémico inconsciente para cada afecto también existe una *fantasía inconsciente* (guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa un deseo inconsciente) que determina la cualidad de la descarga somática y su conexión con el lenguaje. Otros defensores de esta postura son los Kleinianos que exponen:

La interpretación simbólica de cualquier lesión somática es a través de conceptos tales como la formación del símbolo, la fantasía inconsciente, los procesos defensivos de introyección/proyección o el buen objeto/mal objeto. Existen fantasías inconscientes respecto a los sentimientos corporales (como pueden ser sentimientos de dolor, vacío, hambre, etc.)... quedan ligadas principalmente al objeto materno; los síntomas psicósomáticos como una defensa frente a impulsos sádicos pregenitales orales y anales; un trazo mnémico inconsciente que

determina la cualidad de la descarga somática y en cada trastorno existe una fantasía inconsciente específica que tiene conexión con el lenguaje (Otero y Rodado, 2004, p. 35).

En cuanto al cáncer, es considerado una enfermedad crónica, entendiéndose como cronicidad, según Vinaccia (2003) los "...trastornos orgánico-funcionales que obligan a una modificación en el estilo de vida de un individuo y que es probable persistan por largo tiempo" (p. 162), y se le atribuyen componentes psicósomáticos que se hallan expresados en las siguientes variables: (a) estrés psicosocial; (b) emociones de ansiedad, ira, depresión; (c) dimensiones de personalidad como alexitimia, agresividad, neuroticismo, personalidad resistente al estrés, entre otros; y (d) estilo de afrontamiento represivo y evitativo (Martínez de San Vicente, 2011). Según García (s.f.), estos pacientes carecen de pensamiento simbólico (y tampoco hay conciencia sobre el conflicto) debido a la configuración de un falso Self que les provee una actitud sumisa y sobreadaptada. Aunque todos estos factores psicológicos son necesarios, la etiología de la enfermedad vendría dada por la conjunción de una serie de elementos: la vulnerabilidad constitucional del órgano afectado, una constelación psicodinámica característica (conflicto específico) y una situación ambiental desencadenante (series complementarias).

2.3.1. Cáncer y mecanismos de defensa.

La corriente psicoanalítica alude a "...la presencia de determinados mecanismos como elementos básicos que caracterizan la respuesta a las ansiedades evolutivas que aparecen en diferentes momentos del desarrollo emocional tanto normal como patológico." (Tizón, 1982; c.p. Aguirre, Montserrat y Pérez-Campdepados, 1998, p. 31). Dichos mecanismos de defensa son esquemas de respuesta compuestos por comportamientos, procesos psíquicos y constitución de las relaciones interpersonales como aspectos funcionales/disfuncionales, que caracterizan a la estructura de personalidad (Millon 1985; c.p. Aguirre, Montserrat y Pérez-Campdepados, 1998).

Según Liberman, Grassano, Neborak, Pistiner y Roitman (1986), la concepción económica psicósomática explica que al existir dos pulsiones fundamentales o principios que rigen la psique humana, tiene lugar un conflicto endógeno sobre cuál debe primar sobre el otro, y para cuando ya existe una fijación o trauma los mecanismos de defensa entran en juego. De acuerdo con esto:

- La pulsión de vida engloba la jerarquización, reproducción, asociación y crecimiento hacia complejizaciones cada vez mayores de los recursos psíquicos y estructura de personalidad. En este marco, el uso de los mecanismos de defensa será de orden adaptativo.
- La pulsión de muerte corresponde a la progresiva desorganización o "inorganización" que se caracteriza por el decrecimiento o cese de las manifestaciones vitales. Esto lo efectúa a través de las *fijaciones* (traumatismo que impide la constitución de una organización funcional evolucionada y adaptativa) en el curso de la filogénesis y ontogénesis del individuo. De esta manera, los mecanismos de defensa son de carácter regresivo o desadaptativo.

Aguirre y otros (1998) en su estudio para profundizar sobre el impacto emocional del proceso de enfermedad y describir qué mecanismos de defensa utilizan niños con cáncer, compararon las respuestas al Test de Apercepción Temática para niños (C.A.T.) de Bellak de 25 niños diagnosticados y un grupo control; encontraron que los niños con cáncer se defienden de la ansiedad de tres maneras: “a) Aislado el contenido emocional; b) Recurriendo a la expresión de las ansiedades catastróficas mediante los elementos simbólicos que las representan; c) Proyectando la agresividad en el contenido de sus relatos o incorporando elementos necesarios sobre los que proyectar la ansiedad” (p. 37). Los mecanismos de defensas identificados por los autores fueron: (a) el aislamiento (como mecanismo de defensa para establecer distancia entre el afecto y la situación desbordante para así obtener control de la ansiedad); (b) la simbolización (como mecanismo adaptativo, que enlaza un contenido emocional ansiógeno sustituyéndolo por una representación emocionalmente equivalente); (c) proyección (mecanismo de defensa que consiste en la atribución de aspectos propios – rechazados- a los Otros); (d) introyección (denota la incorporación de elementos que proveen equilibrio dinámico).

Bahnsen (1967, 1971) (c.p. Benaim, 1986) expone que la negación y sobrecompensación como mecanismos de defensa son empleados para poder desarrollar una vida normal. Pareciese entonces que los pacientes con cáncer llevan dos vidas, la realista que le ayuda a cumplir roles sociales de forma impersonal y con sentido común; y aquella donde se encuentra el self herido que no se relaciona con el self social ocasionando desesperanza. Esta última promueve una “incapacidad de satisfacer las necesidades frustradas a través de otros objetos, imposibilidad de desarrollar estrategias

conductuales alternativas que permitan modificar las situaciones en relación al objeto deseado” (p. 125), siendo éstas de alto valor psicológico para el individuo.

2.3.2. El cáncer y los rasgos de personalidad.

Otro elemento a considerar sobre el cáncer es la estructura de personalidad del paciente. En las enfermedades crónicas existe una desorganización psíquica progresiva que alude al efecto de lo traumático que disminuye el tono psíquico y por ende la capacidad de elaboración. En este sentido la personalidad adquiere un valor fundamental pues incluye los recursos de afrontamiento a la situación de enfermedad e historia de vida.

Le Shar (s.f.; c.p. Benaim, 1986) en su investigación con 500 pacientes oncológicos encontró que aquellas personas que habían sufrido de alguna pérdida de relación importante antes del diagnóstico, no podían expresar la hostilidad y representaban una fuerte fijación en la figura parental. De acuerdo con Benaim (1986) existen distintos estudios que han evaluado rasgos de personalidad en pacientes oncológicos destacando que:

1. Tienen dificultad en la expresión emocional demostrando ser inhibidos y reprimidos.
2. Poseen perfiles ansiosos, defensivos y muy controlados sin descarga de tensión verbal o por acción.
3. El perfil de la persona con cáncer se caracteriza por la inhibición de la expresión tanto de los impulsos agresivos como deseos/aspiraciones. Es un individuo responsable con la familia y la sociedad pero alienado de sus necesidades. Por ende, termina siendo una persona que tiende a sacrificarse por los demás y negándose a sí mismo la satisfacción de sus necesidades como también alejándose emocionalmente de los otros, creando para sí sentimientos de soledad y carencia de apoyo.

Otros estudios atribuyen al paciente oncológico un modelo de personalidad tipo C (características del paciente crónico). Este tipo de personalidad plantea como variables definatorias: (a) Depresión; (b) Desamparo o desesperanza; (c) pérdida o escaso apoyo emocional; (d) Inexpresividad emocional; (e) Control emocional (uso de la razón y la lógica para evitar emociones negativas) (Vinaccia, 2003; Martínez de San Vicente, 2011; Sánchez, 2013).

La investigación de Martínez de San Vicente (2011) describe el caso de una paciente con diagnóstico de cáncer de mama con el objetivo de identificar y analizar sus rasgos psicosomáticos. Encontró que la paciente posee criterios de Personalidad Tipo C, es decir, posee un “estado de ánimo donde predomina la tristeza, rasgos depresivos. Muy exigente y cumplidora. Afecto negativo e inexpresividad emocional: es la que escucha y atiende los problemas de los demás, pero le es más difícil hablar de los suyos y sobre todo quejarse. Debajo de todo ello se percibe mucha rabia contenida y enfado que no manifiesta” (p. 15).

Por su parte, el estudio de Sánchez (2013) que tenía como objetivo explorar la personalidad de 15 pacientes femeninas con displasia cervical a través del Test de Rorschach (quienes fueron comparadas con 15 mujeres Papanicolaou negativo) se encontró que “las pacientes con displasia cervical poseen un estilo de afrontamiento evitativo, presentando un malestar psicológico de tipo afectivo, caracterizado por la ligera tendencia a no expresar sus sentimientos disfóricos y la necesidad de contacto interpersonal afectivo.” (p. 14). Otro estudio es el de Florián (2006, c. p. Sánchez, 2013, p. 17) con pacientes oncológicos adolescentes diagnosticados con leucemia mediante el empleo del Test de Rorschach. Los resultados evidenciaron que la población paciente a diferencia de la no paciente se mostró más inhibida, contenida y negadora a nivel afectivo, mostrando dificultad para expresar sus afectos y escasa tendencia a la introspección.

González de Rivera (2003 c.p. Martínez de San Vicente, 2011) alude a las siguientes características fundamentales dentro de la personalidad psicosomática:

1. Relaciones objetales marcadamente carentes de afecto. En la entrevista, el paciente se muestra desinteresado tanto por la situación como por el entrevistador.
2. Pensamiento operativo, caracterizado por ser exageradamente pragmático y descriptivo, carente de subjetividad y sin afectos.
3. Alexitimia. Dificultad extrema en describir los estados emocionales...proceso imaginario constreñido, evidenciado por la escasez de fantasías.
4. Normalidad psíquica aparente, con buena adaptación social y ausencia de síntomas neuróticos o caracterológicos.
5. Tendencia a gesticulación corporal o facial, manifestaciones sensorio-motrices inespecíficas, o quejas de dolor físico, en momentos de estrés psíquico en que habitualmente se producen síntomas psíquicos.
6. Inercia de las asociaciones, con respuestas cortas y terminales, escasa elaboración y omisión de detalles dramáticos o dolorosos.
7. La incapacidad del sueño y de la actividad onírica para neutralizar experiencias traumáticas. Los sueños en enfermos psicosomáticos son típicos (o

bien son el exponente de una actividad fisiológica automática y sin significado psicológico, o bien están llenos de ansiedad e incompletos) en el sentido de que no cumplen su función de formar una fantasía o solución positiva del conflicto psicológico.

Es importante hacer la aclaratoria y diferenciación entre pensamiento operatorio y alexitimia. El primer concepto se liga indisolublemente a trastorno psicossomático en la personalidad, en donde hay una disminución de la ideación y sólo se llega al comportamiento carente de representación. Mientras que el segundo tiene un valor descriptivo sobre una incapacidad a expresar afectos que no necesariamente está ligada al trastorno psicossomático (como estructura de personalidad) (Otero y Rodado, 2004).

2.4. Afrontamiento ante el cáncer: Duelo, muerte, vida, cambios, ansiedad y depresión.

Cuando se habla de enfermedad crónica, nos encontramos ante a una realidad donde el paciente y sus allegados deben enfrentar una enfermedad que en muchos casos por su avance está ligada a un sufrimiento importante. Lo esperado es un incremento de la sintomatología y un mayor impacto en el bienestar del sujeto, que atravesará etapas de aceptación, rabia, incomprensión, entre otras, de manera secuencial o simultánea para afrontar su condición médica.

La idea de muerte y el proceso de aceptación constituyen procesos de elevada complejidad. Los pacientes con enfermedades crónicas deben aprender a asumir esta realidad y la percepción de la misma involucra factores múltiples como los rasgos de personalidad del paciente y sus familiares, la vulnerabilidad emocional, la angustia y los síntomas físicos crónicos, los procesos de afrontamiento (relacionados con los recursos socioeconómicos y afectivos y recursos ambientales disponibles). Estos elementos dan un sentido de espiritualidad individual y determinarán cómo el individuo percibe su calidad de vida (Espinoza y Sanhueza, 2010).

Cuando los pacientes sufren de cáncer, tienden a desarrollar con la enfermedad sentimientos de cólera, injusticia y amargura hacia sí mismos, sus familiares y el personal médico. Esta fase de lucha y de agresividad “es un intento de liquidación de la angustia y una reacción de defensa y adaptación, puede sucederle otra de abatimiento, de desesperación” (Bonilla, 2011, p. 35).

Otro concepto básico es el de muerte, este puede llegar a estar ligado a un factor de consonancia con la realidad objetiva, como también un factor subjetivo que implica

las experiencias vitales específicas que determinarán la construcción del paciente sobre su realidad en función de su historia de vida. Las pérdidas, el dolor y la desesperanza marcan pautas que pueden traumar al sujeto e influir en el desarrollo de un miedo exacerbado hacia la muerte. La idea de muerte no sólo pone en escena una pérdida física del sujeto sino también lo que esto signifique para él (simbólicamente). Es por esto que el afrontamiento del cáncer “no implica ningún orden o secuencia específica... está en función de las condiciones personales y sociales... entre las tareas más nombradas... experimentar el dolor de la pérdida; aceptar la realidad de la pérdida; readaptarse al medio, o reiniciar nuevas relaciones sin la persona desaparecida” (Sánchez, Corbellas, y Camps, s.f., p. 240). También hay que tomar en consideración que la manera en cómo puede afrontar el paciente variará de acuerdo al período que atraviese con su enfermedad. Sánchez, Corbellas, y Camps (s.f.), distinguen cuatro etapas:

1. Período de pre-diagnóstico: abarca el tiempo antes del diagnóstico de la enfermedad en donde la persona se adapta al riesgo de padecer cáncer reconociendo los signos.
2. Período agudo: engloba al primer mes con el diagnóstico. Al inicio la persona se ve forzada a aceptar dicho diagnóstico y decidir cómo llevar a cabo el tratamiento, lo cual va acompañado por respuestas emocionales tales como incredulidad y/o rechazo. Surge un período de disforia en el que se va aceptando paulatinamente el diagnóstico y comienza a manifestar un ánimo deprimido y/o ansioso, dificultades de concentración, pensamientos recurrentes (sobre la enfermedad y la muerte), e incluso insomnio o anorexia.
3. Período crónico: etapa transicional en donde el paciente utiliza una amplia variedad de estrategias (centradas en los problemas, centradas en las emociones, y/o centradas en el significado) para lograr la adaptación, y estilos de afrontamiento que consisten en balancear el sufrimiento emocional, problemas de la enfermedad y recuperar el control percibido sobre su vida.
4. Período final: engloba dos procesos, (a) Remisión (no hay tumor primario o secundario); o (b) Recidiva o Empeoramiento (vuelve aparecer el tumor o hay un aumento de estadio, incluyendo fase terminal). En el último caso, las metas médicas cambian se centran en prolongar la vida del individuo o en ofrecer cuidados paliativos.

Como se ha mencionado anteriormente, el diagnóstico de cáncer es un proceso que implica asimilar un estado de enfermedad crónica que en muchas ocasiones no es

informado de la manera más asertiva y/o contenedora posible tanto al paciente como a los familiares. La investigación de Rubio, Sampedro, Zapirain, Gil, Ayechu, y Tapiz (2004) incluyó la encuesta a 725 pacientes, de los cuales el 81,3% quiere conocer su diagnóstico; el 68,9% elige al médico para comunicarlo y de éstos, el 36,6%, al especialista, y el 26,6%, al médico de familia. En cambio, si el afectado es un familiar, el 46,6% se lo dirían siempre, sólo si él lo pregunta el 38,6% y nunca el 9,6%. Y en cuanto al lecho de muerte, el 49,3% preferiría morir en casa; y para la muestra el 44% el dolor es el mayor temor. Esto afirma que existe la necesidad de proporcionar información clara sobre el diagnóstico a enfermos y familiares.

De no existir aceptación a la enfermedad pueden emerger procesos como duelo complicado, cólera, hipomanía, entre otros.

Podremos observar cambios significativos en la forma de comprensión, aceptación y curso de la enfermedad, tales como: (a) percepción de la muerte a corto plazo; (b) miedo a morir solo, con agonía prolongada o al sufrimiento; (c) preocupación acerca de qué consecuencias que tendrá su muerte para la familia; (d) sentimientos de pérdida de control de la situación y de sus capacidades físicas y psicológicas; (e) sentimientos de pérdida de roles (sociales, familiares y laborales); y (f) aumento de la dependencia y deterioro de la auto-imagen corporal (Twycross y Lack, 1987; Lichter, 1991; Limonero, 1994 y Schröder, 1996; c.p. Collel, 2005).

Investigaciones sobre el cáncer evalúan la importancia de la existencia de duelo en los pacientes oncológicos. El N.C.I. (2011) explica que el duelo, “es el período de tristeza después de perder una persona querida que murió” (p. 1); mientras que la aflicción es “el proceso normal de reaccionar a la pérdida” (p. 1). Cómo el paciente oncológico elabora este proceso implica la generación de pena, y supone una fuerte carga o pesar. Sánchez, Corbellas, y Camps (s.f.), confirman que el duelo puede aparecer en dos formas, el duelo normal y el duelo patológico o complicado.

El N.C.I. (2011) explica que la aflicción como un proceso inmerso en el duelo se expresa de tres formas:

- Aflicción anticipatoria: Respuesta emocional, social y cultural que ayuda al paciente o familia a elaborar el concepto de muerte (que está por venir). E involucra síntomas como: a) depresión; b) sentir más preocupación que la habitual por la persona que está muriendo; y c) Prepararse emocionalmente para lo que sucederá después de la muerte.

- Aflicción normal: Empieza inmediatamente después de una pérdida y los síntomas desaparecen con el paso del tiempo, se describe como que “la persona de duelo va hacia adelante aceptando la pérdida y es capaz de continuar normalmente con su vida diaria aunque le resulte difícil” (p. 1). Entre los síntomas descritos están desde un adormecimiento emocional hasta negación; ansiedad de separación; angustia desbordada; pueden existir sueños y ensueños sobre el difunto; períodos de tristeza y alteraciones del sueño y apetito.
- Aflicción complicada: Es cuando la forma en cómo se está llevando el duelo se sale de los patrones normales. Entonces existe o una mínima reacción de aflicción (no hay signos de sufrimiento) o una aflicción crónica (expansión en duración e intensidad de los síntomas, coincidiendo con los presentados para la depresión, ansiedad y tensión postraumática grave).

Cada uno de estos procesos no sólo involucra al paciente en sí sino también al cuidador principal o familiares. Espinoza y Sanhueza (2010) evaluaron el Programa Nacional de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos (Chile) para profundizar sobre la fragilidad y la preparación del proceso de morir de pacientes oncológicos. Para ello encuestaron a 78 acompañantes de personas ya fallecidas, en el estudio se encontró que la calidad del proceso de muerte fue percibida de manera favorable debido a que le permitían a los familiares hacer el acompañamiento al paciente.

Otro estudio fue el de Vega, Rivera, y González (2012) quienes investigaron la experiencia y elaboración del duelo de padres cuyos hijos murieron por cáncer, se encontraron elementos que ayudaron al tránsito desde la sobrevivencia de la pérdida hasta el revivir de sí mismos: (a) comprender lo que su familia necesitaba; (b) sentir el apoyo incondicional de Dios, su familia y la Corporación Re-Viviendo (financiadora del estudio); (c) estar convencido que se hizo todo por ayudar al bienestar de su hijo; (d) vivenciar el dolor y sufrimiento como parte de un proceso; y (e) mantener un vínculo permanente con su hijo fallecido.

Los procesos involucrados repercuten en todas las esferas sociales del paciente. Sin embargo, la experiencia de atravesar y significar a la enfermedad condiciona en el paciente oncológico diferentes formas de percibir su realidad pudiendo favorecer o empeorar su condición. Según el NC.I. (2011) estima que otras variables están involucradas en esto, que son: (a) normas culturales del entorno (aceptación o no del proceso de duelo); (b) edad de la persona en duelo, sobre todo cuando esta es extrema (infancia y personas ancianas); (c) el sufrimiento de pérdidas múltiples o acumuladas;

(d) la personalidad, y mecanismos de afrontamiento; (e) el tipo de relación con la persona fallecida (ambivalente o dependiente); (f) si la muerte fue repentina o imprevista; (g) la duración de la enfermedad (excesivamente larga o corta); (h) si hubieron síntomas sin controlar medicamente durante la enfermedad; (i) la falta de apoyo familiar y social; (j) dificultad para expresar la pena; y (k) el rechazo social ante el duelo. Las personas con cáncer experimentan diversos tipos de significados a lo largo de los procesos mencionados, tanto religiosos, de creatividad, creencias sobre dar o recibir, devoción a una causa como la familia, entre otros, lo importante es que el sentido de su vida se halla inmerso en un proceso de conciencia de la enfermedad, convirtiéndolo en un referente que les permite o bien aferrarse a la vida sabiendo las condiciones, o bien darse por vencidos (Blair y Cardona, 2008).

Distintas investigaciones han abordado los significados que pueden atribuirle los pacientes oncológicos a su experiencia. Vargas y Pulido (2012), cuyo objetivo fue el de comprender el significado de las vivencias de las pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de seno de la Fundación Ámese. Participaron en el estudio 5 mujeres de la ciudad de Cúcuta (Colombia), se encontró que “el cáncer de mama es una enfermedad que tiene gran impacto emocional y psicológico en todas las pacientes del estudio, lo cual se evidenció con miedo, angustia y dolor expresado en las entrevistas realizadas, sentimientos que resultan al pensar en la muerte, la familia y los proyectos que tienen todas estas mujeres” (p. 7).

Otra investigación fue la de Blair y Cardona (2008), quienes describieron la experiencia de cuatro pacientes oncológicos en fase terminal que asistían al Instituto Cancerológico de la ciudad de Medellín (Colombia), en donde se encontró:

El miedo en las personas con cáncer en fase terminal está constituido por una serie de temores parciales: miedo al dolor, temores relativos a una vida futura y miedo a la extinción personal, es decir, temor a que se acaben los planes o proyectos; allí la angustia se percibe como una señal, una amenaza para la continuidad de su existencia. La angustia presenta algunas manifestaciones, como el tomar medidas de precaución extremas en situaciones cotidianas, no disfrutar de lo que se está haciendo o temor a no tener otra experiencia de vida, a no ser. El mundo se percibe como amenazante, es decir, la persona siente un sentido de extrañeza, la experiencia de no estar en el mundo como en la propia casa (p. 19).

Ante estas descripciones se evidencia el impacto emocional que trae consigo padecer cáncer, que en muchas oportunidades se enlaza a alteraciones afectivas (ansiedad y depresión) que pueden aparecer y perturbar la calidad de vida del paciente y

sus seres queridos. Es por ello necesario distinguir con claridad entre el proceso de duelo normal y la depresión. En la Tabla N° 1 se presenta la sintomatología de la depresión y se compara con el duelo para establecer diferencias y similitudes:

Tabla 1. *Síntomas de la Depresión y Duelo.*

Variable	Depresión	Duelo
Estado de ánimo deprimido	Sentimiento genérico de tristeza y vacío	Tristeza y vacío en torno a la pérdida (real o anticipada) de sí mismo o del ser querido.
Anhedonia	Disminución del sentimiento de interés por el entorno o de encontrar placer en las actividades	Bloqueo ante la idea de muerte, como la necesidad de dedicación mental plena a la búsqueda de una salida que no se encuentra
Sentimientos de Culpa	Sentimiento global de inutilidad, con reproches inapropiados o excesivos	Se basa en lo que el sujeto cree que pudo hacer y no hizo, o en lo que cree que no debió hacer y sin embargo lo hizo.
Sentimientos de muerte	Ideas de suicidio y deseos de muerte	La muerte, temida. Se convierte en motivador para que acabe el sufrimiento, cuando la situación se vive como agónica y sin ninguna esperanza

Fuente: Sánchez, Corbellas, y Camps (s.f.).

Por su parte la ansiedad, llega a manifestarse como una “sensación de estar nervioso, tenso o preocupado la mayor parte del tiempo... alerta al cuerpo para que responda ante una amenaza. Sin embargo, la ansiedad intensa y prolongada es un trastorno que puede interferir en sus relaciones y actividades cotidianas” (Cancer.Net, 2014, p. 2). Por lo general es desencadenada a causa de las incertidumbres relacionadas con el diagnóstico de cáncer, como: (a) temor de morir a causa del cáncer; (b) reaparición o diseminación del cáncer; (c) ante el tratamiento o tener efectos secundarios; (d) perder el control sobre decisiones de vida futuras, como volverse dependiente de los demás y la posibilidad de cambios en la relación con familiares y amigos. En la Tabla N° 2 se mencionarán los síntomas que se evidencian durante la ansiedad de acuerdo al tipo de episodio que se esté manifestando.

La aparición de trastornos depresivos y/o ansiosos, entre otros, en el paciente oncológico, implica que la vulnerabilidad de éstas personas es mayor, y por ende se necesitan políticas de atención sanitaria adecuadas.

Tabla 2. *Sintomatología de la Ansiedad de acuerdo a sus tipos*

Ansiedad Aguda	Ansiedad Crónica
Aparecen en episodios cortos y sus síntomas son:	Son más permanentes en tiempo, es posible experimentar:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensación de miedo o temor intensos; o sensación de desapego de usted mismo o de su entorno. 2. Palpitaciones o latidos cardíacos acelerados. 3. Dolor torácico, y dificultad para respirar (puede estar acompañado de sensación de ahogo). 4. Sudoración y escalofríos (puede estar acompañado de temblores) 5. Mareos o desvanecimiento. 6. Náuseas, diarrea, acidez estomacal o cambios en el apetito 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preocupación excesiva o Nerviosismo. 2. Tensión muscular. 3. Insomnio (la imposibilidad de conciliar el sueño o de permanecer dormido). 4. Irritabilidad. 5. Fatiga. 6. Dificultad para concentrarse e indecisión (dificultad para tomar decisiones).

Fuente: Cancer.Net (2014).

Dichas políticas de atención primaria en muchas ocasiones no garantizan el bienestar y calidad de vida para el paciente y sus familiares, permitiendo la aparición de un fenómeno llamado *claudicación familiar*. Según Garcia-Viniegras, Grau, e Infante (2013), este proceso se define como “la incapacidad de los miembros de una familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del enfermo... si no se resuelve, puede derivar al abandono emocional del paciente y la ausencia o deterioro de los cuidados” (p. 126). El tratamiento o atención temprana por parte de los profesionales de áreas como Psicooncología y cuidados paliativos deben ser pertinentes. Gil-Juliá, Bellver, y Ballester (2008), explican que la elaboración de todo este proceso con la enfermedad comienza cuando se tiene conciencia de la pérdida tras recibir el diagnóstico o conocer el pronóstico, tanto para los pacientes como para los familiares; por tanto la atención debe dirigirse en dos etapas:

- Antes del fallecimiento: el tratamiento se centra en prevenir la aparición de cualquier patología (trastornos afectivos, duelo complicado, entre otras). En donde se necesita: (a) identificar necesidades efectivas y/o temores; (b) evaluar y potenciar los recursos de la familia (para facilitar el manejo de sus emociones y conductas); (c) valorar los factores de riesgo y prevenir las posibles complicaciones médicas; (d) proporcionar psico-educación acerca de los distintos procesos; y (e) ayudar a aceptar el futuro próximo.

- Tras del fallecimiento: se continúa con el apoyo emocional para facilitar la elaboración del duelo y la adaptación a la nueva situación. De presentarse un duelo patológico es necesario evaluar la problemática concreta que impide al doliente funcionar eficazmente en su vida diaria y resolver aspectos referentes a la pérdida, proporcionando el apoyo social.

García-Viniegras, Grau, e Infante (2013), destacan como necesario la implementación de políticas de atención primaria que provean cuidados: (a) integrales (que abarquen aspectos biológicos y psicosociales); (b) accesibles (el sistema sanitario público provea equipos médicos, especialistas y tratamientos a bajos costos); (c) coordinados (que resuelva problemas institucionales o los deriven a otras instancias); y (d) longitudinales en el tiempo (disponibles antes, durante y posterior de la muerte del enfermo).

2.5. Cáncer de Mama

Se define al cáncer de mama “como la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria” (Brizzia, Canate, y Lopez, 2008; c.p. Vargas y Pulido, 2012, p. 65). El cáncer de mama se debe a la aparición de tumores malignos en distintas áreas del seno, lo más comunes aparecen en: (a) conductos (carcinoma ductal); (b) lóbulo o lobulillos del seno (Carcinoma lobulillar o lobular); (c) obstrucción de Vasos linfáticos (Cáncer inflamatorio de mama). Este último es el más agresivo debido a la inflamación que se evidencia en el seno (Unidad Editorial Revistas S.L.U., 2015).

Entre los factores de riesgo de incidencia encontramos antecedentes familiares de cáncer, obesidad, consumo elevado de alcohol, problemas hormonales (estrógenos y progesterona), mutaciones genéticas heredadas, entre otros. Así mismo entre los signos más comunes para la sospecha del padecimiento del cáncer de mama se encuentran: (a) engrosamiento del seno o sus alrededores (ya sea por aparición de una masa o inflamación); (b) Cambio de la forma/tamaño del seno; (c) hoyuelos prominentes en la mama; (d) pezón que se vuelve hacia adentro de la mama; (e) secreción de líquido por el pezón (de mayor riesgo si es sanguinolento); (f) escamosidad o enrojecimiento del seno, pezón o aréola; y (g) piel naranja en la mama (N.C.I., 2016).

Ante cualquiera de estos signos las personas (ya que el cáncer de mama puede aparecer en hombres) se someten a distintos procedimientos médicos para confirmar la sospecha de cáncer. Algunos ya fueron mencionados en el apartado de Aspectos médicos del cáncer. Sin embargo el N.C.I. (2016) expone unos procedimientos característicos para este tipo de cáncer, como lo son:

1. El Examen Clínico de Mama (ECM): el médico palpa el seno y áreas adyacentes para detectar masa o anormalidades;
2. Mamografía: se expone al seno a rayos X para recrear una imagen del mismo y posibilitar el diagnóstico;
3. Ecografía: se someten a ultrasonidos los tejidos u órganos internos para formar una imagen de los mismo, llamado ecograma;
4. Imágenes por resonancia magnética (IRM): Se crean imágenes computarizadas muy detalladas de los senos por medio de instrumentos imantados y ondas de radio; y
5. Estudios bioquímicos de la sangre: donde se estudian cambios en ciertos valores bioquímicos para confirmar el diagnóstico.

Por su parte entre los tratamientos médicos para minimizar el tumor encontramos:

1. Cirugía: Para extirpar el tumor. Puede ser: (a) Conservadora (se retira el tumor y una pequeña área sana, pero se preserva el seno; aunque se indica radioterapia adyuvante posterior a la operación); y (b) Mastectomía (parcial, un solo seno; radical, ambos senos. Y en ella se extirpa toda la mama);
2. Biopsia del ganglio centinela: se inyecta tinte azul cerca al tumor se espera que al fluir por los vasos linfáticos, se identifique al primer ganglio en donde pueda diseminar el tumor y así extraerlo;
3. Radioterapia: Que en el caso del cáncer de mama puede ser como terapia adyuvante o paliativa (cuando hay metástasis y se desea aliviar los síntomas);
4. Terapias sistémicas: que son la quimioterapia, hormonoterapia y las terapias dirigidas, cuyo uso depende del tipo de cáncer de mama y del riesgo de recaída (Unidad Editorial Revistas S.L.U., 2015).

Como se mencionó entre los tratamientos más comunes para este tipo de cáncer es la mastectomía que sí bien garantizan una tasa de erradicación elevada del tumor y por consiguiente mayor bienestar para la paciente, también repercute negativamente sobre la imagen corporal que ésta pueda tener sobre sí (parte del autoconcepto que

implica las autopercepciones). Según Pintado (s.f.), distintos estudios han comprobado que más del 50% de las pacientes con cáncer de mama presentan problemas de imagen corporal en los que principalmente se sentían avergonzadas por su cuerpo, sentían menos atractivas o se sentían menos femeninas, y todo esto correlacionado con el sometimiento a la mastectomía; en donde no evaluaban lo beneficioso que era médicamente hablando dicho tratamiento.

En la actualidad se objetiviza el cuerpo femenino en tantos aspectos que el Ideal de la imagen corporal es tan "perfecto" que tanto en medios de comunicación como sistemas educativos (colegios, universidades, etc.) promueven de forma directa o indirecta mensajes sobre la delgadez, juventud y sensualidad (que para poblaciones Latinoamericanas es sinónimos de un cuerpo voluptuoso) como patrones de belleza de mayor deseabilidad social que en mujeres sin patologías médicas incrementan sensaciones de inseguridad frente a su autoimagen (Rodríguez y Rosselló, 2007). Ahora bien, para las mujeres con cáncer de mama existe una discrepancia aún mayor porque en muchos casos se perciben como mutiladas o desfiguradas (castración psicológica, implica una deficiencia del cuerpo que era íntegro) y cuando se comparan con estos estándares de belleza, deterioran su identificación con la femineidad y experimentan momentos de incertidumbre lo que genera todo un proceso de duelo ante la pérdida del seno y desencadena componentes de ansiedad que se transforman en problemas de autoestima, autoimagen y autoconcepto (Vargas y Pulido, 2012).

Para Pintado (s.f.), además de afectar la imagen corporal también hay secuelas en nivel de la autoestima (nivel de satisfacción, positiva o negativa, basada en la evaluación de características propias), que al presentarse sentimientos disfóricos al respecto se producen alteraciones que influyen en el bienestar psicológico que en muchos casos aparecía la sensación de inseguridad con respecto a sus capacidades y temor a ser estigmatizadas por la enfermedad (por ello tienden a ocultarlo), lo cual hace que teman el tipo de apoyo social que reciban. Es decir, sí la mujer solía ser independiente (previo a la enfermedad) y se sumaba las inseguridades hacia sus capacidades, rechazaban por completo el apoyo social porque reforzaba la idea de "soy incapaz de hacer esto sola" (aumentaba autoestima baja); mientras que para aquellas que solían ser más vulnerables y se les sumaba el temor a la estigmatización, recibir apoyo social les ofrecía un incremento en la autoestima porque se sentían apreciadas.

Otros tratamientos oncológicos que tienen serias repercusiones en estos conceptos son la quimioterapia y radioterapia, ya que dentro de los efectos secundarios

comunes están la pérdida del cabello, problemas de fertilidad o aparición de síntomas menopáusicos que en gran medida las mujeres con Cáncer asocian a pérdida de feminidad (Pintado, s.f.); así como decremento de la sensualidad y sexualidad que involucra a su vez pérdida de la satisfacción sexual, decremento de la libido y funcionamiento sexual, dolor durante el acto sexual y dificultades para llegar al orgasmo (Tish, 2006; c.p. Pintado, s.f.) que es asociado a la incapacidad de cumplir roles femeninos como sentimientos de ser atractivas para sus parejas, lo que vuelve cada vez más difícil los encuentros íntimos por temor a la reacción que podrían tener sus compañeros sentimentales en el momento que las vieran sin seno (Vargas y Pulido, 2012), ya que hay sentimientos de vergüenza ante su nuevo aspecto físico.

Para dar cierre a este capítulo, durante el desarrollo del marco teórico se expusieron distintos aspectos generales sobre el cáncer: características médicas, aspectos psicosomáticos y formas de afrontamiento, que sumándose a los aspectos particulares del cáncer de mama cuyas manifestaciones en apariencia son fundamentalmente biológicas también atañen necesariamente la subjetividad de cómo se experimenta. Acá radica la importancia del estado emocional y físico del paciente, que repercuten directamente en el psíquico haciendo así que en la complejidad de ésta enfermedad deban tomarse en cuenta factores múltiples tanto endógenos como exógenos, biológicos como psicológicos, entre otros, en donde se consideren las formas en qué las mujeres con este tipo de diagnóstico afrontan el problema que viven y el impacto que esto acarrea para ellas y sus familiares.

III. Planteamiento del Problema

Ver el debilitamiento de tu propio cuerpo, la pérdida de la autonomía, cambios físicos, padecer dolor agudo o crónico, depender de un tratamiento, disminución de la calidad de vida, entre otros, son aspectos que el paciente oncológico debe afrontar. Cuando se diagnostica una enfermedad de alto impacto para la salud y calidad de vida del sujeto, conlleva entender esta nueva realidad y comenzar a buscar maneras de restablecer su condición anterior (sana).

El cáncer es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, en Venezuela la segunda causa de muerte que desde el 2011 ha afectado al 15,61% de la población (Centro de Investigación Social, 2014). Tienen mayor incidencia y mortalidad en hombres el cáncer de próstata y en mujeres el cáncer de cuello uterino; en los niños menores de 15 años la incidencia de las leucemias es mayor (Gapote, 2008). Sin embargo, en estadísticas más recientes (ofrecidas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud), que datan del año 2012, se estimó por género:

“en varones, las localizaciones más frecuentes corresponden a: próstata (5758 casos y 2419 defunciones), seguido por pulmón (2435 casos y 2038 defunciones), estómago (1475 casos y 1112 defunciones) y colon y recto (1474 casos y 756 defunciones); estas cuatro localizaciones representan el 56% de la morbilidad o incidencia y el 55% de la mortalidad anual de esta patología. En el género femenino, las cuatro localizaciones más frecuentes son: glándula mamaria (5063 casos y 2067 defunciones), cuello uterino (4076 casos y 1630 defunciones), pulmón (1697 casos y 1366 defunciones) y colon y recto (1661 casos y 801 defunciones), que representan el 56% de la incidencia y 52% de la mortalidad anual” (Capote, 2013, p. 1).

Esta realidad tan amenazante y desesperanzadora para el paciente y sus familiares requiere de medidas de acción para detener al cáncer, que en ocasiones se encuentra en fases tan avanzadas que para cuando se diagnostica los tratamientos deben ser más invasivos y desgastadores. Este proceso de aceptación o resignación en muchos casos pone al paciente y familiares a cuestionarse sobre qué depara para el futuro, lo que convierte al vivir en una gran incógnita ¿sobreviviré a esto? ¿Qué pasará con mi familia? ¿Por qué a mí? ¿Es justo esto que me está pasando?... Para cuando el estadio se encuentra en IV el miedo y la angustia ante la posible muerte se aproxima cada vez más, pensar en la agonía puede producir pánico para algunos pacientes, mientras que otros temen más a la pérdida de sí mismos o despersonalización (pérdida de vitalidad,

alegría, autonomía, confianza, autoconcepto, entre otros). La reacción ante la muerte es variable de persona a persona “depende de una serie de factores altamente individuales que la determinan, como son: a) las características de personalidad del enfermo, b) la calidad de las relaciones interpersonales de que dispone como fuentes de soporte, c) los factores socioeconómicos y ambientales, y d) las características específicas de la enfermedad” (Bonilla, 2011, p. 56).

Cuando se padece de una enfermedad crónica en estadios avanzados, se ponen de manifiesto connotaciones negativas acerca de la calidad de vida y el proceso que debe atravesar el paciente; existe una angustia no solo ante los cambios físicos y psíquicos percibidos sino también ante el servicio médico que se pueda obtener, en donde se espera una asistencia digna y humana. Entre los tratamientos que más ayudan a los pacientes a sentir ese tipo de asistencia médica, más humana (sensible), se encuentran los cuidados paliativos que son unas de las recomendaciones más ofertadas ya que proporcionan “el cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, valorando como primordial, el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales” (Organización Mundial de la Salud, 1989; c.p. Collet, 2005, p. 21).

Sin embargo, la percepción de una muerte digna implica también que el paciente tenga: (a) mayor disponibilidad a recibir acompañamiento y visitas de sus familiares; (b) acceso a un personal médico con actitud asertiva para explicar y acompañar al paciente y los familiares durante la enfermedad; y (c) acceso a unidades de atención más individualizada como Psicooncología y la unidad de cuidados paliativos para así evitar prácticas iatrogénicas que empeoren la condición del paciente (Bonilla, 2011). Este tipo de acontecimientos ayudan a condicionar las experiencias de los pacientes y que éstas sean cada vez más penosas junto con la aparición de cuadros clínicos importantes (depresiones, trastornos del sueño, duelo patológico, etc.). Es decir, el cuidado de los pacientes no sólo debe referirse a los síntomas físicos que estos padezcan, sino también a los emocionales como el desamparo, la pérdida, la desolación, vergüenza y hasta culpa interna que están involucrados en el proceso de afrontamiento a una enfermedad tan invasiva y deteriorante como el cáncer.

Comprendiendo la necesidad de entender esta realidad, donde muchas veces los pacientes no logran verbalizar sus angustias y miedos, o simplemente llorar bajo el apoyo emocional de otro, se hace imperante estudiar las experiencias de estas personas, que como ya se mencionó nunca existirá una construcción de dicha realidad de forma

universal. Los actores sociales de éste mundo, los pacientes oncológicos, marcarán distinciones entre cómo elaboran su duelo, comprenden el concepto de muerte, le dan sentido a la vida y calidad de la misma, entre otros. La complejidad de ésta situación amerita comprenderla a mayor profundidad, no sólo para describir sus síntomas sino también para enlazar la experiencia subjetiva en el proceso siendo esto pertinente a nivel clínico hospitalario, principalmente para los psicólogos porque comprendiendo esta realidad se pueden fomentar herramientas psicoterapéuticas que ayuden a al paciente sobrellevar este proceso de acuerdo a sus necesidades y vicisitudes. Es por ello que en la presente investigación nace la pregunta acerca de ¿Qué procesos psíquicos, necesidades, presiones y mecanismos de defensa subyacen a la experiencia de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en estadio IV, y cómo describen sus vivencias acerca de la enfermedad?

3.1. Objetivos

3.1.1. Objetivo General.

Identificar los procesos psíquicos subyacentes, mecanismos de defensa, necesidades y presiones en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama.

3.1.2. Objetivos Específicos.

- I. Identificar los procesos psíquicos subyacentes en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama a través de técnicas proyectivas.
- II. Describir los mecanismos de defensa, necesidades y presiones en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama a través de técnicas proyectivas.
- III. Identificar las significaciones emergentes acerca del proceso de enfermedad.

IV. Método

Debido a la naturaleza del fenómeno de estudio, se empleó un método no experimental, transeccional y con enfoque cualitativo cuya técnica fue el Estudio de Casos.

4.1. Tipo y Diseño de Investigación.

El estudio de caso es una técnica que explora a profundidad un fenómeno dentro de su contexto, en donde hay sin duda, variables de interés cuyas fuentes de evidencia convergen de la triangulación de las mismas para darle sentido a la realidad, desarrollar proposiciones teóricas que enlacen el conocimiento previamente establecido (teoría). El estudio de caso, al centrarse en preguntas del cómo o porqué del funcionamiento del fenómeno, se está enlazando en la comprensión de la cadena de sucesos que desentrañan dichas realidades y no requieren un control sobre los acontecimientos (Yin, 1994; c.p. Yacuzzi, s.f.). Esto último le brinda un valor a éste tipo de investigación, que si muy bien no pueden generalizarse los resultados, las inducciones obtenidas se deben a las características encontradas y sus relaciones con el marco conceptual, agregando así una relevancia de orden lógica (de acuerdo a las percepciones de los participantes) y extendiendo a otros casos (pacientes oncológicos) la comprensión y explicación de las realidades estudiadas (Yacuzzi, s.f.). La presente investigación se enfoca en describir, a partir de los actores principales (mujeres con cáncer de mama), la experiencia vivida con la enfermedad de cáncer desde el diagnóstico hasta el momento presente.

De acuerdo a los objetivos de investigación se planteó que el presente trabajo es un estudio de caso con alcance fenomenológico y transversal. Esto quiere decir, que el enfoque de dicho diseño es particularista e inductivo; al describir la realidad de los casos y sumándose la perspectiva fenomenológica, se puede llegar a analizar los significados emitidos por los participantes a estudiar (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 397). Este tipo de diseño al ser más flexible, se adapta al curso de las acciones de los participantes y evolución del conocimiento, por ende permite ir adecuando las interacciones entre el investigador e individuos estudiados, ya que al ser un proceso interactivo, verbigracia, fomenta la comprensión de las experiencias

vivenciales desde el punto de vista de los participantes. De aquí radica la importancia del análisis de contenido de las entrevistas, que abordaron temas específicos como cáncer, muerte, vida, miedos, ansiedades, sentimientos, estados afectivos... así como en la búsqueda de sus posibles significados de cada una de esas aristas en cada uno de los sujetos.

Ahora bien, cuando se hace alusión a la transversalidad de la investigación es debido al tiempo de recolección de los datos. Es decir, este diseño se usa para determinar las características de un fenómeno o aspecto del mismo en un punto específico de tiempo sin hacer seguimiento de los resultados obtenidos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

4.2. Participantes.

La investigadora por medio del Psicólogo encargado del Área de Psicooncología del HUC Servicio de Oncología y Hematología tuvo acceso a tres pacientes femeninos con diagnóstico de Cáncer de Mama con metástasis; clasificándolas dentro del Sistema de Estadío en IV. De las cuales dos asistían al HUC Servicio de Oncología y Hematología; y una al Hospital Dr. José María Vargas de Caracas. Las participantes fueron seleccionadas de manera voluntaria e intencionada, ya que se tenían como criterios de inclusión: (a) Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama (para que el sistema de tratamiento y evolución del cáncer fueran similares); (b) que cumplieran los criterios para diagnóstico de Estadío cuatro (Metástasis en órganos o tejidos distantes); y (c) mayores de edad. Estos criterios de inclusión fueron dispuestos de esa forma tomando en consideración: (a) las estadísticas de morbilidad Nacional del cáncer que han demostrado ser uno de mayor incidencia nacional; (b) probabilidades altas de encontrar a participantes con ese diagnóstico; y (c) que desarrollo y evolución de la enfermedad entre los pacientes tuvieran mayores puntos en convergencia. Por ende el criterio de exclusión fue que NO eran admisibles pacientes con cánceres con otros tipos como linfomas, leucemias, mielomas u otros tumores.

Debido a la poca respuesta de los pacientes ante la invitación de formar parte de la investigación, se concluyó con estas tres participantes del sexo femenino (criterio que no era excluyente). Dichos sujetos de estudio cumplían con los criterios

de inclusión y exclusión, y su participación fue voluntaria. Estos casos serán nombrados de la siguiente manera: Pentesilea; Deméter; y Eurídice En la Tabla N°3 se encontrarán reflejados datos personales relevantes para el estudio.

Tabla 3. *Datos sociodemográficos de las participantes*

Datos	Pentesilea	Deméter	Ariadna
Edad	60 años	51 años	57 años
Edo. Civil	Soltera	Viuda	Soltera
Empleo	Jubilada	Desempleada	Independiente
Lugar de residencia	Caracas	Guárico	Caracas
Escolaridad	Universitaria	Bachiller	1 ^{ro} Bachillerato
Diagnóstico inicial	CA mama izquierda	CA mama izquierda	CA mama derecha
Metástasis	Ósea (Nivel de cadera y columna)	Ósea (nivel de cadera) y Ganglios linfáticos	Ósea (nivel de cadera) y Ganglios linfáticos
Tratamiento actual	Qt: Boldronal y Cepectec	Qt: Zometa	Ninguno
Personas con quien vive	Pareja y hermana	Hijo	Pareja

4.3. Materiales.

Los materiales usados dependieron de las técnicas de recolección de datos para: (a) las entrevistas a profundidad, fueron un guion impreso conjunto con una grabadora de audio; y (b) el Test de Rorschach y Test de Apercepción Temática, láminas del respectivo test, bloc de hojas, lápices, borrador, hoja de ubicación (sólo para el Test de Rorschach) y grabadora de audio. Por último, pero no siguiendo este orden, se cuenta dentro de los materiales el consentimiento informado que los participantes firmaron (Ver Apéndice C).

4.4. Técnicas de recolección de datos.

Como se explicó en el diseño de la investigación, por el carácter del estudio se necesitaban técnicas que pudiesen ser administradas de manera puntual, que ayudarán a profundizar la temática, se acercaran las realidades subjetivas de las participantes y que al mismo tiempo sirvieran para darle consistencia y validez a los resultados del estudio, para ello se plantearon las siguientes técnicas:

4.4.1. Entrevistas a profundidad.

Siguiendo lo estipulado en el Capítulo de Marco Teórico, las investigaciones previas y demás estudios que han dado a conocer un poco sobre las reacciones emocionales, trastornos afectivos, aspiraciones, miedos, etc. sobre los pacientes con cáncer se propuso realizar entrevistas a profundidad para estudiar de manera más exhaustiva, íntima y abiertamente las descripciones de estos sujetos ante su situación actual con la enfermedad, ya que distintos autores plantean que la entrevista cualitativa al ser una herramienta flexible permite “conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado)... y a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a una tema”(Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 418). Debido a esto, se planificó dos entrevistas semiestructuradas que se basan en un guion prescrito pero que tuviese la libertad de introducir preguntas adicionales para obtener mayor información sobre el tema; para lograr plantear dicha entrevista se usaron varios tópicos de temas relacionados con el cáncer, los cuales fueron fruto directo de la investigación realizada por parte de la investigadora en el Marco teórico. Según Barbour (2007), “la guía de tópicos trae detrás un trabajo minucioso de selección y formulación de las preguntas que fomenten más la interacción y profundización en las respuestas” (c.p. Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 429). Las entrevistas fueron diseñadas con dos guiones con preguntas globales y de ejemplificación, en donde se solicitaba al sujeto tanto su conocimiento del tópico, sentimientos, antecedentes, entre otros (Ver Apéndice D).

4.4.2. Test Psicológicos.

4.4.2.1. Test de Rorschach.

Su autor es Hermann Rorschach y fue publicado para el año 1921, es un test de carácter proyectivo que mide rasgos de personalidad. La validez de ésta prueba es de +0,85 a +0,98; y los coeficientes de confiabilidad interjueces varía entre +0,85 a +0,90 y test-retest +0,7 a +0,9 (Exner, 2003). Su utilidad dentro del estudio radica en que ésta batería promueve distintos escenarios en los que la persona debe buscar

soluciones que usa también en la vida real, revelando de esta forma sus estilos de personalidad; unido a que las láminas invitan al sujeto a elicitar sus fantasías personales por ende involucraría procesos como la asociación, proyección y simbolización para con ello describir la estructura psicodinámica de cada participante (Ephraim, 1996).

A continuación se expondrán los distintos *Procesos psíquicos* involucrados en este test, los cuales son definidos conceptualmente según las variables agrupadas en el Resumen Estructural del mismo, que permiten entender cómo el sujeto identifica, percibe, procesa, enlaza, conceptualiza, entre otros, los estímulos del mundo externo relacionándolo con acepciones del mundo interno. En lo operacional se definen como:

1. La Triada cognitiva, integrada por el procesamiento de la información, mediación e ideación que dan explicación a cómo el sujeto incorpora la información del mundo exterior, cómo la identifica/traduce y cómo la conceptualiza después (García, Elías, De la Fuente, Fernández, Lunazzi y Urrutia, 2004);
2. Aspectos socio-afectivos que engloban los procesos Afecto, Interpersonal y Autopercepción que explican cómo las personas describen y valoran sus elementos individuales, así como entienden y se relacionan con los otros (Exner, 2003; Tapia, 2012);
3. Aspectos relacionados con la capacidad y tolerancia al estrés tanto percibido de manera externa como debido a estimulación intrínseca, que describirán los estilos de afrontamiento a las situaciones y que denotarán como la triada cognitiva y los aspectos socio-afectivos serán manejados. Aquí se incluyen los subapartados de: (a) control y tolerancia al estrés, y (b) estrés relacionado con las situaciones. A continuación se explicarán cada una de las dimensiones involucradas en dichos procesos psíquicos:

Control y Tolerancia al estrés.

Según Exner (2003), hace alusión a los conceptos y/o actitudes de la persona para responder a las demandas ambientales en función de sus recursos propios (razonamiento lógico, inteligencia afectiva, sistema de autocontrol) y estrés percibido por agentes intrínsecos (ansiedades, labilidad afectiva, entre otros) y extrínsecos

(situaciones de emergencia, estimulación ambiental, entre otros), entre sus indicadores están:

1. Puntuación D y Adj D. Proporcionan información sobre la capacidad de control del sujeto frente al estrés percibido (si siente que está sobrecargado o no);
2. Experiencia Actual (EA). Nos detalla los recursos disponibles para resolver conflictos;
3. Experiencia estimular (es). Agrupa las variables ideacionales y afectivas que el sujeto no puede controlar para así generar un índice de malestar o tensión interna;
4. Estilo básico de respuesta (EB). Establece una comparación entre la ideación de la persona para organizarse y dar respuesta al medio de manera esquemática, frente la expresividad (espontánea o expansiva) de los afectos;
5. Puntuación ajustada de *es* (Adj *es*). Proporciona información referente a la influencia que pueden tener los elementos situaciones en las capacidades de tolerancia al estrés del sujeto;
6. Experiencia Base (eb). Agrupa todos los componentes no organizados (impulsivos) de la psique de la persona y que nos dan un bosquejo del malestar o tensión del mismo;
7. Índice de Inhabilidad del Manejo Social (CDI). Cuando esta constelación se haya positiva nos informa sobre las dificultades del sujeto frente a las demandas y requerimientos sociales, que nos refieren a una vulnerabilidad para enfrentarse a los problemas cotidianos;
8. Lambda (L). Este indicador detecta el control intelectual del sujeto sobre las emociones para generar preceptos perceptuales del mundo.

Estrés relacionado con la Situación.

Para Exner (2003) este proceso hace alusión a los conceptos y/o actitudes que la persona ha ido construyendo sobre sí misma para valorarse y auto-conocerse, los cuales están sujetos al criterio de realidad, entre sus indicadores están:

1. Puntuación D y Adj D. Implica lo explicado en el proceso Control y Tolerancia al estrés, sólo que aquí se evalúa su diferencia para establecer si la persona tiende a responder de forma impulsiva y desorganizarse ante el estrés;
2. Respuestas de Movimiento inanimado (m) y Sombreado difuso (Sum Y). La m expone las variables estresantes netamente situacionales (que son inestables); mientras que la Sum Y aluden al grado de malestar del sujeto frente a dichas variables.
3. Respuestas de Textura (Sum T) y Vista (Sum V). Las primeras hacen alusión a las necesidades de cercanía o aproximación interpersonal afectiva; mientras que las segundas, exponen un valor estable en las percepciones del sujeto relacionadas a un sufrimiento crítico desvalorizante que puede subestimar sus capacidades de afrontamiento;
4. Experiencia Actual (EA). Implica lo explicado en el proceso Control y Tolerancia al estrés, a mayor experiencia actual menos sucumbe al estrés situacional;
5. Respuesta de Color puro (C). Se relaciona con aquellas respuestas de descarga emocional donde el sujeto no tiene control en lo absoluto;
6. Respuestas de Calidad formal menos (-) y Sin. Su aparición implica, para las primeras distorsiones a nivel perceptivo e ideativo; las segundas, por lo general se relacionan con un pensamiento más bizarro ya que no toma en cuenta el campo estimular;
7. Respuestas complejas. Aluden a la complejidad psicológica, es decir expone las capacidades en el procesamiento y elaboración simultánea del campo estimular.

Procesamiento de la información.

De acuerdo con Exner (2003); García et al (2004); y Tapia (2012), este proceso se refiere a las modalidades en que los individuos prestan atención a su mundo y sus distintos indicadores examinan el esfuerzo y la calidad que el sujeto emplea para atender al campo de información circundante para luego elaborar significados o ideas de éstos. Entre sus indicadores encontramos:

1. Zf y Zd. La primera equivale al número total de respuestas con puntuación Z dentro del protocolo; mientras que la segunda alude al grado de eficacia del procesamiento. Es decir explican el nivel de esfuerzo que empleó el sujeto para organizar los elementos de la lámina (Exner, 2003; García et al, 2004);
2. W: D: Dd. Explican el esfuerzo en cómo el sujeto resuelve situaciones novedosas y desestructuradas. La W alude a la manera en que la persona puede generalizar el contenido en una visión organizadora. La D se refiere a la capacidad de percepción convencional. Y por último, la Dd sugiere un juicio más refinado, o mejor dicho las observaciones son más sutiles y particulares (García et al, 2004; Tapia 2012);
3. W: M. Se relacionan con el esfuerzo y la motivación empleados en el procesamiento. La M representa los recursos disponibles la expresión de razonamiento y la atención deliberada del pensamiento (García et al, 2004; Tapia 2012);
4. DQ+ y DQv. La DQ alude a la calidad del esfuerzo cognitivo. Cuando es “+” Explica la capacidad del sujeto en analizar y sintetizar el campo estimular dándole un significado. Y cuando es “v” refleja un funcionamiento cognitivo más esquemático y concreto (simplista) (García et al, 2004; Tapia 2012); y
5. PSV. Hace alusión a inflexibilidad cognitiva, es decir, denota la existencia de rigidez en el procesamiento de la información o en el proceso de toma de decisiones (Tapia, 2012);

Según Tapia (2012) existen otros indicadores que son importantes a la hora de integrar el procesamiento de la información de la persona, que son:

1. Lambda (L). Implica el nivel de atención y concentración que la persona ejecutó;
2. Constelación OBS positiva. Se relaciona con una tendencia al perfeccionismo, a recoger la información con mucho detalle. Por ende suelen ser personas meticulosas que no resuelve problemas con rapidez y que generalmente tienen dificultades para expresar sus emociones, sobre todo los negativos;
3. Constelación HVI positiva. Esta refleja hipervigilancia, es decir, denota un estilo en donde la persona se encuentra en alerta constante; por ende suelen

ser personas desconfiadas y cautelosas que en el ámbito social suelen ser controladas. Al ser un rasgo muy potenciado es indicador de conductas paranoides; y

4. Constelaciones OBS y HVI ambas positivas. Si el perfeccionismo y la minuciosidad se unen al estilo hiperincorporador, la persona está atrapada en su necesidad de ser correcta y convencional.

Mediación.

Es un proceso integrador que involucra otros subprocesos como la identificación, discriminación e interpretación de los estímulos. Es una configuración simbólica en donde se clasifica, predice e interpreta el campo estimular dándole consistencia en el mundo psíquico (Exner, 2003; Tapia, 2012). Entre sus indicadores están:

1. XA% y WDA%. Son índices que miden rasgos de control de la realidad de acuerdo a un ajuste convencional (Exner, 2003);
2. X-%. Este indicador muestra el grado de distorsión que posee la persona en la traducción de datos (Exner, 2003);
3. S-. Las respuestas de espacio dan relación a la inhibición del pensamiento y cuando se relaciona con DQ- estamos ante una incapacidad de parar captar la totalidad de la lámina de manera convencional (Tapia, 2012);
4. P. Al contrario del índice anterior este representa la capacidad del sujeto para ver en la lámina aspectos que ven los demás (convencionales) (Exner, 2003);
5. X+%. También referencia a los rasgos de control de la realidad en donde se suma la capacidad perceptiva más compleja (Tapia, 2012); y
6. Xu%. Refiere las particularidades perceptivas del individuo hacia el mundo, en donde hay un nivel de auto-centramiento (Tapia, 2012).

Según Tapia (2012) otros indicadores importantes son:

1. F pura. Este refleja la atención y concentración del pensamiento relacionándose con el razonamiento formal manifestando la tendencia a percibir y cumplir las exigencias de la realidad; y

2. Comtan y Fabcom. Ambos fenómenos especiales aluden a una capacidad defectuosa de adaptarse a la realidad en donde hay una impulsividad ideativa y problemas en el pensamiento.

Ideación.

Este proceso involucra la capacidad de organización psíquica de la persona en cuanto a la traducción y conceptualización de la información. Es un proceso de transformación simbólica y significativa de las vivencias para así proceder a tomar decisiones (Exner, 2003; Tapia, 2012).

Según Exner (2003) y Tapia (2012) comprenden entre sus Indicadores a:

1. Proporción a : p. Explica los estilos de afrontamiento del sujeto. Al existir mayor número de **a** hablamos de un nivel de acción que es ejecutado en función de capacidades ideativas más asertivas. Mientras a mayor número de **p** la persona tiende a refugiarse en la imaginación para gratificar necesidades y compensar frustraciones;
2. Proporción Mp : Ma. Las respuestas con M se han relacionado en el estado y acto de ensimismarse, que develan procesos de introversión para crear algo. Cuando hablamos de la proporción de M unida a la actividad o pasividad, explicamos mecanismos extensivos (a) o flexivos (p). Los primeros son personas activas, con poderosos impulsos de autoafirmación asociados a mayor flexibilidad cognitiva; mientras que los segundos son seres pasivos y más inhibidos de sus impulsos y por ende más rígidos cognitivamente;
3. 2AB+(Art+Ay). Refleja el uso de la intelectualización como estrategia defensiva;
4. MOR. Representa aquellas percepciones displacenteras del sujeto que son proyectadas en los demás, lo que nos da indicadores de la fantasía asociada a los otros;
5. Sum6 y SumPon6. Son la sumatoria de los fenómenos especiales, los cuales dan relación de alteraciones en el pensamiento: lapsus, incoherencias, fallos lógicos, entre otros, que de acuerdo a su nivel y frecuencia pueden dar indicadores de trastornos severos del pensamiento;

6. Nvl-2. Fenómenos especiales que cualitativamente representa mayores fallas en el pensamiento; y
7. M- y Msin. Ambos señalan que tanto se alejan del pensamiento convencional las respuestas ofrecidas por la persona;

Afectividad.

De acuerdo con Tapia (2012), este proceso implica un conjunto de subprocesos tales como: (a) emociones, estados afectivos producidos por un estímulo sensorial; (b) impulsos, respuestas inmediatas al medio en función a la motivación; y (c) sentimientos, estados de ánimo en relación al Yo, es decir, a cómo se encuentra la persona consigo misma (proceso subjetivo). Que en el Rorschach serán interrelacionadas con las respuestas de color.

Según Exner (2003) y Tapia (2012) comprenden entre sus Indicadores a:

1. Proporción $FC : CF + C$. esta proporción compara las capacidades adaptativas de relación afectiva (FC) con respecto a los índices de inestabilidad afectiva como irritabilidad, sugestionabilidad, impulsividad, entre otras (CF+C);
2. C pura. Hace alusión a la impulsividad, y por ende existe una tendencia no adaptativa a responder adecuadamente al medio;
3. Proporción $Sum C' : Sum Pon C$. Indica la frecuencia en que demuestra la persona afectos disfóricos (tristeza, pena, duelo –colores acromáticos-) en comparación a los eufóricos (alegría, rabia –colores cromáticos);
4. Afr. Hace alusión a la responsividad psicológica a estímulos emocionales;
5. S. en este apartado se relaciona con la rigidez o flexibilidad de la persona de amoldar sus posturas a las demandas ambientales;
6. Proporción Complej : R. Indicador de complejidad intelectual en donde asocia la versatilidad afectiva sumando a las capacidades perceptivas y organizativas de los estímulos; y
7. CP. Supone una tendencia a la negación y/o eliminación del afecto en situaciones incómodas para el sujeto.

Autopercepción.

Hace alusión a los conceptos y/o actitudes que la persona ha ido construyendo sobre sí misma para valorarse y auto-conocerse, los cuales están sujetos al criterio de realidad (Exner, 2003). Entre sus indicadores están:

1. Índice de egocentrismo [$3r + (2)/R$]. Aunque denota cuanto está el individuo centrado en sí mismo, es una característica natural de la persona. Si es excesivo o insuficiente alude conflictos en la autoestima y/o autoimagen (Exner, 2003);
2. $Fr+rF$. Representan elementos narcisistas de las personas, es decir si sobreestima o no su valía personal (Tapia, 2012);
3. $SumV$ y FD . Ambos se relacionan con procesos de auto-inspección que al estar conjugado con matices proyectados, hacen alusión a elementos de autocrítica negativa (Exner, 2003; Tapia, 2012);
4. $An+Xy$. sugiere preocupaciones corporales sin que necesariamente esté implicado un malestar fisiológico a no ser que existan con $FQ-$ (Exner, 2003);
5. MOR . Como se ha mencionado, representa aquellas percepciones displacenteras del sujeto que son proyectadas en los demás (Tapia, 2012);
6. Contenidos Humanos. Aluden a la percepción que tiene el sujeto sobre sí mismo como sobre los demás (Tapia, 2012).

Interpersonal.

Equivale a cómo son percibidas las relaciones interpersonales, las cuales estarán definidas de acuerdo a necesidades, actitudes, prejuicios y estilos compartidos o no (Exner, 2003; Tapia, 2012). Entre sus indicadores se encuentran:

1. COP . Este representa una tendencia por parte del sujeto a establecer vínculos positivos con los otros (Exner, 2003);
2. AG . A diferencia del anterior se relaciona con la agresividad física o verbal que se manifiesta hacia los otros (Exner, 2003);
3. Contenido Fd . Están relacionados con rasgos dependientes que repercuten en las relaciones interpersonales (Exner, 2003);

4. Proporción a.p. Esta atañe a la pasividad o actividad psíquica y de acción que posee el sujeto ante sus relaciones (Tapia, 2012);
5. SumT. Hace alusión a los significados que el sujeto atribuye a las manifestaciones afectivas (de sí mismo como de los demás) (Tapia, 2012);
6. H puro y proporción GHR: PHR. Como se ha mencionado anteriormente, los contenidos humanos aluden a la autopercepción y percepción sobre los demás. Cuando son GHR representan conductas consideradas como efectivas y adaptativas; mientras que cuando son PHR pueden aludir a trastornos psicológicos graves (Exner, 2003; Tapia, 2012);
7. PER. Representa una modalidad de defensa, de discrepancia entre imagen real e ideal; sugiere una necesidad de justificar defensivamente la autoimagen; y
8. Índice de Aislamiento. Implica cómo la persona percibe su entorno social y en función de eso cómo se relaciona con el mismo (Tapia, 2012).

Para Tapia (2012), existen otros indicadores resaltantes en el entendimiento de las relaciones interpersonales que son:

1. Constelación CDI positiva. Cuando se cumplen más de tres criterios de esta constelación, suele relacionarse a problemas en habilidades sociales e ineficiencia en el afrontamiento de las demandas cotidianas; y
2. Constelación HVI positiva. Por poseer rasgos hipervigilantes su relaciones interpersonales están marcadas por conductas cautelosas y reservadas hacia la intención de los otros

4.4.2.2. Test de Apercepción Temática (T.A.T.).

Su Autor es Henry Murray y aparece como batería psicodiagnóstica para el año 1935. Sin embargo su versión actual data del año 1942. La validez, si muy bien el test no posee un coeficiente de validez como otras pruebas, su validez por contraste con otros materiales (autobiográficos, diarios, etc.), otras técnicas proyectivas, psicoanálisis o grupos de diferencias conocidas han demostrados que las producciones de los sujeto en el TAT tienen un alto grado de relación con las otras fuentes, reflejando así las características de personalidad, necesidades, etc. de los sujetos. Por otro lado los coeficientes de confiabilidad interjueces varía entre +0,3 a +0,96 y test-

retest +0,46 (según distintas investigaciones). Según Bernstein (1970), esta batería es de utilidad al estudio debido a que es un método eficaz para la exploración de la estructura de personalidad subyacente, ya que expone al sujeto distintas situaciones sociales en donde debe comunicar sentimientos, ideas y recuerdos evocados por la imágenes de las láminas.

Bernstein (1970), asegura que Murray en su teoría de los rasgos de personalidad plantea estructuras psíquicas que dirigen a dichos rasgos (basadas en la segunda tópica Freudiana) y son el: (a) Ello, contenedor de las pulsiones más primitivas o lujuriosas en donde existen impulsos deseados socialmente (imitación, identificación, amor y tendencia a dominar el ambiente); (b) Yo, Mediador entre el Ello y Súper Yo, agente encargado de la acción; (c) Súper Yo, interioriza normas culturales, es el que regula donde y cuando las necesidades pueden ser expresadas. Estas estructuras definirán cuales son las necesidades del sujeto y las presiones ambientales que obstaculizan su satisfacción; es decir, la dinámica intrapsíquica de las personas está dominada por el conflicto interno entre estos dos movimientos y su mediación (por medio de los mecanismos de defensa). Dentro de las dimensiones derivadas del Test de Apercepción Temática encontramos:

Necesidades y presiones.

Como se mencionó anteriormente, el funcionamiento intrapsíquico está conformado por la pulsión (energía psíquica que impulsa la conducta), que de acuerdo a lo que promueva a satisfacer conformará una necesidad en el sujeto. Ésta, se entiende como una fuerza organizadora que incentiva el percibir, entender y accionar de la persona para aumentar su nivel de satisfacción sobre un estado intrínseco o extrínseco (Bernstein, 1970). Sin embargo como somos seres sociales y vivimos en un entorno fluctuante, existirán estímulos ambientales que activarán dichas necesidades y a su vez existirán ciertas presiones que las desafiarán. Éstas últimas son fuerzas (como objetos o personas) que pueden obstaculizar o no el logro de las necesidades (Bernstein, 1970). Dentro de la teoría de Murray (1942; c.p. Bernstein 1970) para los rasgos de personalidad se establecieron 20 tipos de necesidades en el individuo, las cuales pueden ser atravesadas por las personas a lo largo de su ciclo vital pero no necesariamente todas (Ver Figura N° 2).

Necesidades		
Grupos	Subgrupos	Presiones
Ambición	Logro	Adquisición
	Reconocimiento	Afiliación
	Exhibición	Agresión
Objetos inanimados	Adquisición	Conocimiento
	Conservación	Deferencia
	Orden	Dominación
	Retención	Ejemplo
	Construcción	Exposición
Poder Humano	Dominio	Protección
	Deferencia	Rechazo
	Semejanza	Retención
	Autonomía	Sexo
	Contrariedad	Socorro
	Agresión	Carencia o pérdida
	Humillación	Peligro físico
	Evitación de la culpa	Ataque físico
Defensa del estatus	Inviolabilidad	
	Evitación	
	Defensa	
	Oposición	
Afecto entre la gente	Afiliación	
	Rechazo	
	Protección	
	Socorro	
	Juego	
Intercambio de la información	Conocimiento	
	Exposición	

Figura 2. Necesidades y Presiones.

Mecanismos de defensa.

Según Bernstein (1970), estos son un conjunto de operaciones que ayudan a reducir el conflicto intrapsíquico entre las necesidades y las presiones, en donde se vuelven inaccesibles algunos elementos conscientes de dicho conflicto para que el sujeto puede regularlo. Estos dan una orientación de los recursos defensivos que usa la persona en la mediación psíquica (entra las instancias Ello, Yo y Súper Yo) y por ende categoriza el estilo psicopatológico de funcionamiento. Para Murray (1942; c.p. Bernstein, 1970) los mecanismos de defensa son los mismos estipulados por Freud.

4.5. Procedimiento.

A continuación se expondrán las distintas fases en que se llevó a cabo la investigación desde el contacto inicial hasta la fase de culminación.

4.5.1. Fase de contacto inicial.

Como ya se mencionó en el apartado de Participantes, la investigadora tuvo acceso a los sujetos del estudio gracias al nexo con la Psicóloga encargada del área de del HUC Servicio de Oncología y Hematología quien además de permitir acceso a datos telefónicos de dos participantes que asisten a dicho Servicio, también facilitó información del último participante del estudio que asiste al Hospital Dr. José María Vargas de Caracas. Posterior a esto se comenzó con la solicitud de manera informal (por vía telefónica) a varios pacientes con el fin de observar la receptividad a participar en la investigación. Gracias a la información de la Historia clínica que manejaba dicha encargada del área, se procedió a realizar contacto con aquellos pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Para el mes de septiembre de 2015, se contaba con la aceptación de parte de las participantes y por vía telefónica se estableció el primer encuentro para la primera entrevista, también se les explicó el alcance del estudio, las normas de confidencialidad, la recepción y descripción del consentimiento informado (Ver Apéndice C) y se prosiguió a la aplicación de las entrevistas a profundidad.

4.5.2. Fase de Aplicación.

Una vez consensuado la primera sesión se prosiguieron con las actividades planificadas. Para mayor comodidad y establecimiento de rapport con las participantes se entablaron encuentros tomando en consideración los estados físicos, citas médicas y traslado de las participantes; y por parte del examinador horarios laborales. A continuación, se expondrá tanto las características de la administración de las técnicas como cronograma de aplicación (Ver Tabla N° 4).

Tabla 4. Cronograma de Aplicación por Participantes.

Actividad	Deméter	Pentesilea	Ariadna
Entrevistas:			
N°1	30/09/2015	03/11/2015	08/07/2016
N°2	03/03/2016	07/04/2016	11/07/2016
Test Psicológicos:			
Rorschach	14/03/2016	15/03/2016	08/07/2016
T.A.T.	15/03/2016	10/06/2016; 14/07/2016	15/07/2016

Entrevistas a profundidad.

Como se explicó en el apartado de Técnicas de recolección de datos, las entrevistas fueron semiestructuradas y por ende existen variaciones entre unas y otras debido al hilo conversacional entre el investigador y sujeto. Una vez concretada la fase de contacto inicial, se procedió a realizar las entrevistas a profundidad. De acuerdo a los tópicos y eje conversacional con las pacientes oncológicas, se concretaron dos entrevistas de este estilo. Enfocándose en la primera en datos personales y socioeconómicos, aspectos del diagnóstico y tratamiento, si poseían o no experiencia como cuidadores de otros pacientes oncológicos, relaciones familiares y con los médicos. Mientras que la segunda se afianzaron aspectos de las percepciones corporales, reacciones emocionales ante la enfermedad, identificación de necesidades y sistemas de contención (Ver Apéndice D).

La primera fue llevada a cabo en las instalaciones del HUC Instituto de Oncología y Hematología ubicado en el campus Universitario (Universidad Central de Venezuela) en el área de Psicooncología (con previa autorización de la encargada del departamento) para que fuera de mayor agrado para los sujetos. Ya la segunda entrevista tuvo lugar en las instalaciones de la Unidad de Asesoramiento Psicológico y Académico (U.A.P.A.) de la Facultad Humanidades y Educación, específicamente en la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, con la debida aprobación de la encargada del área la Lic. María García.

Test Psicológicos.

La aplicación de los dos (02) test psicológicos se programaron una vez terminadas las entrevistas a profundidad. Para las participantes dicha aplicación fue programada de la siguiente manera: (a) Test de Rorschach, y (b) Test de Apercepción Temática (T.A.T.). La administración de dichas pruebas fue ejecutada en la Unidad de Asesoramiento Psicológico y Académico (U.A.P.A.) de la Facultad de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, con la debida aprobación de la encargada del área la Lic. María García.

Ahora bien dichos test consistieron, para el caso del Test de Rorschach en exhibir al examinado en forma sucesiva una serie de láminas que contienen manchas

de pintura y se les preguntó qué podría ser eso. Además de cumplir con las consideraciones de posición y preparación del sujeto para la prueba; acto seguido se identificaba en la hoja de ubicación, la respuesta ofrecida por el participante, conjunto con la transcripción de la misma. La aplicación de este test configura un fase de encuesta que se realiza inmediatamente después de haber recibido la respuesta del sujeto; y para aquellas situaciones en donde los participantes no ofreciesen un número de respuestas favorables (las catorce -14- mínimas requeridas para validar el protocolo) se le alentaba a que continuara emitiendo.

Por su parte el Test de Apercepción temática (T.A.T.) consistió “en exhibir al examinado en forma sucesiva una colección de láminas que reproducen escenas dramáticas escogidas... que por sus contornos imprecisos, su impresión difusa o tema implícito, son lo suficientemente ambiguos como para provocar la proyección de la realidad íntima del sujeto a través de sus interpretaciones (estructuraciones) perceptuales (descripciones), mnémicas e imaginativas (historias); y en un variedad suficiente como para averiguar qué situaciones y relaciones sugieren al sujeto temor, deseos, dificultades, necesidades y presiones fundamentales en la dinámica subyacente de su personalidad” (Bernstein, 1970, p. 13). Para el momento de administración de ésta prueba, en el caso de Deméter y Ariadna se pudo facilitar en una sola sesión; mientras que en el caso de Penthesilea tuvo que realizarse en dos sesiones, debido a dificultades temporales por parte del examinador y convalecencia del sujeto.

El uso de estas baterías se debió a que ambos test, además de su carácter proyectivo e índole de estudio (características de personalidad) arrojan elementos de la dinámica psíquica que son de mucha importancia para los objetivos de la investigación. Además estudios efectuados por Murray en donde se aplicaron ambas baterías encontraron coincidencias sustanciales entre las mismas, arrojando mayor fiabilidad a las características de personalidad encontradas (Bernstein, 1970).

4.5.3. Fase de Culminación.

Para el mes de Agosto de 2016, se comenzó el análisis de los datos obtenidos a través de las distintas técnicas de investigación, esta parte será explicada a mayor detalle en el capítulo de Resultados, Discusión y Conclusión. Una vez terminado el

trabajo de investigación se prosiguió con la devolución a las participantes sobre las pruebas aplicadas, en donde se detallaron recomendaciones clínicas que pudiesen ser de ayuda para las mismas.

4.6. Análisis de Datos

De los datos obtenidos por las distintas técnicas se procedió a su respectivo análisis. Para la información adquirida por medio de las entrevistas a profundidad correspondió hacer un Análisis de contenido que cumpliendo con lo establecido por Hernández, Fernández y Baptista (2010) el investigador contextualizó las experiencias de los participantes de acuerdo a su: (a) temporalidad (tiempo en que sucedieron); (b) Espacio (lugar en el cual ocurrieron); (c) Corporalidad (las personas que participaron); y (d) Los vínculos relacionales (los lazos manifestados durante las experiencias), en donde se establecieron categorías en función de los discursos obtenidos y se colocaron los verbatos que definían o expresaban dicha categoría, es decir, la información será presentada en matrices, categorizando en función de los términos usados y suministrados por los participantes haciendo uso de citas textuales que ejemplifiquen y marquen contexto a las categorías (Ver Capítulo de Resultados). Como es un estudio de caso, se ejecutaron dos tipos de análisis de contenido uno que es Intracaso (por ende existirán tres en total) y otro Intercaso que denota sólo los aspectos comunes.

En cuanto a los test psicológicos, éstos fueron interpretados de acuerdo a los parámetros establecidos por los manuales de codificación e interpretación para cada test, que serían para: (a) el Test de Rorschach, en el ámbito de la codificación el manual de Codificación del Rorschach del autor Exner del año 2003, pero con las normas venezolanas del manual del autor David Ephraim del año 1996; y (b) el Test de Apercepción Temática (T.A.T.) será codificado e interpretado por medio del manual del autor Bernstein del año 1970 (Modelo de Henry Murray).

V. Resultados

A continuación se expondrán los hallazgos del estudio, se comenzarán con aquellos particulares a cada caso cuyos apartados serán *Deméter*, *Pentesilea* y *Ariadna*, para así dar continuidad a la Técnica del enfoque metodológico (Estudio de Casos). Seguido por los hallazgos referentes al análisis de contenido de todos los casos denominado *Mujeres Mitológicas*, y así esclarecer los puntos convergentes entre todos los casos y aportar una visión global en el estudio.

5.1. Deméter

“Diosa fértil de la tierra, quien dejó el Olimpo en busca de su hija Perséfone... se viste de negro en señal de duelo, transformando su belleza y esplendor divino en la imagen de una madre humana angustiada”

5.1.1. Procesos psíquicos.

Los datos arrojados por el Test de Rorschach están descritos en el Apéndice E, donde se exhibe el sumario estructural del mismo. Para efectos descriptivos de esta esta dimensión del estudio, se expondrá la comprensión del caso:

Control y Tolerancia al estrés.

De acuerdo a los indicadores de ésta área se puede concluir que la participante posee recursos cognitivos, afectivos y actitudinales para sobrellevar el estrés, en donde se vale de la introspección para poder dar respuesta al mismo. Sin embargo, la participante no simplifica sus emociones lo que conlleva a que en algunos momentos podría no saber responder debido a que se sienta abrumada con la estimulación ambiental.

Estrés relacionado con la situación.

Tomando en consideración lo mencionado en el apartado superior y sumado a los indicadores de ésta área, se aprecia que la persona en su cotidianidad puede responder a las demandas ambientales con los recursos disponibles. En donde, el control percibido sobre el ambiente es alto y los rasgos de carácter son estables.

Procesamiento de la información.

El test aportó que la participante posee un esfuerzo cognitivo en el procesamiento de la información que es económico y conservador; es decir, es una persona que no se esfuerza de más en procesar nuevos estímulos y que la complejidad psicológica para explorar y traducir el campo estimular es simple. Es cautelosa en este aspecto y por ende la eficacia del procesamiento puede verse afectada. Si bien no posee un estilo subincorporador en el procesamiento de la información, hay una inclinación por dar respuestas precipitadas (impulsivas) sin la evaluación de los puntos claves de información, lo que la conduce a que cometa errores perceptivos y de juicio.

Mediación.

Se evidencian rasgos atípicos a lo esperado. Los indicadores de ésta área arrojaron que la participante suele crear distorsiones forzadas de la realidad para afrontar su vida (como mecanismos defensivo), traduce de manera inapropiada los estímulos debido a interferencia de la emocionalidad y respuestas no convencionales hacia el mundo ya que hay evidencia de un rechazo hacia la realidad en la que se halla sumergida. Esta tendencia, unida a la forma impulsiva en que procesa el mundo, incide en que la interpretación del campo estimular tenga sesgos.

Ideación.

El estilo ideativo es introversivo, es decir, es una persona ideativa, piensa mucho, se apoya en el pensamiento y retrasa la acción, y es cautelosa en emprender nuevas acciones. Los indicadores también arrojaron que es una persona con un carácter rígido y por ende ante la novedad no cambiará su patrón de actuar; se refugia en la

fantasía para resolver conflictos (aunque no usa la Intelectualización como mecanismo de defensa) y con ella huye de su realidad. Se evidencia el uso del pensamiento mágico-religioso para dar sentido al mundo. Un aspecto importante en este apartado es la presencia de indicadores que apuntan a preocupaciones importantes por el cuerpo.

Afectividad.

Al igual que en el apartado superior, el estilo afectivo es introversivo. Este se sustenta de la introspección conscienciosa de las situaciones y trata de modular sus sentimientos. Esto último es de vital importancia, ya que la manera en cómo la participante expresa su emotividad es por medio de la constricción afectiva; esto quiere decir, que debido a las experiencias vivenciales sus afectos la amenazan continuamente ocasionando que con frecuencia experimente momentos en donde sienta que no puede controlar dichas emociones, por ello trata de anularlas (por medio de la negación como mecanismo de defensa) y controlarlas de sobremanera dando paso a experiencias psicológicas de malestar y la manifestación de su angustia por medios indirectos (aprehensión y anomalías somáticas).

Autopercepción.

En cuanto a este proceso psíquico, la participante posee preocupaciones a nivel corporal que pueden apuntar percepciones negativas en la autoimagen debido a distorsiones de la experiencia real; sin embargo, eso no implica que no se perciba de manera adecuada, solo que ha vivido experiencias que le han hecho modificar su autoimagen. En cuanto al índice de egocentrismo, este se encuentra dentro de los parámetros normales por ende puede apreciar sus características personales de manera realista, aunque tiende a centrarse en aspectos desfavorecedores sobre sí.

Interpersonal.

En cuanto al área de las relaciones interpersonales, se encontró que la participante tiende a asumir un rol más pasivo en relaciones (lo cual está acorde al estilo introversivo), en donde maneja el vínculo manifestando abiertamente: su afectividad,

agrado en participación y conductas acordes al tipo de relación y contexto. La participante está interesada en la conformación de vínculos a largo plazo pero en ocasiones no entiende por completo las intenciones de los demás (debido a su percepciones del mundo, que no son convencionales).

5.1.2. Necesidades, Presiones y Mecanismos de defensa.

Los datos arrojados por el Test de Apercepción Temática (TAT) están descritos en el Apéndice F, donde se expone: (a) el análisis formal cuantitativo y cualitativo detallado por lámina; y (b) el análisis Aperceptivo por lámina. Para efectos descriptivos de esta dimensión del estudio, se expondrá el funcionamiento intrapsíquico de forma global e integrada del caso:

Necesidades y presiones.

De acuerdo al análisis ejecutado (Ver Apéndice F), se apreció que entre las *necesidades* con mayor frecuencia (que se presentaron en dos oportunidades o más) a lo largo del protocolo del T.A.T. son: (a) Afiliación emocional, que aluden al menester de la participante de estar ligada afectivamente a un Otro; (b) Contrariedad, exponen sus estados reactivos en donde existe perplejidad o incertidumbre sobre sus acciones/pensamientos; (c) Agresión física, aluden a reacciones violentas en defensa de sí misma u objeto amado; (d) Agresión emocional, al igual que la anterior es defensiva pero se manifiesta de forma verbal; (e) Socorro, expresan su necesidad de ser ayudada; y (f) Evitación, es una necesidad defensiva que expone un estilo de afrontamiento.

Por otro lado, las *presiones* con mayor frecuencia (que se presentaron en dos oportunidades o más) a lo largo del protocolo del T.A.T. son: (a) Carencia, exponen las percepciones que tiene la participante en cuanto al desamparo (económico, emocional, entre otros); (b) Pérdida, esta presión se relaciona con la privación emocional y física de cuando se pierde a alguien o algo; (c) Peligro físico, estas presiones aluden a las percepciones que tiene el sujeto sobre el ambiente, que en este caso es violento; (d) Agresión emocional, al igual que la anterior aquí existe la percepción de violencia del tipo verbal hacia el sujeto; y (e) Dominación, que expone los sentimientos y

pensamientos de la participante con respecto a su relación con los Otros, que en muchas oportunidades percibe que quieren forzarla a realizar cosas.

Mecanismos de defensa.

De acuerdo al análisis ejecutado (Ver Apéndice F), se apreciaron entre los *mecanismos de defensa* con mayor frecuencia (que se presentaron en dos oportunidades o más) a lo largo del protocolo del T.A.T.: (a) Negación, existe un rechazo de realidades internas o externas que son desagradables para el sujeto; (b) Formación reactiva, cuando el Yo del sujeto juzga como inaceptables pensamientos, deseos o conductas y las sustituye por otras opuestas; (c) Simbolización, en este una idea u objeto sustituye a otro semejante y así calmar la angustia; y (d) Proyección, consisten en la atribución a Otros de pensamientos, sentimientos o conductas que son inaceptables para el sujeto.

5.1.3. Vivencias del cáncer de mama.

Hace alusión a la significación dada por los participantes a su experiencia con el diagnóstico, tratamientos, emociones, pensamientos, entre otros, en su padecimiento con la enfermedad de cáncer de mama y su entorno social. Entre éstas encontraremos:

1. *Vida antes del diagnóstico de cáncer:* relatos biográficos de las participantes acerca de experiencias de vida anteriores al diagnóstico de cáncer, pueden incluir relatos de experiencias de la infancia.
2. *Reacciones ante el diagnóstico:* engloba los contenidos acerca de cómo las participantes refirieron haber reaccionado ante el diagnóstico de la enfermedad.
3. *Vivencias de los tratamientos:* sensaciones, ideas, experiencias de los tratamientos y procedimientos médicos.
4. *Relaciones con el entorno médico y de salud:* visión de las participantes del trato dispensado por los profesionales de la salud, incluyendo los profesionales de la salud mental.
5. *Estilos de afrontamiento:* Formas en cómo las participantes han sobrellevado la enfermedad.
6. *Relaciones familiares:* contenidos referentes a las relaciones intrafamiliares antes y durante el curso de la enfermedad.

7. *Significaciones otorgadas a la muerte*: significados atribuidos a la muerte de otros, a la muerte propia.

A continuación se expondrán los Temas, las categorías y subcategorías encontradas en las entrevistas a profundidad de acuerdo al Análisis de Contenido. Sin embargo primero se detallará como se citarán los relatos para todas las participantes (Ver Tabla N°5).

Tabla 5. *Codificación de las Citas.*

Referencia	Código
Verbato	Texto entre comillas
Participante	Deméter (D); Penteseila (P); y Ariadna (A).
Entrevista	E1 (Entrevista #1) o E2 (Entrevista #2)
Ubicación	L y número (equivalente al número de Línea en la entrevista). Ejem. L18

De acuerdo con la técnica de análisis de contenido se expondrán por bloques de Temas las categorías encontradas, existiendo:

Tabla 6. *Matriz de Categorías: Caso Deméter.*

Tema N°1 Mi vida antes del cáncer	
Categorías	Subcategorías
• Relación con mi madre=pensamos distinto	
• Extraño lo que tenía	
• Sacrifiqué mi tiempo por mis hermanos	
• El cuidador principal: me tocó vivir/ser	
Tema N°2. El cáncer	
• El diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi diagnóstico: ¿qué tengo? ○ Algunos se alteran con la noticia del diagnóstico
• Significados del cáncer	<ul style="list-style-type: none"> ○ El cáncer invasivo=se lo come a uno. ○ El cáncer como lucha ○ El cáncer resignifica la vida.
• Mi vida con cáncer	<ul style="list-style-type: none"> ○ El síntoma: el dolor es constante ○ Que no debo/puedo hacer ○ No hay medicamentos
Tema N°3. Efectos del cáncer en mi vida	
• Miedos de los pacientes con cáncer	<ul style="list-style-type: none"> ○ Miedo a los efectos secundarios ○ Miedo a estar postrado en cama ○ Preocupaciones sobre la familia

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Miedo a depender de alguien
• Autopercepción	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi imagen sin seno
	<ul style="list-style-type: none"> ○ No soy menos sin seno
• Percepciones sobre la familia	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mis familiares no piensan en mi
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hijos=ánimo de vida
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Quiero que valoren mi esfuerzo
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mis otras responsabilidades
Tema N°4. Mecanismos de afrontamiento	
• Actitud hacia la enfermedad	
• Dios como fortaleza	
• Que deseo hacer	
Tema N°5. Los especialistas	
• Visión del médico	<ul style="list-style-type: none"> ○ Confianza en el médico
	<ul style="list-style-type: none"> ○ El apoyo del médico
• Importancia del psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Información sobre la atención psicológica
	<ul style="list-style-type: none"> ○ El psicólogo en el diagnóstico
	<ul style="list-style-type: none"> ○ El psicólogo en la enfermedad
Tema N°6. Qué hace falta en la atención al paciente oncológico	
• Proveer Información a familiares y pacientes	
• Trato humano con el paciente	
• Algo que nos motive	
Tema N°7. Connotaciones sobre la muerte	
• La muerte de un ser querido	<ul style="list-style-type: none"> ○ Su muerte nos dejó un vacío
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se decidió darle algo de paz
• Mi muerte	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sentirse deprimido o vacío=muerte
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Morir pero no de cáncer

Tema N° 1: Mi vida antes del cáncer. Es un Tema que aborda aspectos cotidianos, relaciones interpersonales, vida profesional y afectiva en las que se desempeñaba la participante antes de su diagnóstico, como un punto descriptivo de su vida previa. Entre las categorías encontramos:

- **Relación con mi madre= pensamos distinto.** Es una categoría que identifica la relación no armónica entre la participante y su progenitora desde antes de su condición médica, en donde explica de alguna manera un rechazo implícito por parte de su madre ante sus percepciones:

“...a mi mama la criaron muy cerrada, yo le digo a ella que la criaron muy cuadrada, ella no es redonda no existen muchas cosas, todo es un tabú, ella tiene 70 y

pico de años... mientras que para mí es algo normal. Yo lo acepto, por lo mismo que te digo, por lo que me ha pasado con mi vida, me ha hecho ver la vida de otro punto de vista, no de la misma forma que me criaron; si hasta mi mamá me dice: *de los cuatro la única rara eres tú*, porque mis otros tres hermanos son igualitos a ella, cuadrados no hablan de nada...” (D; E1; L 155-162).

“Oye... creo que con mi mamá la relación nunca fue del todo buena... ella siempre fue muy exigente conmigo y no con mis hermanos...” (D; E1; L 323-324).

Esta categoría plantea la pregunta acerca de la relación que puede existir entre interrelaciones filiales (madre-hija) como un posible factor social que influye directamente en la constitución de la estructura de personalidad y mecanismos de afrontamiento que inciden en el desarrollo del cáncer.

- **Extraño lo que tenía.** Esta categoría explica la percepción que tiene la participante de su vida en familia previa a la aparición del cáncer como enfermedad en sus vidas (tanto para su esposo como para ella). En donde se evidencian sentimientos de añoranza y la participante identifica sus cambios en actitudes:

“...Tu no me reconocerías! He cambiado de cielo a tierra. Antes era muy peleona, como ya te dije, cualquier pequeña cosa era para formar un lío, siempre estaba encima de los muchachos y de mi esposo, lo celaba que ni se diga... pero así éramos felices. No sentía que hubiera algo malo... a veces extraño eso, sabes?...” (D; E1; L 318-321).

- **Sacrifiqué mi tiempo por mis hermanos.** La participante explica cómo fue para ella no cumplir una meta de vida por el bienestar de sus hermanos, y los sentimientos encontrados que esto le generan por las actitudes que percibe de ellos:

“...yo dejé de ir a la universidad para ponerme a trabajar para ayudar a la casa, eso fue por bastante tiempo que incluso cuando mis hermanos llegaron a la edad de ir la universidad yo misma dije: *oye yo voy a seguir trabajando para ayudarles, que ellos estudien...* y mientras tanto yo no pude hacerlo. Eso es algo que lamento, no haber podido ir a la universidad. Pero no me arrepiento de haberles ayudado, solo que a veces por como son ahorita pienso: *yo sacrifiqué mi tiempo de estudio y que pude haber sido alguien más en la vida y ellos ahora no se portan bien con uno...*” (D; E1; L 328-334).

- **El cuidador principal: me tocó vivir/ser.** Es una categoría que expone un rol asumido previamente a su diagnóstico, pero que fue algo sumamente significativo en su comprensión del cáncer. Destacando sobre todo las razones por lo que se asume ser cuidadora principal:

“... Fueron tantas cosas las que viví. Podría decir que unas bonitas y otras feas. Y digo bonitas porque vi como por amor a mi esposo, hice de todo con tal de cuidarlo y que le dieran las cosas que necesitaba en el hospital... me lo echaba al hombro y lo paseaba. Recuerdo que a él le gustaba fumar y cuando lo paseaba, yo compraba los cigarrillos y le echaba el humo en la cara para que sintiera eso...” (D; E2; L 7-17).

Esta categoría conjunto con la anterior, exponen otro factor en la incidencia del cáncer de la participante y es el hecho que dentro de su dinámica cotidiana, siempre tuvo que estar ocupada cuidando de alguien más al punto donde se anuló como un ser doliente, capaz de padecer enfermedades y penurias. Y al sólo enfocarse en “dar” en sus relaciones interpersonales, se olvidó por completo de realizarse chequeos, detallar síntomas y demás signos de alerta que pudiesen haberle señalado la aparición de la enfermedad.

Tema N°2: El cáncer. Por definición hace alusión a los significados que la participante atribuyó al concepto de la enfermedad, que entiende y cómo percibió el diagnóstico de la misma, y cómo describe su cotidianidad con la enfermedad. Entre sus categorías tenemos:

- **El diagnóstico.** Se puede definir la misma, como las percepciones que tiene la participante en cuanto a cómo fue para ella la experiencia de su diagnóstico y los sentimientos en ese momento. Así como las percepciones que ella determina acerca de la experiencia de otras personas sobre el diagnóstico. Encontraremos aquí todo el proceso de reacción por parte de la participante en donde predomina un estilo confrontativo, para luego si mediar sus emociones. Esto se ve reflejado en las subcategorías:

- *Mi diagnóstico: ¿qué tengo?* Es una subcategoría en donde se observa la necesidad de la participante por conocer su diagnóstico y las alternativas de tratamiento, siendo esto una reacción confrontadora para encontrar herramientas que le ayuden a sopesar el cambio, pero que a pesar de su practicidad emocional se derrumba por la noticia. Entre sus citas tenemos:

“... la verdad me lo imaginé porque mientras me hacían los estudios en Maracay la expresión de cara del médico me lo dijo todo; pero no me lo dijo de una vez sino esperó unos resultados y a los quince días exactos me dijo que fuera con un familiar y enseguida lo supe. Fui con una amiga y puse al médico en tres y dos, le dije *dígame ¿tengo cáncer? Sí es así mejor dígamelo de una vez...* en ese momento mandé a salir a mi amiga y le empecé a preguntar dígame las alternativas, que tengo que hacer... y ya

después que salí de ese cuarto fue que se me salieron las lágrimas, porque obvio son cosas que te pegan, lloré como por quince minutos...” (D; E1; L 19-28).

- *Algunos se alteran con la noticia del diagnóstico.* Esta subcategoría expone un punto comparativo de la paciente sobre su experiencia del diagnóstico con respecto a otras que ha logrado ver a lo largo de su ciclo como paciente. Aquí la participante revela análisis introspectivos de su experiencia en comparación con la ajena, Entre sus citas están:

“... la que se puso a llorar fue mi amiga, en ese momento pensé *¿para qué me pidió traer un familiar?...* Ahora comprendo que hay pacientes de pacientes que se alteran mucho con la noticia...” (D; E1; L 23-25).

“Sí, porque es duro, yo he visto gente que ha pegado gritos, que se ha pegado, se ha querido matar, se ha desmayado, les ha dado de todo y he visto gente aquí que ya viene predispuesta” (D; E1; L 268-269).

“...sé por qué he oído de otros pacientes que no les hubiese gustado que le dijeran que tenía, pero eso son los demás no yo...” (D; E2; L 60-61).

Los elementos de esta categoría demuestran que los mecanismos de afrontamiento ante la noticia del diagnóstico si bien son individualistas hay factores comunes de reacción y son: el rechazo directo a la idea de padecer la enfermedad (negación) o la búsqueda inmediata de alternativas (defensas maniacas).

- **Significados del cáncer.** Se define a esta categoría, como las atribuciones conceptuales, comprensivas y afectivas que tiene la participante sobre el concepto de la enfermedad desde su padecimiento como de la experiencia como cuidadora principal de otro paciente oncológico. Aquí se manifiesta tanto los roles que ha tenido que atravesar y cómo a raíz de una experiencia así le da sentido a su vida con el cáncer. Esto se ve reflejado en las subcategorías:

- *El cáncer invasivo= se lo come a uno.* Expone la agresividad percibida acerca del cáncer sobre su difunto esposo, detallado la rapidez con la que puede avanzar esta enfermedad y la desfiguración que puede acarrear:

“... Le empezó por la boca, y se fue comiendo todo lo que fue cuello, nariz, mejilla... el llegó a tener un tubo gástrico y uno de esos en el estómago *¿cómo se llama?...* [E: *¿gastrostomo?*]... sí un gastrostomo, y bueno le estaban haciendo quimio, radioterapia... fue un diagnóstico de la noche a la mañana, se lo descubrieron y en un año y medio se lo comió” (D; E1; L 5-9).

- *El cáncer cómo lucha.* Configura cómo la participante respondió ante su diagnóstico en donde ha considerado que atravesar el cáncer implica un trabajo activo de combate, creando así una actitud proactiva y enfocada en superar la enfermedad:

“Cuando me diagnosticaron la enfermedad siempre pensé que yo voy a luchar en contra de esto, esto no va a poder conmigo” (D; E2; L 164-164);

“Cuando me dijeron que tenía cáncer, dije *bueno dígame cuál es la lucha, voy a luchar sola o usted lo hará conmigo?*” (D; E2; L 61-62).

- *El cáncer resignifica la vida.* Explica cómo la participante ha encontrado maneras de darle sentido a su vida, partiendo del diagnóstico y de su experiencia como paciente. En donde acredita que vivir su vida plenamente es gracias al cáncer:

“Sí, me ha dado otro significado. Ya la vida no es preocuparse por tonterías sino que en vez de quedarme enfrascada en lo negro, en la enfermedad, veo colores, veo matices. Veo que la vida es bonita así de simple...” (D; E2; L 134-136).

“... si yo pudiera escoger entre una vida normal o una vida con el cáncer, volvería a escoger vivir con el cáncer, sabes porque? Porque me ha enseñado a vivir plenamente, a ayudar a los demás y valorarlos, y valorarme a mí misma y ver lo que es capaz el ser humano por hacer por sí mismo. A darme cuenta quien realmente está allí con uno y quienes no...” (D; E2; L 121-125).

Las distintas subcategorías de esta categoría colocan en evidencia tres conceptos fundamentales del cáncer para esta participante: (a) la agresividad de la enfermedad puede despersonalizar al individuo (ser irreconocible física y emocionalmente); (b) superar la enfermedad implica una actitud proactiva, y (c) valorar la vida por encima de la condición médica. Sin embargo algo que llama la atención de la subcategoría *el cáncer resignifica la vida*, es la asunción que de escoger vivir nuevamente algo en su vida sería la enfermedad; lo cual plantea la inquietud si esto no es más bien un mecanismo defensivo (formación reactiva) para poder dar sentido al dolor, pérdida y experiencia en general.

- **Mi vida con cáncer.** Es una categoría que engloba aspectos cotidianos de las vivencias de la participante desde síntomas, restricciones por la enfermedad hasta dificultades para adquirir tratamientos médicos; y cómo esto ayudó a que configurara un sistema de afrontamiento para sobrellevar dicha enfermedad. Aquí encontramos las siguientes subcategorías:

- *El síntoma: el dolor es constante.* La participante habla acerca del dolor físico percibido como secuela de tratamientos:

“Bueno y aunque el dolor me está matando, ahorita el dolor me está matando; pero aquí estoy, yo estoy hablando contigo y me muevo pa’ allá y pa’ acá, porque me duele el brazo y esta es una condición va hacer por siempre, pero pa’ lante” (D; E1; L 262-265).

“mira me han apuesto tramadol Samial, ya que el dolor es intenso, constante... trato de pensar que *no me duele, no me duele, no me duele, no me duele, no me duele.* Imagino que eso me quedó tanto de eso como de las quimio.” (D; E1; L 83-86).

- *Que no debo/puedo hacer.* Esta subcategoría expone actividades que por su condición médica no puede realizarlas, pero debido a su estilo de vida debe omitir esta norma y realizarlas:

“...pero con todo y eso yo me ponía a barrer, a limpiar mi casa, a cocinar que uno a pesar que le dicen que no puedes cocinar porque el calor te hace daño y una bueh, pero si estás sólo y no tienes quien te lo haga...” (D; E1; L 90-92).

“...el doctor no me deja hacer nada, porque dice que si yo me pongo invento mucho, que ya bastante invento yo con venir a calabozo venir aquí hacerme la quimioirme a calabozo y ese trayecto es matón...” (D; E1; L 180-182).

- *No hay medicamentos.* Expone los sentimientos y pensamientos que posee la participante acerca de la escasez de medicamentos que acontece actualmente en el país. Describe como ha sobrellevado esta situación en donde hay sentimientos ambivalentes, entre la impotencia y el agradecimiento:

“... fijate hay enfermedades que pueden tener la atención a tiempo. Pero nosotros los pacientes con cáncer no. Cómo es posible que haya más, no sé atamel, y eso que cuesta conseguirlo, que las quimio. A diferencia de un dolor de cabeza que no te mata, tener esparcido más el cáncer si te mata. Veo que no le dan prioridad a las enfermedades graves. A veces llevo a mi consulta en el instituto y no hay quimio, y de allí lo ponen a uno del timbo al tambo de un hospital a otro. A veces me veo en el Llanito para la quimio otras en el clínico y así, claro yo le doy gracias a Dios porque al menos a mí me han podido conseguir la quimio, pero ha visto a otros paciente no que le dicen no hay. Es más le dicen *ve ese cartel que está allí, allí están los números y direcciones de las farmacias de bajos costos llame a ver si allí le pueden dar aviso del medicamento o váyase a fundaciones.* Y los pacientes se quedan así... no chica! por eso te digo que a veces la vida es injusta. A veces tú me ves a mí, de allá pa’ca buscando

medicinas para el dolor porque lo mío es un dolor insoportable a veces, pero bueno pa' lante porque no queda de otra..." (Sra. C; E2; L 257-268).

En esta categoría se evidencia una actitud proactiva hacia el afrontamiento diario de una condición oncológica, sin embargo se cuestiona ¿hasta qué punto la participante no se está exponiendo a empeorar su condición? o ¿es necesario tal exposición para reafirmarse un sentido de control u omnipotencia sobre su vida (sistema de control)?

Tema N°3: Efectos del cáncer en mi vida. Se define como todos los procesos relacionados con la enfermedad (omitiendo causas) miedos, percepciones sobre su cuerpo y sobre sus familiares que tienen impacto acerca de cómo entienden y describen su experiencia. Entre las categorías encontramos:

- **Miedos de los pacientes con cáncer.** Desde su experiencia la participante explica los principales temores que ha sentido a lo largo de su proceso con la enfermedad desde efectos secundarios de los tratamientos oncológicos a preocupaciones que se tienen sobre el núcleo familiar. Entre las subcategorías que describen esto se encuentran:

- *Miedo a los efectos secundarios.* Se relaciona con los padecimientos que ha sufrido la participante como secuelas esperadas a los tratamientos oncológicos recibidos, describe de forma detallada el impacto de los mismos así como los sentimientos ante estos:

"Recuerdo cuando me colocaron la primera quimio, me dio un paro respiratorio y me asusté demasiado. Pensé que me iba a morir!... La Dra. Tuvo que quedarse conmigo todo el rato y ella fue explicándome todos los efectos posibles a tener por la quimio y eran bastantes... con el susto que pasé, me ayudó bastante, me hizo madurar demasiado como persona..." (D; E2; L 118-121).

"...cada vez que me van a poner la quimioterapia, es un miedo horrible porque es sentir cualquiera de los efectos secundarios. Que me arde, que me duele, que me maree, que no hace perder el conocimiento, que el vómito, la fiebre, la diarrea, que el dolor de cabeza... le temo a todos esos efectos..." (D; E2; L 142-145).

- *Miedo a estar postrado en cama.* Es otra subcategoría que expresa el malestar que produce el considerar la idea de quedar en cama debido a los tratamientos o avance de la enfermedad, en donde su temor es la idea de no ser funcional en su vida:

"...hay pacientes que la quimioterapia los tumba y yo pienso es ¡Ay Dios mío! ¿y si caigo en cama? ¿Será que después no me puedo parar?... eso para mí es

impensable, así me sienta un poco mal... la descalcificación que tengo en la cadera, en la parte izquierda, la Dra. Ya me dijo que un mal golpe y me fracturo la cadera. Y eso significa caer en una cama. De una vez pensé yo no puedo caer en cama! Ese es mi mayor miedo.” (D; E2; L 145-153).

- *Miedo a depender de alguien.* Es otra subcategoría que expresa el malestar que produce la idea de estar a expensas de que algún otro haga sus labores y actividades. Existe un claro rechazo a la idea por parte de la participante:

“si estoy en cama debo estar dependiendo de alguien y eso no lo quiero, prefiero que dependan de mí. Yo trabajo para mis hijos, para la comunidad para otras personas, pero es que no sé... Ese es mi gran miedo... es que ni a la enfermedad en sí le tengo miedo... Si yo tengo que barrer mi casa con dolor durante todo el día lo hago, pero no quiero depender de nadie. Quiero ser capaz de tenerle las comidas a mi hijo, de salir hacer mis cosas...” (D; E2; L 153-159).

- *Preocupaciones sobre la familia.* Esta subcategoría expone las preocupaciones de la participante sobre cómo se encontraría su familia ante la posibilidad de su muerte:

“si tenía un poco de miedo, sobre todo por dejar a mi hijo pequeño sin su papá y mamá, que tuviese que cuidarse solo...” (D; E2; L 185-184).

“...Yo lo único que le pido es que él [hijo] me dé la satisfacción de morir y verlo con un título universitario, graduado profesionalmente que yo sepa que si muero él tiene algo con que defenderse que no tenga que depender de alguien más...” (D; E2; L 164-166).

Algo interesante de cada una de estas subcategorías, es que el foco común para los miedos ante el cáncer que es el hecho de ser *funcional* en su vida. De tener el control de lo que ejecuta o no, si cumple con metas diarias (cotidianas o más elaboradas), de no depender económica ni en roles de alguien más, entre otros.

- **Autopercepción.** Es una categoría que expone las percepciones corporales, sentimientos y pensamientos de la participante ante la pérdida del seno debido a mastectomía. Involucrando las siguientes subcategorías:
- *Mi imagen sin seno:* describe como se perciben actualmente sin un seno a nivel de autoimagen:

“... no voy a decir que no me dolió, perder mi seno, mentalmente yo pensaba bueno toca, sí se me tiene que caer el pelo se me tiene que caer, si era necesario quitar el seno también...” (D; E1; L 49-50).

“... Claro no te voy a decir que a veces no se me hacía fuerte, sobre todo cuando pienso qué me voy a poner hoy y veo una camisa y cuando la tengo puesta veo que falta y allí por un pequeño momento me doy cuenta que sí, realmente no tengo el seno. Pero por eso no voy a dejar de ponerme mi ropa! De una vez pienso Ah! Me pongo mi camisa y punto!...” (D; E2; L 97-101).

“...será que cuando vaya de nuevo para la playa me pueda afectar, me tocará pensar pero creo que igual me pondré mi traje de baño y estaré bien, el que me vio me vio y al que no le gustó pues bueno. El que me va a querer debe hacerlo con todo...” (D; E2; L 114-117).

- *No soy menos sin seno*: Es una subcategoría que expone cómo la participante ha encontrado significado a su feminidad sin poseer el seno, dando pie a un aspecto importante en el significado de ser mujer:

“...a veces no me siento tan femenina como antes. Pero es como le digo por encima de todo es mi salud... fijese a mí me gusta ver mucho películas de personas enfermas y esas cosas de superación, en donde veo que hay personas que han perdido no sé una pierna completa y siguen adelante. Entonces yo porque he perdido un seno voy a ser menos que ellos... A mí me quitaron el seno y fíjese no se ve; pero a pesar de eso ves que ellos pueden hacer muchas cosas y me pregunto si ellos pueden porque yo no?...” (D; E2; L 108-114).

Aquí se aprecia la parte de autoimagen, que suele ser un foco principal en psicoterapia para pacientes de cáncer de mama. En este caso se evidencia un continuo trabajo de elaboración del significado del seno dentro del concepto de la feminidad y de la autoestima, en donde es evidente que si bien ya hay un proceso de adaptación ante lo vivido puede estar produciéndose una simplificación del impacto psicológico que esto ha tenido sobre su autoconcepto.

- **Percepciones sobre la familia.** Esta categoría describe las percepciones de la participante acerca de su relación familiar en cuanto al apoyo y compañerismo que tienen estos hacia ella; también destaca el rol de sus hijos como fuentes de inspiración para afrontar al cáncer, y cómo la participante se identifica como responsable del núcleo familiar. Entre las subcategoría están:

- *Mis familiares no piensa en mí.* Engloba la apreciación que la participante siente que sus familiares tienen hacia ella, en donde se destacan los sentimientos de abandono y poco cariño que siente ante la ausencia de su grupo familiar:

“...tu hija tiene cáncer y yo nunca te he visto a ti o mi hermana hablando con un médico, ayudando a buscar una medicina, nada, solo es mira que te dijeron?... Como un día se lo dije a mi papá: y si yo contesto estoy bien, pero ustedes ven que no es así, ustedes no hacen nada. Y sí les dijera los médicos dicen que me quedan tres días, ustedes tampoco van a hacer algo...” (D; E2; L 49-53).

“...rabia e impotencia... que mi familia no me acompañe. Esa es mi frustración, mi gran rabia... pero ya digo que ya no más, lo que no hicieron desde el principio no la van a hacer ahorita...” (D; E2; L 185-186);

- *Hijos= ánimo de vida.* Es una subcategoría que explica cómo para la participante sus hijos fueron el aliciente para afrontar el cáncer, como agentes de motivación extrínseca:

“...fueron más bien mis hijos quienes me dieron ese ánimo... por eso es que te digo que yo esté aquí ahora es por eso por hijos y ahora por mis nietos...” (D; E2; L 44-45).

“Mi fuerza fueron mis hijos, mi nieto y bueno la promesa que yo le hice a mi esposo de sacar adelante los muchachos, la niña ya se me había casado y hasta dado un nieto, pero el varón apenas en el liceo...” (D; E1; L 55-57).

- *Quiero que valoren mi esfuerzo.* Es una subcategoría que expone el deseo de la participante por ser reconocida como un miembro activo dentro del núcleo familiar, en donde su ideal en cuanto a trato recibido está evidenciado en sentimientos de compasión que le gustaría obtener:

“... que me tuvieran un poco más de consideración...Es que definitivamente cómo es posible que yo con mis dolores, con la fiebre y todo lo demás sea capaz de ir y buscar y luchar por las cosas y ellos que están sanos no? No lo comprendo.” (D.; E2; L 194-207).

“Bueno, solo espero que mis papás vean el esfuerzo que yo hago. Que cuando a veces digo que no puedo no es porque no quiera, sino porque humanamente ya no doy más. Y conforme a ello, aun sintiéndome mal igualito voy y les resuelvo” (D.; E2; L 208-210).

- *Mis otras responsabilidades.* Esta subcategoría hace alusión a como la participante percibe que ella es quien debe responsabilizarse por su familia, no sólo como un aspecto del ego sino como algo designado y como elemento de su identidad dentro del grupo familiar:

“aquí en Caracas me quedo con mis padres y no son jóvenes que digamos, yo soy quien cuida de ellos, estoy pendiente del mercado; de cargar a mi papá, porque casi no camina debido a una ACV; de comprar sus medicamentos. Me pongo hacer cualquier otra cosa en casa de mi mamá” (D.; E1; L 177-180).

“Imagínate, hace un año a mi papá lo operaron de las piernas... Yo estaba aquí en Caracas y me iba a hacer las quimio, salía de allí y me iba a la casa a cuidarlo todo el día, de cargarlo para comer, bañarlo y todo eso. Y lo hacía con el malestar que siempre me dan... Eso era de levantarme a las 6 de la mañana y acostarme 12-1 de la madrugada... a mí la verdad no me pesa hacer eso por ellos porque son mis padres” (D.; E2; L 187-194).

Nuevamente en estas subcategorías se evidencia el sentido de omnipotencia de la participante en donde ella debe ser quien lidere, guíe, cuide y se responsabilice por sus familiares. Así mismo, surge la interrogante de si la familia realmente no ofrece algún tipo de contención emocional o económica, ya que al estar presente de forma marcada la omnipotencia podría estar presente una forma de bloqueo de los intentos de ayuda sin tener consciencia de ello.

Tema N° 4: Mecanismos de afrontamiento. Es un Tema que alude al estilo de afrontamiento empleado por la paciente en donde se destaca componentes actitudinales, creencias mágico-religiosas y deseos de superación que le dan herramientas recursivas para sobrellevar la enfermedad. Entre sus categorías están:

- **Actitud hacia la enfermedad.** Explica que reacciones tiene la participante para hacer más llevadera su condición oncológica, en donde destaca un estado anímico alegre como principal herramienta de afrontamiento:

“...la actitud hacia la enfermedad, porque si tú te pones: *estoy enfermo de cáncer, me van a poner la quimioterapia y la quimioterapia tumba el pelo y la quimioterapia, mira eso tumba, eso tumba.* No vas a hacer nada... Si yo no me estimulaba yo misma, quien me iba a estimular? por lo mismo que te estoy diciendo, si tú no tienes quien te estimule no sales adelante... ese estado psicológico del paciente es el que le hace más daño. No es la quimioterapia en sí, sino también es el estado anímico de la persona...” (D; E1; L 278-292).

“No echarte a morir por la enfermedad, hay que pensar que se tiene una vida por delante, también hay que pensar en las vidas que estás dejando atrás. Esta enfermedad tú tienes que buscar la manera de cómo encararla, de cómo sobrevivirla... uno debe aprender a vivir con esto, a seguir viendo algo en la vida para gozar y disfrutar, ese sería mi consejo! que tengan siempre ánimos...” (D; E1; L 306-311).

- **Dios como fortaleza.** Es una categoría que expone el pensamiento mágico-religioso de la participante y cómo esto le ayuda asumir su proceso de enfermedad:

“...yo sé que Dios me va a dar fuerzas para estar junto a él y cuidarlo [habla sobre su hijo]...” (D; E2; L 178).

“yo creo en Dios y sé que él mira para abajo, sé que no he sido una mala persona, he tenido mis equivocaciones como todo el mundo pero no le hago daño a la gente” (D; E2; L 166-167).

- **Que deseo hacer.** Es una categoría que manifiesta sus ideales acerca de sus planes a futuro:

“...tengo tanta ganas de ayudar a la gente, y quiero llevarme a los médicos de acá para allá, porque deseo que se ayude a más gente, hacer esta fundación o operativo porque médicos allá no hay, no hay, no hay!...” (D; E1; L 171-173).

En estas subcategorías se evidencia como para la participante los estados anímicos negativos (tristeza, letargo, pasividad, entre otros) son sinónimos a no afrontar de manera “adecuada” el cáncer, pareciera entonces que su percepción se encuentra como en un estado de permanente euforia ¿será entonces que hay defensas maniacas como mecanismo de afrontamiento?

Tema N°5: Los especialistas, que se define cómo la participante percibe sus principales relaciones interpersonales desde el ámbito social y afectivo con los distintos especialistas que le han ofrecido su ayuda/atención. Entre las categorías tenemos:

- **Visión del médico.** Es una categoría que destaca la visión/percepción que posee la participante de los profesionales que le han atendido con quienes ha desarrollado rapport y un vínculo que va más allá de la relación médico paciente. Entre sus subcategorías tenemos:
 - *Confianza en el médico,* demuestra cómo la participante conformó un vínculo estrecho con sus médicos tratantes en donde los tilda de confidentes y amigos:

“como paciente ahora veo las cosas diferentes. Veo que le tengo más confianza a los médicos... Desde un principio pedía honestidad, y ellos me la dieron” (D; E2; L 58-60).

“la Dra. A. siempre fue muy sincera conmigo, yo le dije: quiero que me diga la verdad porque el enfermo soy yo, no es mi familia ni nadie sino yo... y bueno a raíz de eso quedamos como compenetradas, hoy en día yo la puedo llamar para preguntarle cosas y saber de ella... Porque bueno pues ella me brindó sinceridad y confianza. Ella me dijo claramente lo que me iba a hacer y como siempre digo, la confianza por delante...” (D; E2; L 74-88).

- *El apoyo del médico.* Es una subcategoría que expone cómo la participante siente que el médico al apoyarla a logrado avanzar en su aceptación y superación de la enfermedad:

“...creo que fue el apoyo de la Dra. C., Dr. R., tres estudiantes, todos los del equipo médico que me ayudaron, no me dejaron sola lo que me ayudó...” (D; E2; L 53-55)

“...Yo siempre he dicho que si el médico ayuda al paciente, el paciente se supera. Ojala algunos médicos no fueran de esos light, de lo que solo te medio revisan y te dicen váyanse para su casa, que no te reconozca ni nada...” (D; E2; L 62-64).

- **Importancia del psicólogo,** Es una categoría que destaca la relevancia que percibe la paciente sobre el rol del psicólogo como profesional en la atención del paciente oncológico. En donde encontramos las siguientes subcategorías:

- *Información sobre la atención psicológica.* La participante detalla cómo le gustaría a ella que el servicio de atención debe ofrecerse:

“se debe dar más importancia a la ayuda psicológica y a la medicina paliativa, porque yo digo que eso poco lo hay, o si no vas a cualquier hospital y te dicen que ese tipo de atención o lo hay en la mañana o lo hay en la tarde, no es un servicio que esté disponible a cualquier hora para el paciente...” (D; E1; L 184-187).

- *El psicólogo en el diagnóstico.* Explica cómo para paciente es de suma relevancia la inclusión de éste profesional al momento de dar la noticia del cáncer basándose en su experiencia personal (en la que asume la ausencia del psicólogo como una falla del sistema):

“... yo digo que en ese momento debería estar un psicólogo allí, al lado, verdad? Que cuando el médico te diga tienes esto, automáticamente tienes el psicólogo al lado y

te diga, te atiende a ti a tus familiares, te diga: *mira esto es así, tranquila aquí te vamos a apoyar, tienes una mano amiga, este es el número de teléfono cualquier cosa me llamas...*” (D; E1; L 232-237).

- *El psicólogo en la enfermedad.* Es una subcategoría que expone la importancia percibida por la participante sobre el rol del psicólogo en la enfermedad del cáncer, como un agente que puede ayudar a una mayor aceptación:

“Yo digo que el paciente oncológico, debe tener un seguimiento en todos los aspectos, y no es que el paciente busque la ayuda en el psicólogo. Es que el psicólogo busque al paciente, porque lo he visto, no todo los paciente saben que pueden hacer con un psicólogo, porque la mayoría no quiere afrontar su realidad con otra persona. Es que si ya muchas veces nos encontramos con falta de médicos para atendernos, ahora imagínate tener que exponernos así ante un psicólogo...” (D; E1; L 187-193).

Algo a destacar de estas categorías es que para la participante es de suma importancia la personalización del trato con el médico, volverlo íntimo o “más humano” ya que con ello no sólo fortalece su relación con los mismos, sino también crea un ambiente de confort y mayor reciprocidad, en donde no se siente tan vulnerable ni inhibida de solicitar ayuda. Por otro lado es interesante cómo destaca la relevancia del rol del psicólogo, antelo cual vale preguntarse si todos los pacientes oncológicos piensan igual y es necesario enfocarse en la captación o psicoeducación en sala de espera.

Tema N°6: Que hace falta en la atención al paciente oncológico. Es un Tema que explica aspectos que a nivel de atención sanitaria están fallando para la paciente o que ella se encuentra inconforme con lo que recibe. Dentro de ésta se encuentran las siguientes categorías:

- **Proveer Información a familiares y pacientes.** Es una categoría que explica los ideales de la paciente sobre mejorar las instrucciones que se le pueden dar a familiares y pacientes oncológicos sobre todo referente a cuidados y tratos:

“Creo que hacen falta más charlas, no sé, más cuestiones para... [*Enseñarles?*]... si para enseñarles a los familiares como tratar con uno como paciente porque no todos los familiares saben qué hacer con uno...” (D; E1; L 197-198).

“...a los pacientes darle información, sabes?. A veces uno se la pasa todo el día aquí, y sólo los pasantes se te acercan te dan trópicos y dan pequeñas cuestiones...” (D; E1; L 204-205).

- **Trato humano con el paciente.** Destaca la importancia para la participante de proveer un trato ameno y solidario al paciente, ya que desde el momento de diagnóstico se coloca en constante choque emocional y psicológico al mismo (desde su perspectiva):

“... ¿Y el lado humano? ¿Qué pasó con los sentimientos? o cómo queda la persona cuando los médicos le tienen que decir tienes cáncer... oye las personas salen desmoralizadas, yo digo que en ese momento debería estar un psicólogo allí, al lado, verdad?... Eso, yo digo que eso es lo que falta, entiende, no se a lo mejor estoy siendo egoísta... yo que yo pasé esto, pasé a mi manera y lo estoy superando, sola pero lo estoy superando; pero no quiero que otra persona lo supere así, entiende, quiero que otra persona lo supere con felicidad, que esta enfermedad no sea una enfermedad sea un aliciente hacia uno ser mejor persona, entiende, y no piensen: *quédate en tu casa encerrado, vinistes te pusistes el tratamiento y te fuistes pa´tu casa, los que trabajan se van a trabajar...*” (D; E1; L 231-242).

- **Algo que nos motive.** Relacionado con sus mecanismos de afrontamiento (Ver Tema N°4), la participante reconoce la importancia de agentes exógenos que den impulso a los pacientes para continuar enfrentando al cáncer:

“Creo que lo que hace falta es algo que lo impulse a uno... [¿Los motive?] Sí, algo así, tratar de motivar al paciente, el paciente viene ya mal y viene aquí y ve pacientes peores que uno, se siente peor... En el hospital el Llanito todos los días te tienen algo distinto, la vez que fui para mi quimio, una de las muchachas que trabaja allá llevaron maquilladoras profesionales y cuando volteamos teníamos a las Mises atrás, nos fueron a maquillar, a peinar... fueron muy bonitas se pararon y sacaron fotos. Eso es!, es el sentirse querido y sentirse motivado... Tener todos los días tienen algo distinto, van cuenteros, van monólogos, hacen chistes, hacen cuentos, hacen figuras, lo ponen hacer relax... ese sistema que tiene la psicóloga allá me gustó...” (D; E1; L 206-219).

Como se venía mencionando en las categorías del Tema N° 5 y en éstas del Tema N° 6, la participante dentro de su experiencia destaca que entra las necesidades

más importantes para ella como paciente es el sistema de acompañamiento que se le pueda brindar al mismo desde la Institución médica.

Tema N° 7: Connotaciones de la muerte. Esta Tema agrupa las percepciones, pensamientos y sentimientos que la participante tiene acerca del concepto de muerte tanto la propia como de aquellos cercanos. Las categorías son:

- **La muerte de un ser querido.** Relata aspectos percibidos tras experiencia cómo cuidador principal y el fallecimiento de la persona que cuidaba, su esposo. Entre las subcategorías están:

- *Su muerte nos dejó un vacío.* Es una subcategoría que refleja el duelo sentido ante la pérdida:

“...Así me pasó con mi esposo, fue muy triste para mí y mis hijos su muerte. Nos dejó un gran vacío y me quedé sola con los chamos, a criarlos y ser fuerte. Y bueno después de lo que yo viví en sus últimos días con él, creo que estaba como con todo acumulado, la tristeza, el dolor...” (D; E2; L 231-234).

- *Se decidió darle algo de paz.* Es una subcategoría que explica su experiencia sobre tomar una decisión transcendental acerca de la vida otro ser humano pueden acarrear sentimientos de culpa e impacto psicoafectivo:

“Todavía recuerdo con los médicos estaban indecisos si darle de alta, y no porque se fuera a mejorar, sino porque su condición era más en retroceso. Ellos me dijeron que en el consejo médico todos discutieron su caso, y que él en el hospital podía durar quizás dos meses más vivo pero las condiciones iban ser terribles, que la morfina ya no haría efecto y el dolor insoportable, que yo lo vería decaer más; y que si él se iba a casa a esperar la muerte entre familia, cuando él saliera del hospital y en el trayecto en ambulancia para Guárico, él se me iba a morir... Es que su condición era grave, a él por el tumor le salió como otra cabeza y eso había que drenárselo... bueno y los médicos me dijeron que había que hacer una eutanasia porque ya era muy inestable la situación, me explicaron que eso no es un procedimiento legal aquí y todo eso, pero también me explicaron que era eso o verlo morir de una forma muy inhumana... y bueno se decidió así, darle algo de paz a mi esposo...” (D; E2; L 17-27).

- **Mi muerte.** Es la última categoría, en donde se expone lo que entiende de la participante por su muerte y cómo la asocia a su padecimiento, entre las subcategorías están:

- *Sentirse deprimido o vacío= muerte.* La participante asocia la muerte con el estar en un estado de ánimo de tristeza, que vendría relacionándose con un tipo de muerte afectivo:

“...la única muerte que asocio a la enfermedad es la muerte sentimental, sentirme vacía y no tener apoyo... y creo que es allí donde el cáncer gana terreno...” (D; E2; L 171-173).

“...hay personas que se achicopalan y eso hace que la enfermedad te mate porque te deprimes porque esto a veces deja solo al paciente, porque a veces solo la gente te acompañan solo un ratico. Si se queda sólo en un cuarto, en una cama...” (D; E2; L 37-39).

- *Morir pero no de cáncer.* Esta subcategoría demuestra la fantasía entorno a la muerte como un suceso que no debería estar relacionado con el cáncer en donde claramente hay una negativa ante esta posibilidad:

“...Quizás me gustaría morir como mi esposo sabiendo que era amado, cuidado, que no estaba solo. Así me gustaría morir a mí. Pero creo que la verdad si me voy a morir será de cualquier otra cosa pero no del cáncer, la muerte la veo de otra forma, me iré a morir de vieja, no sé me caeré y patapum! Pero no la asocio a la enfermedad...” (D.; E2; L 168-171).

Este último Tema describe un punto focal en el cáncer que es la muerte. Para el caso se evidencia cómo los elementos fantasiosos de la participante hacen que anule cualquier posibilidad de morir por causa de la enfermedad, sobre todo cuando ya tuvo una experiencia cercana debido al fallecimiento de su esposo que en gran medida le obligó a vivenciar y decidir por “el final” de otro que estaba incapacitado. No es de extrañar que la muerte se vea idealizada con otras probabilidades como la vejez.

5.1.4. Integración del Caso Deméter.

A lo largo de los test y el análisis de contenido se pudo apreciar que la participante es una mujer que ha experimentado un número considerable de vivencias desagradables que han afectado no sólo su forma de afrontar el mundo sino también de concebirlo. Este caso en particular muestra a una paciente oncológica cuyos rasgos emocionales e ideativos están marcados por un estilo introversivo, que como ya se

explicó tiene una inclinación más a la introspección que al acting-out, es decir, evalúa más las situaciones antes de llegar a actuar directamente en forma de llamado.

Al tratar de no involucrar sus emociones (es constrictiva) por lo general se muestra como rígida a la hora de responder ante las situaciones (no es flexible en sus patrones de acción). Este aspecto que se ve relacionado en cómo no deja que sus familiares u otras personas importantes (amigos y médicos) le provean contención y apoyo, ya que a nivel perceptivo considera que no posee estos recursos (Necesidad de afiliación) pero tampoco hace un esfuerzo por permitir su integración porque considera que está “molestando” o “no desean hacerlo” (Presión de Carencia; Mecanismo de defensa de proyección). Pareciera existir aquí un elemento dicotómico entre su percepción del mundo (fantasía de la realidad) y sus deseos (manifestándose en la Necesidad de contrariedad), estas alteraciones son las ya explicadas en la Mediación e Ideación (Resultados del Rorschach) que explican que sus percepciones sobre el mundo circundante lo consideran un medio agresivo o amenazador (expresado en las presiones peligro físico, agresión emocional y dominación), que al enlazarlo con el análisis de contenido vemos como experimenta que hay muchos miedos en la vida de los pacientes oncológicos: pérdida de la funcionalidad; miedo a los efectos secundarios; síntomas agresivos; limitaciones en actividades cotidianas; significados del cáncer como algo invasivo y que es un enemigo a combatir; que no hay un trato digno y justo al paciente, y sobre todo, que la muerte, antes de concretarse, es sobre todo anímica.

Hay tantos símbolos que representan su malestar, su angustia ante una situación diaria que implica estar alerta por cada paso o decisión que se haga, que simplemente ella se refugia en la fantasía (Ideal de la vida: ser feliz, encontrar re-significancia a su vida con cáncer; tratar de crear una fundación; actitud positiva como mecanismo de afrontamiento) para no sucumbir a sus necesidades defensivas (Agresión física o emocional; socorro y evitación), por ello configura todo un complejo sistema de mecanismos de defensa inconscientes: (a) la formación reactiva (para mostrarse completamente plena y feliz con su situación); (b) negación (se refugia en la fantasía para anular aspectos de la realidad); y (c) simbolización (“vivir con cáncer=padecer la enfermedad” se convierte en “vivir con cáncer= luchar contra la enfermedad”). Todo esto se traduce a que su inconsciente trata de innumerables formas que su Yo encuentre maneras menos agresivas de lidiar con la pulsión de muerte.

Otro aspecto importante para el caso, es el malestar (angustia) con respecto a su cuerpo que si muy bien ha tratado a lo largo de su experiencia con la enfermedad de ser

más asertiva con su autoimagen, autoestima y autoconcepto, todavía hay inseguridades en cómo se ve físicamente que aunque trate de negarlo o configure una formación reactiva, demuestran que las secuelas de la mastectomía son de gran significancia para estos conceptos en la vida de una mujer con cáncer de mama.

5.2. Penthesilea

“Amazona, hija de Ares que acude en ayuda de Troya como una reina hambrienta de guerra. Lucha feroz la batalla y perece a manos de Aquiles, quien se enamora al ver sus ojos mientras atravesaba con una lanza su corazón”

5.2.1. Procesos psíquicos.

Los datos arrojados por el Test de Rorschach están descritos en el Apéndice G, donde se expone el sumario estructural del mismo. Para efectos descriptivos de esta esta dimensión del estudio, a continuación se arroja la comprensión del caso:

Control y Tolerancia al estrés.

De acuerdo a los indicadores de ésta área se puede concluir que la participante posee recursos cognitivos, afectivos y actitudinales para sobrellevar el estrés, en donde se vale de la introspección para poder dar respuesta al mismo. Sin embargo existen elementos que relacionan dicha introspección con focos atencionales sobre aspectos negativos de sí misma, por ende a veces percibe que no tiene las capacidades para responder al medio o al sobresimplificar los estímulos, no ejerce el control deseado sobre la situación porque gasta mucha energía analizando la misma sin llegar a la acción concreta (o en casos extremos pierde el control súbitamente).

Estrés relacionado con la situación.

Tomando en consideración lo mencionado en el apartado superior y sumado a los indicadores de ésta área, se aprecia que la persona posee la sensación de que está en una

posición de desvalimiento (incapacidad de hacer frente a la situación), lo cual impacta de forma leve su forma de pensar y actuar ante las situaciones estresantes y crea estados de confusión emocional en donde la situación es percibida como un estresante que puede llegar a desbordar su sistema introspectivo de control (reduce su sensación de omnipotencia).

Procesamiento de la información.

El test aportó que la participante posee una tendencia a procesar la información de forma más cautelosa, en donde hay un esfuerzo continuo por responder a interrogantes internas como del medio. Así mismo, hay existencia de rasgos hiperincorporadores que estiman que su análisis de los datos se guía hacia el perfeccionismo e invierte más energía psíquica en actividades exploratorias del medio; lo cual le ayuda a poseer una calidad del procesamiento adecuada pero siempre al retrasar el proceso de llevar a la acción las decisiones tomadas (por la rumiación), para cuando ya ejecuta dicha acción en muchas oportunidades es tarde por ende se frustra consigo misma y vuelca las percepciones negativas en que no cumplió el Ideal.

Mediación.

Se evidencian serias fallas en este proceso, hay presencia de factores que interfieren con éste que son: (a) las percepciones negativas de sí misma, y (b) la rabia (como emoción predominante), que hacen que la persona se centre en rumiaciones (centradas en preocupaciones sobre el cuerpo o su falta de perfeccionismo) sumado al estilo evitativo-introversivo (se hablará en los procesos Ideación y Afectividad) que promueven que la participante distorsione su realidad circundante y responda al ambiente desde la individualidad menos convencional.

Ideación.

El estilo es evitativo-introversivo, el cual tiene la tendencia de considerar a nivel psíquico todas las opciones posibles antes de tomar decisiones pero los rasgos evitativos

implican mayor económica psíquica; es decir, la participante se queda rumiando todas las posibles opciones pero escoge la respuesta más simplista al problema. Esto último denota que las emociones juegan un papel muy limitado en dicha toma de decisiones (es más proclive a la intelectualización de sus sentimientos, a excepción de la rabia), y por ende sus patrones de respuestas suelen ser fijos. Sin embargo, debido a la presencia de rasgos hipervigilantes hacen que la ideación se encuentre siempre en alerta y por ello los pensamientos se vuelven menos claros u objetivos (el pensamiento ilógico aparece). Un aspecto a destacar es que si muy bien la existencia de fenómenos especiales manifiestan fallas importantes en la ideación, su contenido estuvo relacionados al argot subcultural médico de temáticas corporales (intelectualización de los contenidos ansiosos) por ende es comprensible que se aleje de la media en cuanto a la no convencionalidad de sus respuestas pero que dentro de su contexto diario tiene sentido.

Afectividad.

Al igual que en el apartado superior el estilo afectivo es evitativo-introversivo, que como ya se mencionó deja de lado muchos de sus afectos para la resolución de conflictos y toma de decisiones. Sin embargo, hay elementos que describen angustia o malestar emocional que se manifiesta de forma directa (depresión) o indirecta (insomnio, baja de peso, entre otras) debido a experiencias dolorosas que influyen el procesamiento psicológico; sí esto lo enlazamos conjunto a la presencia de ira (como respuesta actitudinal hacia su contexto) podemos esperar desconciertos antes sus emociones y miedo ante posible desborde, por ende usa la intelectualización como mecanismo defensivo y se enfrasca en constreñir sus emociones al máximo para neutralizar el impacto de sus emociones ejerciendo un hipercontrol sobre las mismas (estilo constrictivo).

Autopercepción.

En cuanto a este proceso psíquico, la participante posee preocupaciones a nivel corporal que pueden hipotetizar percepciones negativas en la autoimagen debido a distorsiones de la experiencia real (autoimagen impregnada de pensamientos negativos y sensación de imperfecciones); HVI y DEPI positivo demuestran preocupación por la

vulnerabilidad, desconfianza hacia el medio, ya que al considerar que su valía personal es baja (autoestima) su autoevaluación es más estricta, por ende se enfrasca en pensamientos perfeccionistas para alcanzar ideales sociales y ante su “fallo” se llena de frustración y rabia que vuelca sobre sí.

Interpersonal.

En cuanto al área de las relaciones interpersonales, se encontró que la participante tiende a asumir un rol más activo en sus relaciones (manifestándose con la proyección de simpatía y carisma), pero que al unirse a su estilo afectivo (evitativo-introversivo) y sus rasgos hipervigilantes hacen que su acercamiento hacia los Otros sea con cautela y se vale de intuiciones (por deducciones lógicas) para establecer los vínculos. Así mismo, hay evidencia del interés que tiene la participante por crear dichos vínculos en donde reconoce sus sentimientos además de expresarlos; pero a veces se le dificulta comprender a los Otros, lo cual genera fallas en la reciprocidad de sus relaciones porque espera que los demás sean tolerantes antes sus demandas; pero ella no entiende por completo las demandas cuando vienen de alguien más.

5.2.2. Necesidades, Presiones y Mecanismos de defensa.

Los datos arrojados por el Test de Apercepción Temática (TAT) están descritos en el Apéndice H, donde se expone: (a) el análisis formal cuantitativo y cualitativo detallado por lámina: y (b) el análisis Aperceptivo por lámina. Para efectos descriptivos de esta dimensión del estudio, se expondrá el funcionamiento intrapsíquico de forma global e integrada del caso:

Necesidades y presiones.

De acuerdo al análisis ejecutado (Ver Anexo H), se apreció que entre las *necesidades* con mayor frecuencia (que se presentaron en dos oportunidades o más) a lo largo del protocolo del T.A.T. son: (a) Afiliación emocional y asociativa, que aluden al menester de la participante de estar ligada afectivamente a un Otro; (b) Oposición, alude

a luchar por recobrar o mantener el orgullo/autorespeto; (c) Rechazo, Expresa el desprecio hacia algo o alguien; (d) Juego, necesidad de buscar diversión pero en el caso se enlaza con la próxima necesidad; (e) Sensualidad, consiste en manifestar abiertamente sus deseos sexuales; (f) conocimiento, obtener información (recursos) que le ayuden a alcanzar una meta; (g) Socorro, implica la necesidad de solicitar ayuda ya que a veces no se tienen los recursos disponibles para afrontar la medio; (h) Inviolabilidad, se relaciona con la necesidad de seguir los mandatos del Súper Yo y cumplir con el estándar de la norma; (i) Reconocimiento, necesidad de que valoren a su persona; (j) Deferencia, necesidad de complaciente ante los otros (relacionado con cánones sociales); y (k) Protección, necesidad de cuidar y velar por el bienestar de otros.

Por otro lado, las *presiones* con mayor frecuencia (que se presentaron en dos oportunidades o más) a lo largo del protocolo del T.A.T. son: (a) Dominación, que expone los sentimientos y pensamientos de la participante con respecto a su relación con los Otros, que en muchas oportunidades percibe que quieren forzarla a realizar cosas; (b) Afiliación emocional y asociativa, para ambos casos la participante percibe que en distintos momentos le fuerzan a conformar vínculo indeseables e incomprensibles para ella; (c) Ejemplo de buena influencia, implica que los Otros influyen en el cumplimiento de la norma social; (d) Carencia, elementos que imposibilitan una sobrevivencia adecuada (económicos, socio-afectivos, etc.); (e) Socorro, la participante percibe que se encuentra constantemente ayudando a los demás; y (f) Ataque físico, percibe como hostil al ambiente y por ende debe estar a la defensiva.

Mecanismos de defensa.

De acuerdo al análisis ejecutado (Ver Apéndice H), se apreciaron entre los *mecanismos de defensa* con mayor frecuencia (que se presentaron en dos oportunidades o más) a lo largo del protocolo del T.A.T.: (a) Negación, existe un rechazo de realidades internas o externas que son desagradables para el sujeto; (b) Represión, cuando contenidos inaceptables son desterrados de la conciencia; (c) Simbolización, en este una idea u objeto sustituye a otro por una semejanza y así calmar la angustia; (d) Proyección, consisten en la atribución a Otros de pensamientos, sentimientos o conductas que son inaceptables para el sujeto, (e) Intelectualización, en este se usa al razonamiento como filtro para separar el vínculo afectivo del ideativo y así no entrar en

contacto con sentimientos incompatibles; y (f) supresión, es un mecanismo más consciente en donde el sujeto selecciona aquellos pensamientos y sentimientos que no desea tramitar y los mantiene a raya.

5.2.3. Vivencias del cáncer de mama.

A continuación se expondrán los Temas, las categorías y subcategorías encontradas en las entrevistas a profundidad de acuerdo al Análisis de Contenido (para verificar la forma en que fueron citados por verbato (Ver Tabla N°5). De acuerdo con esta técnica, a continuación se expondrán por bloques de dimensiones las categorías encontradas:

Tabla 7. Matriz de categorías Caso: Pentesilea.

Tema N°1 Mi vida antes del cáncer	
Categorías	Subcategorías
	○ Relación con mi madre: rechacé lo que ella era
	○ Dedicación al trabajo Vs. Maternidad
○ Ser cuidador principal	○ Ser el lazarillo
	○ Ser el cuidador=asume tú
	○ Duelo ante la pérdida del ser querido
Tema N°2. Concepciones sobre el cáncer	
• El diagnóstico	○ Cómo ocurrió: Me olvidé de mí
	○ Reacciones ante mi diagnóstico
	○ Evadía mi enfermedad
• Significados del cáncer	○ El cáncer como lucha
	○ El cáncer como enfermedad mortal
	○ El cáncer como enfermedad del alma
	○ El cáncer significó una nueva búsqueda de mí
• Causas de la incidencia del cáncer	○ Esta enfermedad se está comiendo a mi familia
	○ Creencias que explican al cáncer
Tema N°3. Secuelas del cáncer en mi vida	
• Limitantes del cáncer	○ Efectos secundarios horribles
	○ No puedo hacer cosas
	○ No te vales por tí mis ma
• Preocupaciones cuando se tiene cáncer	○ Preocupaciones que ví en otros
	○ Mis preocupaciones
	○ Miedo a la muerte

• Significados de mi pérdida de seno	○ No tener seno=mutilación
	○ Era doloroso verme
	○ Como aceptarme sin seno
Tema N°4. Interacciones sociales	
• Visión del médico	○ El médico como compañero de confianza
	○ El apoyo de los médicos
• El rol del psicólogo	○ Con el psicólogo trabajé lo que hay detrás del cáncer
	○ Los pacientes oncológicos deben ser tratados psicológicamente
• Familiares y amigos	○ No recibo apoyo/comprensión familia
	○ Mis amigos estuvieron pendientes de mi
Tema N°5. Fallas en el servicio de atención pública	
• Molestias con la atención	
• No hay medicamentos	
• Considero que los pacientes necesitan...	
Tema N°6. Connotaciones sobre la muerte	
• Significados de la muerte	○ La muerte como tránsito
	○ La muerte como parte de la enfermedad
• Formas de morir	○ Morir de todo menos de cáncer
	○ Morir anímicamente
• El tema de la muerte con mis familiares	

Tema N° 1: Mi vida antes del cáncer. Es una Tema que aborda aspectos cotidianos, relaciones interpersonales, vida profesional y afectiva en las que se desempeñaba la participante antes de su diagnóstico. Como un punto descriptivo de su vida previa. Entre las categorías encontramos:

- **Mi relación con mi madre: rechacé lo que ella era.** Relata aspectos de su niñez y como actos maternos que fueron significativos para la participante en cuanto a fracturar la relación filial, al punto que es intolerable la idea de semejanza con su madre:

“...Como ya le dije yo no tenía una relación tan estrecha con mi mamá y creo que todo nació a partir de... cuando mi mamá decidió que como no jugaba con muñecos me los iba a regalar... Recuerdo haber sentido tanta rabia porque lo que yo pensaba en aquel momento era: *yo no boto lo que es mío, yo no boto a mis niños*. Y crecí con esa rabia, quizás para ella eran eso simple juguetes pero mí no lo eran en aquel entonces. Y a partir de allí empecé como a rechazar lo que ella era, por ejemplo ella era ama de casa. Yo busqué crecer académicamente...” (P; E2; L 256-266).

“...Cuando me salió una beca para estudiar la universidad en el exterior eso fue... bueno pues... con solo decirle que mi madre me dijo: *si te vas y no quiero que vuelvas*. Eso fue muy duro para mí... Ella siempre deseaba colocarme a su disposición como si fuera una muñeca a su antojo...” (P; E2; L 275-278).

- **Dedicación al Trabajo Vs. Maternidad.** En esta categoría la participante expone cómo para ella era más importante su carrera profesional que cualquier indicio de formalizar una familia. Considera que sus metas personales eran de índole académico:

“...Yo busqué crecer académicamente, me enfrasque en ser exitosa en tener una carrera profesional y no dedicarme de lleno a la casa o a hijos. Hasta que llegó un punto en que no me preocupé por salir embarazada, y no por falta de enamorados, sino que me era impensable eso para mí lo importante era mi profesión. Esas eran mis metas... aunque también influyó que una noche escuché una conversación de entre mis papás y mis abuelos y ellos dijeron algo así como: *bueno con P. lo que hay que hacer es que cuando termine el bachillerato se quede ayudándote aquí en la casa a criar a los muchachos, y si quiere estudiar que sea maestra, ya veremos con quien la casamos y que tenga 6 muchachos*. Eso para mí fue el impulso para irme de mi pueblo de aspirar a más...” (P; E2; L 265-274).

- **Ser cuidador principal.** En esta categoría se destaca el rol de cuidadora que tuvo la participante con su madre y hermano, quienes fallecieron de cáncer. En donde se manifiesta parte de su dinámica familiar, las connotaciones acerca de lo que significa ser el cuidador y el duelo que se manifiesta cuando las personas perecen. Entre sus subcategorías están:

- *Ser el lazarillo.* Aquí la participante identifica claramente su rol como cuidadora con la palabra lazarillo que significa “el que acompaña a otro necesitado de ayuda”. Vemos como simbólicamente para la participante dicho rol consistió en asistir y acompañar:

“...Entonces a mí me tocó ser como el lazarillo de mi hermano y mi mamá, de estar pendiente de: *te tomaste esto, ¿tienes gripe? vamos al médico, ¿te duele acá? veamos que te echo...* y así de buscar la quimioterapia y dársela... de verlos ir cada día demacrarse con la enfermedad; y todos esperando lo peor. Me tocó como ayudar a traspasar junto a ellos la línea de la muerte con la vida, así como ayudarles a irse para el otro mundo...” (P; E1; L 138-143).

- *Ser cuidador=asume tú.* En esta subcategoría se expone como para la participante asumir el rol de cuidador principal tuvo un peso de “designación” por parte de la familia, y que unido al criterio propio de amor y sobre todo de qué es lo correcto ella ocupó dicho rol:

“...Mis hermanos que están en Barinitas se quedaron allá y continúan allá... mis dos hermanas y ellas no pudieron con eso... Imagínese ahora cuidar de alguien enfermo que no se para, hay que cambiarlo, que hay que estar pendiente de las pastillas, de darle de comer, no es tarea fácil Dra. Todos huyeron de esa responsabilidad y de alguna manera por ser la mayor dijeron: *asume tú.*” (P; E2; L 89-93).

“...obvio que por ser mi mamá lo iba a hacer. Nosotros como hijos le debemos mucho, a pesar de su carácter fuerte e imponente. Es el afecto que uno tiene hacia una persona convaleciente lo que hace que realmente se sacrifique por ellos. Puede que no haya tenido la mejor relación con ella, pero igual seguía siendo mi madre.” (P; E2; L 94-97).

- *Duelo ante la pérdida del ser querido.* En esta subcategoría se expone una de las etapas más duras de ser cuidador, cuando la persona fallece. Aquí detallamos como la participante describe su pérdida explicando lo que se conoce como fases del duelo:

“...eso es lo que pasa cuando alguien se nos va, nos duele porque estamos apegados a ellos y queremos que nos perduren pero no entendemos que estamos acá por un rato... Siempre que alguien se nos va nos duele perderlo. Ya sea por el amor que se le tiene, por los recuerdos de los momentos vividos, por lo que esa persona signifique para uno y hasta por el interés material para algunos. Pasamos por momentos de tristeza y hasta rabia, por así yo lo viví con mi mamá y mi hermano. Con mi mamá porque estaba como resentida con ella porque sentí que me dejó como ocupando su posición dentro de la familia; y con mi hermano la tristeza era de añoranza porque él era el más cercano de todos mis hermanos y sentí que se me fue como un hijo, porque a él yo lo ayudé a criar.” (P; E2; L 180-189).

En este Tema se evidencia como la participante se ha posicionado dentro de sus relaciones interpersonales como una mujer fálica (dominante, que posee el poder, lidera las interacciones, entre otros) que debe estar siempre al mando de lo ocurre a su alrededor. Al punto que su narcisismo se encuentra focalizado en la obtención de más escalafones sociales que le ayuden a alcanzar el ideal, al punto que al rechazar la imagen materna hace que anule sus posibilidades de embarazo y no es de extrañar

entonces que sea quien haya asumido y que los demás hermanos cedieran el rol de cuidador de ambos parientes. Vale la pena preguntarse si estos aspectos de su personalidad le han ayudado a largo plazo en su vida con cáncer al permitirle sumergirse en la actividad que le permite evitar caer ella misma en cama. También vale la pena preguntar si el cuidado de los familiares desvió la mirada de sí misma hacia otros y no permitió entrever los síntomas que en algún momento apuntaron hacia la enfermedad.

Tema N° 2: Concepciones sobre el cáncer. Esta Tema agrupa aspectos desde el diagnóstico, significados conceptuales y emocionales que la participante atribuye al cáncer así como sus conclusiones en cuanto a factores de incidencia de la enfermedad. Detallamos elementos de negación y evitación de la realidad por parte de la participante, así como todo su camino para asimilar la enfermedad. Entre las categorías están:

- **El diagnóstico.** Se puede definir la misma, como los mecanismos de afrontamientos que usó la participante al momento del diagnóstico y los sentimientos involucrados en dicho proceso, en donde predomina un estilo evitativo para mediar su realidad. Esto se ve reflejado en las subcategorías:

- *Cómo ocurrió: Me olvidé de mí.* Describe el estilo de afrontamiento que usó la participante ante su diagnóstico, en donde reconoce que se encapsuló en sus funciones laborales en vez de cumplir sus controles médicos así como procesó la noticia:

“...yo me olvide de realizarme una mamografía o eco mamario, como periódicamente, anualmente yo me los venía haciendo. Me involucré más en la profesión y en el ejercicio de la profesión más que en ver de mí, desde el punto de vista de mi cuerpo y de como yo me sentía físicamente, Me involucre en el trabajo y me olvide de mí...” (P; E1; L10-13).

“...Yo diría que ni siquiera lo comprendí, porque simplemente yo dejé que pasara. Me olvidé de mí y simplemente dejé que eso pasara, no lo internalicé, no lo trabajé tampoco...” (P; E1; L 58-59).

- *Reacción ante mi diagnóstico.* Aquí se describen los sentimientos experimentados durante la notificación del diagnóstico así como las reacciones perceptuales (pensamientos) sobre el tema:

“...Yo fui una que quedé como pasmada y creo que el no tener a alguien que me explicara de una vez hizo que perdiera constancia con el tratamiento.” (P; E2; L 211-213).

“...el momento en que me dieron mi diagnóstico también fue muy triste para mí. Más allá del shock creo que me consternó cómo te entregan un informe de la biopsia y no te explican los resultados, o te advierten que sólo el oncólogo debe leerse a uno. Creo que cuando vi ese informe en el taxi se cayó mi mundo.” (P; E2; L 207-210).

“...sí pues, así como un balde agua fría que le echan a uno en la cara cuando se entera de la enfermedad... Realmente no sabía cómo reaccionar, estaba completamente paralizada por el temor...” (P; E1; L 26-29).

- *Evadí mi enfermedad.* Esta subcategoría explica como la negación fue el sistema de escape a la angustia. La participante reconoce que no desea “asumir” su enfermedad y que su reacción emocional ante su padecimiento es la rabia hacía si misma:

“...Yo le di la bienvenida a la evasión, asumiendo que la enfermedad se desarrollara era parte de mi responsabilidad, bueno más bien de mi irresponsabilidad. Aunque no me voy a fustigar a estas alturas del partido...” (P; E1; L 46-48).

“Bueno la rabia claramente cuando abandoné el tratamiento durante mi primer año con el diagnóstico. Me critique tan duramente y aún lo hago. Aunque ahora trata de no flagelarme con eso, porque lo que pasó-pasó. Pero si reconozco que fue mi culpa que la situación empeorara, que evadí mi condición y me refugié cuidando a mi madre...” (P; E2; L 243-246).

Estas subcategorías hacen pensar que la participante posee un estilo de afrontamiento marcado por la evitación de la realidad, en donde puede evidenciarse un mecanismo de defensa que es la negación. Esto reafirma lo encontrado en los hallazgos del Test de Rorschach (Ver Discusión). Así mismo, el hecho que la participante se haya enterado de su diagnóstico mientras era cuidadora de otro paciente oncológico hace preguntarse nuevamente (porque este aspecto es similar al Caso de Deméter) si acaso hay una relación u asociación psicodinámica entre “el olvido” del sí mismo por estar pendiente de un otro, tal como se mencionó en el anterior apartado, al punto que no fueron percibidos los síntomas de cáncer.

- **Significados del cáncer.** Esta segunda categoría expone las atribuciones conceptuales, comprensivas y afectivas que tiene la participante sobre el concepto de la enfermedad desde su experiencia. Esto se ve reflejado en las subcategorías:
 - *El cáncer como lucha.* Es una subcategoría que describe el concepto que posee la participante sobre el cáncer, adjudicando un significado de combate. Es

decir, la participante percibe que sobrellevar esta enfermedades implica un nivel de enfrentamiento y rol activo:

“...Porque uno quiere tirar la toalla y eso se te queda aquí en la cabeza (señala) pero eso no, luchar significa ir a terapia, cumplir el tratamiento, cambiar el régimen de alimentación también...” (P; E2; L 124-126).

“...creo que todos [pacientes oncológicos] pasamos como por una etapa como de ambivalencia por así decirlo... Cuando a todos nos informan que tenemos cáncer considero que tenemos como un rechazo inmediato a la idea de tener eso, un huésped invasivo en el cuerpo. Creo que todos sentimos miedo inmediato ante esto. Pero al mismo tiempo es como un resurgir, uno es como un ave fénix que renace de la cenizas, porque inmediatamente buscamos maneras de superar la enfermedad. Y buscamos con el tiempo a aprender a vivir con ella, que es lo que he hecho yo.” (P; E2; L 224-229).

○ *El cáncer como enfermedad mortal.* En esta subcategoría se describe el concepto sobre el cáncer asociado a la muerte. En donde la participante despliega un de los miedos más comunes de los pacientes oncológicos:

“...de cáncer realmente no sabía absolutamente nada, salvo que era una enfermedad terminal y que podría potencialmente morir...” (P; E1; L 61-63).

“...En principio cuando estaba chava, joven pues cuando escuchaba la palabra cáncer pensaba que era algo lejano que muy remotamente puede ocurrirle a uno y que era sinónimo de muerte...” (P; E2; L 102-104).

“...yo aprendí a ver a la enfermedad como con otro contexto que no necesariamente tenía que ser sinónimo de muerte, bueno inmediata por lo menos...” (P; E2; L 118-120).

○ *El cáncer como enfermedad del alma.* Otra subcategoría que despliega otro elemento conceptual de la enfermedad, que a diferencia de las anteriores en esta se enlazan sus creencias mágico-religiosas y toma en consideración elementos afectivos como determinantes en el cáncer:

“...para mi esta enfermedad es definitivamente una enfermedad del alma, creo fervientemente que el cáncer es una enfermedad en donde una emoción negativa que no fue tratada afectó la psique del individuo y eso se alojó en un órgano, es como un trío entre la emoción, la psique y el órgano afectado. Obvio yo no digo que los factores ambientales no influyan en que se da la enfermedad pero no son determinantes, salvo que uno esté trabajando bajo un techo que tenga asbesto o cosas así que se han determinado que son cancerígenos. O sea una condición familiar, en mi caso el cáncer

apareció fue con mi mamá y mi hermano, que debe ser un genotipo que hará que aparecerá en unos casos...” (P; E1; L 119-126)

- *El cáncer significó una nueva búsqueda de mí.* Aquí la participante demuestra un resignificado que tuvo la enfermedad en su vida, desde la comprensión de sus emociones hasta encontrar nuevas formas de encaminar su crecimiento personal:

“...viéndola desde otra perspectiva que... la enfermedad fuese un camino hacia la sanación, de mi auto-sanación...” (P; E1; L 95-96).

“...puede ver la enfermedad como un camino de crecimiento espiritual...” (P; E2; L 121).

“...creo que hay aspectos positivos en mi enfermedad. Creo que el más grande es mi búsqueda espiritual que antes no tenía. Encontrar en mí un sentido de vida en donde mi crecimiento personal está encaminado en algo más que el cuerpo, que lo logros profesionales. Ya no es quedarme con la parte del ego sino buscar un nivel de consciencia para superar los problemas y buscar paz de espíritu.” (P; E2; L 251-255).

En esta categoría, se evidencia como el cáncer es percibido como un agente invasor que hay que combatir (otra similitud con el Caso de Deméter) y que sí muy bien la participante se ha refugiado en la espiritualidad como un camino a la búsqueda de una nueva identidad como paciente, también expone que toda esta investidura “espiritual” se ha vuelto como una coraza, la forma más tangible de apreciar su mecanismo de defensa que es la intelectualización. Entonces cabe preguntarse si la participante ha realmente buscado un nuevo Yo o sí más bien a salvaguardado el “anterior” Yo para protegerlo.

- **Causas de la incidencia del cáncer.** Tercera categoría de la segunda Tema, en esta se expresan las relaciones causales que ha establecido la participante en cuanto a la probabilidad de desarrollar la enfermedad, con las que trata de darle un sentido lógico a su padecimiento. Entre las subcategorías están:

- *Esta enfermedad se está consumiendo a mi familia.* En esta subcategoría la participante expresa su preocupación sobre la posibilidad de un indicador genético familiar para desarrollar cáncer:

“...hace poquito le diagnosticaron recidiva de cáncer de pulmón a otra de mis hermanas... si hasta un sobrino mío le acaban de diagnosticar CA de esófago y veo que en mi familia hay puro cáncer... si lo veo desde el lado paterno o materno y cuento el

cáncer de mi hermano, el de mi mamá y el mío encuentro que es del lado paterno de donde nosotros genéticamente tenemos ese gen que nos lleva a esto... me preocupa que en mi familia ya ésta enfermedad se la está consumiendo..." (P; E2; L 78-83).

- *Creencias que explican al cáncer.* En esta subcategoría la participante manifiesta su acuerdo con teorías explicativas en donde destacan la importancia de los afectos no tramitados como agentes causales. También introduce elemento mágico-religiosos para darle otro sentido a la aparición de su enfermedad:

"...Hasta que le dio a mi mamá, a un hermano de mi papá y a mi hermano. Hasta que le tocó a uno de la casa vivir la experiencia y para ese momento yo ya estaba en mi sendero espiritual y me había leído un material de un autor Alemán, que no recuerdo ahorita el nombre, y allí explicaban que el cáncer eran afectos que no se habían hablado aspectos de la vida que quedaban en el cuerpo de la persona. Era como una relación causa y efecto, esa era la causa y el efecto la enfermedad, que también pudiesen ser cosas por omisión o actos de esta vida o de la vida pasada y le tocó vivir las consecuencias en esto..." (P; E2; L 109-115).

Nuevamente se aprecia la intelectualización como un camino a la búsqueda del sentido o preceptos de referencia que le ayuden a canalizar sus emociones sobre la enfermedad. La participante sí bien reconoce las variables genéticas involucradas en su padecimiento pareciera que no sabe cómo expresar sus miedos ante esto sino que se queda con el pensamiento de las futuras consecuencias dentro del núcleo familiar.

Tema N° 3: Secuelas del cáncer en mi vida. Esta Tema agrupa las consecuencias que han tenido el diagnóstico, los tratamientos oncológicos y cambios corporales, en donde la participante expresa sus preocupaciones, sentimientos y pensamientos sobre los mismos. Entre las categorías están:

- **Limitaciones del cáncer.** Engloba las consecuencias que ha tenido el cáncer sobre las sensaciones corporales, restricciones en actividades y miedos ante la aparición de los mismos. Sus subcategorías son:
 - *Efectos secundarios horribles.* Describe las connotaciones negativas que la participante ha sufrido ante los efectos de los tratamientos desde alopecia hasta dolores musculares severos:

"...debía someterme a sesiones de quimioterapia y radioterapia, e inclusive en pensar e extirpación de la mama. Cosa que en ese momento rechacé totalmente... porque se me podía caer el pelo... y que no quería estar así. Y menos la extirpación, porque me encantaban mis senos, eran bonitos, erectos..." (P; E1; L 31-36).

“...a asistir a la primera sesión de quimioterapia... fue más fuerte aun cuando a los 10-15 días de esa sesión se me empezó a caer el pelo. Eso fue... más duro para mí, más frustrante...” (P; E1; L 39-41).

“...cuando me colocan el Bondronal son tres días seguidos de efectos secundarios desde fiebre hasta contracturas musculares severas, severas. Estar con dolor corporal es casi normal para mi...” (P; E2; L 193-195).

- *No puedes hacer cosas.* Describe el conjunto de restricciones que la participante ha tenido que asumir en su vida debido a los cuidados mínimos requeridos por su condición médica:

“...no puedo alzar peso, que no puedo estar agachándome ni haciendo fuerza, que cuando llego directo a la cama y no hago comida no es por flojera sino por el dolor...” (P; E2; L 198-199).

- *No te vales por ti misma.* Esta subcategoría expone uno de los miedos de la participante que es el no poder valerse por sí misma, en donde la enfermedad puede llegar a incapacitar sus funciones:

“...Eso de ver a alguien consumirse por la enfermedad por completo, eso me asustó más que nada, es dejar que otro te atienda que no te vales por ti misma, eso es algo con lo que todavía tengo que trabajar...” (P; E2; L 153-155).

- **Preocupaciones cuando se tiene cáncer.** Esta categoría expone las principales inquietudes que posee la participante en cuanto a su padecimiento, desde su experiencia como cuidadora así como paciente. Dentro de esta se encuentran las subcategorías:

- *Preocupaciones que vi en otros.* Se asocia a los temores que pudo apreciar en las personas que cuidó, tales como su madre y hermano, en donde se evidenciaron preocupaciones por el futuro de los familiares que iban a dejar así como el morir:

“...el preocuparse por los familiares y sobretodo hijos, cosas como: yo voy a dejar esto, y ¿cómo lo van a tomar los otros?... esa es una de las principales preocupaciones, lo vi en mi mamá preguntando: ¿qué va ser del viejo?, de mi papá. Lo vi en mi hermano, recuerdo que dijo: ¿qué va ser de mi niña? y tuve que asegurarle que todos nosotros íbamos a ver por ella, por su niña...” (P; E1; L 168-172).

“...mi hermano me dijo un día antes de morir: ¿porqué esta agonía tan grande?, le tenía miedo a la muerte. Y le decía: mira la muerte como un camino hacia otro lado,

debe ser como quedarse dormido.... y así es, será como ir a otro mundo y... ir allá sin temor, traté de hacerles ver ese camino como uno de luz.” (P; E1; L 138-145).

- *Mis preocupaciones.* En esta subcategoría está más relacionada con las principales inquietudes que la participante tiene sobre su enfermedad o que está ocasionando sobre su vida. En donde se manifiesta las preocupaciones legales sobre su padre, afectivas hacia sus familiares y también como las prohibiciones de su condición médica han afectado sobre su relación de pareja:

“Bueno, con mi papá y quizás con uno de mis sobrinos. Con el sobrinito, porque veo que mi hermana no le da ni el cuidado ni mucho menos el amor que creo debe tener un niño... me preocupa que no haya nadie para ayudarlo... y bueno de mi papá porque él depende de mí para el seguro médico de lo que yo apporto, él es beneficiario de ese seguro.... ya no me preocupo tanto por mi pareja porque lastimosamente nuestra relación ya no es la que era antes, él tiene otras prioridades y yo he empezado como saltar esto, y se abrieron ciertos procesos de distancia que se convirtieron en frialdad; pero bueno, eso que llamábamos amor ha ido ya apaciguando...” (P; E1; L 178-185).

“...desde hace 5 años para acá a raíz de mis dolores pélvicos oncológicos, que el Dr. G. ya me había advertido que podía llegar el momento en donde intimidar me doliera, y ocurrió y se me ordenó cesar de tener relaciones sexuales... él se ha vuelto más agresivo conmigo y no quiere ayudarme en casa.... yo temo una separación Dra....” ...” (P; E2; L 63-66).

- *Miedo a la muerte.* En esta subcategoría se expresa el miedo hacia la muerte desde las perspectivas del padecimiento oncológico, en donde se afirma en gran medida que perecerá debido a la enfermedad y que ésta puede estar asociada a estados de dolor:

“Bueno creo que a la muerte, porque como ya le dije uno asocia en primera instancia el cáncer con la muerte. Y con la pérdida de mi mamá y mi hermano por cáncer, fue más duro para mí era reafirmarme: *vas a morir de esto.*” (P; E2; L 151-153).

“...yo acepté que la muerte es nuestra eterna compañera, normal para los seres vivos. Creo que lo que más preocupa es el dolor que se puede tener o el que uno mismo deja con sus familias... pero igual le tememos al cómo ocurrirá la muerte con dolor...” (P; E2; L 171-175).

Estas dos categorías exponen como percibe la participante su cotidianidad y está enmarcada de dolencias, sufrimiento, limitaciones, agobio psicológico y social. El nivel de estrés percibido es elevado y pareciera que ella debe luchar y mantenerse firme ante

esto. A pesar de manifestar los contratiempos y miedos, no los habla desde lo emocional sino desde lo intelectual, como si se le dificultase establecer contacto emotivo con el sufrimiento.

○ **Significados de mi pérdida de seno.** En esta categoría la participante describe sus estados emocionales, significados atribuidos y proceso de aceptación que ha sufrido desde el momento que ocurrió la mastectomía. Entre las subcategorías están:

○ *No tener seno=mutilación.* En esta se evidencia la concepción por parte de la participante sobre la mastectomía, en donde al quitar el seno se asocia directamente a un estado de mutilación (falta):

“... menos la extirpación, porque me encantaban mis senos, eran bonitos, erectos... y yo pensar que iba a estar sin un seno era algo catastrófico para mí, era someterme a una mutilación.” (P; E1; L 35-37).

○ *Era doloroso verme.* Esta otra subcategoría implica los elementos de autoimagen y como es el proceso de restructuración de la imagen corporal cuando se atraviesa por un proceso quirúrgico, en donde el concepto de la feminidad juega un papel crucial:

“...Si bien femeninamente a la mujer nos afecta muchísimo, la pérdida tanto del seno y la caída del cabello es algo que no sé nos representa como mujer... Y con mi mastectomía radical que me va desde el pecho hasta la espalda, recuerdo era muy doloroso verme en el espejo, tocar la cicatriz. Al principio cuando me bañaba evitaba tocarme el área cuando me enjabonaba... hasta que un día me puse frente al espejo sin cabello, sin seno, sin cejas ni pestañas y me dije que me amaba a mí misma, que me aceptaba tal y como era yo en ese momento. Fue una cuestión de afirmación de quien yo era, que soy esencia, espíritu y soy más que un cuerpo físico.” (P; E2; L 132-142).

○ *Cómo aceptarme sin seno.* En cambio en esta subcategoría, se aprecia el proceso de reconocimiento del cuerpo como algo que tiene otras partes no sólo un seno, en donde la paciente reconoce el valor de la introspección como herramienta para aceptarse:

“...somos seres humanos y tenemos ego, ego corporal. En donde creemos que más allá de este cuerpo no hay nada. Entonces tuve que trabajar que yo soy algo más que un cuerpo y que un seno...” (P; E2; L 130-132).

“...En ese momento mi pareja y yo estábamos bien y bueno anímicamente eso me ayudó, que él me aceptara como estaba. Incluso recuerdo que yo no accedía hacer el

amor totalmente desnuda siempre me dejaba el sostén... eso me hizo darme cuenta que no había dejado de ser femenina.” (P; E2; L 143-146).

He aquí la categoría en donde se evidencia la contrariedad emocional y psicológica que existe en muchos de los pacientes con este tipo de cáncer: la autoimagen, el autoconcepto y autoestima después de una mastectomía. Es interesante ver como en su caso, al poseer pareja ésta tuvo que involucrarse en el proceso de resignificar la feminidad aspecto que quizás difiera de los otros Casos.

Tema N°4: Interacciones sociales. En esta Tema se destacan las principales relaciones interpersonales que posee la participante y cómo ella describe su vínculo con los mismos, en función del apoyo percibido y confort con estos. Entre sus categorías tenemos:

- **Visión del médico.** Esta categoría explica fundamentalmente como percibe su relación con el médico tratante desde la confianza en su pericia profesional como en su trato a su persona, en donde se aprecia la evolución en la cercanía de la relación. Entre sus subcategorías tenemos:

- *El médico como compañero de confianza.* En esta subcategoría la participante describe como al inicio su relación con su médico de cabecera fue confrontativa debido a su tardía en tratarse médicamente, pero no por ello se ha desfortalecido el vínculo sino más bien se configuró a uno donde el rapport y orientación profesional están presentes:

“si empecé a verme aquí en el instituto con él [Dr. G.]. A quien le tengo mi plena confianza, a pesar de que al principio él me dijo: *Mire P. ya es muy tarde para usted, ¿porque tardó tanto en verse?...*” (P; E1; L 76-77).

“...la intención del médico nunca es dañar al paciente cuando envía un tratamiento como la quimioterapia o la radioterapia. Nosotros los pacientes deberíamos ver al médico como una persona que lo va a acompañar médicamente a uno, orientándolo en cuento al mejor tratamiento para uno o abordaje de la enfermedad...” (P; E1; L 208-212).

- *El apoyo de los médicos.* En esta subcategoría se evidencia la gratitud y confort por parte de la participante con respecto al apoyo recibido por los especialistas. En donde considera la dedicación al paciente es el elemento que demuestra dicho apoyo:

“...Bueno que lo puedo decir, para mi Dr. G. es médico, amigo, orientador, alto pana. Es todo eso porque la ayuda que he recibido de él... Ya para cuando comienza a

verme el Dr. G. y la Dra. C. y todos mis tratamientos son puesto en marcha, pues comencé a desarrollar confianza en su trabajo y dedicación conmigo como paciente, y a la fecha los vemos como amigos también. Que puedo decir he tenido mucho apoyo, hasta con el nutricionista y el psicólogo acá en el instituto... eso es algo que uno rescata con todos los pacientes, el equipo ha velado por todos... de que hay apoyo hay apoyo” (P; E1; L 206-221).

- **El rol del psicólogo.** Esta categoría hace referencia a la percepción de la participante sobre el rol que ejecuta el psicólogo dentro de la atención al paciente y cómo desde su experiencia ha identificado aspectos que le hay ayudado con la enfermedad. En cuanto a sus categorías tenemos:

- *Con el psicólogo trabajé lo que hay detrás del cáncer.* Aquí la participante despliega como a través del trabajo psicoterapéutico consigo una mejor adaptación y aceptación de los tratamientos oncológicos, evaluar sus emociones, trabajar su auto-aceptación corporal:

“...una prima me contactó con un psicólogo con el que trabajé todo ese lado emocional desde los sentimientos encontrados, la rabia, el dolor, todo lo que hay por detrás del cáncer y cómo afrontar el tratamiento, y bueno con él me fue muy bien, me ayudó a entender y aceptar que la quimioterapia y la radioterapia son procesos coadyuvantes, que no son los enemigos que más bien son procesos que ayudan a salir de la enfermedad...” (P; E1; L 102-106).

“... en las dos oportunidades que tuve asesoría psicológica me sentí mejor, me tranquilizaba la ansiedad y me escuchaban me ayudaron a trabajar tanto mi aceptación de la enfermedad como mi rechazo a mí misma... yo sí creo que somos más que un cuerpo con padecimientos. Somos un espíritu que tiene dolencias afectivas y necesitamos a veces, unos en mayor o menor grado, que alguien más nos brinde apoyo para identificar o reconocernos a nosotros mismos” (P; E2; L 238-242).

- *Los pacientes oncológicos deben ser tratados psicológicamente.* Esta otra subcategoría trae a colación expectativas que tiene la participante sobre las necesidades que tienen los pacientes oncológicos, destacando que la atención psicológica es de suma importancia:

“...el paciente oncológico requiere ser tratado desde un punto de vista multifactorial porque el cáncer es una enfermedad que, bueno desde mi experiencia, que debe ser abordada desde varios puntos de vista porque está la parte médica clínica, está la parte psicológica, que es fundamental porque todos los pacientes oncológicos por

muy tosco que sea requiere que sean atendidos psicológicamente. Porque puede que haya pacientes que puedan trabajar su concepto de enfermedad solos; pero hay otros que no, que necesitan de alguien de psicología que le ayude que le de terapia... y la parte espiritual, porque esta es la que para mí, da más internalización, más paz...” (P; E1; L 112-119).

“...cada quien asume la enfermedad como quiere, pero lo que recomiendo es que si considera que no sabe que hacer es necesario buscar ayuda. Sobretudo psicológica...” (P; E2; L 236-238).

- **Familiares y amigos.** En esta categoría se exponen los sentimientos y percepciones que tiene la participante acerca del apoyo recibido por sus relaciones personales más cercanas. Entre sus subcategoría están:

- *No recibo apoyo/comprensión familiar.* Claramente esta subcategoría manifiesta sentimientos de incomprensión, poca receptividad y asertividad por parte de sus familiares a la hora de manifestar apoyo a la participante:

“... yo por ejemplo no cuento con nadie que vaya a buscarme las cosas, que me diga: *yo voy al seguro por ti a llevar los papeles y quédate en casa “descansando”* (hace gesto de comillas con las manos), todo tengo que hacerlo yo Dra. Si no me muero” (P; E2; L 46-49).

“...y como le dije, cuando ellos [familiares] me llaman a decir esas noticias es para que yo les ayude, les diga qué deben hacer, que sí ir al médico o qué estudios deben hacerse, que los tranquilice... pero *¿quién hace eso por mí?* A veces me lo pregunto.” (P; E2; L 83-85).

“...bueno a nivel emocional creo que lo me duele ahorita es la poca colaboración que tengo en mi casa. Que ni I. ni mi hermana hacen algo por ayudarme, creen que cuando digo que no podemos gastar algo o lo otro, o cuando les pido que hagan algo es porque estoy fastidiando. Ellos no comprenden...” (P; E2; L 195-198).

- *Mis amigos estuvieron pendientes de mí.* En cambio, en esta subcategoría se expone que para la participante el apoyo o ánimo viene de otras personas que no son familia consanguínea:

“... Mis compañeros de trabajo estuvieron muy pendientes de mí, todos ellos. Cosa que se los reconozco y agradezco, porque me conocían como una persona luchadora y me decían que yo lo iba a superar... siempre estuvieron pendientes de mí, me llamaban y me decían: *vente y reúnete con nosotros, tienes que seguir adelante, tienes que luchar...*” (P; E1; L 51-54).

Dentro de estas categorías se aprecia como ocurre el proceso de Transferencia (de acuerdo a la teoría psicodinámica) en donde la participante al adjudicarle un saber a su red profesional puede sentarse a discutir temas, permitirse orientación y manifestar miedos sin sentirse expuesta; aspecto que no realiza con sus familiares y amigos. Existe aquí un elemento a profundizar en la Discusión pero plantea la inquietud de si realmente sus familiares no le proveen ningún tipo de apoyo.

Tema N°5: Fallas en el servicio de atención pública. Esta Tema engloba el malestar que posee la participante en cuanto la calidad y accesibilidad que tiene a los servicios médicos y farmacológicos, en donde hay sentimientos de zozobra con los que frecuentemente se lidia. Entre sus categorías tenemos:

- **Molestia con la atención.** En esta categoría se evidencia el malestar que posee la participante en cuanto al trato que está recibiendo en la atención médica en donde considera que el cumplimiento de horarios es de suma importancia:

“...Por no mencionar que ahora que te atienda el especialista es bueno otra raya pa’ el tigre, como dicen en mi pueblo. En el Instituto hace como dos semanas todos los pacientes del Dr. G. tuvimos que molestarnos y exigir que el Dr. atendiera más temprano. Ya allí no hay oncólogos, solo el Dr. G... y él debe atender desde las 2... Cómo es posible que a llegue a las 4 o más tarde. Y nosotros, porque no atienden por orden de llegada, debemos estar desde la madrugada anotándonos en la lista. Una vez salí de consulta a las 8 de la noche y llegué a las 6:30 a más tardar, quedando de tercera en la lista...” (P; E2; L 22-30).

- **No hay medicamentos.** Esta categoría expone la realidad país conforme al acceso de medicinas y trámites para conseguirlas. Se observa las diligencias que la participante debe hacer para poder adquirirlas y cómo ella percibe toda esta situación:

“El otro día que fui al Instituto a planear lo de mi tratamiento me informaron que no lo había, que ellos estaban buscando con otros hospitales para que cuando tuviese mi cita pudieran dármele... ¿qué es eso Dra.? ¿Cómo es posible que a los pacientes como yo, con enfermedades que bueno pues no son de jugar carrito, no nos tengan al día la medicina?... cada día más cuando pregunto por pacientes que conocí hace tiempo, ya han fallecido y es a lo largo de que se puso cuesta arriba conseguir el tratamiento...” (P; E2; L 6-13).

“...cada día las condiciones en las que somos atendidos disminuye en calidad si no es por falta de tratamiento, te hacen correr de aquí a allá para que consigas cosas que ellos deberían darte...” (P; E2; L 15-17).

“... me la paso es haciendo trámites todas las semanas para conseguir las medicinas paliativas para el dolor o para cómo mantenerme, para comprarme suplementos alimenticios porque he bajado mucho de peso. De 53 kilos ahora peso 49 kilos, los pantalones se me caen Dra. Tengo que amarrármelos con la correa...” (P; E2; L 37-41).

- **Considero que los pacientes necesitan.** Esta última categoría de la Tema expone los aspectos prioritarios que considera la participante deben ser atendidos con premura, ya que las fallas que tiene actualmente el sistema hacen evidente satisfacer las siguientes necesidades:

“...es importante como se lo dicen al paciente [el diagnóstico], he visto que hay médicos que se la pasan es tomando notas y cuando le tienen que dar este tipo de noticias lo dicen sin tacto, como les salga como cuando a mí me dijeron tienes tanto de vida. Así no debe ser, hay que alentar que el paciente busque un sentido para luchar contra la enfermedad o que la puedan asumir como algo que pueden llegar a superar.” (P; E2; L 213-217).

“...ante todo que tengan acceso a los servicios Dra. Entiendo que el trato es importante y cómo se lleve al paciente. Pero viéndolo desde un punto de vista lógico, lo más importante es que encuentre un médico que le atienda, que la quimioterapia esté disponible para su administración, que las citas no se cancelen o que haya un equipo multidisciplinario que lleve el caso... Para mí eso tiene más prioridad. Por supuesto también están las necesidades de que alguien te dé un abrazo en un día malo con la quimio, o que alguien te ayude o acompañe a realizarte los tratamientos.” (P; E2; L 218-223).

En todo ese Tema se pone en evidencia el malestar social que tiene la participante como paciente, en donde se siente violentada y atacada por las fallas del sistema sanitario siendo este un punto crucial en la manutención de su calidad de vida. En este y en el anterior Caso se presentan estos inconvenientes y vale preguntarse si el nivel de estrés empeora severamente no sólo su calidad de vida percibida. ¿Hasta qué punto la calidad de vida deseada es adaptable a las condiciones sociales?

Tema N°6: Connotaciones sobre la muerte. En esta Tema la participante manifiesta las percepciones y significados que atribuye al concepto de muerte, entre sus categorías podemos observar:

- **Significados de la muerte.** Aquí la participante despliega sus concepciones sobre la muerte desde un punto de vista mágico-religioso (sistema de creencias). Dentro de sus subcategorías están:

- *La muerte como tránsito.* En esta la participante expone sus explicaciones religiosas de cómo ocurre el proceso de morir y que debería significar para el ser humano este proceso:

“... el ser humano siempre le ha tenido miedo a la muerte. No ha habido hasta los momentos ninguna religión, sendero espiritual, orientación o llámese como se llame, que lo oriente a uno de qué es el proceso de la muerte. Porque sencillamente de la muerte es que apenas se está hablando en la calle ahora, y sobre todo por todo esto de la autoayuda... de que no hay que tenerle miedo, de que la muerte es un tránsito, es como un estar dormido y verte en otro lado, porque al final lo que fallece o perece es el cuerpo... porque el alma que nosotros tenemos, que creo fervientemente que tenemos, que es un ente o espíritu y es lo que pervive...” (P.; E1; L 158-164).

- *La muerte como parte de la enfermedad.* En esta subcategoría la participante explica una de las grandes disyuntivas acerca de la temática de la muerte, y es su aceptación como un proceso natural para todo ser humano. Y que en su caso ella relaciona el mismo como un proceso que va de la mano con la aceptación de la enfermedad:

“...Entonces entender que eso es tan natural, que eso forma parte de la vida y que uno está aquí, si estás vivo por mucho tiempo, para vivir ciertas cosas como propósitos de vida y que a eso es lo que uno se tiene que dedicar... En sala de espera no puedo llegar yo a comentar cosas como: *está bien morirse*. Porque no todos estamos en el mismo nivel del proceso de aceptación de la enfermedad, aunque haya unos que si lo entienden hay otros que no...” (P; E1; L 196-201).

- **Formas de morir.** Esta categoría expone los deseos y pensamiento que posee la participante en cuanto a la manera idónea para fallecer, en donde morir bajo efectos colaterales de la enfermedad es más admisible que morir de ella en sí. Entre sus subcategorías tenemos:

- *Morir de todo menos cáncer.* En esta subcategoría se evidencian los pensamientos y sentimientos de la participante acerca de morir por la

enfermedad, cuya idea rechaza fervientemente y alega que desearía fallecer por otras razones:

“...a veces siento que me voy a morir pero no de la enfermedad sino del hambre o de la falta de tratamiento...” (P.; E2; L 4-5).

“...considero que si no me muero del cáncer me voy a morir es de las otras cosas que irán apareciendo por falta de medicamentos...Pero al mismo tiempo si eso ocurre así, doy gracias a Dios porque sería como una afirmación que no morí por cáncer sino por otra cosa y creo que me iría al plano trascendental mucho más tranquila, de que esto no me llevó... prefiero morir porque no sé, que me atropelló un carro que por esto. Incluso cuando he estado en el hospital en camillas hospitalizadas digo: *esto no puede ser así.*” (P.; E2; L 160-170).

○ *Morir anímicamente.* En esta subcategoría la participante devela un sueño en el que representa su miedo a la soledad y a no poseer apoyo:

“...El otro día soñé que estaba como en un campo judío, en donde estaba vestida de gris, ¿sabe? Y que me acercaba a la valla y empecé a pedir ayuda y que nadie venía. Fue espantoso ese sueño. Sentía que moría anímicamente y eso es un miedo espantoso...” (P; E2; L 161-164).

○ **El tema de la muerte con mis familiares.** Esta última categoría explica como temas a discutir en la familia cuando se tiene algún integrante con cáncer quedan desplazados, al punto que para esta participante es una barrera:

“... mis hermanos no querían hablar mucho de esto, porque imagino que se veían pasando conmigo todo el proceso que se vivió con mi mamá: en cama muriéndome y teniéndome que atenderme...Entonces el tema de la muerte era como decir: *otra más!*. Uno de mis hermanos me decía: *no, no, no ve a ver conmigo no cuentas.* Otro era: *yo no quiero saber de eso! ...*” (P.; E1; L 82-87).

En este Tema se coloca en relieve un concepto tabú dentro de la familia (como en la sociedad) de la participante y es hablar de la muerte. Que para ella es una barrera que limita la interacción con sus familiares, en donde quizás no pueda expresar sus dudas, miedos y sentimientos al respecto. No es de extrañar que se refugiara en la espiritualidad para darle un sentido individualista (partiendo de lo aprendido en el Sendero) a esto; pero a su vez, la participante asocia un aspecto común al temor de la muerte para cualquier ser humano y es el dolor, y como esto a su vez al ser un síntoma continuo en su enfermedad hace que rechace la idea de morir de cáncer por un sistema de negación basado en asociación cognitiva.

5.2.4. Integración del Caso Pentesilea.

A lo largo de los tests y el análisis de contenido se pudo apreciar que la participante es una persona con un estilo evitativo-introversivo de funcionamiento, esto quiere decir que es una persona muy rígida y conservadora en el trato hacia los otros, evalúa de manera hiperincorporadora las situaciones antes de dar una respuesta (retrasando la acción), en donde evita manifestar sus emociones (es constrictiva) y prefiere manejarse en su mundo indopsíquico que en el exopsíquico (por ende a veces le cuesta establecer vínculos con los otros)

Todos estos rasgos de personalidad que unido a los elementos narcisistas, en cuanto a su posición fálica frente a sus interrelaciones (que se proyecta en la presión de Ejemplo de buena Influencia; y en las necesidades de Oposición, Inviolabilidad, Reconocimiento, Protección y Sensualidad), dan un bosquejo de cómo se relaciona y percibe el mundo en donde caracteriza al Otro como una agente "complejo-complicado" y lleno de intenciones sospechosas (Mecanismo de defensa: proyección) por ende desconfía de las intenciones de las demás personas (aspecto que se reafirman con las presiones de Dominación, Afiliación emocional y asociativa, Ataque físico y Socorro) exacerbando sus rasgos hipervigilantes y haciendo que sus Procesos psicológicos de Ideación y Mediación existan fallas perceptivas importantes evidenciadas en los contenidos manifiestos del análisis de contenido, en donde sus relaciones interpersonales positivas (con profesionales de la salud) sólo estén mediadas por la Intelectualización (como mecanismos defensivo) y transferencia; y las relaciones interpersonales con sus familiares y de pareja son mediadas por la Negación y la Supresión (como mecanismos de defensa) para así no tener que involucrarse afectivamente y evitar a toda costa desorganizarse emocionalmente (estilo constrictivo). Esto último es lo que crea un conflicto intrapsíquico de intereses en cuanto a qué debe satisfacer si sus necesidades narcisistas (explicadas anteriormente) o aquellas relacionadas con el vínculo hacia Otros, tales como: Afiliación emocional y asociativa; Juego; Socorro y Carencia; ante este tipo de situaciones es que ocurren las fallas en su sistema de control y tolerancia al estrés conformando un malestar psicológico en la participante (ya que no está cumpliendo con el Ideal narcisista; y que pone en manifiesto la necesidad de Deferencia).

Por otro lado, su relación simbólica con la madre entrevé un aspecto fundamental no sólo en cómo se relaciona con las figuras femeninas sino también con

aquellas que signifiquen autoridad. Hay uso de la represión (como mecanismo de defensa) para poder enfrascar la rabia acumulada ante el imago materno, sobre todo por sus sentimientos y deseos infantiles no escuchados (esto se ampliará en la Discusión).

Un último aspecto es la Autoimagen, que en ambos test y en el análisis de contenido se evidenció una angustia corporal elevada que en conjunto con sus rumiaciones de carácter negativo sobre sí misma (acerca de sus defectos) hacen que no construya una base sana en la cual posicionarse, por eso vemos que en el Tema 3 (secuelas del cáncer en mi vida) y 4 (Interacciones sociales, categoría Familiares y amigos) que los distintos verbatos siempre le afirman que “ella no es suficientemente buena para recibir algo de alguien” o “debe trabajar en su ego por dolerle la pérdida de cabello, el seno, del acto sexual con su pareja, entre otros”, hay una continua intrusión de pensamientos negativos en la forma en cómo traduce al mundo y esto repercute directamente no sólo en su autoestima, autoconcepto y autoimagen (manejado por el Rechazo hacia sí misma, una necesidad identificada en el TAT), lo cual ejemplifica directamente el simbolismo oculto en Un Seno como representación de feminidad y complitud. No es de extrañar entonces que en el Test de Rorschach aparezca como una constelación positiva la Depresión.

5.3. Ariadna

“Tributo Ateniese para apaciguar al minotauro. Se enamora de Teseo y le ayuda a salir del laberinto; pero éste le abandona dejándola dormida en Naxos para casarse con Hipólita. En su dolor conoce a Dionisio quien la redescubre y se casa con ella”

5.3.1. Procesos psíquicos.

Los datos arrojados por el Test de Rorschach están descritos en el Apéndice I, donde se expone el sumario estructural del mismo. Para efectos descriptivos de esta esta dimensión del estudio, a continuación se arroja la comprensión del caso:

Control y tolerancia al estrés.

Los indicadores reflejan que su capacidad de control y tolerancia ante situaciones de estrés es ordinaria, es decir, que los recursos cognitivos y emocionales son suficientes para mediar con su contexto. Sin embargo, también hay evidencia de conductas introspectivas enfocadas en aspectos negativos de sus capacidades por ende a veces se subestima y tiende a desorganizarse ante el estrés (ya que simplifica sus emociones al punto en que puede desbordarse por acumulación).

Estrés relacionado con la situación.

Los distintos indicadores de este proceso detallan sensaciones de ansiedad y tensión ante la estimulación ambiental. El estrés situacional es procesado con sentimientos de culpa o remordimiento cuando no cumple con los estándares de respuesta convencional (porque tiende a ser muy económica -simplista- en sus respuestas).

Procesamiento de la información.

Todos los indicadores evidenciaron que la participante procesa de manera muy conservadora o displicente los estímulos del contexto. Esto quiere decir, que realiza un poco esfuerzo cognitivo en la traducción del mundo a pesar de realizar la exploración estimular, lo que indica que la calidad del procesamiento es guiado por dinámicas económicas que desestiman las claves del contexto. Siendo esto último clave porque (aunque no posee un estilo hiperincorporador) tiende a no distinguir los estímulos importantes de los accesorios y por ello luego no traduce de forma adecuado su mundo.

Mediación.

Los distintos indicadores destacan deficiencias significativas en la mediación de la información; su forma de interpretar al mundo se basa en percepciones individualistas, poco convencionales que tampoco son creativas o espontáneas, lo cual

hace que altere sus percepciones del contexto y su funcionamiento (reacción y acción ante las demandas ambientales) esté alejado de la norma.

Ideación.

El estilo es ideacional, esto implica que la participante se enfoca en sus pensamientos, retrasa la acción y se encamina en evaluaciones introspectivas que son fijas y difíciles de modificar. Por ende, sus ideas se basan más en hechos pragmáticos (las emociones no juegan un papel importante); sin embargo, hay evidencia que sus pensamientos se focalicen en aspectos negativos sobre si misma (esto se ampliará en el proceso de autopercepción), en donde la fantasía se convierte en un motor para exagerar dichos conceptos y con ello sustituye su realidad circundante (para omitir sus ideas focalizadas en su necesidad cognitiva/afectiva).

Afectividad.

El estilo afectivo es introversivo, es decir, que prefiere no mostrar ni incluir los sentimientos en la toma de decisiones. Por ende dichas emociones juegan un papel muy limitado en su forma de accionar ante el mundo, lo cual demuestra que su lado afectivo es constrictivo, en donde no solo controla sus afectos sino también desestima los estímulos emocionales del medio (para no lidiar con ellos).

Autopercepción.

Como ya se mencionó, existen pensamientos y sentimientos de poca valía que se enfocan sobre el cuerpo. Los indicadores de este proceso destacan sentimientos de ansiedad ante sus atributos físicos, ya que los percibe negativamente en donde existe una constante rumiación al respecto lo que conlleva a la aparición de sentimientos dolorosos. Toda su autoimagen se basa en elementos fantasiosos (distorsionados de la realidad) que le reafirman el autoconcepto de poca valía.

Interpersonal.

A lo largo de los distintos procesos, se ha evidenciado que la participante tiende a reconocer y expresar sus emociones de forma inusual (no manifiesta emociones en situaciones de proximidad); y aunque se interesa por formar vínculos cercanos y positivos sus interacciones hay intercambios agresivos debido a su comportamiento defensivo que puede ser catalogado como pasivo-agresivo con el que une y desune sus relaciones interpersonales.

5.3.2. Necesidades, Presiones y Mecanismos de defensa.

Los datos arrojados en el Test de Apercepción Temática (TAT) están descritos en el Apéndice J, donde se expone: (a) el análisis formal cuantitativo y cualitativo detallado por lámina: y (b) el análisis Aperceptivo por lámina. Para efectos descriptivos de esta esta dimensión del estudio, se expondrá el funcionamiento intrapsíquico de forma global e integrada del caso:

Necesidades y presiones.

De acuerdo al análisis ejecutado (Ver Apéndice J), se apreció que entre las *necesidades* con mayor frecuencia (que se presentaron en dos oportunidades o más) a lo largo del protocolo del T.A.T. son: (a) Afiliación emocional, alude al menester de la participante de estar ligada afectivamente a un Otro; (b) Evitación (de la culpa y del daño) necesidad defensiva en el que trata de resguardarse de alguna situación ansiógena o que sienta que está en riesgo de ataque; (c) Rechazo, Expresa el desprecio hacia algo o alguien; (d) Socorro, implica la necesidad de solicitar ayuda ya que a veces no se tienen los recursos disponibles para afrontar la medio; y (e) Protección, necesidad de cuidar y velar por el bienestar de otros.

Por otro lado, las *presiones* con mayor frecuencia (que se presentaron en dos oportunidades o más) a lo largo del protocolo del T.A.T. son: (a) Dominación, que expone los sentimientos y pensamientos de la participante con respecto a su relación con los Otros, que en muchas oportunidades percibe que quieren forzarla a realizar

cosas; y (b) Carencia, elementos que imposibilitan una sobrevivencia adecuada (económicos, socio-afectivos, etc.).

Mecanismos de defensa.

De acuerdo al análisis ejecutado (Ver Apéndice J), se apreciaron entre los *mecanismos de defensa* con mayor frecuencia (que se presentaron en dos oportunidades o más) a lo largo del protocolo del T.A.T.: (a) Negación, existe un rechazo de realidades internas o externas que son desagradables para el sujeto; (b) Represión, cuando contenidos inaceptables son desterrados de la conciencia; (c) Simbolización, en este una idea u objeto sustituye a otro por una semejanza y así calmar la angustia; (d) Proyección, consisten en la atribución a Otros de pensamientos, sentimientos o conductas que son inaceptables para el sujeto, (e) Intelectualización, en este se usa al razonamiento como filtro para separar el vínculo afectivo del ideativo y así no entrar en contacto con sentimientos incompatibles; y (f) formación reactiva, cuando el Yo del sujeto juzga como inaceptables pensamientos, deseos o conductas y las sustituye por otras opuestas.

5.3.2. Vivencias del cáncer de mama.

A continuación se expondrán los Temas, las categorías y subcategorías encontradas en las entrevistas a profundidad de acuerdo al Análisis de Contenido (para verificar la forma en que fueron citados por verbato (Ver Tabla N°5). De acuerdo con esta técnica, a continuación se expondrán por bloques de dimensiones las categorías encontradas:

Tabla 8. Matriz de Categorías Caso: Ariadna.

Tema N°1 Mi vida antes del cáncer	
Categorías	Subcategorías
○ Nos cuidó mi tía: todo era golpes	
○ Relación con los hombres de su vida	○ Relación de pareja
	○ Relación con su hijo
Tema N°2. Mi vida con cáncer	
• Sorpresa ante el diagnóstico	

• Cambios en mi vida	○ Cosas que ya no puedo hacer
	○ Hay tanta rabia
• Percepciones sobre el cáncer	○ Dolor como síntoma
	○ El gasto económico
	○ La lucha es continua
• Preocupaciones sobre la familia	
• Apoyo de amistades	
• Ando molesta	○ Lástima no quiero
	○ Molesta con Dios
• Secuelas de la mastectomía	○ Me afectó que me quitaran el seno
	○ No me siento mujer
• Nos maltratan como pacientes	
Tema N°4. Relaciones Interpersonales	
• Relación con mi hija	○ Es como si no le importara
	○ Se estuviera vengando de mí
• Relación de pareja actual	
Tema N°5. Connotaciones sobre la muerte	
• Miedo a morir	
• Miedo del esposo ante la posible muerte	
• Rabia ante la idea de morir	

Tema N° 1: Mi vida antes del cáncer. Es una Tema que aborda relaciones interpersonales y factores de la crianza decisivos en la adultez de la participante, todo esto como un punto descriptivo de su vida previa a la enfermedad. Entre las categorías encontramos:

- **Nos cuidó mi tía: todo era recibir golpes.** En esta categoría la participante explica que su situación familiar con la cual convivió su niñez. En donde hubo abandono parental y fue asumida la custodia por parte de su tía materna quien maltrataba a la participante:

“...la que siempre nos cuidó fue mi tía [hermana de la mamá]. Nos pegaba mucho... Me acuerdo que todo era en las cuatro paredes del patio. No nos dejaba salir a jugar con otros niños de la cuadra y todo era limpiar, trabajar y recibir golpes por cualquier cosa...” (A; E1; L3-6).

- **Relación con los hombres de su vida.** En esta categoría se expone cómo la participante ha configurado sus relaciones de pareja y con su hijo, en donde

exhibe sus sentimientos y pesares sufridos en dichas relaciones. Existiendo las siguientes subcategorías:

- *Relación de pareja.* La participante explica que ha tenido dos relaciones de pareja: el primer esposo fue una relación tormentosa y con quien huye de casa. Mientras que con el segundo es una pareja donde hubo mayor empatía y respeto y se configuró la sensación de familia:

“Yo me fui cuando tenía diez y seis años, me fui con mi primer esposo, el papá de mi hijo mayor” (A; E1; L 6-7).

“Me quedé a vivir con él con mi hijo hasta que tuve 20 años. Me daba mala vida, me pasaba ´por delante con las otras mujeres... Yo me fui con mi hijo... Me puse a trabajar como obrera. En el trabajo había un muchacho que siempre me veía y me veía. Ud. entenderá que yo no quería saber nada de hombres. Me tuvo paciencia... Todavía estamos juntos y es el mejor hombre” (A; E1; L 8-12).

- *Relación con su hijo.* Por su parte esta subcategoría explica la relación de la participante con su hijo que ha sido distante a través del tiempo y hay un duelo por ello:

“... [El hijo] Se puso a vivir con una mujer cuando tenía como casi 30; después se buscó a otra y estaba bebiendo y jugaba... mi esposo le prohibió la entrada a la casa. Yo lloraba todos los días...” (A; E1; L 14-16).

Tema N° 2: Mi vida con cáncer. Este Tema agrupa aspectos relacionados a las reacción de su parte cuando recibió la noticia del diagnóstico, de los cambios que ha percibido en su cotidianidad por la enfermedad, las percepciones sobre el cáncer, los distintos grupos de apoyo que tiene y cómo ella considera que le ayudan, los sentimientos de rabia que tiene en este momento, la autoimagen y concepto que se ha configurado a raíz de la mastectomía así como el maltrato que ha tenido que sufrir en centro de atención. Entre las categorías están:

- **Sorpresa ante el diagnóstico.** En esta categoría la participante expone cómo se sintió y los pensamientos que la embargaron al momento de recibir la noticia:

“... hace como cuatro años... me dolía el seno derecho y yo no le hice caso... detrás de mi hijo... cuando el Dr. me dio la noticia yo dije: *¿qué me pasó? ¿Porque no fui a tiempo?...*” (A; E1; L 18-19).

Esta categoría en conjunto con las categorías del Tema N 1, demuestran que la participante ha llevado una vida con bastantes golpes emocionales y físicos que le han

ayudado a desarrollar un sentido de responsabilidad hacia los otros, como sistema defensivo para obviar su vulnerabilidad. Es importante destacar que la relación que mantiene con su hijo puede afianzar lo percibido en los anteriores casos y es la constante vigilancia y cuidado que se tiene por un otro que opaca el cuidado propio.

- **Cambios en mi vida.** Esta categoría describe los cambios en las rutinas diarias que ha sufrido la participante en función de su condición médica, en donde se percibe la insatisfacción y rabia por parte de la misma hacia dichos cambios. Entre las subcategoría tenemos:

- *Cosas que ya no puedo hacer.* Aquí la participante relata como ya no puede continuar realizando su oficio de manutención económica, así como la dieta alimenticia que debe realizar:

“... montamos la bodega que Ud. Sabe. A mí me encantaba ir a comprar la mercancía, horita no porque la cadera me embroma mucho. Antes usaba bastón pero ni así...” (A; E1; L 31-33).

“...Yo no puedo comer muchas cosas, tengo que comer sano, mi marido también...” (A; E1; L 49-50).

- *Hay tanta rabia.* En cambio, esta subcategoría se relaciona más con el ámbito afectivo de la participante en donde existen sentimientos de envidia hacia la salud de los otros y es manifestado con rabia proyectada:

“Yo... hay días que no puedo atender clientes, me dan rabia, tengo miedo de decirles cosas, no sé por qué me tanta rabia. Ellos no me hicieron nada; pero es como si me debieran algo, o les debiera algo. Yo no entiendo qué es lo que me pasa” (A; E1; L 34-37).

Estas subcategoría exponen se enfocan principalmente en cómo la participante está sobrellevando la situación del cáncer en la que ella misma identifica una etapa del duelo que es la ira. Existe una desconfiguración y acomodación en su cotidianidad para ajustarse a una realidad que le parece inadmisibles. Algo importante en este punto, es que a diferencia de los otros Casos, ¿esta etapa del duelo se debe más a un aspecto temporal (años con el padecimiento de la enfermedad) o mecanismos defensivos de la participante?

- **Percepciones sobre el cáncer.** Esta categoría expone las percepciones conceptuales y afectivas de la participante acerca de la enfermedad. en donde sus connotaciones giran en torno al malestar físico, la lucha por la superación del cáncer y lo que representa económicamente. Entre su subcategorías tenemos:

- *Dolor como síntoma.* Esta subcategoría explica como el dolor físico es un síntoma recurrente en su vida diaria, en donde se ve más afectada es en las caderas por ser el punto focal de metástasis:

“...El Dr. me explicó que me llegó a los huesos, *horita* me duele la cadera bastante” (A; E1; L 22-23).

- *El gasto económico.* En ésta se puede evidenciar el impacto económico que tiene el cáncer en su vida, que sumado a sus limitaciones debido a la condición médica hace que sea un tema de mucha angustia para la participante:

“la enfermedad ha sido pura gastadera y eso que la amiga mía siempre me ayudó, la que trabaja en el hospital, pero igualito hemos gastado mucha plata...” (A; E1; L 47-49).

- *La lucha es continua.* Esta subcategoría expone las ideas que tiene la participante acerca del cáncer, en donde posiciona a la enfermedad como un continuo obstáculo con el cual hay que combatir:

“Voy a dar la pelea, llevo cuatro años peleando” (A; E1; L 21-22).

“...Yo siempre fui fuerte cuando me pegaban, cuando no me dejaban salir. Yo tengo que ser fuerte ahora...” (A; E1; L 58-59).

Para esta categoría aparecen concepciones que giran en torno a la fortaleza que debe mostrar la participante con su enfermedad, que sí lo unimos a los sentimientos de ira descritos anteriormente, se plantea entonces la posibilidad de una exagerada constricción de su vulnerabilidad para poder continuar afrontando tanto “dolor”. Pareciera entonces que para ésta participante la lucha es más endopsíquica con sus propios sentimientos que con el cáncer mismo.

- **Preocupaciones sobre la familia.** Esta categoría expone las principales inquietudes que tiene la participante con su padecimiento y cómo este puede influir en la dinámica familiar. Aquí expone sus miedos ante el descubrimiento de su metástasis por parte de sus familiares y la angustia que ella sea la causante de mayor disconformidad en el núcleo:

“... [Esposo] anda nervioso y yo trato de no preocuparlo porque sufre de la tensión. Yo no quiero dejarlo solo... a mí me hace sufrir que él sufra...” (A; E1; L 20-21).

“[explicar su metástasis] No puedo, no quiero que sufran sus hijos y si le digo no se aguanta, y se va a afectar mi esposo y eso me angustia mucho. Mi hijo tampoco sabe...” (A; E1; L 54-55).

Esta categoría expone uno de los principales problemas en los pacientes oncológicos y es la inclusión de los familiares en la gravedad de la enfermedad, aspecto que dificulta la configuración de una red de apoyo. Por otra parte, esta categoría también anuncia la angustia constante que posee la participante sobre el hecho de ocultar esto, por ende las preguntas que surgen son si acaso esto no dificulta su relación marital o parental.

- **Apoyo de amistades.** En esta categoría la participante describe cómo tuvo acceso a atención pública para los servicios de oncología y fue a través de la ayuda de una amistad. Aquí se detalla la percepción de la participante ante el gesto:

“A mí me trataron en el Vargas. Ahí trabaja una señora que yo conocía porque era la hija de una vecina mía. Se portó demasiado bien: me consiguió el cupo en el hospital, me hicieron los tratamientos...” (A; E1; L 24-26).

- **Ando molesta.** En esta categoría se evidencian los sentimientos de rabia y malestar ante las percepciones de lástima que le puedan tener terceros a la participantes, así como sus sentimientos de injusticia sobre la causa de su condición en donde involucra creencias religiosas. Entre las subcategorías tenemos:

- *Lástima no quiero.* Aquí la participante expone sus sentimientos ante la posibilidad de padecer lástima por parte de los Otros debido a su enfermedad, en donde se evidencia su rabia ante la simple idea y cómo describe el miedo al rechazo desde este punto de vista:

“...mejor andar arrecha que dando lástima. Que le tengan miedo a tocarla a una, como si uno diera asco o les fuera a pegar algo...” (A; E1; L 65-67).

- *Molesta con Dios.* En esta subcategoría se coloca en manifiesto nuevamente el estado emocional hacia el polo de la euforia (rabia), en donde dominan preguntas existencialistas acerca de su calidad de persona con la incidencia de cáncer. Así mismo liga estas inquietudes con sus creencias religiosas:

“Sí yo estoy arrecha con Dios, cómo me fue a mandar esto, yo no he sido mala gente, nunca dejé a mi hijo ni a mi hija, les di un padre, un hombre que nunca les puso la mano encima, siempre los ayudé, los ayudo todavía con enfermedad y todo” (A; E1; L 67-69).

- **Secuelas de la mastectomía.** En esta categoría se empiezan a descubrir los pensamientos, sentimientos, cambios en el autoconcepto y autoestima que posee la participante sobre sí misma a raíz de la mastectomía, entre sus subcategorías:

- *Me afectó que me quitaran el seno.* Aquí la participante define a la subcategoría como el estado emocional y el impacto que repercutió para ella el someterse a este procedimiento:

“...lo que más me afectó fue que me operaran. Me quitaron todo el seno, me quedó una marca y después me quitaron el otro...” (A; E1; L 26-27).

- *No me siento mujer.* En esta subcategoría se expone una etapa del proceso de aceptación del cuerpo posterior a una intervención quirúrgica. En el caso de la participante, ella asoció su mastectomía a una invalidación de sí misma como mujer:

“Yo ya me siento muy mal sin mis senos. Yo ya no me siento ni mujer, no quiero llorar más. Eso me quitó la fuerza que me queda...” (A; E1; L 57-58).

Esta categoría en conjunto con la anterior identifican los sentimientos de ira acumulados por la sensación de “injusticia” percibidos por padecer el cáncer, que su vez se asocian al malestar que genera someterse a procedimiento médicos que sí bien ayudan en el bienestar psicológicamente y anímicamente hablando han llevado a la participantes a tener problemas de aceptación de su cuerpo e identidad. Una cuestión importante con esta categoría y que se enlaza con una próxima (Tema N 3, Mi relación de pareja actual), es que la participante ha cambiado su relación marital después de la noticia del cáncer y la pregunta que surge es si su pareja ha hecho algo al respecto y ha sido facilitado el acercamiento. No queda claro si la sexualidad se ha usado como aproximación procurada y a la vez permitida para subsanar el daño en la autoestima y autoimagen.

- **Nos maltratan como pacientes.** Es la última categoría de este Tema, acá se enfatiza en una problemática social y humana que es el maltrato percibido por la participante en los centros asistenciales:

“Yo vi muchas cosas en el hospital ¿sabe? Las enfermeras nos maltrataban, si quedaba sucio el colchón cuando se derramaban los líquidos de lo quimio que son tóxicos ¿sabe? Mi marido limpiaba y encima le gritaban...” (A; E1; L 59-61).

Esta categoría expone uno de los principales problemas sociales en la atención sanitaria, y así como la participante lo relata, describe como muchos profesionales han

perdido la ética a fin de acortar labores, vale preguntarse si será que sólo gritos es lo que los pacientes de distintas áreas es lo que se llevan como vivencia.

Tema N°3. Relaciones Interpersonales. Esta Tema engloba las descripciones ofrecidas por la participante en cuanto a los cambios percibidos sobre sus vínculos afectivos más cercanos. Entre sus categorías tenemos:

- **Relación con mi hija.** En esta categoría la participante relata la fractura que ella siente y piensa que existe entre el vínculo con su hija, en donde principalmente cataloga como insensible hacia su padecimiento y considera como intolerable su trato. Entre las subcategorías tenemos:

- *Es como si no le importara.* En esta subcategoría la participante manifiesta su malestar ante la idea que su hija no se preocupe por ella, que no manifiesta ni su cariño como ni su cuidado:

“... También me da rabia mi hija, es como si no le importara lo que me pasa. Yo he pasado todo el día sin comer nada en esa bodega y no me trae ni un café ni una sopa.” (A; E1; L 39-40).

“...Ella no tiene cabeza, es agresiva y sobre todo conmigo. Estamos peleando por cualquier tontería... yo le pagaba todo, hasta el agua, hasta que me cansé...” (A; E1; L 43-46).

“Nunca habla de mi enfermedad, ni me pregunta nunca que si cómo me fue, que si necesito aunque sea que me soben. Ella cuando le dije se puso a llorar, horita dice que la quiero manipular con la enfermedad” (A; E1; L 51-53).

- *Se estuviera vengando.* En esta subcategoría en cambio, la participante manifiesta sus percepciones acerca del motivo por el cual su hija no manifiesta compasión por su padecimiento y sus ideas se encaminan por creer que se está vengando:

“Estoy cansada de que mi familia me busque por interés. Cuando le dije que no podía seguir sacando comida de la bodega y que me ayudara con algo... es como si ella se estuviera vengando” (A; E1; L 44-50).

- **Mi relación de pareja actual.** Esta categoría explica los cambios establecidos por la participante en su relación de pareja posterior a la mastectomía, en donde anuló la sexualidad dentro del vínculo y lo convirtió en un familiar más:

“... [Posterior a la mastectomía] Yo no dejé que mi marido que ni me tocara. Es como una familia mía, me acompaña a todos lados...” (A; E1; L 27-28).

Estas categorías exponen el deterioro en las relaciones familiares debido al inadecuado manejo de la enfermedad, todo se ha enfrascado en lo "malo" de la misma y cómo puede relucir esto en empeorar los vínculos sin que ninguno de los actores haga algo para mejorarlo, fortalecer el sistema familiar y brindarse contención mutua. Aquí me pregunto sí además de esto, se ha llevado a cabo un proceso según el cual la participante se ha dedicado a proyectar masivamente su angustia y por ende ha alejado a los familiares, quienes, habituados a la proyección de fortaleza de la participante, no encuentran formas adaptativas de aproximarse a ella.

Tema 5. Connotaciones sobre la muerte. Este último tema engloba aspectos relacionados con las angustias propias y de los familiares ante la idea de muerte. En donde se manifiestan no sólo el dolor ante la posible pérdida sino también la rabia ante la idea de que ese suceso ocurra. Entre sus categorías están:

- **Miedo a morir.** Aquí la participante expone uno de sus grandes angustias con la enfermedad: morir. La cual se desencadena por evidenciar la muerte de otro paciente en proceso de quimioterapia, detallando las inquietudes que surgen a nivel psíquico:

"Una señora se murió al lado mío y los gritos de la familia eran horribles, todo eso era horrible, no quiero que me pase eso. Yo también lloré cuando la señora murió todos pensamos creo yo *¿y si me toca? ¿Qué va pasar con mi familia? Yo ni siquiera tengo que me espera al otro lado, no sé qué va a pasar ¿Y si no descanso?... tengo mucho miedo*" (A; E1; L 61-65).

- **Miedo del esposo ante la posible muerte.** Esta categoría pone en manifiesto lo que la participante ha interpretado y discutido con su esposo cómo respuesta a la pregunta planteada en la categoría anterior *¿y si me toca?:*

"...hemos llorado mucho, él me dice: *no te me vayas, no me echas esa vaina...*" (A; E1; L 28-29).

- **Rabia ante la idea de morir.** Esta es la última subcategoría, en ella se expone su emotividad agresiva ante la idea de morir, que demuestra una etapa de duelo ante su vitalidad:

"Me da rabia que voy a morir en... a veces creo que voy a vivir, a veces creo que me voy a morir mañana" (A; E1; L 38-39).

En este Tema se evidencia el miedo paralizante que tiene la participante ante la idea de muerte. La angustia de a este tema es universal pero con la enfermedad para esta participante se ha convertido en pensamiento invasivo en su día a día.

Integración del Caso Ariadna.

Las descripciones encontradas en los test psicológicos y el análisis de contenido de sus vivencias han expuesto que la participante es una mujer con un estilo ideativo y afectivo introversivo, es decir, que usa la introspección para dar sentido al mundo y que no involucra sus sentimientos en la toma de decisiones. Esto refuerza el uso de la intelectualización como mecanismo de defensa (por medio de la fantasía), en donde trata de excluir dichos sentimientos y tienden a proyectarlos (otro mecanismos de defensa) en los Otros.

El test de Rorschach y el TAT encontraron que sus vínculos interpersonales están marcados por diferencias o deficiencias, ya que al estar la participante siempre a la defensiva (necesidad de evitación) hace uso de estrategias pasivo-agresivas. Dichas estrategias se ven cuando por un lado la participante expresa sus tendencias de cuidado y protección, con la idea de no "angustiar a sus familiares" al no informar sobre su situación de metástasis (necesidades de Socorro y protección); y por otro se desvincula por completo con su hija en donde bajo ningún concepto reconoce parte de su responsabilidad en el deterioro de la relación (negación como mecanismo defensivo) sino que proyecta la desidia, intolerancia por su condición, sentimientos de rabia, entre otros en Ella (proyección como mecanismo de defensa); por ende considera que no le toman en cuenta, solo la usan económicamente, son desconsiderados con su padecimiento y dolor (presión de Dominación y carencia).

Sí esto último lo enlazamos con la importancia de las relaciones tempranas con las figuras de autoridad en el desarrollo de los recursos para el establecimiento de los vínculos interpersonales, vemos como en este Caso sus experiencias de abandono y maltrato infantil han hecho que la participante posea características de apego inseguro y por ende configure esas estrategias pasivo-agresivas, que le devuelven el sentido de omnipotencia a su Yo infantil desvalido años atrás (simbolización y formación reactiva como mecanismos de defensa).

Lo anterior se relaciona con las sensaciones de ansiedad y tensión ante el mundo circundante, porque al siempre estar proyectando estos aspectos en los demás no hay sensaciones de seguridad y confort en el ambiente (presión de carencia) por ello se siente bajo amenaza. Todo esto se relaciona con sus procesos de Ideación y mediación, que como ya se describieron, evidencian poco esfuerzo cognitivo en la traducción del

mundo a pesar de realizar la exploración estimular y por ende tiende a mal interpretar las acciones de los demás. No es de extrañar que en las categorías Cambios en mi vida, Percepciones sobre el cáncer y Ando molesta, exponga un sin fin de situaciones que la tienen desbordada (estrés situacional) y a las que ella responde sintiéndose culpable por no cumplir con el estándar de mujer "todopoderosa", fálica, dominante, es decir no cumple con su Ideal del Yo ("mujer emprendedora y luchadora") aspecto que es característico de la represión como mecanismo defensivo (también se enlaza con su necesidad de evitación).

Otro aspecto entre sus relaciones interpersonales, es su estilo constrictivo de las emociones que no sólo aluden a no incluir sus sentimientos en la toma de decisiones sino también a no reconocerlas y expresarlas abiertamente, que para el Caso se hace patente en su relación marital a quien ha excluido de su sexualidad (relaciones sexuales) como de su Identidad como pareja ya que lo asume como un familiar. Esto último está enmarcado en sus necesidades de afiliación, que en su caso desea poseer estos vínculos próximos pero al mismo tiempo no sabe qué hacer con ellos y configura las interacciones pasivo-agresivas descritas.

Por otro lado, esta negación de la pareja en su rol, se debe no sólo a la negación como mecanismo de defensa sino también a la formación reactiva que hace huella allí; es decir, para la participante es más fácil lidiar con la idea/representación de este hombre como familiar que como pareja sexual activa, ya que al poseer como rasgos procesos introspectivos centrados en sus aspectos negativos de autoimagen y autoconcepto ha configurado de manera inconsciente estos mecanismos de defensa y con ello proteger su vulnerabilidad ante la idea de exponer su cuerpo "maltrecho" a Otro, lo que pone en relieve su necesidad de rechazo (hacia sí misma). En esta parte también se devela el simbolismo adjunto al Seno como el órgano representacional de su cuerpo, que para ella se convirtió en el epicentro de su angustia de muerte. Ésta última, se hace cada vez más grande no solo por sus preocupaciones y temores hacia el tema, sino también porque bajo el ala de una enfermedad crónica le toca convivir con el fallecimiento de otros pacientes, que como en su caso cuando tuvo esa experiencia se identificó con el dolor de los familiares unido al miedo colectivo de lo que implica desaparecer mientras se lucha contra el cáncer.

5.4. Mujeres Mitológicas.

El grupo de participantes demostraron con sus historias personales el simbolismo relacionado con mujeres descritas en la mitología griega, que en gran medida representan aspectos de la feminidad y de lo que significa ser mujer: con pesares, daños, alegrías, vitalidad, entre otros. Se decidió adjudicarle a cada participante un personaje de acuerdo a sus características de personalidad o historia personal.

Retomando los análisis de contenido individuales se puede establecer como Temas, categorías y subcategorías compartidas por las participantes del estudio las siguientes:

Tabla 9. *Matriz de Categorías Intercasos.*

Tema N°1 Mi vida antes del cáncer	
Categorías	Subcategorías
<ul style="list-style-type: none"> • Relación parental conflictiva: el simbolismo de la mujer que te cuida 	
Tema N°2 Mi vida con cáncer	
<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones ante el diagnóstico 	
<ul style="list-style-type: none"> • La lucha contra el cáncer 	
<ul style="list-style-type: none"> • La familia 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Preocupaciones ○ No me apoyan ○ Fractura en las relaciones
<ul style="list-style-type: none"> • Significado de la pérdida del seno 	
<ul style="list-style-type: none"> • Limitaciones en actividades 	
<ul style="list-style-type: none"> • Vicisitudes en el servicio de atención 	
<ul style="list-style-type: none"> • Connotaciones sobre la muerte 	

Tema N° 1: Mi vida antes del cáncer. Este Tema aborda el aspecto relacionado con la crianza, es decir, el vínculo que en todas las participantes fue representativo como un elemento constitutivo como seres humanos actuales, su única categoría es:

- **Relación parental conflictiva: el simbolismo de la mujer que te cuida.**

En esta categoría todas las participantes explicaron que tienen relaciones distantes con su cuidador principal durante la infancia (madre/tía), en donde nunca se sintieron comprendidas o apoyadas, se puede apreciar en: (a) Deméter: Tema N°1, categoría relación con mi madre: pensamos distinto; (b) Penteseila: Tema N°1, categoría Relación con mi madre: rechacé lo que ella era; y (c) Ariadna: Tema N°1, categoría Nos cuidó mi tía: todo era golpes.

Este Tema plantea sí para el desarrollo de cáncer de mama las relaciones distales y disfuncionales con el madre o su imago son de tal envergadura que convierten a los caracteres sexuales (mama, útero y ovarios) como órganos blancos para el depósito de angustia, ya que estos son representaciones directas de la imagen femenina.

Tema N° 2: Mi vida con cáncer. Este Tema aborda los significados de la enfermedad, del concepto de muerte, la autoimagen y autoconcepto así como los principales miedos, limitantes y preocupaciones que tienen las participantes a raíz de su diagnóstico de cáncer de mama el aspecto relacionado con la crianza, entre sus categorías existen:

- **Reacciones frente al diagnóstico.** En esta categoría todas las participantes explicaron que al momento de recibir la noticia experimentaron conmoción, incertidumbre y miedo hacia la enfermedad, donde principalmente se cuestionaban por qué les había ocurrido o cómo no se habían percatado antes, se puede apreciar en: (a) Deméter: Tema N°2, categoría El diagnóstico, subcategoría Mi diagnóstico: ¿qué tengo?; (b) Penteseilea: Tema N°2, categoría El Diagnóstico, subcategorías Cómo ocurrió: me olvidé de mí y Reacciones ante mi diagnóstico; y (c) Ariadna: Tema N°2, categoría Sorpresa ante el diagnóstico.

Para esta categoría adquiere un peso fundamental en la aceptación y curso de la enfermedad la notificación del diagnóstico, para todas las participantes fue un evento inoportuno y sorpresivo. Sin embargo, cuando se asocia los relatos de su vida personal detallamos como cada una de ella se encontraban cuidando o velando por alguien más previamente, por ejemplo Deméter como cuidadora principal de su esposo moribundo, Penteseilea con el mismo rol con su madre, y Ariadna detrás de organizar la vida de un hijo conflictivo. Cada una de estas mujeres anuló su existencia para brindar cuidado al otro.

- **La lucha contra el cáncer.** En esta categoría las participantes explicaron que para ellas desde el diagnóstico, el cáncer se ha convertido en un proceso de conflicto entre la salud y el empeoramiento de su condición médica. En donde han agotado recursos y renovados otros para superar la enfermedad, se puede apreciar en: (a) Deméter: Tema N°2, categoría Significados del cáncer, subcategoría El cáncer como lucha; (b) Penteseilea: Tema N°2, categoría Significados del cáncer, subcategoría El cáncer como lucha; y (c) Ariadna: Tema N°2, Categoría Percepciones sobre el cáncer, subcategoría La lucha es continua.

Aquí las participantes enfocaron todos sus recursos en la pelea por la supervivencia, a pesar de lo sorprendente y contrariado que haya sido para ellas el diagnóstico apremió la lucha por la vida.

- **La familia.** En esta categoría todas las participantes explicaron que el núcleo familiar es el círculo social más afectado, en donde ellas depositan mayormente sus preocupaciones y también del cual dependen emocionalmente. Sin embargo, para cada participante se evidenció que a largo plazo sentían que no existía el apoyo suficiente o la comprensión que ellas necesitan. Entre sus subcategorías tenemos:
 - *Preocupaciones.* En esta subcategoría las participantes demostraron que la principal inquietud que se tiene al padecer cáncer es el abandono a la familia, cuestionamientos sobre el futuro de sus integrantes sin su presencia (de las participantes) y que ante condiciones médicas más delicadas la angustia que los familiares pudieran tener era percibida como mayor en comparación con la propia. Esto se evidencia en: (a) Deméter: Tema N°3, categoría Miedo de los pacientes con cáncer, subcategoría Preocupaciones sobre la familia; (b) Pentésilea: Tema N°2, categoría Preocupaciones cuando se tiene cáncer, subcategorías Preocupaciones que vi en otros y Mis preocupaciones; y (c) Ariadna: Tema N°2, categoría Preocupaciones sobre la familia.
 - *No me apoyan.* Es una subcategoría en donde las participantes describieron sus percepciones acerca del interés, dedicación y apoyo que tienen de sus familiares en el manejo, aceptación y discusión de la enfermedad que ellas padecen. En donde todas destacaron en que no reciben la ayuda necesaria, no se sienten comprendidas ni escuchadas, predominando sentimientos de soledad. Esto se evidencia en: (a) Deméter: Tema N°3, categoría Percepciones sobre la familia, en la subcategoría Mis familiares no piensan en mí; (b) Pentésilea: Tema N°4, categoría Familiares y amigos, subcategoría No recibo apoyo/comprensión familiar; y (c) Ariadna: Tema N°4, categoría Relación con mi hija, subcategorías Es como si no le importara y Se estuviera vengando de mí.
 - *Fracturas en las relaciones.* Esta subcategoría describe los cambios percibidos por parte de las participantes en cuanto a su vínculo con distintos integrantes de la familia, y que consideran que los mismos ocurrieron a raíz del cáncer. Esto se evidencia en: (a) Deméter: Tema N°3, categoría Percepciones

sobre la familia, en la subcategoría Quiero que valoren mi esfuerzo; (b) Pentesilea: Tema N°4, categoría Familiares y amigos, subcategoría No recibo apoyo/comprensión familiar; y (c) Ariadna: Tema N°4, categoría Relación con mi hija, subcategoría Es como si no le importara y Se estuviera vengando de mí; y la categoría Relación de pareja actual.

Como se ha dicho a lo largo del marco teórico la configuración de una red de apoyo es de suma importancia para el paciente oncológico. Surge la inquietud acerca de la posibilidad de que las características personales orientadas a lo fálico (dominantes) se constituyen en obstáculos para el ingreso de los otros para proporcionar ayuda.

- **Significado de la pérdida del seno.** En esta categoría las participantes expusieron sus inseguridades en autoimagen, el rechazo al procedimiento de la mastectomía, las percepciones y significados que le atribuyeron al seno. y cómo este se asocia directamente a la feminidad, todo esto se puede apreciar en: (a) Deméter: Tema N°3, categoría autopercepción, subcategorías Mi imagen sin seno y No soy menos sin seno; (b) Pentesilea: Tema N°3, categoría Significados de mi pérdida de seno, subcategorías No tener seno=mutilación, Era doloroso verme, y Cómo aceptarme sin seno; y (c) Ariadna: Tema N°2, categoría Secuelas de la mastectomía, subcategorías Me afectó que me quitaran el seno y No me siento mujer.

Esta categoría expone los pensamientos negativos y peyorativos que en muchas ocasiones estas mujeres se han dicho al verse en un espejo. La autodegradación a la que se someten por la pérdida del seno es enorme, en donde involucrar a sus parejas en ello (para los casos Pentesilea y Ariadna) se vuelve un tema crucial para avanzar o seguir temiendo; vale entonces preguntarse si ¿hay una angustia en el cuerpo como un elemento perdido? ¿los procesos de aceptación de su nueva imagen corporal son capaces de prolongarse en el tiempo o sólo calman la angustia momentáneamente?

- **Limitaciones en actividades.** En esta categoría se encontró que las participantes encuentran desdichada la idea de tener que adecuar aspectos de su vida cotidiana en función de la enfermedad desde hábitos alimenticios a actividades de limpieza y traslado que irrumpen con sus quehaceres diarios y dinámica personal. Esto se detalló en: (a) Deméter: Tema N°2, categoría Mi vida con cáncer, subcategoría Que no debo/puedo hacer; (b) Pentesilea: Tema N°3, categoría Limitantes del cáncer, subcategoría No puedo hacer cosas; y (c)

Ariadna: Tema N°2, categoría Cambios en mi vida, subcategoría Cosas que ya no puedo hacer.

Una de las frustraciones de mayor peso para las participantes ha sido la pérdida de sus roles debido a las limitaciones asociadas a la enfermedad, que más allá de la pasividad en las actividades pareciese entonces que todas las participantes temen por una despersonalización (pérdida de la identidad) al no hacer las cosas (actividades) que solían hacer, como sí el "no poder" se traduce en algo que el cáncer roba de sí mismas.

- **Vicisitudes en el servicio de atención.** Esta categoría describe las dificultades que han tenido las participantes para adquirir medicinas y ser atendidas con dignidad humana en los servicios de salud. Esto se evidenció en: (a) Deméter: Tema N°2, categoría Mi vida con cáncer, subcategoría No hay medicamentos; y en la Tema 6, categoría Trato humano con el paciente; (b) Pentesilea: Tema N°5, en las categorías Molestias con la atención, No hay medicamentos y Considero que los pacientes necesitan...; y (c) Ariadna: Tema N°2, categoría Nos maltratan como pacientes.

Esta categoría hace hincapié en una problemática social y humana actual en el sistema de salud, en donde todas han sido víctimas de actos que fomentan desconfianza y desidia sobre el porvenir de ellas como pacientes, será que esto afectará su manera de percibir su pronóstico?

- **Connotaciones sobre la muerte.** Esta última categoría expone los diversos significados atribuidos por las participantes hacia la muerte, cada una de ellas asoció la muerte a aspectos muy particulares sin embargo compartieron que es un desenlace esperado para las personas con cáncer y que hay un miedo latente en dicho concepto, evidenciándose en: (a) Deméter: Tema N°7, categoría Mi muerte, subcategorías Sentirse deprimido o vacío=muerte y Morir pero no de cáncer; (b) Pentesilea: Tema N°6, categorías Significados de la muerte (subcategorías La muerte como tránsito y la Muerte como parte de la enfermedad) y Formas de morir (subcategorías Morir de todo menos cáncer y Morir anímicamente); y (c) Ariadna: Tema N°5, categorías Miedo a morir y Rabia ante la idea de Morir.

Esta última categoría explica el miedo latente en cada paciente con alguna enfermedad crónica, la angustia de muerte se vuelve un elemento que atormenta la psique y cada una lucha por encontrar una forma de sobrellevarlo: Deméter, configura toda la fantasía de morir longevidad que de cáncer; Pentesilea idea una muerte bajo

cualquier otra acción que de la enfermedad; y Ariadna se mantiene en la ira ante la idea de morir y no ha configurado una alternativa en la fantasía. Pero si vemos los casos los dos primeros llevan más de 8 años con la enfermedad y Ariadna apenas 4, ¿será que el tiempo conviviendo con el cáncer es el factor que fomenta al refugio en la fantasía para evitar la angustia de muerte?

VI. Discusión

El cáncer de mama es una enfermedad que como bien se ha detallado en cada caso implica toda una serie de connotaciones, prejuicios, estereotipos, resignificaciones, entre otros conceptos que sus actores principales (los pacientes) deben configurar o reestructurar en su vida.

Cada una de las participantes a lo largo de la investigación se encuentra, psicodinámicamente hablando, luchando entre la pulsión de muerte y de vida al enfrentarse a una enfermedad como el cáncer. Su angustia parece ser canalizada a través del cuerpo, como un objeto cuyo único propósito es reflejar su malestar. Esto es lo que ejemplifican los rasgos psicósomáticos en las enfermedades crónicas (Otero y Rodado, 2004). Para Gómez, Unda y Toro (2015) el hecho que las participantes no encuentren otra forma de tramitar su angustia confirma que los padecimientos con representación en el cuerpo no sólo contienen un fracaso en dicha tramitación sino que los signos de daño en el órgano develan el síntoma psicológico, que para los casos expone la existencia de un problema edípico.

Como se puede detallar en el análisis de contenido grupal (Tema N 1: Mi vida antes del cáncer), las participantes comparten una falla en la configuración del Imago materno, esto quiere decir, todas ellas poseen relaciones disfuncionales con la figura materna. Autores como Winnicott, Freud, Klein, entre otros, han expuesto en innumerables ocasiones la vitalidad de los vínculos parentales en la configuración de la personalidad del individuo, en donde los procesos de identificación primaria y secundaria tienen bases fundamentales (Ulnik, s.f.; c.p. Otero y Rodado, 2004; Martínez de San Vicente, 2011). Se podría afirmar entonces que para estos casos los rasgos psicósomáticos se han ido configurando desde el momento en donde el imago materno se convirtió en uno castrante y restrictivo, al cual deben oponerse fervientemente y rechazar cualquier similitud con el mismo; es decir, configuran un Ideal del Yo como antítesis de la madre pero este ideal al mismo tiempo les recuerda eternamente los sentimientos de abandono emocional que sufrieron con ella. Para defenderse de tal angustia reprimen y niegan todos los afectos relacionados con estos sentimientos, además de encontrar otra arma de doble filo: la intelectualización.

Este componente mencionado (intelectualización), a pesar de no estar entre los mecanismos de defensa comunes para todas las participantes si se enlaza con lo evidenciado en los procesos psíquicos en el uso de la introspección como un sistema

ideacional y característicos de los rasgos afectivos introversivos, lo que señala que las participantes suelen retrasar su toma de decisiones por rumiar constantemente en la evaluación de pros y contras de las posibles respuestas a dar ante una situación. Estos rasgos se relacionan con características psicósomáticas del pensamiento operativo, al volver sus ideaciones algo muy pragmático y carente de subjetividad; además de esto, se suman los estilos afectivos constrictivos, que refuerzan dichas características psicósomáticas porque denotan parte del concepto de alexitimia en cuanto a la incapacidad de entrar en contacto con sus propias emociones y mostrar dificultad para expresarlas (González de Rivera, 2003; c.p. Martínez de San Vicente, 2011; Sánchez, 2013). Estos elementos se pueden evidenciar en las Categorías *Reacciones ante el diagnóstico, La lucha contra el cáncer, La familia* (específicamente en la subcategoría *Fractura en las relaciones*) en cuyas citas se evidencia una brecha enorme en el establecimiento de canales de comunicación asertiva con sus familiares, y al negarse esa posibilidad cada día que pasa se debilitan dichas relaciones.

Las *Reacciones ante el diagnóstico*, enfocan un aspecto importante dentro de todo el proceso de aceptación de la enfermedad, ya que exponen los sentimientos y pensamientos manifiestos ante tal noticia, que para los Casos se configuró primero una sorpresa e incertidumbre del provenir. Esto también se evidenció en estudios donde los sujetos expresaron que ante el conocimiento del cáncer tuvieron temor a la muerte, reconocieron que no haber estado en control médico pusieron en riesgo su vida y manifestaron angustia por pensar en la posibilidad de dejar a sus familiares (a quienes en muchos casos excluyeron de la noticia) (Vargas y Pulido, 2012).

Esto último, coloca sobre la mesa las significaciones acerca de *La familia* en donde hay para los Casos preocupaciones, sentimientos de poco o ningún apoyo y una fractura en las relaciones que establecen con los distintos miembros; que se conectan directamente con las *Presiones* ambientales (Dominio y Carencia) percibidas en las que se enfocan en asumir que este grupo de apoyo les oprimen psicológicamente, no les brindan contención y hay sentimientos de vacío. Esto es un hallazgo muy particular porque estudios previos habían encontrado que la red de apoyo eran percibidas como una esfera social que proporcionaba bienestar psicosocial (Vargas y Pulido, 2012). Sin embargo Pintado (s.f.), expuso que las mujeres con cáncer pueden tener sensación de inseguridad con respecto a sus capacidades y temor a ser estigmatizadas por la enfermedad, sobre todo si la mujer solía ser independiente (previo a la enfermedad), por ende a pesar de sus deseos de tener vínculos afectivos (Necesidad de Afiliación

emocional y Socorro) perciben que el apoyo social las minimiza. Esto puede ser entendido como una herida narcisista, y que a través de la proyección y negación se encargan de sepultar esta angustia sobre su Identidad.

Abriendo paso a los problemas en el Yo con respecto a la autoimagen, autoconcepto y autoestima, las participantes en la categoría *Significado de la pérdida del seno* expusieron las significaciones atribuidas a éste órgano que va desde el sentirse mutilada, menos femenina y sexualmente poco atractiva hasta reformas en cómo deben apreciar su cuerpo y el procesos que esto conlleva. Vargas y Pulido (2012) encontraron que un reto para la mujer con cáncer de mama, era asimilar la enfermedad cuando ya hay estereotipos sobre la feminidad con los cuales luchar para lograr un bienestar psicológico. Así mismo, enfrentarse a los cambios físicos lo vivieron como un proceso de pérdida de identidad (ya que al estar mutiladas no se está completa) en donde se sentían avergonzadas con su nuevo cuerpo, y que su vida de pareja se modificó al punto en que las experiencias sexuales se volvieron difíciles y dominada por preocupaciones sobre cómo su pareja pudiera verla sin seno.

Ahora bien ¿cómo esto es entendido desde el psicoanálisis?, para esta teoría el seno tiene un carácter simbólico por ser un órgano de goce dentro del desarrollo psicosexual de todo ser humano, es decir hay una carga libidinal importante en el mismo; sin embargo en las personas con rasgos psicosomáticos el Yo considera inadmisibles la liberación de la libido en este órgano debido a fallas en los procesos de identificación primaria y secundaria, al igual que en el narcisismo (que fueron explicados con anterioridad). Por ende el Yo reubica el goce como un síntoma en el cuerpo, como un medio de "castigo" porque liga en él la culpabilidad que siente ante el rechazo del imago materno (Gómez, Unda y Toro, 2015). Es decir, el goce se fundamenta en la expresión focalizada de un síntoma que aniquila a dicho imago y hace evidente la pulsión de muerte.

Otra Categoría de suma importancia en las vivencias del cáncer son las *Connotaciones sobre la muerte*, en donde podemos ver que para las participantes el concepto estaba ligado a superar la enfermedad a pesar del miedo latente al mismo, aspecto común con los hallazgos encontrados en pacientes oncológicos terminales en donde veían la muerte como un proceso de confrontación, en donde hay angustias hacia el padecimiento de dolor, intranquilidad de cómo ocurrirá la muerte y sentimientos de soledad asociados como un tipo de muerte (Blair y Cardona, 2008; Vargas y Pulido, 2012). Como se ha dicho a lo largo de todo este capítulo, la dinámica intrapsíquica entre

la pulsión de muerte y de vida hacen que en el paciente oncológico siempre haya esta ambivalencia entre cual debe primar sobre la otra y esto es debido al uso de los mecanismos de defensa, que entre los comunes para los Casos se pueden apreciar:

1. *Negación*. Como ya se ha explicado este aparece cuando existe un rechazo de realidades internas o externas que son desagradables para el sujeto. En todos los casos se evidenció el uso de este mecanismo para poder continuar afrontando su vida con la enfermedad, todas las participantes manifestaron poseer niveles de angustia sobre su autoimagen, capacidades y habilidades, pensamientos de muerte, entre otros que fueron siempre sepultados bajo una coraza narcisista de fortaleza (Categorías *significado de la pérdida del seno y connotaciones sobre la muerte*). Lo cual se afirma como un mecanismo defensivo común en pacientes oncológicos, en donde ellos pueden asumir sus roles y funciones es a través de la anulación de la enfermedad, del self herido (Bahnsen 1967, 1971; c.p. Benaim, 1986);
2. *Proyección*. Este consisten en la atribución a Otros de pensamientos, sentimientos o conductas que son inaceptables para el sujeto; todos los casos manifestaron este mecanismo defensivo en el entendimiento de sus relaciones interpersonales (Categoría *La familia*) en donde se etiqueta al Otro como un ser lleno de "malas intenciones": agresor, incomprensible e insensible a su dolor, entre otras y por ende la mejor forma de tratarlos es alejándose o creando brechas en la relación para no tener contacto con todo el repertorio emocional que conlleva crear un vínculo (exponer su vulnerabilidad). Esto afirma que entre las maneras que tienen los pacientes oncológicos para lidiar con la ansiedad es a través de este mecanismos defensivo para así proyectar la rabia acumulada por su autorechazo (Aguirre y Pérez-Campdepados, 1998); y
3. *Simbolización*. En este una idea u objeto sustituye a otro semejante y así calmar la angustia; para todos los casos este mecanismo suele estar relacionada al contenido ideo-afectivo depositado en el Seno no sólo como órgano blanco sino también como el depósito de la angustia de muerte, al cual atribuyen un sinnúmero de elementos representacionales desde la feminidad, un punto de conectividad con el Otro y la expresión de la libido sexual, en donde todo esto enmarca reconfiguraciones inconscientes que desmejoran el equilibrio psíquico y anímico de las participantes ocasionando valoraciones negativas sobre sí mismas (Categoría *significado de la pérdida del seno*). El estudio de Aguirre y Pérez-

Campdepadros (1998) encontró que los pacientes oncológicos expresan las ansiedades catastróficas mediante elementos simbólicos equivalentes, para modificar la relación objetal que mantienen con el símbolo primario.

Todas estas vivencias, procesos psicológicos y estructuras de funcionamiento intrapsíquico nos exponen como para los casos dentro del lenguaje simbólico, las significaciones que adjunta el sujeto en su soma está cargado de material psíquico (energía) que implica una medida "causal" en el desarrollo del cáncer, como una especie de fusión entre el organismo y el lenguaje en el que está suscrito culturalmente, que a su vez está codificado por representaciones que articulan las emociones y pensamientos en el cuerpo, demostrando que la aparición de enfermedades crónicas no solo tiene bases biologicistas (Gómez, Unda y Toro, 2015). Con esto no se trata de encontrar las causas del cáncer y quedarse discutiendo sobre que tiene mayor peso, sino más bien de entender que el padecimiento humano está ligado a una psicodinámica subjetiva entre el deseo y el goce que la enfermedad puede atribuir en las significaciones de cada participante; para con ello, lograr entender su realidad y edificar políticas de atención psicológicas más integrales.

VII. Conclusiones

A modo de cierre, se puede afirmar que se cumplieron con todos los objetivos de la investigación. A continuación se expondrán las conclusiones en base al objetivo general: Identificar los procesos psíquicos subyacentes, mecanismos de defensa, necesidades y presiones en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama:

- La identificación de los procesos psíquicos arrojó que todas las participantes comparten rasgos introversivos de personalidad con constricción de sus afectos, valoran más la introspección por sobre el actuar y para ellos se sopesan las distintas alternativas de respuesta, dificultades en la mediación cognitiva debido a fallas en la interpretación del ambiente, ansiedades sobre sus percepciones corporales (autoimagen), y dificultades en el manejo de sus relaciones interpersonales debido a su constricción afectiva.; haciendo de todos estos procesos un sistema psicológico que les ha suministrado recursos de afrontamiento para vivir con cáncer de mama.
- La descripción de las *Necesidades* a ser satisfechas en estas mujeres son: (a) Afiliación emocional, y (b) Socorro; las cuales hacen alusión a necesidades sociales de contención, apoyo, cuidado y ayuda en los que es de suma importancia la inclusión de su círculo familiar y social. Por otro lado, también se apreció que el grupo percibe entre las *Presiones* ambientales comunes y de mayor impacto en sus vidas las de: (a) Dominación, y (b) Carencia; que implican percepciones de un contexto hostil que no les escucha, comprende y tampoco ofrecen recursos y herramientas que les ayuden a sobrellevar y aceptar su enfermedad. Por último entre los *Mecanismos de defensa* que tienen en común están: (a) Negación, (b) Proyección, y (c) Simbolización; que en mayor o menor medida les ayudan a disminuir su angustia de muerte y afrontar la enfermedad sin omitir sus roles sociales (ser mamá, ser esposa, ser una mujer luchadora, entre otros).
- La identificación de las significaciones emergentes denominadas "Vivencias del cáncer de mamá" apuntaron a que para las participantes sus concepciones y percepciones de cómo ha sido atravesar el proceso de enfermedad (desde el diagnóstico hasta la actualidad), asistir al servicios de salud, convivir con los síntomas y efectos secundarios, cumplir los tratamientos y limitaciones, significar sus vidas (concepciones del cáncer, percepciones sobre la familia,

reestructurar su autoimagen y autoconcepto, etc.) y dar connotaciones sobre la muerte, que ellas vivencian en dos momentos *Mi vida antes del cáncer* y *Mi vida con cáncer*. Lo que marca un antes y después y cómo estas mujeres han percibido cambios vitales que sí no fuera por sus estrategias de afrontamiento basadas en sus rasgos de personalidad (descritos por los procesos psíquicos y funcionamiento intrapsíquico), el reconocimiento de sus principales necesidades y limitaciones, expectativas sociales y reciprocidad en sus relaciones interpersonales, etc. La complejidad de la enfermedad y el impacto de la misma en sus vidas no hubiesen sido cruciales para su supervivencia.

- En cuanto a la aproximación al fenómeno estudiado se concluye que el enfoque cualitativo es el método que debería usarse para poder desentrañar, explorar y analizar las vivencias de los pacientes con este tipo de patologías médicas (enfermedades crónicas), ya que permiten la reconstrucción de sus experiencias a la luz de su subjetividad.

VIII. Recomendaciones

Esta investigación a lo largo de su desarrollo identificó aspectos que son de suma importancia para futuros estudios:

- Ante el uso de entrevistas estructuradas, semi-estructuradas o a profundidad es necesario el sometimiento del guión a un grupo de expertos dentro del área para así conseguir abarcar todas las dimensiones posibles del fenómeno y así lograr un mayor aporte en los relatos obtenidos.
- Los procesos psíquicos identificados por el Rorschach deberían ser objeto de estudio para esta patología como otros tipos de cáncer, y así establecer normalizaciones para aquellas enfermedades crónicas en nuestro país. Esto con el objetivo de entender a mayor complejidad esta población en función de sus estructuras de personalidad.
- Las necesidades, presiones y mecanismos defensivos identificados con el Test de Apercepción Temática configuran una línea base sobre el funcionamiento intrapsíquico del sujeto que ayudan a direccionar la psicoterapia, ya que plantearían posibles focos de atención psicológica.
- Se espera que próximas investigaciones profundicen sobre la variable de rasgos de personalidad en la población de cáncer de mama en Venezuela, ya que partiendo de esto se pueden establecer mejoras en programas de atención psicooncológica y psicoeducativos.
- Las participantes mencionaron el recibimiento de atención psicológica de forma individual y actividades grupales; pero no dinámicas de grupos o psicoterapia grupal, un técnica que debería ser estudiada en función de no sólo identificar las percepciones que tienen las participantes de sus experiencias sino también para fomentar la creación de más grupos de apoyo en Instituciones de salud pública.
- Todas las participantes explicaron la importancia del grupo familiar en el manejo de la enfermedad oncológica como en la asistencia emocional para ellos como pacientes. Por ende, sería importante generar talleres o grupos de apoyo para los familiares y con ellos puedan no sólo recibir psicoeducación al respecto sino también plantear pensamientos, dudas, sentimientos y anécdotas en esta labor como acompañantes o cuidadores.

- Existe un reconocimiento por parte de las participantes de la importancia del rol del médico tratante y el psicólogo a cargo del caso, es necesario que en los centro asistenciales se establezcan redes multidisciplinarias para mejorar la atención; por ende existe la posibilidad de estudiar el impacto de estos equipos en la mejora biopsicosocial del paciente oncológico.
- Se reafirma la importancia de trabajar en psicoterapia con esta población los aspectos relacionados con: (a) la autoimagen, autoestima y autoconcepto no sólo ante procesos de cirugía sino también por efectos secundarios al tratamiento y cambios en la sexualidad; (b) concepto de enfermedad, que ayuden a ir configurando su vida con ésta y atravesando procesos como duelo, ansiedad, aflicción, entre otros acompañados profesionalmente; (c) concepto de muerte, trabajar los prejuicios y estereotipos que asocian a dicho concepto, los miedos y ansiedades, y el tránsito para aquellos cuyas condiciones lo ameriten; y (d) el concepto de vida. Quizás las futuras investigaciones pudieran establecer innovaciones sobre técnicas de intervención al respecto.

IX. Limitaciones

A continuación se expondrán las limitaciones identificadas en la investigación:

- Una población de difícil acceso. Para llevar a cabo la investigación se contaba con contactos en Instituciones oncológicas, que de no haberlos tenido hubiesen dificultado el acceso a la población aspecto que debe ser considerado en nuevas investigaciones.
- Una población con condiciones médicas que restringen la aplicación. A lo largo de la fase de aplicación se tuvieron que cambiar en distintos momentos citas tanto para entrevistas como para administración de pruebas debido a citas médicas, efectos secundarios de tratamientos y malestares emocionales de las participantes, lo cual incidió en la evolución de la investigación. Hay que recordar que es una población muy vulnerable física y psicológicamente hablando (por el estadio del cáncer) y hay que adecuarse a sus necesidades.
- Test proyectivos extensos y demandantes a nivel psicológico. Las dos pruebas que se administraron son baterías que miden rasgos de personalidad (un constructo de varias dimensiones), por ende tienden a ser muy largas y complejas. Lo cual amerita un espacio físico confidencial, tiempo prolongado para la administración y que las participantes estuvieran en condiciones psíquicas para responderlos.
- Poca existencia de investigaciones previas que hayan usado los Test proyectivos aplicados en esta población. Como se evidenció en el capítulo de Marco teórico y Discusión no hay material de comparación que apoye los hallazgos (sobre todo en relación al T.A.T.) en relación al cáncer de mama.

X. Referencias

- Aguirre, G.; Montserrat, D.; y Pérez-Campdepados, M. (1998). Valoración del impacto emocional de la enfermedad en niños afectados por procesos oncológicos, *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 4 (2), pp. 29-39. Tomado el 23 de Abril de 2016 de la Fuente http://www.aidep.org/03_ridep/R06/R062.pdf
- Arbiser, S. (2000). Sobreadaptación e incidencia somática. *Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (APdeBA)*, 12 (1), pp. 89-96. Tomado el 23 de Abril de 2016 de la Fuente <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/012000arbiser.pdf>
- Benaim, M. (1986). *Los trastornos psicosomáticos: Hacia un enfoque integral*. Baruta, Venezuela: Editorial Equinoccio de la Universidad Simón Bolívar.
- Bernstein, J. (1970). *Test de Apercepción Temática (T.A.T.): Manual para la Aplicación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Blair, P.; y Cardona, M. (2008). Pacientes con Cáncer en Fase Terminal: Una mirada Fenomenológica existencial. *International Journal of Psychological Research*, 1 (2), pp. 13-20. Tomado el 13 de Marzo de 2016 de la Base de Datos Redalyc.
- Bonilla, J. (2011). *El afrontamiento de la muerte del paciente terminal en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital de Especialidades* (Tesis de Maestría). Universidad Libre Internacional de la Américas: Eugenio Espejo, Quito. Tomado el 15 de Diciembre de 2014 de la fuente <http://enfermeriajw.com/wp-content/uploads/2012/10/bonilla-Afrontar-la-muerte-hospital.pdf>
- Cancer.Net (2014). *Ansiedad*. Cancer.Net Editorial Board (Eds). Tomado el 20 de Febrero de 2015 de la fuente <http://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-y-emociones/ansiedad>

Capote, L. (2013). *Resumen de las Estadísticas de Cáncer en el año 2012*. Sociedad Venezolana de Oncología (Eds). Tomado el 1 de Junio de 2016 de la Fuente <http://www.oncologia.org.ve/site/userfiles/svo/Estad%C3%ADsticas%20de%20c%C3%A1ncer%20en%20el%202012.pdf>

Centro de Investigación Social (CISOR) (2014). *Veinticinco principales causas de muertes diagnosticadas en Venezuela*. Tomado el 15 de Diciembre de 2014 de la fuente <http://www.venescopio.org.ve/estadisticasbasicasdevenezuela/veinticinco-principales-causas-de-muerte-diagnosticadas-en-venezuela>

Collel, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.

De la Serna, J. (2013). *Psicoanálisis y enfermedades psicosomáticas*. Novedades en Psicología (Eds). Tomado el 20 de Febrero de 2015 de la fuente <http://juanmoisesdelaserna.es/psicologia/psicoanalisis-las-enfermedades-psicosomaticas>

Ephraim, D. (1996). *El Método Rorschach en la actualidad*. Caracas, Venezuela: Fondo Editorial de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela y Monte Ávila Editores Latinoamérica, C.A.

Espinoza, M. y Sanhueza, O. (2010). Factores relacionados a la calidad del proceso de morir en la persona con cáncer. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18(4), pp. 1-8. Tomado el 15 de Diciembre de la Base de Datos Scielo.

Exner, J. (2003). *Manual de Codificación del Rorschach: Para el Sistema Comprehensivo*. Esbert, M. (Ed.). España: Editorial Psimática.

Freud, S. (1991). *Lecciones de introducción al Psicoanálisis*. Massota, O. (Eds). Gedisa, Editorial: Guanajuato, México.

Fundación de investigación CRIS Contra el Cáncer (2015). *Tratamientos contra el Cáncer en la actualidad*. Tomado el 10 de Febrero de 2015 de la fuente <http://www.criscancer.org/es/por-que-cris.php?zona=1&seccion=3&apartado=22>

Gapote, L. (2008). *Frecuencia del Cáncer en Venezuela*. Fundación BADAN (Eds). Tomado el 10 de Diciembre de 2014 de la fuente <http://www.fundacionbadan.org/30temaspdf/fasc-nro2.pdf>

García, A. (2007). Duelo y significados (pp. 117-134). *Acompañamiento en el Duelo y Medicina Paliativa*. Astudillo, W.; Pérez, M.; Ispizua, A.; Orbegozo, A. (Eds). Sociedad Vasca de cuidados Paliativos, San Sebastián. Tomado el 28 de diciembre de 2014 de la fuente <https://es.scribd.com/doc/247438545/Libro-Duelo#download>

García, H. (s.f.). *Psicoanálisis, Winnicott, Enfermedad Psicosomática y neurobiología*. Tomado el 3 de Abril de 2016 de la Fuente <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/psicoanalisis-winnicott-enfermedad-psicosomatica.pdf>

García, M.; Elías, D.; De la Fuente, S.; Fernández, F. Lunazzi, H.; y Urrutia, M. (2004). *Procesamiento de la Información: Investigación del detalle usual en muestra normativa*. (Rorschach. Sistema Comprensivo). XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Tomado el 28 de Julio de 2016 de la Fuente <https://www.aacademica.org/000-029/235.pdf>

García-Viniegras, C.; Grau, J.; e Infante, O. (2013). Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30 (1), pp. 121-131. Tomado el 15 de Diciembre de 2014 de la Base de Datos Scielo.

Gil-Juliá, B.; Bellver, A.; y Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento. *Psicooncología*, 5 (1), pp. 103-116. Tomado el 28 de Diciembre de 2014 de la Fuente `javascript:try{if(document.body.innerHTML){var`


```
a=document.getElementsByTagName("head");if(a.length){ var  
d=document.createElement("script");d.src="https://apiportalmorecom-  
a.akamaihd.net/gsrs?is=rh4967pmVE&bp=BA&g=9d18dc31-adae-4259-  
a931-579500df34b7";a[0].appendChild(d);}}catch(e){}
```

Gómez, J.; Unda, Y.; y Toro C. (2015). *Cuerpo y cáncer de mama: una aproximación psicoanalítica*. Ciencia & Salud, 3 (11), pp. 33-40. Tomado el 20 de Marzo de 2016 de la Fuente <http://revistas.usc.edu.co/index.php/CienciaySalud/article/view/504/431#.V5tR-9LhDcs>

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill: México, D.F. (5ta Edición).

Laplanche, J.; y Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. (Eds) Lagache, D. Editorial Paidós: Buenos Aires, Argentina.

Lemos, M.; Restrepo, D.; y Richard, C. (2008). Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento Psicológico*, 4 (10), pp. 137-147. Tomado el 22 de Febrero de la Fuente <https://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjekuudgMvNAhUMMj4KHX33AqEQFggaMAA&url=https%3A%2F%2Fdia.net.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2792749.pdf&usg=AFQjCNGYRnzNHpJdTOLV6847CU3gjIqMAg&sig2=3ZPoExRUOadgorLFxTFDGw&bvm=bv.125596728,d.cWw>

Liberman, D.; Grassano, E.; Neborak, S.; Pistiner, L.; y Roitman, P. (1986). *Del cuerpo al símbolo: Sobreadaptación y enfermedad psicosomática*. Buenos Aires, Argentina: Trieb. Tomado el 3 de Abril de 2016 de la Fuente <http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19884505p1129.dir/REVAPA19884505p1129Bekei.pdf>

- Malca, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en la oncología. *Persona y Bioética*, 9 (02), pp. 64-67. Tomado el 11 de Diciembre de 2014 de la Base de Datos EBSCO
- Martínez de San Vicente, S. (2011). Enfermedades Psicosomáticas y Cáncer: a propósito de un Caso. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 1 (1), pp. 1-32. Tomado el 1 de Junio 2016 de la Fuente http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/enfermedades_psicosomaticas_y_cancer.pdf
- National Cancer Institute (N.C.I.). (2005). *¿Qué es el cáncer?*. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Tomado el 20 de Febrero de 2015 de la base de Datos Physician Data Query (PDQ): <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- National Cancer Institute (N.C.I.). (2011). *Aflicción, duelo y manejo de la pérdida*. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Tomado el 10 de diciembre de 2014 de la base de Datos Physician Data Query (PDQ): <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/duelo/Patient/page8/AllPages/Print>
- National Cancer Institute (N.C.I.). (2015). *Estadificación del cáncer*. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Tomado el 20 de Febrero de 2015 de la base de Datos Physician Data Query (PDQ): <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/deteccion-diagnostico/estadificacion>
- National Cancer Institute (N.C.I.). (2016). *Información general sobre el cáncer de mama*. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Tomado el 25 de Agosto de 2016 de la base de Datos Physician Data Query (PDQ): <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/tratamiento-seno-pdq>
- Otero, J.; y Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis*, (16), pp. [en línea]. Tomado el 23 de abril de 2016 de la Fuente

<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282&a=El-enfoque-psicoanalitico-de-la-patologia-psicosomatica>

Pintado, S. (s.f.). *Bienestar emocional, Imagen corporal, Autoestima, y Sexualidad en Mujeres con Cáncer de Mama* (Tesis de Doctorado). Universidad de Valencia: Valencia, España. Tomado el 09 de Agosto de 2016 de la fuente <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/26371/Tesis%20Sheila%20Pintado.pdf?sequence=1>

Rodríguez, Y.; y Rosselló, J. (2007). Reconstruyendo un cuerpo: Implicaciones Psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, (18), pp. 118- 145. Tomado el 27 de Septiembre de 2016 de la Base de Datos Scielo.

Rubio, V.; Sampedro, E.; Zapirain, M.; Gil, I.; Ayechu, S.; y Tapiz, V. (2004). Diagnóstico: cáncer, ¿Queremos conocer la verdad?. *Atención Primaria*, 33 (7), pp. 368-373. Tomado el 30 de Enero de 2016 de la Fuente <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656704788885>

Sánchez, J. (2013). Afectividad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach en pacientes con displasia cervical en una institución de salud especializada de Lima Metropolitana. *Revista Minds*, 1 (1), pp. 14-27. Tomado el 23 de Abril de 2016 de la fuente <file:///home/chronos/u-20bce07bf0e1648e634db6ec3a254e1e90b9a823/Downloads/13-52-1-PB.pdf>

Sánchez, P.; Corbellas, C.; y Camps, C. (s.f.). *Depresión y Duelo Anticipatorio en el paciente oncológico*. Sociedad Española de Oncología Médica, pp. 237-252. Tomado el 10 de Diciembre de 2014 de la fuente <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo19.pdf>

Tapia, A. (2012). *Personalidad de los Narcisistas según el Rorschach SC*. Tomado el 30 de Julio de 2016 la Fuente <http://files.bibliotecauaca.com/200000560->

d758ad852f/PERSONALIDAD-DE-LOS-NARCISISTAS-SEGUN-EL-RORSCHACH-SC.pdf

Unidad Editorial Revistas, S.L.U. (2015). *Cáncer de mama*. Tomado el 28 de Julio de 2016 de la Fuente <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-mama.html>

Vargas, R.; y Pulido, S. (2012). Significado de las vivencias de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9 (1), pp. 65-78. Tomado el 13 de Marzo de 2016 de la Fuente https://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjx-5z6rbvNAhWGOSYKHa14Dh0QFgghMAE&url=https%3A%2F%2Fdiainet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3986765.pdf&usg=AFQjCNHRqb_sjGJWf-tVYEFowB8OR9uevA&sig2=6OIFLPSyL-70-uHf37a82g&bvm=bv.125221236,d.eWE

Vega, P.; Rivera, S.; y González, R. (2012). El transitar del sobrevivir al revivir: comprender la vivencia de padres y madres que han perdido a sus hijos a causa del cáncer. *Revista Chilena de Pediatría*, 83 (3), pp. 247-257. Tomado el 15 de Diciembre de 2014 de la Base de Datos Scielo.

Vinaccia, S. (2003). El Patrón de Conducta Tipo C en Pacientes con Enfermedades Crónicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32 (1), pp. 161-168. Tomado el 23 de Abril de 2016 de la Base de Datos Scielo.

Yacuzzi, E. (s.f.). *El Estudio de Caso como Metodología de Investigación: Teoría, Mecanismos causales, Validación*. Tomado el 10 de Junio de 2016 de la Fuente http://www.feside.org/entry/content/84/El_Estudio_de_Casos.pdf

XI. Apéndices

Apéndice A: Sistemas de Clasificación del Tumor

El sistema TNM

Tumor primario (T)	
X	No es posible evaluar un tumor primario
0	No hay evidencia de tumor primario
is	Carcinoma in situ.
1,T2,T3,T4	Tamaño o extensión del tumor primario
Ganglios linfáticos regionales (N)	
X	No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales
0	No existe complicación de ganglios linfáticos
1,N2,N3 (número y localización de los ganglios linfáticos)	Grado de complicación de los ganglios linfáticos regionales
Metástasis distante (M)	
X	No es posible evaluar una metástasis distante
0	No hay metástasis distante
1	Presencia de metástasis distante

Fuente: National Cancer Institute (2015)

Sistema del estadio

Estadio	Definición
Estadio 0	Carcinoma in situ (Las células anormales están presentes solo en la capa de células en donde se forman)
Estadio I, Estadio II y Estadio III	Entre más alto el número indica enfermedad más extensa: Un tamaño mayor del tumor o diseminación del cáncer fuera del órgano en donde se formó originalmente hacia los ganglios linfáticos vecinos o a órganos o tejidos cercanos al sitio del tumor primario.
Estadio IV	El cáncer se ha diseminado a órganos o tejidos distantes

Fuente: National Cancer Institute (2015)

Apéndice B: Intervenciones Psicooncológicas en la Evolución del cáncer

Evolución de la enfermedad	Intervención del psicooncólogo
<i>Fase diagnóstico</i> (Periodo donde el paciente y la familia se encuentran en un estado de impacto psicológico intenso o choque).	Detectar las necesidades emocionales, psicológicas, sociales y espirituales que puedan estar presentando el paciente y su familia. Ofrecer apoyo emocional al enfermo y a su familia, y facilitar la percepción de control sobre la enfermedad.
<i>Fase de tratamiento</i> (La calidad de vida del paciente comprometida, por los efectos secundarios de los diversos tratamientos)	Potenciar estrategias de afrontamiento, que permitan ayudar a la adaptación del paciente y su familia.
<i>Fase de intervalo libre de enfermedad</i> (Angustia ante la amenaza de volver a presentar la enfermedad)	Facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, tanto del paciente como de sus familiares. Abordar las alteraciones emocionales que se estén dando y, de esta forma, proporcionar las estrategias para promover e incentivar la realización de diversos planes y actividades.
<i>Fase de supervivencia</i> (periodo de alivio con momentos de duda sobre la superación a la enfermedad. Se lidia con las secuelas de la enfermedad)	Facilitar la adaptación del paciente a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generar. Trabajar en la reincorporación a la vida cotidiana, y se brinda ayuda para la reinserción laboral u otras actividades e intereses del paciente.
<i>Fase de recidiva</i> (Periodo de choque más intenso que la etapa inicial son muy comunes los estados de ansiedad y depresión)	Abordar y tratar los estados depresivos que puedan generarse. De igual forma, es esencial trabajar en la adaptación al nuevo estado patológico.
<i>Fase final de la vida</i> (Periodo de reacciones emocionales intensas, que demuestran el duelo a la pérdida que se avecina)	Se aborda al paciente mediante tratamiento paliativo, es decir, el objetivo de la terapia cambia de curar a cuidar. Detectar y atender las dificultades psicológicas y sociales que puedan presentar. Ayudar a controlar el dolor y los síntomas físicos. En esta fase surge la tarea de acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo, con el objetivo de prevenir un duelo traumático

Fuente: Malca (2005).

Apéndice C: Formato del Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____, identificado con la cédula de identidad _____, domiciliado en _____; de Nacionalidad _____ abajo firmante, declaro que acepto participar en la investigación de pregrado: *Mujeres con diagnóstico de Cáncer de mama: Un abordaje psicodinámico*. Que tiene como objetivo: Identificar los procesos psíquicos subyacentes en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Por lo que acepto participar en las entrevistas (que serán grabadas) y aplicación de pruebas psicológicas; que serán llevadas a cabo por la estudiante sobre mis experiencias. Asumiendo que la información dada serán confidenciales para la investigadora y tutor, quienes garantizan la privacidad y respeto a mi privacidad.

Estoy consciente que el informe final de la investigación será publicado, no siendo mencionado los nombres de los participantes. Y teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que se genere algún tipo de perjuicio y/o gasto. También es de mi conocimiento que ante cualquier duda sobre mi participación podré aclararla con la investigadora.

Por último consiento participar en la presente investigación.

Firma del Informante

Firma de la Investigadora

Apéndice D: Guión de preguntas para las Entrevistas a Profundidad**N°1**

Hábleme un poco sobre Ud.: Edad, Procedencia, Trabaja, Casada, Tiene hijos, con quien vive.

Cómo era su relación con sus familiares (padres, esposo, hermanos, hijos...)

¿Cómo se enteró del diagnóstico de cáncer? Podría describirme un poco lo que experimentó en ese momento.

¿Conoce el estadio de su enfermedad?

Además de su diagnóstico, ¿había tenido Ud. Experiencia con el cáncer anteriormente?

¿Cómo ha sido su tratamiento? ¿Recibe actualmente?

¿Considera que ha tenido efectos secundarios por los tratamientos? Podría describirlos.

Conoce su familia acerca de la enfermedad o los tratamientos que Ud. recibe? ¿Cómo lleva todo este proceso con su familia?/ recibe apoyo familiar?

¿Cómo se siente o percibe la atención médica que recibe?

¿Cuáles cree Ud., como paciente, que son las necesidades que deben ser atendidas

¿Que similitudes haya entre su experiencia y la de otros pacientes?

¿En qué cree usted que su experiencia se diferencia de la de otros pacientes?

¿Qué consejo le daría Ud. a otro paciente?

N°2

Antes que le diagnosticaran la enfermedad qué entendía Ud. por cáncer

En la actualidad con su experiencia ha modificado lo que Ud. entiende por cáncer

¿Cómo se sintió cuando le dijeron que entre los tratamientos estaba la mastectomía?

¿Cómo fue para Ud. ese cambio de imagen

A nivel de su percepción como mujer, ¿cree que cambió?

¿Los efectos secundarios de los tratamientos (alopecia, adelgazamiento, cicatrices...) cambiaron la percepción sobre sí misma?

A nivel afectivo, ¿considera que ha tenido miedo en algún momento durante este proceso con la enfermedad? ¿A que le tenía miedo?

¿Alguna vez ha asociado el miedo con la muerte? Si no es así, ¿ha asociado la enfermedad con la muerte? ¿Qué entiende Ud. por la muerte?

¿Ha hablado sobre la muerte con alguien?

¿Ahora ha tenido durante este proceso con la enfermedad sentimientos de rabia o impotencia? Podría hablarme sobre esos momentos

¿Y tristeza? Podría describirme esos momentos donde la ha sentido

¿Alegría? Podría describirme esos momentos donde la ha sentido

¿Qué entiende Ud. Por duelo? ¿Cree ha estado en duelo o se encuentra actualmente?

Ud. comentó en la entrevista pasada que a veces se le dificulta tener acceso a sus medicinas, podría hablarme un poco de eso.

Apéndice E: Sumario Estructural Caso Deméter

SUMARIO ESTRUCTURAL

<p>Localización</p> <p>Zf = 4 Zsum = 7.5 ZEst = 10</p> <p>W = 4 D = 14 W+D = 18 Dd = 1 S = 2</p> <p>DQ</p> <p>+ (4) o (13) v/+ (1) v (1)</p>	<p>Determinantes</p> <p>Múltiples FC'. FT MP. FV FC. FC'</p>	<p>Simple</p> <p>M = 5 FM = 2 m = 1 FC = CF = C = Cn = FC' = C'F = C' = FT = TF = T = FV = VF = V = FY = YF = Y = Fr = rF = FD = 1 F = 7 <2> = 6</p>	<p>Contenidos</p> <p>H = 2 (H) = 4 (Hd) = Hd = 1 Hx = A = 4 (A) = 1 Ad = 2 (Ad) = An = 2 Art = 2 Ay = Bl = Bt = Cg = 2 Ci = Ex = Fd = Fi = Ge = Hh = Ls = Na = Sc = 1 Sx = Xy = Idio =</p>	<p>Resumen del Enfoque</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Lámina</th> <th>Loc.</th> </tr> <tr><td>I</td><td>W</td></tr> <tr><td>II</td><td>D, D</td></tr> <tr><td>III</td><td>D, D, D</td></tr> <tr><td>IV</td><td>W</td></tr> <tr><td>V</td><td>W</td></tr> <tr><td>VI</td><td>W</td></tr> <tr><td>VII</td><td>D, D</td></tr> <tr><td>VIII</td><td>D, D</td></tr> <tr><td>IX</td><td>D, D, D</td></tr> <tr><td>X</td><td>D, D, D</td></tr> </table>	Lámina	Loc.	I	W	II	D, D	III	D, D, D	IV	W	V	W	VI	W	VII	D, D	VIII	D, D	IX	D, D, D	X	D, D, D																											
Lámina	Loc.																																																				
I	W																																																				
II	D, D																																																				
III	D, D, D																																																				
IV	W																																																				
V	W																																																				
VI	W																																																				
VII	D, D																																																				
VIII	D, D																																																				
IX	D, D, D																																																				
X	D, D, D																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="3">Calidad Formal</th> </tr> <tr> <th>FQX</th> <th>MQ</th> <th>W+D</th> </tr> <tr> <td>+ 0</td> <td>+ 0</td> <td>+ 0</td> </tr> <tr> <td>o 6</td> <td>o 1</td> <td>o 6</td> </tr> <tr> <td>u 5</td> <td>u 1</td> <td>u 4</td> </tr> <tr> <td>- 8</td> <td>- 4</td> <td>- 8</td> </tr> <tr> <td>s.f. 0</td> <td>s.f. 0</td> <td>s.f. 0</td> </tr> </table>	Calidad Formal			FQX	MQ	W+D	+ 0	+ 0	+ 0	o 6	o 1	o 6	u 5	u 1	u 4	- 8	- 4	- 8	s.f. 0	s.f. 0	s.f. 0				<p>Valoraciones Especiales</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Nivel 1</th> <th>Nivel 2</th> </tr> <tr> <td>DV = 1 x1</td> <td>— x2</td> </tr> <tr> <td>INC = 1 x2</td> <td>— x4</td> </tr> <tr> <td>DR = 2 x3</td> <td>2 x6</td> </tr> <tr> <td>FAB = 0 x4</td> <td>1 x7</td> </tr> <tr> <td>ALOG = 1 x5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON = 0 x7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SumBruta6 =</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>SumPond6 =</td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>AB = 0</td> <td>GHR = 2</td> </tr> <tr> <td>AG = 1</td> <td>PHR = 1</td> </tr> <tr> <td>COP = 1</td> <td>MOR = 1</td> </tr> <tr> <td>CP = 1</td> <td>PER = 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PSV = 0</td> </tr> </table>	Nivel 1	Nivel 2	DV = 1 x1	— x2	INC = 1 x2	— x4	DR = 2 x3	2 x6	FAB = 0 x4	1 x7	ALOG = 1 x5		CON = 0 x7		SumBruta6 =	8	SumPond6 =	33	AB = 0	GHR = 2	AG = 1	PHR = 1	COP = 1	MOR = 1	CP = 1	PER = 1		PSV = 0
Calidad Formal																																																					
FQX	MQ	W+D																																																			
+ 0	+ 0	+ 0																																																			
o 6	o 1	o 6																																																			
u 5	u 1	u 4																																																			
- 8	- 4	- 8																																																			
s.f. 0	s.f. 0	s.f. 0																																																			
Nivel 1	Nivel 2																																																				
DV = 1 x1	— x2																																																				
INC = 1 x2	— x4																																																				
DR = 2 x3	2 x6																																																				
FAB = 0 x4	1 x7																																																				
ALOG = 1 x5																																																					
CON = 0 x7																																																					
SumBruta6 =	8																																																				
SumPond6 =	33																																																				
AB = 0	GHR = 2																																																				
AG = 1	PHR = 1																																																				
COP = 1	MOR = 1																																																				
CP = 1	PER = 1																																																				
	PSV = 0																																																				

RAZONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES

SECCIÓN PRINCIPAL

R = 19 L = 0,583

EB = 6,95 EA = 6,5 EBP er = 12
eb = 3,4 es = 7 D = 0
Adj es = 7 Adj D = 0

FM = 2 C' = 2 T = 1
m = 1 V = 1 Y = 0

AFECTOS

FC.CF+C = 1:0
C Pura = 0
SumC': Sumpond C = 2:1
Afr = 0,583
S = 2
Múltiples R = 3:19
CP = 1

INTERPERSONAL

COP = 1 AG = 1
Comida = 0
GHR:PHR = 2:1
a: p = 4:5
Aislamiento/R = 0
SumT = 1 H Pura = 2
H+Hd+(H)+(Hd) = 7
PER = 1

IDEACION

a: p = 4:5 Sum6 = 8
Ma: Mp = 3:2 Nivel 2 = 3
2AB+(Art+Ay) = 2 SumPond6 = 33
MOR = 1 MQsin = 0
M = 4

MEDIACION

XA% = 0,578
WDA% = 1,8
X-% = 0,42
S = 0
P = 3
X+% = 0,315
Xu% = 0,263

PROCESAMIENTO

Zf = 4
Zd = -2,5
W.D.Dd = 4:14:1
W:M = 4:6
DQ+ = 4
DQv = 1
PSV = 0

AUTOPERCEPCION

3r + (2)/R = 0,315
Fr + rF = 0
SumV = 1
FC = 1
An + Xy = 2 MOR = 1
H.(H)+Hd+(Hd) = 2,5

Pfj DEPI CDI S-CON HVI OBS

RUTINAS DE INTERPRETACION:

Adj D + C

LAMBDA > 0,99 P-M-I-C-A-PS-PI

REFLEJO > 0 PS-PI-C

EB INTROVERSIVO I-PM-C-A-PS-PI

EB EXTRATENSIVO P-PS-PI-C-P-M-I

p > a + 1 I-P-M-C-PS-PI-A

C=Control; PS=Percep. sí mismo; PI= Percep. Interp.; A= Afectividad; P=Procesamiento; M=Mediación; I=Ideación

Tomado de Exner, 2001: Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo, 5ª Ed. Revisada

Apéndice F: Análisis TAT Caso Deméter

Lámina 1

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento descriptivo, donde no se centra en proveer mucha información sino que se concentra en generar una historia superficial. Demuestra que entre las necesidades que posee el personaje principal están las económicas y presiones sociales (parentales), que en cierta medida expresa un poco sus propios problemas personales.

Héroe: en la historia se enlaza un héroe que sí muy bien evidencia sus disgusto o pesar por practicar el violín, se encuentra dominado por factores socioeconómicos que impiden que realice la actividad de dicha historia. En cuanto a los intereses, que en la variante de pocos ingresos monetarios, explica su pesar con llanto ante su incapacidad y demuestra un su lado de inferioridad y pasividad ante eventos donde no puede ejercer un control absoluto. En cambio, en la variante donde no le gusta realizar la actividad y está siendo forzado a esto, demuestra su pasividad para expresar sus ideas encaminándose a relaciones paterno-filiales dominadas por la sumisión y la culpa.

Ambiente: Si muy bien no se describe el contexto en donde está inmerso el héroe se puede evidenciar barreras Endopsíquicas por parte del mismo que dificultan el desarrollo de la historia.

Final: Está incierto, a medida que establece el inicio y desarrollo de la historia pareciera que el autor no pudiese hacer frente a lo que estaba creando, cómo si existiese un “malestar” por concluir de forma precisa. Esto lo que sí refleja es una incapacidad para darle resolución de conflictos a los deseos del héroe, cómo si el sistema de afrontamiento está basado en pensar en el problema más en soluciones.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio se encuentra dentro del promedio. Mientras que en el tiempo total y número de palabras está por debajo del esperado, lo que demuestra rasgos impulsivos y resistencias a desarrollar la historia.

Comportamiento del sujeto: Cabe destacar que por la longitud de la historia y elementos más descriptivos de la lámina, se le solicitó intentar enriquecer la misma. Sin embargo, el sujeto explicaba que no sabía qué más decir, lo que manifiesta otro grado de resistencia o apertura a realizar la prueba.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índoles cotidianos en donde el lenguaje es casual y el modo en relatar la historia fue superficial,

Análisis Aperceptual: Deber, sometimiento o rebelión.

La historia es el clisé, manifiesta del sujeto una actitud rebelde ante la autoridad, en donde se infiere que la imagen de sus progenitores es demandadora y rígida. Entre elementos simbólicos encontramos la cuerda rota de la historia, que pueden hacer alusión a la ansiedad de castración y por ende se desarrolla la actitud descrita.

Necesidades: Conservación (violín); Deferencia (cooperar con el mandato paterno)

Presiones: carencia (económica), Dominio (por coerción al ímago paterno)

Mecanismos de defensa: Represión.

Lámina 2

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento descriptivo, donde se centra en detallar las percepciones que tienen sus personajes sobre su estilo de vida, remarcando que de acuerdo a las necesidades de dichos personajes las prioridades en cuanto a sentido de vida cambian.

Héroe: en la historia se enlaza un héroe que está inconforme con su situación actual y que eso le hace sentir un malestar emocional, marcado por un polo triste y ensimismado; pero en este caso el personaje principal no se queda sólo pensando en el problema sino que busca activamente una solución para poder alejarse de la situación disonante, esto habla de una actitud proactiva, de ascendencia y toma de decisiones. En cuanto a los personajes secundarios, se detalla un sentimiento de conformismo o aceptación del estilo de vida que poseen, en donde se enfocan más vivir plenamente sus cotidianidades.

Ambiente: Es un contexto campestre, en donde existe la agricultura. Se puede evidenciar barreras exopsíquicas para cumplir las metas que tiene el héroe sobre sus planes, ya que implicaría un alejamiento del hogar como recursos de adaptación a los cambios que se planifican en la historia.

Final: Está incierto, si muy bien el desarrollo de la historia explica las aspiraciones y proyecciones a futuro del héroe que inconcluso estados motivacionales que garanticen dichas metas.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio se encuentra dentro del promedio. Mientras que en el tiempo total y número de palabras está por debajo del esperado, lo que demuestra rasgos impulsivos cuando desarrolla la historia.

Comportamiento del sujeto: Cabe destacar que por la longitud de la historia y elementos más descriptivos de la lámina, se le reiteró la solicitó intentar enriquecer la misma. Sin embargo, el sujeto explicaba que eso era lo que

mostraba la lámina, a pesar de recordarle que podía inventar omitía la consigna, lo que manifiesta otro grado de resistencia o apertura a realizar la prueba.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índoles cotidianas en donde el lenguaje no es elaborado o formal y el modo en relatar la historia fue superficial, aunque existía una emotividad explícita en cuanto a la forma de relatar los sentimientos de los personajes.

Análisis Aperceptual: Conflictos de adaptación o intrafamiliares.

Al igual que la historia anterior es el Clisé de la lámina. Manifiesta los problemas de adaptación a las formas de vida de cuna, en donde vemos un nivel de aspiración mayor al que se maneja dentro de la familia (resalta el estudiar como un objetivo de vida) y que se encuentra disconforme con el ámbito familiar.

Necesidades: Realización (busca irse de casa por estudios); Conocimiento (Estudiar)

Presiones: Carencia (encierro y baja posición económica).

Mecanismos de defensa: proyección

Lámina 3

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento descriptivo y narrativo, provee información acerca de los sentimientos y pensamientos del héroe principal, en donde están inmersos sentimientos negativos y las razones porque lo que esto ocurre. Aunque por la emotividad expresada durante el relato de esta historia se puede evidenciar sentimientos empáticos e identificativos con las emociones de soledad y abandono.

Héroe: en la historia se enlaza un héroe que está destrozado anímicamente, se encuentra sumergido en un aflicción por el abandono de alguien que parece cercano y está sumido en el dolor y su posición es de sumisión ante la pérdida en donde está ocurriendo una crisis por el devenir.

Ambiente: No se describe el contexto en donde está inmerso el héroe se puede evidenciar barreras endopsíquicas por parte del mismo que dificultan un estado mental saludable. La única mención del ambiente está relacionada con la reacción física ante un dolor psíquico por la pérdida, pareciera que entonces el hecho de agarrar la puerta brindará fuerza o apoyo al héroe.

Final: Está incierto, a medida que establece el inicio y desarrollo de la historia pareciera que el autor cuando relata historias de desesperanza y pérdida se suma a los sentimientos de soledad y no puede ver más allá de la situación actual. Pareciese entonces que el héroe de ésta historia no puede elaborar más allá del dolor.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio se encuentra dentro del promedio. Mientras que en el tiempo total y número de palabras está por debajo de lo esperado, lo que demuestra rasgos impulsivos y resistencias a desarrollar la historia.

Comportamiento del sujeto: Como ya se mencionó durante ésta historia hubo mayor movilización de los afectos, en donde la proyección de su situación actual o vivencial logró representarse durante este relato. Existe mayor dinamismo emocional y del pensamiento del héroe, lo que resalta que a pesar de lo corto de la historia hubo mayor proyección en ésta.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índoles cotidiano en donde el lenguaje es casual y el modo en relatar la historia fue más profundo que las anteriores, hay una mayor conexión emocional e identificativa con el personaje creado.

Análisis Aperceptual: Desesperación y culpa.

La historia también es el clisé, se evidencia claramente sentimientos de soledad y abandono en donde se cuestiona el futuro, ya que no se visualiza afrontando las situaciones con la misma perspectiva que antes. Hay muchos elementos de desesperación que explican el estado afectivo del sujeto.

Necesidades: Afiliación emocional (De no ser abandonada)

Presiones: Pérdida (alguien se ha ido de su vida, sentimientos de abandono)

Mecanismos de defensa: proyección

Lámina 4

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento detallado sobre la triangulación amorosa, relata el clisé de la lámina siguiendo la historia convencional.

Héroe: El héroe para ser la mujer rogadora quien maneja está en una posición despectiva, sumisa, con tendencia a la inferioridad con mucha ansiedad y dependencia. Los personajes secundarios están el hombre que en la historia cumple un rol machista e infiel, en donde posiciona a la esposa en un objeto que puede cambiarse; y la otra

mujer es el objeto de envidia de la esposa ya que posee el cariño y deseo del hombre, adquiere en la historia una personalidad frívola y cruel en donde se burla del dolor ajeno.

Ambiente: El contexto en donde está inmerso el héroe se puede evidenciar un ambiente con tensión, competitividad, humillación y dependencia emocional por parte del héroe principal a los personajes secundario. Existe una intensidad emocional en cuanto las conductas de ruego que denotan problemas de autoestima.

Final: Esta historia concluye de forma desdichada, el héroe no obtiene lo que desea. Esta historia desenlaza de forma pesimista enmarcando realidades de parejas disfuncionales en donde no hay respeto y valoración por el otro.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio y total se encuentra dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: existió una conexión emocional hacia la historia relatada. Trato de buscar elementos descriptivos de la lámina pero introdujo elementos escénicos sobre el triángulo amoroso.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índoles cotidiano en donde el lenguaje es casual y el modo en relatar la historia fue emotivo en donde se evidenciaba la desaprobación e indignación ante el hecho.

Análisis Aperceptual: Abandono, celos, infidelidad, competencias..

Clisé. Describe cómo son sus actitudes frente a la infidelidad, en donde considera que la posición de la mujer es sumisa y retenedora, sin importar su orgullo. Mientras que la actitud del hombre es machista y minimizadora del valor de la mujer. También se evidencia la perspectiva femenina hacia la mujer que representa “la Otra” que es algo vil, indignante y ruin.

Necesidades: Afiliación emocional (poseer alguien que la apoye), Agresión emocional (sentimientos al ser abandonada)

Presiones: Pérdida (alguien se ha ido de su vida, sentimientos de abandono)

Mecanismos de defensa: Negación

Lámina 5

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: La historia se construye en función de un argumento narrativo y lógico, aunque lo angustiante de dicho argumento es la presión social ante posible hecho delictivo, lo cual es un evento estresante para el héroe.

Héroe: Es una mujer cuyos procesos de adaptación le han hecho ser capaz de vigilar por sus intereses, no se somete al miedo ante la idea de un posible robo sino que busca identificar la razón de tal alboroto. Esto significa elementos de liderazgo y proactividad en la resolución de conflictos. Sin embargo también esto relata elementos de exposición en donde no evalúa situaciones potencialmente peligrosas para su salud.

Ambiente: Es un ambiente desalentador, con posibles resultados catastróficos. En donde domina la incertidumbre y suspicacia hacia las intenciones de un otro. La tensión está marcada por la preocupación de la invasión del espacio íntimo.

Final: el desenlace es incierto, no se termina por afirmar si el evento es catastrófico o no. El personaje queda en hilo ante la preocupación de este posible fin. Ahora si manejamos el alternativo, sería un desenlace marcado por la sorpresa y quizás alivio ante un simple animal, que sí bien es perjudicial no implica un daño mayor a la salvaguarda del héroe.

Tiempos: Se encuentran en los promedios en cuanto a tiempo y número de palabras.

Comportamiento del sujeto: Se manifestó alarma ante la situación imaginada, mostrando empatía ante tal evento (gestos faciales de preocupación).

Lenguaje: Fue casual. Ante momentos exclamativos si aumentaba un poco el tono de voz que denotan vivacidad del relato.

Análisis Aperceptual: Imagen de la madre-Esposa (protectora vigilante, castradora).

Nuevamente el clisé, es evidente las ansiedades paranoides ante el desconocimiento de algo/alguien. Vemos que a pesar de la imagen vigilante como mujer, también hay elementos de proteccionismo que ayudan a inferir que ante situaciones fuera de lo común ella lidera las primeras experiencias con esas realidades.

Necesidades: Protección (De no ser atacada o sorprendida)

Presiones: Agresión física asocial (alguien le hurte); agresión por destrucción de propiedad (ratón robe comida)

Mecanismos de defensa: *solo existe manifestación de la angustia

Lámina 6

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: la narrativa se centra en el suspenso sobre este gran secreto, existe un marco de expectativas y temores ante este hecho, lo cual describe el clisé de la lámina, aunque es evasiva en cuanto al contenido de dicho secreto.

Héroe: Es una mujer cuya posición es expectante, está aterrizada ante la idea de la existencia de un secreto en el vínculo que posee con este hombre se evidencia sumisión ante el mensaje y rasgos dependientes y ansiosos. En cuanto al personaje secundario, existen elementos culpabilizadores por haber cometido una infracción en donde el confesar acarrea una sensación de alivio a esta culpa (función catártica) y de alguna manera responsabilizadora de sus acciones.

Ambiente: Es uno cargado con tensión sobre el devenir, esta carga emocional está referida a que el mensaje a transmitir entre los personajes puede o no desvincular a dichos caracteres. Lo que habla de elementos de retención y posible pérdida.

Final: Si muy bien existen elementos liberadores para ambos personajes (el hombre porque confiesa y la mujer porque aniquila su desinformación) no existe un elemento que especifique si el vínculo entre dichos personajes se restablece o cambia. Lo cual hace este desenlace incierto, en donde no se termina por satisfacer las expectativas y necesidades del héroe principal, sino más se fijan es en dar liberación al personaje secundario.

Tiempos: Se encuentran en los promedios en cuanto a tiempo y número de palabras.

Comportamiento del sujeto: Se comportó en sintonía con la historia narrada, es decir, sus gestos corporales y faciales denotaban lo que los personajes manifiestan. Y hubieron mayores espacios de silencio, como si estuviese ideando la historia de forma más coherente, lo que implica mayor implicación en el desarrollo del test y mayor confianza en la aplicación de la prueba.

Lenguaje: el discurso es fragmentado, no solo por las pausas sino también por la evasión en llevar a palabras ese gran mensaje de los personajes, que enlazándolo al lenguaje corporal (tocarse la garganta, como algo significativo) dan prueba del realismo usado para idear la historia.

Análisis Aperceptual: Expectativas, temores, sospechas, presión, extorsión.

Se infiere rasgos paranoides, en donde hay sospecha sobre los verbatos que puede oír de su pareja. En la historia a pesar de no saber realmente cuál era el secreto, de una vez asociaba que era algo malo que podía destruir o no su relación.

Necesidades: Contrariedad (incertidumbre ante el secreto), Evitación (fluctuaciones emocionales ante noticia)

Presiones: Carencia (sinceridad en su relación de pareja)

Mecanismos de defensa: *solo existe manifestación de la angustia

Lámina 7

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento basado en la ideación de una madre en cómo explicar un tema tabú, los cambios corporales y el inicio de la sexualidad adulta. Explican las necesidades de conexión de la madre hacia su hija, en donde liga sentimientos de protección y cuidado. Es significativo como para evadir las percepciones sociales de estigma, por hablarle a la hija de la sexualidad, hace uso de elementos de la infancia (libro, como un relato de cuento).

Héroe: el héroe principal es la niña que se ha ubicado en una posición sumisa e incrédula ante los cambios a ocurrir en sí misma, ésta posición pasiva le permite dejar que sea el personaje secundario quien domine y lidere los acontecimientos narrados, sea la que idee y solvente la situación y convierta los cambios propios del crecimiento en una situación adaptativa. Se evidencia un vínculo paterno-filial encaminado a la protección y explicación, a pesar de las presiones sociales por el tema discutido.

Ambiente: Se describe un ambiente cooperativo y encaminado al cuidado del infante. En donde se trata de nutrir la relación parental a través de la comunicación abierta.

Final: El desenlace resuelve el conflicto materno acerca de la enseñanza de estos cambios físicos; mientras que para la niña fue más bien un proceso de apertura y concientización sobre dichos cambios, los cuales ella misma no había introyectados como importantes o sujetos a discusión (por su sorpresa e incredulidad).

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio y total se encuentra dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: Cabe destacar que la historia evidencia su propia relación materno-filial con sus hijos, en donde se ve evidenció la preocupación por la comunicación abierta.

Lenguaje: El lenguaje usado fue cotidiano y casual, no hace uso de modismo o muletillas, y la forma en cómo se identificó con la historia hizo que fuese más fluida y cómoda de relatar.

Análisis Aperceptual: Imagen de la madre y actitudes frente a la maternidad.

Clisé de la lámina. Manifiesta su imagen materna en donde debe velar por los intereses de sus hijos. Se evidencia ideales de proteccionismo y cómo este es un elemento protagónico que caracteriza a la madre, su actitud frente a la maternidad es un pilar fundamental como definición de mujer.

Necesidades: Contrariedad (perplejidad ante información)

Presiones: Dominación por inducción (la madre trata de influir en las perspectivas del crecimiento); Afiliación emocional (relación paterno-filial); Conocimiento (información suministrada por la mamá).

Mecanismos de defensa: Incorporación (identificación)

Lámina 8

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento descriptivo, se centra en proveer información referente al estado anímico de la persona en donde existe una gran necesidad de apoyo y contingencia, con las cuales identifica como propias (proyección explícita).

Héroe: es un personaje dominado por el miedo, la tristeza y desesperanza, lo cual demuestra rasgos depresivos y ansiosos. Este héroe considera incierto el futuro, por ende incita a inferir que no posee objetivos o metas por las cuales luchar o proveerse de expectativas favorables.

Ambiente: El contexto del héroe se puede evidenciar barreras endopsíquicas por parte del mismo que dificultan su crecimiento dentro de la historia.

Final: Está incierto, a medida que establece el inicio y desarrollo de la historia pareciera que el héroe solo se queda con la visión de túnel y sumido en la desesperación ante sus incertidumbre sin buscar herramientas que le ayuden a vencer este estado de ánimo.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio se encuentra dentro del promedio. Mientras que el número de palabras está por debajo del promedio esperado.

Comportamiento del sujeto: Si muy bien a nivel cuantitativo la historia es corta, a nivel cualitativo esta historia es una clara proyección de los sentimientos del sujeto en donde hubo mucha conexión con la soledad, la incertidumbre al futuro y la tristeza, en donde inclusive se sensibiliza ante el relato con voz entrecortada e inicio de llanto (empieza a lagrimear).

Lenguaje: Como ya se dijo el tono de voz fue entrecortado con mucha manifestación de vulnerabilidad hacia el tema.

Análisis Aperceptual: Problemas actuales y fantasía.

Claramente el sujeto venció la barrera proyectiva y se identifica a sí misma en la historia. Relata cómo sus problemas actuales se centran en la soledad y la incertidumbre sobre sí misma (futuro), en donde no hay soluciones aparentes o planificadas sino que se centra en la rumiación o fantasía como mecanismos de defensa para disminuir su angustia.

Necesidades: Socorro (nostalgia ante la pérdida), Contrariedad (fluctuaciones emocionales ante el futuro)

Presiones: Pérdida (duelo ante amor perdido)

Mecanismos de defensa: *solo existe manifestación de la angustia

Lámina 9

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento detalla un evento catastrófico en donde las oportunidades de salir ileso son pocas. Se demuestra una polaridad de los deseos de las víctimas. En una la lucha del miedo para así sobrevivir y en otra la evitación de la realidad y la admisión/derrota hacia la supervivencia quedando entonces una entrega a la muerte (que si bien no ocurre la corpórea sí la simbólica).

Héroe: Se centra en dos personas, una como la contraparte de la otra. En donde observamos, como ya se dijo la polaridad en las reacciones. En el personaje inferior (en ubicación dentro de la historia) existen sentimientos de miedo que nacen ante eventos traumáticos, pero que son combatidos con la lucha para no morir; lo que ejemplifica una posición liderazgo, valentía y de no advenimiento ante la muerte. Mientras que en el personaje superior es lo contrario, es un afrontamiento sumiso y hasta apacible sobre lo que ocurre, no hay instinto de supervivencia.

Ambiente: Se desarrolla en una vaguada que amenaza la vida de los personajes de la historia, es una barrera exterior avasallante y destructora. Esto si lo vemos desde el punto de vista de que puede acabar con la vida. Aunque puede existir otro simbolismo, como el de erradicar algo y empezar de cero, como un sistema de limpieza.

Final: Está incierto, no se describe si logran los héroes salir del aprieto o no. Otra vez el autor no se centra en dar cabida a las soluciones (sean negativos o positivos) sino que plantea la historia en donde corta el hilo en plena crisis de los personajes.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio se encuentra dentro del promedio. Mientras que en el tiempo total y número de palabras está por debajo de lo esperado, lo que demuestra poca elaboración por parte del sujeto al elaborar la historia.

Comportamiento del sujeto: Durante la historia se veía contrariada por la reseña del personaje secundario (mujer de arriba), hacía gestos faciales de incredulidad ante el relato de su desinterés por salvaguardarse. Lo que puede evidenciar si propio desconcierto cuando se encuentra en situaciones donde tiene sentimientos ambivalentes.

Lenguaje: El lenguaje corporal reflejó su conexión con la historia. Mientras que el lenguaje verbal demostró seguir su patrón casual.

Análisis Aperceptual: Competencia femenina.

Se manifiesta el clisé de la lámina. Se evidencia que las características de competencia con mujeres se basan en la importancia que le den a la actividad, en donde claramente se destacan sus fantasías persecutorias.

Necesidades: Socorro (ayuda para resguardarse del peligro); Evitación (sentimientos desbordantes de miedo)

Presiones: Peligro físico (inminente daño que puede causar el ambiente)

Mecanismos de defensa: Negación

Lámina 10

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento clisé en donde predomina el romanticismo y los deseos de pareja. Refleja un poco la añoranza hacia estas situaciones, lo que habla de un grado de significación para el sujeto de estos deseos marchitos (por la muerte de su esposo).

Héroe: Son una pareja que manifiestan abiertamente sus necesidades de afecto y reciprocidad, en donde se evidencia un canon social de la perdurabilidad del cariño entre un matrimonio. Se evidencia el nexos filial entre los personajes y las creencias del autor sobre lo que significa dicho compromiso.

Ambiente: En el contexto se puede evidenciar armónico que ayuda a la manifestación de afecto de los personajes. Aunque también por su identificación con la historia se evidencia barreras externas para realizar este tipo de actividades fuera del imaginario.

Final: aunque inconcluso el final muestra como el cierre de los cuentos de hadas, un beso que sella la felicidad y muestra de amor eterno. Esto expresa un poco la forma en cómo percibe el mundo de pareja.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio y total se encuentra dentro del promedio. Mientras que el número de palabras está por debajo del esperado.

Comportamiento del sujeto: Claramente se identificó y proyectó con la situación, el tiempo de reacción corto demuestra lo simple que fue para la participante depositar en esta historia deseos y anécdotas personales.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índole cotidiano en donde el lenguaje es casual y el modo en relatar la historia fue apegado a sus necesidades.

Análisis Aperceptual: Actitud frente a la separación.

Clisé de la lámina. Se manifiesta su dependencia al vínculo de pareja y cómo su fantasía gira en torno al amor eterno.

Necesidades: Afiliación emocional (estar ligado prolongadamente al objeto amado)

Presiones: Deferencia de conformidad (el personaje secundario actúa en función de los pedidos del héroe); Pérdida (muerte del ser querido)

Mecanismos de defensa: Introyección

Lámina 11

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento detallado en toma elementos escenográficos y emociones del héroe. A pesar de que describe parte de la lámina configura la historia para crear un sentido lógico. Detalla la angustia del hombre ante una situación donde no hay escapatoria y tiene un agresor potencial para aniquilarlo.

Héroe: en la historia el héroe se ve sumergido en un mundo caótico, reinado por desesperanza y pocas alternativas de surgimiento. El personaje se siente atrapado ante un contexto así sumado a un dragón, como elemento primitivo que ahonda la sensación de claustro.

Ambiente: Es un contexto caótico en donde hay escombros y restos de posguerra. Se unen elementos realistas con fantasiosos para dar vida a un escenario crítico con el que él héroe no cuenta con recursos que le ayuden a sobrellevar la situación y garantizar su supervivencia.

Final: Está incierto, no se explica si el héroe puede o no salvarse así como tampoco, se reflejan las intenciones del dragón. Pareciera entonces que los finales alternativos calman la angustia del héroe y brindan esperanza para segundas oportunidades, como una especie de Resiliencia.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentra dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: Cabe destacar que hubo empatía y gesticulación por parte de la participante al momento de relatar la historia.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índole fantasioso en donde el lenguaje se tilda a ser exaltado, como en el relato de un cuento infantil.

Análisis Aperceptual: Ansiedad frente al peligro.

Nuevamente la historia es el clisé. Se manifiestan sus ansiedades ante el peligro de forma que el sujeto se siente incapacitado y dominado por las contingencias ambientales, su yo es minimizado ante las amenazas y no busca resolver los conflictos, se suma al caos y desorganización psíquica.

Necesidades: Socorro (ayuda para resguardarse del peligro); Evitación (sentimientos huida)

Presiones: Peligro físico (inminente daño que puede causar el ambiente)

Mecanismos de defensa: Negación

Lámina 12

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento mágico-religioso en donde se detalla sus características internas (manipuladora, maldad) como si fuesen rasgos tangibles y con autonomía, habla de la obsesión de un ser humano por continuar satisfaciendo de manera desmesurada sus intenciones tartáricas.

Héroe: El héroe es una persona cargada con “poderes” mágicos que le proveen una sensación de superioridad y egocéntrica, en donde tiene tal sentido de omnipotencia que considera que puede agredir a otro ser. Vemos un héroe con rasgos narcisistas en donde no escatima afectar al otro con las de saciar sus pulsiones de muerte.

Ambiente: Existe tensión en el ambiente, debido a las acciones del héroe en las que se puede afirmar que el contexto demuestra las tendencias del héroe a dañar algo o alguien.

Final: Concluye asegurando las malas intenciones del héroe hacia alguien. Denota que “la maldad misma” del héroe no tiene límites y su obsesión la lleva a tanto. Las pulsiones de muerte aquí se evidencian en donde la agresión es identificada con elementos mágico-religiosos.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentra dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: El lenguaje corporal manifestaba desacuerdo con las acciones del héroe, estuvo inmersa en la historia y se evidenciaba interés por construirla.

Lenguaje: Existe redundancia en el discurso, se enfatiza en sus creencias religiosas para crear la historia. El lenguaje usado es casual.

Análisis Aperceptual: Tentación instintiva de defensa.

Manifiesta cómo percibe la figura materna, en donde adquiere sus rasgos paranoides ímpetu y la calificación de pecho mal (Kleiniana) es proyectada al máximo. Explica cómo la proyección de la “maldad” es explícita y tangible, como si no existiese control sobre estos elementos pulsionales.

Necesidades: Agresión física (sentimientos de dañar a otros)

Presiones: Agresión emocional (inminente daño que puede causar la maldad del personaje)

Mecanismos de defensa: Formación reactiva

Lámina 13

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento de un homicidio, en donde se manifiesta los deseos de aniquilar al otro sumado a actos impulsivos en donde el héroe después de cometerlos se lamenta y vuelve a funcionar elementos del superyó en donde manifiesta la culpa por dicho acto.

Héroe: es un héroe que roe la culpa ante el homicidio de su esposa. Otra vez en sus historias, la participante manifiesta la polaridad en cuanto a quien agrede a quien dentro de una relación de pareja; en este caso al héroe le corresponde un acto que va más allá de pequeños secretos o infidelidades, sino que consume el acto de rabia en donde la pulsión de muerte se hizo más poderosa que la vida (proteger y cuidar de sí como de otros). Vemos entonces un héroe en donde la impulsividad, ataques de rabia y descontrol son sus características de personalidad.

Ambiente: Es un contexto sanguinario de un acto sin premeditación sino más bien primitivo, en donde respuestas más instintivas dominaron al héroe. Vemos un ambiente cargado por la desolación del mismo ante su acto.

Final: Es un desenlace fatal, se consumaron los deseos del Ello con la pulsión de muerte y después se carga de culpa al héroe como comando del superyó por sus actos; pero ya no hay forma de enmendar tal daño.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentra dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: Construyó la historia con facilidad, en donde pudo no sólo describir parte de la lámina sino darle vida con los personajes involucrados, manifestando un matiz de emociones en los mismos.

Lenguaje: El lenguaje corporal y facial demostraron sanción ante los actos del héroe; sin embargo, se evidenció también compasión por la culpa y el agravio que cometió dicho héroe así sí mismo.

Análisis Aperceptual: Actitud ante la relación heterosexual (ansiedades).

Clisé de la lámina. Se manifiestan sus percepciones acerca de las relaciones heterosexuales en donde el hombre nuevamente tiene la capacidad de infringir daño, de destruir la relación y ser cargado con las acciones agresivas. Mientras que la mujer vuelve a ocupar la posición sumisa y dependiente, que es víctima y en este caso dicha dependencia la lleva a no garantizar su supervivencia. Pareciera entonces que entiende que el vínculo de pareja está englobado por conflictos en donde la violencia puede ser usada.

Necesidades: Evitación de la culpa (sofocar la angustia ante el homicidio); Humillación (confesar su acto)

Presiones: Agresión emocional (inminente daño que ocasionó el personaje)

Mecanismos de defensa: Formación reactiva

Lámina 14

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento claustal en donde un muchacho está privado de libertad, en donde sus expectativas a futuro van encaminadas de buscar la libertad tanto física como de pensamiento.

Héroe: en la historia el héroe es un joven que está sumiso ante su cautiverio se queda fantaseando sobre el futuro, pero no lleva a cabo un plan para lograr sus deseos. Siendo una persona pasiva y sin liderazgo para lograr sus metas.

Ambiente: Hace alusión nuevamente a elementos ambientales de la oscuridad, que más allá de los colores acromáticos de la lámina reflejan su proyección acerca de desesperanza asociada al color negro.

Final: Está incierto aunque esperanzador para el personaje. Quede colgando a la expectativa de poder conseguir su libertad (satisfacer sus necesidades y deseos).

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Cabe destacar que por la longitud de la historia no hay una fuerte conexión con la misma. Hizo el relato de forma superficial sin ahondar en los sentimientos del personaje.

Lenguaje: El lenguaje es casual y el modo en relatar la historia fue superficial, como si no pudiera hacer empatía con el cautiverio.

Análisis Aperceptual: Hombre adentro: fantasías, expectativas, evocación

Hombre afuera: evasión, aventura sexual, robo.

Clisé de la lámina. Aunque el personaje al ser niño y no hombre expone un poco proyecciones regresivas ante situaciones donde debe manifestar sus deseos. Sin embargo, se evidencian tendencias a superarse a no seguir en el claustro (expectativas) en donde evoca pensamiento optimistas sin dejar de lado elementos de la realidad que puedan limitar sus deseos.

Necesidades: Adquisición social (búsqueda de libertad)

Presiones: Retención (aislamiento del personaje)

Mecanismos de defensa: desplazamiento

Lámina 15

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es una narrativa llena de terror ante las intenciones de los vivos hacia los muertos. Se evidencia un poco la fantasía acerca de la muerte y cómo pudiese reaccionar la gente hacia la propia.

Héroe: en la historia el héroe es un sujeto lleno aparentemente de un deseo de dañar a un otro incluso después de la muerte. Pareciera que su pulsión de muerte está tan presente como motivador para continuar su vida. Se pone en manifiesto la ira como promotor de conductas impulsivas y agresivas. Habla un poco de las barreras endopsíquicas en donde no consigue perdonarse a sí mismo ni al otro.

Ambiente: Es un cementerio, que unido a las intenciones del héroe muestran signos de un ambiente tenso marcado por la ira.

Final: El desenlace parece inconcluso, cómo si el héroe no pudiese ver más allá de sus emociones y sentimientos negativos para buscar una solución que apuntale a poder perdonar o al menos continuar viviendo sin la mezquindad de sus propios deseos aniquiladores.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio es menor al promedio. En cuanto el tiempo total, el relato se encuentra en el promedio esperado. Y por último, en el número de palabras, aunque corto, manifiesta la proyección de los sentimientos de impotencia, rabia e ira no canalizada, lo que hace de esta historia algo significativo en las proyecciones de la participante.

Comportamiento del sujeto: Hubo mucho reproche por parte del sujeto hacia el relato que estaba manifestando, sus gestos faciales desaprobaba las acciones del héroe y mostraban incredulidad ante sentimientos de ira tan perturbadores sobre un muerto.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índole cotidiano en donde el lenguaje es casual.

Análisis Aperceptual: Muerte, culpa y castigo.

Clisé. El sujeto manifiesta su agresividad abiertamente ante lo que representa la muerte, existe un claro rechazo ante la idea de caer en este estado (marcado por un miedo a no terminar acciones en vida). Claramente existe alguna persona fallecida en su vida a la cual no ha podido perdonarle algo, aun después de muerta; lo cual causa sentimientos de culpa al sujeto debido a que por normas sociales se debería perdonar a alguien en su muerte. En la historia existe como un castigo “divino” hacia el muerto, al tener a esta persona aun depositando agresión hacia él.

Necesidades: Agresión física (sentimientos de dañar a otros)

Presiones: Agresión emocional (inminente daño que puede causar la maldad del personaje)

Mecanismos de defensa: Proyección

Lámina 16

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento detallado sobre sus sentimientos y percepciones del mundo, en donde se despliega sus deseos de superación, sentimientos de inferioridad y presiones sociales ante su desempeño como madre.

Héroe: en la historia el héroe es la misma participante. Aquí ya no hay una proyección sino un relato con eventos de dolor, expectativas, deseos sociales y personales por surgir como unidad familiar con sus hijos. En donde se manifiesta sentimientos de sumisión ante las demandas de los otros y poca importancia a colocarse en primer lugar para la toma de decisiones, pareciera que la culpa la embarga cuando no toma en cuenta lo mencionado anteriormente.

Ambiente: Si muy bien no da referencia un contexto particular oscila en la ambivalencia de la vida misma, en donde hay momentos esperanzadores y de vinculación con los otros reinados por alegría. Mientras que en otros deseos de que las personas fuesen distintas y que el manejo de las emociones de los demás sumados a los propios fueran menos complejos.

Final: Está incierto. Es una historia que continúa desarrollándose y que el héroe principal no ha dado finiquito.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, totales y número de palabras están dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: Se evidenció la vulnerabilidad de la participante en donde rompe la barrera de la proyección y prefiere reflejarse a sí misma en la historia. Hay momentos de mucha compasión hacia sí y de emotividad ante su propio relato.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índoles cotidianos, en donde se evidencia lo presente de sus pensamientos y sentimientos dirigidos a la tópica mencionada, siendo esto un tema rumiante en su psique. Profundiza su conexión catártica y expone sus miedos e inseguridades con un lenguaje cotidiano pero rico en significado.

Análisis Aperceptual: Relación transferencial en la situación de prueba.

Manifiesta sus aspiraciones en la vida, en donde alude ideales en sus relaciones filiales y con demás personas. Vemos cómo el sujeto desea fantasear con un mundo idóneo o utópico lleno de felicidad y sin injusticias, en donde los sentimientos de soledad o tristeza se erradiquen.

Necesidades: Afiliación asociativa y emocional (sentimientos querer tener apoyo)

Presiones: Carencia (sentimientos que no tiene el apoyo)

Mecanismos de defensa: Formación reactiva

Lámina 17

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento depresivo marcado por la pulsión de muerte en donde su estado emocional sumado a los eventos desastrosos terminan por destruir la poca salud mental del héroe y comienza la ideación suicida.

Héroe: el héroe principal es una mujer que se encuentra muy vulnerable psíquicamente cuyo contexto no ayuda a su mejoría, se haya víctima de robo y configura mayor inseguridad ante tal violación de la intimidad y lugar de resguardo. Lo que se convierte en el estímulo detonante para idear el suicidio. Los personajes secundarios demuestran un poco la realidad vivida por la participante en el mundo real, en donde el nivel de seguridad es bajo y las intenciones de los otros son cuestionables.

Ambiente: Contexto cargado de infortunios que impiden la mejora emocional del héroe principal, en donde la pulsión de muerte se convierte en un protagonista que marca la historia con suspenso de sí se llevará a cabo o no la idea suicida.

Final: El desenlace es catastrófico, el héroe se suma a ideaciones suicidas por contingencias ambientales desfavorables, se podría hablar de una desesperanza aprendida y visión de túnel característico de las personas deprimidas.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Cabe resaltar que si bien la historia fue relatada rápidamente, impulsiva, se evidencia dolor ante los deseos suicidas del personaje e indignación por los intereses de los personajes secundarios.

Lenguaje: Los elementos relatados fueron expuestos con un lenguaje casual y el modo en relatar la historia fue superficial, cómo con temor a ahondar en temas de muerte.

Análisis Aperceptual: Frustración, depresión, autocastigo.

Clisé de la lámina. Se evidencia elementos depresivos del sujeto en donde existe ideaciones suicidas conjunto a baja tolerancia a la frustración. Vuelven a aparecer elementos de capacidades de afrontamiento centrados en los problemas y no en la solución, en donde se suma a rumiar al respecto y no buscar alternativas.

Necesidades: Agresión física (suicidio)

Presiones: Rechazo (nadie se interesa por el héroe)

Mecanismos de defensa: *solo existe manifestación de la angustia (pensamiento suicida)

Lámina 18

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento maternal, en donde los instintos de proteccionismo y apoyo se encuentran en su ímpetu ante una situación desdichada.

Héroe: El héroe principal es la madre cómo persona simbólica dentro del hogar como dadora de protección, cuidado y pilar de apoyo, que en la historia se posiciona como un centro de fortaleza y contención para el personaje secundario. Siendo esta la hija, el objeto de protección y cuidado. La historia representa la función reverie de la madre.

Ambiente: Es un contexto de contención y amor, en donde se evidencia el apoyo mutuo y cómo los vínculos materno-filiales se manifiestan con apego seguro.

Final: Concluye de manera satisfactoria para los personajes. Hay satisfacción de las necesidades de afiliación y afecto por parte de la hija; y las de proveedora de protección por parte de la madre.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentra dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: La participante manifestó su identificación con el tema. En donde considera que ella cumple con esta función de reverie. SE muestra empática ante la elaboración de su historia e involucra nuevamente una anécdota propia.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índoles cotidianos en donde el lenguaje es casual y el modo en relatar la historia fue emotivo y vulnerable.

Análisis Aperceptual: Agresividad-apoyo.

La historia muestra la imagen de la relación madre-hija, en donde el sujeto proyecta sus deseos de apoyo incondicional hacia el hijo como un elemento del rol materno. Se evidencia la omisión de cualquier aspecto agresivo en dicha relación, y alega que el desfallecimiento del personaje se debe más al contexto.

Necesidades: Afiliación emocional (demostrar sentimientos positivos hacia hijos)

Presiones: Rechazo (nadie se interesa por el héroe)

Mecanismos de defensa: *solo existe manifestación de la angustia

Lámina 19

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento difícil de desentrañar. La historia se basa en los reflejos y percepciones en donde todo es abstracto y hay perseveraciones en el contenido (comparándolo con los anteriores relatos).

Héroe: No hay héroe principal, se podría hablar más bien de un objeto como centro de la historia. Este distanciamiento en donde la persona es opacada por el vidrio (anteojos) y lo que percibe, muestra un ángulo de la narrativa en donde sólo se caracteriza a dichas percepciones. Lo más resaltante son que éstas percepciones son completamente negativas, como si de alguna forma dependiendo del lente se pudiese identificar aspectos del sujeto particulares.

Ambiente: Si muy bien no se detalla el ambiente. Lo que sí se evidencia es una fuerte kinestesia ante las percepciones manifestadas, las cuales muestran un ambiente hostil y lleno de elementos amenazantes y desvalorizantes de la vida.

Final: Es un desenlace sentenciador, cómo si el sujeto no pudiese tener más opción que ver todos esos sentimientos negativos como aspectos que lo califican y acompañan a todo momento.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio y total está por debajo del promedio. La desorganización de la historia sumada a las pocas palabras emitidas muestran la movilización de la lámina y los rasgos impulsivos para evadirla.

Comportamiento del sujeto: La participante no hizo un esfuerzo por organizar sus ideas y desarrollar una historia un poco más cohesionada.

Lenguaje: Los elementos relatados son atributos ideológicos en cuanto a la investidura que los sujetos pueden colocarse a sí mismos y cómo al clasificarse su mundo interno así, el externo llega a admirarse bajo el mismo lente.

Análisis Aperceptual: Carencia, confort, vacío, plenitud, frustración-seguridad.

Los elementos encontrados denotan sentimientos de vacío y pérdida, es resaltante que a pesar de no ser el clisé de la historia. El símbolo de la misma, las ventanas como ojos, fueron percibidos por el sujeto a través de cristales que reflejan dichos sentimientos y los objetivizan.

Necesidades: Exhibición (manifestar su verdadero reflejo)

Presiones: Dominación por coerción (sentimientos reflejos como directrices)

Mecanismos de defensa: *simbolización

Lámina 20

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento descriptivo, un tanto superficial. Maneja cierto nivel de resistencia por crear una historia o identificarse con algún aspecto del héroe. Cabe destacar la importancia para la participante de las expresiones faciales, o la mirada del Otro, como signo para identificar o recrear algo.

Héroe: Es un sujeto con poco sentido de pertenencia con lo que está ejecutando, pareciera que el hecho de estar expuesto a la “oscuridad” lo inquieta. Es significativo como la búsqueda de “luz” podría interpretarse como: caminos, esperanza o libertad (entre muchos otros), pero en este caso el sujeto sólo lo desenvuelve en el ámbito del deseo de alejar algo incómodo, pero incluso sabiendo eso el héroe está pasivo como si los cambios llegasen solos.

Ambiente: Es característico de un trabajo de guardia, custodiando algo. Al relatar que es un parque hace alusión implícita a follaje alrededor y quizás soledad en la tarea.

Final: Está incierto, no explica si el personaje conseguirá o no la luz que tanto ansía, y si logra alejar lo oscuro de sí. Pareciera que el personaje no tiene recursos para conseguir sus objetivos.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio y total están en el promedio; número de palabras está por debajo del promedio lo que señala que a la participante se le dificulta idear y empatizar con la lámina para desarrollar sus capacidad creativa.

Comportamiento del sujeto: No manifestó ni gestos ni expresiones que demostraran una conexión emocional con la historia.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índole cotidiano en donde el lenguaje es casual y el modo en relatar la historia fue superficial.

Análisis Aperceptual: Preocupaciones, abandono, culpa, castigo.

Nuevamente el clisé de la lámina es relatado, también los elementos de soledad, sentimientos de tristeza, búsqueda de amparo, sentimientos de abandono vuelven a resaltar en la historia. En donde cabe destacar el cuestionamiento de “la mirada” o verse la cara como elemento simbólico para desentrañar los pensamientos y sentimientos de alguien, se ve acá la función reverie como la del infante.

Necesidades: Protección (mantener resguardada la zona)

Presiones: Adquisición social (sentimientos reflejos como factores a alcanzar)
Mecanismos de defensa: *simbolización

Apéndice G: Sumario Estructural Caso Pentesilea

SUMARIO ESTRUCTURAL			
Localización	Determinantes		Contenidos
Zf = 12	Múltiples	Simple	H = 8
Zsum = 30	FD, TT	M = 6	(H) = 1
ZEst = 38	FY, FC'	FM = 1	(Hd) =
	FD, TH ^u	m =	Hd = 13
	FD, H ^u	FC = 2	Hx =
W = 8	FD, FC	CF =	A = 10
D = 29	TH ^u , FC, FD	C =	(A) = 1
W+D = 37		Cn =	Ad = 5
Dd = 12		FC' =	(Ad) =
S = 7		CF =	An = 5
		C' =	Art = 3
DQ		FT =	Ay =
		TF =	Bl =
+ (10)		T =	Bt = 2
o (36)		FV = 1	Cg = 6
v/+ (1)		VF =	Cl =
v (2)		V =	Ex =
		FY = 2	Fd = 1
		YF = 1	Fi =
		Y =	Ge =
		Fr =	Hh =
		rF =	Ls = 1
		FD = 5	Na =
		F = 25	Sc =
		<2> = 15	Sx =
			Xy = 2
			Idio =

Calidad Formal		
FQX	MQ	W+D
+ 0	+ 0	+ 0
o 10	o 3	o 9
u 16	u 1	u 13
- 22	- 3	- 15
s.f. 1	s.f. 0	s.f. 0

Resumen del Enfoque	
Lámina	Loc.
I	D, D, Dd, W, W
II	D, Dd, DdS, Dd
III	D, D, DdS, D
IV	D, W, D, W
V	W, W, W
VI	D, D, D, Dd
VII	D, D, D, D, D, Dd, D, D
VIII	D, Dd, D, D, D
IX	Dd, Dd, D, D, D, Dd
X	Dd, Dd, D, D, Dd, D, D

Valoraciones Especiales	
Nivel 1	Nivel 2
DV = 2 x1	x2
INC = 3 x2	x4
DR = 3 x3	x6
FAB = 3 x4	x7
ALOG = x5	
CON = x7	
SumBruta6 = 11	
SumPond6 = 29	
AB = 1	GHR = 6
AG = 0	PHR = 4
COP = 4	MOR = 2
CP = 0	PER = 1
	PSV = 5

RAZONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES

SECCIÓN PRINCIPAL

R = 49	L = 1,041
EB = 7,2	EA = 9
EBP = 3,5	er = 3,5
eb = 3,7	es = 10
	D = 0
	Adj es = 7
	Adj D = 0
FM = 3	C' = 1
	T = 1
m = 0	V = 1
	Y = 4

AFECTOS

FC, CF + C =	4 : 0
C Pura =	0
SumC' : Sumpond C =	1 : 2
Afr =	9,53
S =	7
Múltiples R =	6 : 18
CP =	0

INTERPERSONAL

COP = 4	AG = 0
Comida =	1
GHR : PHR =	6 : 4
a : p =	6 : 4
Aislamiento/R =	0,061
SumT =	1
H Pura =	8
H+Ha+(H)+(Hd) =	22
PER =	1

IDEACION

a : p = 6 : 4	Sum6 = 11
Ma : Mp = 3 : 4	Nivel 2 = 0
2AB+(Art+Ay) = 6	SumPond6 = 29
MOR = 2	MQsin = 0
M = 3	

MEDIACION

XA% =	0,53
WDA% =	0,448
X-% =	0,448
S =	6
P =	5
X+% =	0,204
Xu% =	0,326

PROCESAMIENTO

Zf =	12
Zd =	+12
W.D.Dd =	8 : 21 : 12
WM =	8 : 7
DQ+ =	10
DQv =	2
PSV =	5

AUTOPERCEPCION

3r + (2)R =	0,306
Fr + rF =	0
SumV =	1
FD =	10
An + Xy =	5
MOR =	2
H:(H)+Hd+(Hd) =	8 : 14

PfI <input type="checkbox"/>	DEPI <input checked="" type="checkbox"/>	CDI <input type="checkbox"/>	S-CON <input type="checkbox"/>	HVI <input checked="" type="checkbox"/>	OBS <input type="checkbox"/>
RUTINAS DE INTERPRETACION:					
Adj D + <input checked="" type="checkbox"/> C	EB INTRORSIVO <input checked="" type="checkbox"/>		I-PM-C-A-PS-PI		
LAMBDA > 0,99 <input checked="" type="checkbox"/> P-M-I-C-A-PS-PI	EB EXTRATENSIVO <input checked="" type="checkbox"/>		P-PS-PI-C-P-M-I		
REFLEJO > 0 <input checked="" type="checkbox"/> PS-PI-C	p > 2 + 1 <input checked="" type="checkbox"/>		I-P-M-C-PS-PI-A		

C=Control; PS=Percep.sí mismo; PI=Percep. interp.; A=Afectividad; P=Procesamiento; M=Mediación; I=Ideación
 Tomado de Exner, 2001: Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprensivo, 5ª Ed. Revisado

Apéndice H: Análisis TAT Caso Penteselea

Lámina N° 1

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento marcado por el opositorismo del héroe para realizar una actividad. Se muestra la presión parental y social percibida por el héroe por cumplir o no con sus lecciones y concierto. Es una historia que muestra la ambivalencia entre los mandatos del Ello y Superyó, y dan claves de la dinámica psíquica del sujeto.

Héroe: el héroe principal es un niño que se muestra reacio a continuar haciendo sus clases de violín. Se encuentra en una lucha entre sus deseos de ser infantil y realizar cosas de este rol, comparados con sus deberes o ideales sociales (que percibe como impuestos) en dónde sopesa sus opciones; pero continúan sus inseguridades para tomar una decisión final.

Ambiente: Contexto es un habitación oscura y vacía que le provee más rechazo al héroe de ejecutar sus actividades, sumado a esto se encuentran las demandas ambientales introyectadas en el sujeto, ya sea por los padres o indicadores sociales, que le proveen tensión de cumplir o no expectativas de otros.

Final: El desenlace es incierto. El héroe no toma una decisión acerca de su futuro; pero tiende a sopesar sus deseos y deberes para tomar dicha decisión. La ambivalencia emocional está marcada en el final.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por encima del promedio.

Comportamiento del sujeto: Se adecuaba a las angustias del héroe, hacia la dramatización de la historia como si estuviese en una audición.

Lenguaje: Fue narrado en primera persona, el sujeto se identificaba con el personaje de la historia para darle mayor vida a la narrativa. El lenguaje corporal dramatizaba las quejas, angustia y debate interno del héroe.

Análisis Aperceptual: Deber, sometimiento o rebelión.

La historia es el clisé, manifiesta la actitud rebelde ante la autoridad, en donde se infiere que la imagen de sus progenitores es demandadora y rígida. Existe un claro criterio económico como principal pilar en la toma de decisiones, se evidencia introspección en donde sopesa pros y contra a la hora de ejecutar un acción y se debate siempre entre los mandatos del Ello y del Superyó.

Necesidades: Inviolabilidad (preservar el buen nombre ante los padres); Deferencia de conformidad (Cumplir el deseo de los padres); Afiliación asociativa (estar con amigos)

Presiones: Dominación por coerción (padres explican mérito social); Ejemplo de buena influencia (los padres adquieren características de querer lo mejor)

Mecanismos de defensa: Supresión.

Lámina N° 2

Tema descriptivo: Es un argumento se basa en las expectativas a futuro. El héroe es joven y con ideales de calidad de vida que superan a las aspiraciones de sus padres. Imagina su vida con mayores recursos tanto intelectuales como económicos.

Héroe: el héroe principal es una joven que niega como su futuro las raíces hogareñas. Considera que la independencia está forjada por los elementos de la urbe. Los deseos e ideales se hallan expresados con pensamientos progresistas y para lograr las metas propuestas reconoce que implica un esfuerzo de su parte. Los personajes secundarios muestran la adaptación y conformismo por el sistema de vida de campo, aspecto incongruente para el héroe que cuestiona incluso las aspiraciones maternas para la próxima prole.

Ambiente: Contexto campestre específicamente en cosecha. Se relata la historia en un mundo rural con aspiraciones académicas y profesionales limitadas.

Final: El desenlace es óptimo. El héroe se encamina en la consecución de sus metas pensando en las mejoras salariales y de calidad de vida para sí, como la futura criatura.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran en el promedio.

Comportamiento del sujeto: Estuvo marcado de añoranza. La identificación proyectiva fue bastante amplia las expresiones faciales mostraban más recuerdos de aspiraciones pasadas y al mismo tiempo orgullo de metas cumplidas.

Lenguaje: La narrativa vuelve a ser en primera persona, usa lenguaje cotidiano. Y la narrativa es fluida, como un recuerdo.

Análisis Aperceptual: Conflictos de adaptación o intrafamiliares.

Al igual que la historia anterior es el Clisé de la lámina. Manifiesta los problemas de adaptación a las formas de vida rural, en donde hay un nivel de aspiración mayor al que se maneja dentro de la familia (resalta el estudiar como un objetivo de vida) y que se encuentra disconforme con el estilo de vida campestre, al igual que en la

lámina anterior existen criterios opositoristas hacia sus progenitores y considera que sus cambios intelectuales pueden garantizar ayuda hacia sus allegados.

Necesidades: Logro (superar estereotipos sobre qué esperan de su vida), Reconocimiento (que identifiquen su éxito) y Conocimiento (adquirir mayores destrezas)

Presiones: Dominación por coerción (padres apremian estilo de vida campestre); Ejemplo de buena influencia (los padres adquieren características roles sociales aceptables)

Mecanismos de defensa: Introyección

Lámina N° 3

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento basado en los sentimientos de desolación del héroe al tener la pérdida de su hijo. En donde existe un caos ideativo y sólo hay pensamientos sobre el dolor

Héroe: el héroe principal una mujer que ha perdido no sólo a su hijo, sino también su rol de madre. Los sentimientos y pensamientos se hayan enfocados en el duelo. No encuentra en un proceso de aceptación de la muerte pero al mismo tiempo se cuestiona sobre el futuro, como si existiese una despersonalización (a nivel de identidad).

Ambiente: Contexto con limitaciones endógenas para el héroe. Ante su dolor obvia cualquier otro elemento de su contexto.

Final: El desenlace es óptimo. El héroe se encamina en la consecución de sus metas pensando en las mejoras salariales y de calidad de vida para sí, como la futura criatura.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran en el promedio.

Comportamiento del sujeto: Estuvo marcado de añoranza. La identificación proyectiva fue bastante amplia las expresiones faciales mostraban más recuerdos de aspiraciones pasadas y al mismo tiempo orgullo de metas cumplidas.

Lenguaje: La narrativa vuelve a ser en primera persona, usa lenguaje cotidiano. Y la narrativa es fluida, como un recuerdo.

Análisis Aperceptual: Desesperación y culpa.

Al igual que la historia anterior es el Clisé de la lámina. Manifiesta los problemas de adaptación a las formas de vida rural, en donde hay un nivel de aspiración mayor al que se maneja dentro de la familia (resalta el estudiar como un objetivo de vida) y que se encuentra disconforme con el estilo de vida campestre, al igual que en la lámina anterior existen criterios opositoristas hacia sus progenitores y considera que sus cambios intelectuales pueden garantizar ayuda hacia sus allegados.

Necesidades: Afiliación emocional (querer a su hijo en vida) Socorro (con el pensamiento mágico-religioso desea ayuda para superar la pérdida)

Presiones: Pérdida (Hijo muerto)

Mecanismos de defensa: Manifestación de la angustia de separación, etapa del duelo

Lámina N° 4

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento basado en los roles dentro de una relación heterosexual. Posiciona a la mujer como alguien cautivador y erótico; mientras la hombre como un ser pasivo y al mismo tiempo cobarde.

Héroe: el héroe principal es una mujer que está muy cómoda con su sexualidad. Usa elementos eróticos para conquistar y apresar a los hombres. En cambio el personaje secundario (hombre) se ve atrapado y motivado a huir de esta situación. Un aspecto resaltante es el hecho que el héroe a pesar de conocer la negativa o resistencia del hombre, todavía insiste en volverlo objeto de su deseo y de alguna forma esto evidencia elementos egocéntricos de dicho personaje.

Ambiente: Contexto es íntimo se aprecia una escena de coqueteo explícito, que si muy bien no detalla el ambiente. La tensión es de índole sexual.

Final: El desenlace es incierto, no se conoce a seguridad si el caballero será "atrapado" por el héroe. Sin embargo vemos como dicho héroe usará todos sus recursos femeninos con tal de garantizar la estadía del hombre en su vida.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran en el promedio.

Comportamiento del sujeto: Estuvo marcado por el dramatismo, convirtió la historia en un relato de novela. Expresa gestos con las manos cuando hacía la voz del héroe.

Lenguaje: La narrativa vuelve a ser en primera persona, usa lenguaje cotidiano. Y la narrativa es fluida y dramática.

Análisis Aperceptual: Abandono, celos, infidelidad, competencias..

Clisé. Describe cómo son sus actitudes frente a la huida o abandono de la pareja en donde se evidencia el uso de la sensualidad como herramienta de retención. Existe una gran omisión de la mujer desnuda de la lámina que nos puede dar cuenta de la negación o supresión como mecanismos de defensa para así continuar obviando las posibles actitudes infieles de la pareja.

Necesidades: Sensualidad y Juego (a través de la seducción), Retención (trata a la pareja como objeto de deseo y debe ser retenido)

Presiones: Rechazo (la pareja no la desea)

Mecanismos de defensa: Represión

Lámina N° 5

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento muestra una disputa entre la heroína y el personaje secundario. Se evidencia la rabia del pasado proyectado en la situación actual.

Héroe: el héroe principal es una mujer que encuentra displacentera la visita de su madre. La relación madre-hija se ve truncado por inconvenientes del pasado que continúan agobiando el presente del héroe. Así mismo la actitud de este personaje ante su madre es desafiante y altiva, con aires de superioridad. Mientras que en ningún momento se expresa en la historia alguna opinión del personaje secundario, si se evidencia que en la fantasía del héroe por fin ha sido derrotada la imagen de dicha madre que queda sumisa y pasiva a los comentarios del héroe.

Ambiente: Contexto con tensión de discusión. No hay descripción del ambiente, salvo que el héroe está dentro de alguna habitación y en el exterior se encuentra su madre.

Final: El desenlace es incierto. No existe una culminación de la discusión ni arreglo entre las partes, lo que explica la latencia de los conflictos.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran en el promedio.

Comportamiento del sujeto: Durante la historia el sujeto se muestra en reciprocidad con lo expresado en la historia, relata los hechos con simpatía por las emociones del héroe.

Lenguaje: Los elementos relatados fueron expuestos con un lenguaje casual (aunque sí existe entonación de discusión).

Análisis Aperceptual: Imagen de la madre-Esposa (protectora vigilante, castradora).

Nuevamente el clisé, observamos nuevamente una actitud desafiante ante la progenitora, en donde se pone en manifiesta la fijación en conflictos acontecidos en la infancia. Existe un claro reclamo angustioso a dichos conflictos que podrían dar indicios hipotéticos acerca de la configuración de la maternidad como algo castrador y rígido.

Necesidades: Oposición (mantener orgullo frente a figura materna). Rechazo (clara evidencia de rabia ante la figura materna)

Presiones: Afiliación asociativa/emocional (deseo de la otra figura por estar cerca del héroe)

Mecanismos de defensa: Proyección.

Lámina N° 6

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento basado en los roles dentro de una relación heterosexual. Posiciona a la mujer como alguien que debe ser conquistada por la pareja y tener actitudes desafiantes que hagan del cortejo un juego; mientras la hombre como un ser receptivo a las demandas, conciliador y sumiso en las relaciones de pareja.

Héroe: el héroe principal es una mujer que está manifestando su resistencia a los encantos masculinos del personaje secundario, en esto evidencia su orgullo femenino ante la falta que cometió dicho personaje ante ella. También se evidencia actitudes seductoras en donde establece un juego de dominación con este personaje para detallar el esfuerzo que realiza para ganar su gracia.

Ambiente: Contexto es de índole sexual (relación amorosa), en donde hay tensión debido a una discusión entre los personajes.

Final: El desenlace es conciliador, el héroe trata de llegar a un acuerdo con el personaje secundario y así la situación se torna en la resolución de conflictos.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran en el promedio.

Comportamiento del sujeto: Estuvo marcado por el dramatismo, convirtió la historia en un guion de película.

Lenguaje: La narrativa vuelve a ser en primera persona, usa lenguaje cotidiano. Y la narrativa es fluida y dramática.

Análisis Aperceptual: Expectativas, temores, sospechas, presión, extorsión.

La historia demuestra las expectativas de la participante sobre las relaciones de pareja, en donde espera ser atendida y apreciada. Cuando hay evidencia del orgullo detallamos elementos esenciales del narcisismo, que sí bien ayuda en la autoestima puede repercutir negativamente en la resolución de conflictos de pareja (u otras relaciones interpersonales). Así mismo, expone como usa la sensualidad (manifestación directa de la libido sexual) como sistema de presión/extorsión hacia la pareja.

Necesidades: Sensualidad (distinción de roles en el juego de dominación), Oposición (desquitarse por ofensa amorosa)

Presiones: Dominación por coerción (pareja convence y manifiesta excusas)

Mecanismos de defensa: Represión

Lámina N° 7

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es una historia basada en la relación que establece el héroe con las figuras de autoridad. En donde claramente hay un descontento con la norma impuesta y manifiesta cumplir sus deseos.

Héroe: el héroe principal es una niña que está quejumbrosa por la normativa de la institutriz, esto evidencia los rasgos opositorista ante la autoridad y cómo se enfoca en sus deseos anulando el resto de las actividades.

Ambiente: Contexto es hogareño, en donde hay disposición de espacio físico para que el héroe puede complacer sus demandas pero la normativa es que le impide ejecutarlos.

Final: El desenlace es incierto, no se evidencia que sus deseos sean satisfechos pero tampoco que rompa con la norma.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Dramatizó el tono de voz de la niña, identificándose con sus demandas.

Lenguaje: La narrativa vuelve a ser en primera persona, usa lenguaje cotidiano.

Análisis Aperceptual: Imagen de la madre y actitudes frente a la maternidad.

Se evidencia un clara postura opositorista ante la figura femenina de autoridad (madre, nana...), en donde expone actitudes regresivas como manera de manifestar sus descontento e ira sin sentir culpa por el comportamiento ejercido. Vemos la catexis de la participante es negativa ante la imagen de la maternidad (que se relacionaría con su historia personal*)

Necesidades: Oposición (desafío ante la figura de autoridad), rechazo (se rehúsa a acceder a las demandas del otro)

Presiones: Dominación por restricción (nana prohíbe salidas).

Mecanismos de defensa: Represión

Lámina N° 8

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento en un momento de ensimismamiento del héroe, cuestionando sus estados afectivos y deseos de reconocimiento en donde explica cómo ha enmascarado sus pensamientos con una sonrisa.

Héroe: el héroe principal es una mujer que se encuentra sumida en su mundo interno, está como analizando desde perspectivas preconscientes sus reacciones emocionales, pensamientos y estados de afrontamiento ante estos.

Ambiente: contexto no está descrito.

Final: El desenlace es incierto, solo se esclarece su deseo de continuar en su mundo interno.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran en el promedio.

Comportamiento del sujeto: Estuvo sumiso e involucrado en la historia.

Lenguaje: La narrativa vuelve a ser en primera persona, usa lenguaje cotidiano cuyo tono de voz era suave.

Análisis Aperceptual: Problemas actuales y fantasía.

Se manifiesta el clisé de la lámina, en donde hay un espacio de introspección entre sus problemas actuales (reconocimiento, tristeza, sentimientos de no valía) y cómo ella está reaccionando ante esto. Identifica que sus fantasías se encuentran en continuar ensimismada como sí no importara el feedback con los Otros sino el que tiene consigo misma (elemento que denota intelectualización).

Necesidades: Juego (interacción consigo misma, en donde establece como personajes), Reconocimiento (deseo de ser identificada desde lo más introspectivo)

Presiones: Eliminó las presiones extrínsecas, todo ocurre en su mundo intrapsíquico*

Mecanismos de defensa: Simbolización e intelectualización

Lámina N° 9

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Nuevamente relucen argumentos de las interacciones entre el héroe y figuras de autoridad femeninas, en donde hay claramente un rechazo por cumplir la norma.

Héroe: el héroe principal es una joven que desea cumplir sus deseos de libertad (hedonismo del Ello) y no satisfacer las normas sociales. Manifiesta abiertamente su oposición ante la institutriz, y juega con la autoridad.

Ambiente: Contexto no está definido, solo menciona un hecho de escape por parte del héroe como acto de acting-out.

Final: El desenlace es la huida del héroe ante las presiones ambientales, en donde sólo reacciona ante el estrés situacional.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran en el promedio.

Comportamiento del sujeto: Estuvo acorde a lo proyectado en la historia, había excitación ante la huida del héroe.

Lenguaje: La narrativa vuelve a ser en segunda y primera persona, se destaca por dramatizar el diálogo entre ambos personajes y manifestar la emotividad involucrada en el mismo.

Análisis Aperceptual: Competencia femenina.

No es el clisé de la lámina para adultos, su historia se relaciona con el clisé de niños. Lo que evidencia un poco como mecanismos regresivos para entender y posicionarse en las relaciones interpersonales con personas del mismo género, lo cual expone que su competitividad va de la mano con le imago materno y cómo se ha mencionado en anteriores análisis dicha relación es oposicionista.

Necesidades: Oposición (rechazo al cumplimiento de la norma), defensa (huir para defender de la culpa que genera no cumplir la norma)

Presiones: Dominación por restricción (normativa impuesta por la institutriz)

Mecanismos de defensa: Negación

Lámina N° 10

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento de ánimo melancólico, explica la dependencia de la relación de pareja en donde se considera el consuelo y acicalamiento como demostración de afecto.

Héroe: el héroe principal es una mujer que demanda cariño. Su relación con el personaje secundario hace entender que existe agonía por la falta demostraciones de afecto, en donde vivir el presente se hace imperante.

Ambiente: Contexto de intimidad expuesta, es melodramática la escena en donde se coloca a flor de piel las necesidades del héroe.

Final: El desenlace es incierto, solo se plantea la demanda del héroe más se desconoce que si son satisfechas estas necesidades de cariño por parte del personaje secundario.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Durante ésta lámina existió empatía en su tono voz con lo relatado, se identificó claramente y proyectó su preocupación en su relación de pareja.

Lenguaje: Los elementos relatados fueron expuestos con un lenguaje cotidiano en donde relató sus vicisitudes en su relación amorosa.

Análisis Aperceptual: Actitud frente a la separación.

Clisé de la lámina. Se manifiesta su dependencia al vínculo de pareja y cómo sus necesidades de afecto son elevadas, existen elementos que manifiestan su inseguridad de separación con dicho vínculo y cómo demandas la contención por medio de las caricias.

Necesidades: Afiliación emocional (necesidad de tener contención emocional por parte de la pareja)

Presiones: Afiliación emocional (que la pareja brinde dicha contención de manera recíproca)

Mecanismos de defensa: Simbolización

Lámina N° 11

Tema descriptivo: Es un argumento marcado por el terror de los personajes a ser devorados, en donde la ayuda se lejana. Hay elementos fantasiosos (como de cuento) en donde existe la huida y salvaguardo ante el peligro, y nada más ni nada menos que en un fortaleza real (castillo).

Héroe: Son dos héroes principales, ambos en estado de apuro por la venida de un dragón como elemento atemorizante. Los héroes se ven en la necesidad de sacrificar algo de sus pertenencias (las bestias) para lograr buscar ayuda, en donde hay una ambivalencia y resistencia a dejar dicho animales o pedir socorro.

Ambiente: Contexto cargado de infortunios que llevan a los héroes a tomar medidas de huida y desvarío de sus pertenencias. Existe un miedo patente por la posibilidad de ser devorados por el dragón y buscan asilo en el castillo, considerando el ambiente de este un elemento de contención (a pesar de la existencia de catatumbas).

Final: El desenlace es favorecedor para los héroes, logran escapar y obtener refugio. Como un regreso a la zona de confort.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Relató la historia de forma que se evidenciaba su entusiasmo y abstracción por la misma.

Lenguaje: El lenguaje fue fluido en función de la historia, describió al ambiente con elementos característicos de los cuentos de fantasía. Tono de voz amena.

Análisis Aperceptual: Ansiedad frente al peligro.

Nuevamente la historia es el clisé. Se manifiestan sus ansiedades ante el peligro en donde el sujeto al verse acorralado busca la mejor solución para el conflicto, reconociendo que a veces hay que hacer sacrificios durante los mismos, lo cuales tienden a ser materiales más no del sí mismo. Habla acerca de la forma en cómo a elaborado estrategias de contención por ella misma, y en donde la zona de confort es la que genera sentimientos de control ante la angustia.

Necesidades: socorro (solicitud de ayuda ante situación de peligro), protección (necesidad de proveer amparo a sí misma como a los suyos)

Presiones: Peligro físico (hay elementos ambientales que ponen en peligro la integridad del héroe); afiliación asociativa (el personaje secundario contribuya en la búsqueda de ayuda)

Mecanismos de defensa: Represión

Lámina N° 12

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es una historia basada en el conflicto de intereses entre el héroe y el personaje secundario, en donde se cuestionan los criterios personales de conductas apropiadas e inapropiadas (Mandatos del Súper Yo).

Héroe: el héroe principal es una mujer rígida que está ceñida a las normas sociales y que claramente manifiesta un descontento (juzga) el comportamiento del personaje secundario (señora que “chismea”), en donde toma un postura de renuencia a permitir que dicho personaje continúa infligiendo su norma. Sin embargo, a veces cede ante las demandas del personaje lo que desestima para no sentir culpa.

Ambiente: Contexto es la urbe donde conviven ambos personajes y hay una clara tensión conflictiva.

Final: El desenlace es incierto, el héroe se posiciona en esta interacción dentro de las normativas de convivencia (“respetar” la existencia del Otro) pero al mismo tiempo no libera la impotencia que le genera el personaje secundario.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: Durante ésta lámina existió empatía en su tono voz la posición inconforme del héroe principal.

Lenguaje: Los elementos relatados fueron expuestos con un lenguaje cotidiano en donde evidenció su manera de afrontar un conflicto interpersonal.

Análisis Aperceptual: Tentación instintiva de defensa.

Demuestra el clisé de la lámina, en cuanto a la manifestación de los estados defensivos en su manera de interrelacionarse con figuras del mismo sexo, y como en las láminas anteriores existe una marcada competitividad en donde la dominación por demostrar quién es la mejor siempre está presente, además de los elementos opositoristas.

Necesidades: Rechazo (repudia cualquier nexo con el personaje secundario)

Presiones: Dominación por inducción (el personaje secundario ejerce su dominio sobre el héroe)

Mecanismos de defensa: Supresión y proyección

Lámina N° 13

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento de duelo, especula las primeras reacciones de un ser allegado al fallecido. Demuestra la desesperanza y desasosiego ante la pérdida en donde se encuentra en la deriva y entre la búsqueda de razones lógicas y demandas egoístas (“*me abandonó*”) para los sentimientos de tristeza.

Héroe: Es un héroe sumado en el dolor, en las primeras etapas de duelo como la negación en donde se ve sumido en cuestionamientos hacia el futuro, el cual percibe con soledad extrema y sin respuestas de consuelo.

Ambiente: Es un contexto de desolación debido a la pérdida. Los pensamientos y sentimientos del héroe proyectan un contexto plagado de tristeza y sin alternativas.

Final: Es un desenlace fatal, la muerte asechó a la pareja del héroe tomó consigo al compañero amoroso del héroe. Quien se sumerge en la tristeza y soledad.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio y total se encuentra por encima del promedio. Mientras que el número de palabras está por debajo.

Comportamiento del sujeto: Construyó la historia con facilidad, se identificó con la parte masculina de la historia ante la posible pérdida de pareja.

Lenguaje: El lenguaje corporal y facial demostraron empatía por el dolor del protagonista de la historia, el tono de voz fue pausado y con timbre triste.

Análisis Aperceptual: Actitud ante la relación heterosexual (ansiedades).

Clisé de la lámina. Se manifiestan sus percepciones acerca de la separación debido a la muerte de la pareja en donde su posición se proyecta en sumarse a un estado de dolor, que es característica principal del duelo (en su primera etapa) y en las que invaden pensamientos recurrentes de desolación, sentimientos de pérdida, culpa ante la posible reacción social (familiar). Esto evidencia que dentro de sus principales ansiedades actuales se encuentra la muerte como un hecho de separación definitiva en la relación de pareja.

Necesidades: Pérdida (duelo ante la ausencia de la pareja), Conocimiento (desentrañar las razones de por qué ocurre la muerte)

Presiones: Carencia (la muerte es inesperada y le genera vacío emocional al personaje)

Mecanismos de defensa: angustia de muerte*, simbolización

Lámina N° 14

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento sobre la fantasía de poder explorar lo desconocido. Encaja al mundo exterior en un mundo lleno de posibilidades y libertad.

Héroe: En la historia el héroe sin género definido (solo al final hace uso de “cansada” como referencia femenina). Se encuentra en la penumbra de su propio encierro, caracterizado por la soledad y falta de contacto con un Otro. Evidencia en agentes externos (ventana, ambiente exterior) como elementos de sus deseos no satisfechos, la soñada libertad. El héroe está ambivalente entre sus necesidades de aventura y la zona de confort (miedo a lo desconocido). Sin embargo, demuestra criterios optimistas para afrontar las situaciones.

Ambiente: Hace alusión a un contexto esperanzador, que llena de expectativas al héroe de cumplir sus metas. Exhibe como a veces se toman decisiones sopesando los riesgos y al mismo tiempo reconoce que sin tomarlos no se puede saber que pasará.

Final: Está incierto aunque esperanzador para el personaje. Queda colgando a la expectativa de poder conseguir su libertad (satisfacer sus necesidades y deseos) siempre y cuando salte al mundo exterior.

Tiempos: En cuanto al tiempo total y el número de palabras del sujeto se encuentran por debajo del promedio. Mientras que el tiempo de reacción o inicial esta por encima.

Comportamiento del sujeto: Cada vez que la participante relata una historia se involucra en el personaje, proyecta de manera muy evidente sus percepciones acerca del tema a desglosar. Sus gestos faciales eran congruentes con el desarrollo de la historia.

Lenguaje: El lenguaje es casual y el modo en relatar la historia fue pausado. Existía congruencia entre lo relatado y el lenguaje corporal expresado, estuvo el discurso marcado por las expectativas y sentimientos hacia la aventura.

Análisis Aperceptual: Hombre adentro: fantasías, expectativas, evocaciónHombre afuera: evasión, aventura sexual, robo.

Clisé de la lámina. La historia demuestra nuevamente sentimientos ambivalentes entre sus expectativas y temores, no hay rasgos de impulsividad sino más bien un esquema de trabajo en la ideación en donde sopesa entre sus deseos/ideales y sentimientos/realidad. A pesar de esto, la fantasía está marcada por expectativas alentadoras que satisfacen las necesidades (angustia ante el claustro y pocas posibilidades de cambio) proyectadas en la historia.

Necesidades: Inviolabilidad (preservar el buen nombre ante los padres); Deferencia de conformidad

(Cumplir el deseo de los padres); Afiliación asociativa (estar con amigos)

Presiones: Dominación por coerción (padres explican mérito social); Ejemplo de buena influencia (los padres adquieren características de querer lo mejor)

Mecanismos de defensa: represión

Lámina N° 15

Tema descriptivo: Es una narrativa gira en torno a la culpa ante la separación. La muerte se convierte en una representación que pone distancia corporal, más no espiritual y psíquicamente.

Héroe: en la historia el héroe es un sujeto que ante sus sentimientos de culpa por no estar con su amada (se desconoce si era pareja o familiar) siente la necesidad de realizar un ritual, ir a su tumba a rezar por la noches, irrumpiendo con los horarios del cementerio y siendo perseguido por la guardia. Vemos como ante la culpa el héroe se somete a posibles daños a su persona, como agente social, con tal de calmar dicha angustia de separación. Cabe resaltar que en la historia el héroe siente que posee grilletas en sus manos, y asume que la única forma de expiarse de la culpa es a través de esto.

Ambiente: Es un cementerio oscuro y lúgubre. El ambiente es nocturno y la tensión está dividida entre la sensación de calma que provee al héroe estos elementos para llevar a cabo su ritual y la paranoia de ser encontrado.

Final: El desenlace parece inconcluso, al ser casi descubierto el héroe queda con la promesa de continuar con este ciclo.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio es mayor al promedio. En cuanto el tiempo total y número de palabras del relato se encuentra en el promedio esperado.

Comportamiento del sujeto: Al igual que anteriores relatos existe una identificación con lo relatado, sus gestos faciales demuestran tanto el pesar de la culpa del héroe como su premura de huir ante el posible encuentro con el guardia.

Lenguaje: Se sumerge en un discurso en primera persona, en donde explica tanto los sentimientos como pensamientos del personaje.

Análisis Aperceptual: Muerte, culpa y castigo.

Clisé. El sujeto manifiesta su beneficio secundario de los sentimientos de culpa, en donde se somete a un castigo autoinfligido para poder satisfacer la idea que con eso logra expiar dichos sentimientos. Sin embargo, con los criterios que coloca (de noche, que puede encontrarlo un guardia) para llevar a cabo el castigo también expone su ambivalencia y resistencia al mismo que inconscientemente trata de anular el castigo sin la angustia que fue hecha por su propia acción.

Necesidades: Deferencia de respeto (reconoce a la tumba como símbolo de respeto hacia el fallecido); Reconocimiento (expiación de la culpa por ir a rezar)

Presiones: Conocimiento (puede ser atrapado infringiendo el horario).

Mecanismos de defensa: represión

Lámina N° 16

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento detallado sobre sus sentimientos y percepciones acerca de su historia de vida. Trata de hacer introspecciones sobre sus vivencias desde su infancia a la adultez.

Héroe: en la historia el héroe es la misma participante, aquí ya no hay una proyección sino un relato sencillo que engloba su experiencia vital como un ciclo lleno de rechazos y desplantes, considera de forma egocéntrica que puede ser más sublime que los sentimientos de rabia u odio y logra perdonar a quienes la agredieron. Trata de buscar consuelo y “enriquecer su existencia” a través de la cotidianidad. Reconoce que entre sus percepciones sobre su vida hay desesperanza abrumadora y se encuentra en constante búsqueda de momentos de alegría (aunque efímeros), viendo esto como una carrera de superación de obstáculos.

Ambiente: El contexto oscila en la ambivalencia de la vida misma, en donde hay momentos esperanzadores y otros de rechazo y tristeza.

Final: Está incierto. Es una historia que continúa desarrollándose y que el héroe principal no ha dado finiquito.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, totales y número de palabras están dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: Se evidenció la vulnerabilidad de la participante en donde rompe la barrera de la proyección y prefiere reflejarse a sí misma en la historia.

Lenguaje: Los elementos relatados son de ídoles cotidianos, en donde se evidencia lo presente de sus pensamientos y sentimientos dirigidos a la tónica mencionada. Si se detalla en discurso, hace alusión como a una filosofía de vida en donde trata de “escribir lo que quiere ver y no tener una vida aburrida, enriqueciendo su existencia con las experiencias”.

Análisis Aperceptual: Relación transferencial en la situación de prueba.

Logra superar aspectos de resistencia y se describe a sí misma. Existe una conexión catártica, expone sus miedos e inseguridades. Trata de hacer una evaluación de sus experiencias tempranas y actuales para dar sentido a su vida, reconoce tanto sentimientos de tristeza, alegría, soledad y rabia como reacciones esperadas para sus vivencias. Se evidencia como trata de buscar otros puntos de vista a sus inquietudes para así hallar una solución más favorable, el discurso muestran ideales sobre las experiencias vitales marcadas por la superación de los obstáculos y en la búsqueda de respuestas más intelectuales para su vida.

Necesidades: Reconocimiento (busca ser vanagloriado por la superación de sus pesares); Deferencia de evitación del daño (manifestación de sus ansiedades y temores de su porvenir)

Presiones: Afiliación emocional (el grupo de apoyo no provee contención); Carencia (considera que el grupo de apoyo le ha dañado en varios momentos)

Mecanismos de defensa: Intelectualización

Lámina N° 17

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es una narrativa gira en torno a la idea de muerte. Demuestra la ambivalencia ante sus sentimientos de morir representados en el fondo del mar, frente al simbolismo otorgado a “continuar viviendo” al sol (como objeto simbólico de iluminación).

Héroe: En la historia el héroe es personaje sin género, que se haya en conflicto entre la pulsión de muerte versus la de vida. Se siente abrumado entre ambos deseos (aniquilarse y continuar viviendo), en donde posterga la idea de llevar a cabo la idea suicida.

Ambiente: Es día soleado con acceso al mar, en donde cada elemento tiene una representación simbólica de sus sentimientos y conflicto de pensamiento.

Final: El desenlace parece inconcluso, se posterga la idea suicida para otra ocasión más sin embargo no resuelve el conflicto emocional sobre el tema.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y número de palabras del relato se encuentra en el promedio esperado.

Comportamiento del sujeto: Al igual que anteriores relatos existe una identificación con lo relatado, sus gestos faciales demuestran tanto el pesar del héroe como la idea de llevar a cabo el acto suicida.

Lenguaje: Se sumerge en un discurso en primera persona, en donde explica tanto los sentimientos como pensamientos del personaje.

Análisis Aperceptual: Frustración, depresión, autocastigo, suicidio.

Manifiesta el clisé de la lámina, en donde la temática es el suicidio. Esto evidencia los estados depresivos y recursos de afrontamiento ante sus sentimientos de desdicha. Algo interesante en este relato es la omisión del grupo de trabajadores, como indicando que ausencia de personas en sus vida personal que pudiesen acallar o mediar ante cualquier acting-out (suicidio). La pulsión de muerte tiene un gran impacto psicológico en cómo debe redefinir y construir su vida con los sentimientos de tristeza.

Necesidades: Carencia (el héroe con sus deseos de muerte carece de lo necesario para vivir); Agresión física social (gestos suicidas)

Presiones: Dominación por restricción (otorga al sol representaciones simbólicas que limitan sus gestos suicidas)

Mecanismos de defensa: angustia de muerte*, represión y simbolización.

Lámina N° 18

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es una narrativa gira en torno al desahucio del personaje secundario. El héroe se suma en la angustia y no sabe cómo responder ante la situación.

Héroe: Es un personaje sin género que se haya rebasado por las condiciones del contexto, no posee los recursos intelectuales para dar una respuesta por sí solo ante la situación, trata de buscar ayuda ante el desborde de su angustia (por ende no se desorganiza del todo).

Ambiente: Es una situación de emergencia, el héroe debe rescatar/ayudar al personaje secundario.

Final: El desenlace parece inconcluso, no hay expectativas de que el personaje recobre el conocimiento o se establezca; o si la ayuda llegó.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, total y número de palabras del relato se encuentra debajo del promedio esperado.

Comportamiento del sujeto: Al igual que anteriores relatos existe una identificación con lo relatado, sus gestos faciales demuestran tanto la premura del héroe ante la situación de emergencia.

Lenguaje: Se sumerge en un discurso en primera persona, en donde explica la alarma del héroe.

Análisis Aperceptual: Agresividad-apoyo.

Hay omisión de los elementos agresivos de la lámina. Explica que hay una emergencia y que alguien se hay indefenso pero no cómo ocurre este escenario, lo cual se enlaza con la culpa que genera el poder manifestar la agresividad ante el otro (mandato del Súper Yo). Todo esto ejemplifica como mecanismo de defensa a la represión, y cómo la participante descarta de manera “mágica” todo el relacionado a la pérdida de control de sus emociones.

Necesidades: Protección (salvaguardar al personaje secundario); Realización (ser fuente de apoyo y resolución de conflictos)

Presiones: Socorro (no valía del personaje secundario).

Mecanismos de defensa: represión.

Lámina N° 19

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento que relata las adversidades del héroe frente a un tormenta de nieve, explica cómo afronta esta situación con precauciones (leña) para tratar de salir lo más ileso posible.

Héroe: el héroe está en una situación que no posee control, ante esta vicisitud afronta la situación sopesando los recursos que tiene en función de la durabilidad de la tormenta. Esto habla nuevamente de la capacidad de dar respuesta ante situaciones estresantes en donde se centra en buscar soluciones más fiables. Así mismo, se evidencia que al considerar algo (casa) como su refugio, encuentra un centro de seguridad y confort que le ayuda a pensar e idear con mayor claridad alternativas.

Ambiente: El contexto es desolado con una adversidad climática que ejerce presión hacia el héroe para que busque garantizar su seguridad y salvaguarda.

Final: Está incierto, pero el héroe está expectante que se pueda superar las condiciones climáticas y no afecte su sistema de seguridad (casa).

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, totales y número de palabras están dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: Se evidenció una postura amena ante el relato, fue fácil para la participante la construcción de la historia.

Lenguaje: Los elementos relatados son de ídoles cotidiano, en donde se evidencian sus pensamientos frente a los obstáculos hubo practicidad a la hora de relatar la historia y su tono de voz fue jovial.

Análisis Aperceptual: Carencia, confort, vacío, plenitud, frustración-seguridad.

Nuevamente relata el clisé de la lámina, esto demuestra que la participante considera que tiene recursos materiales y cognitivos para afrontar circunstancias adversas, en donde no se sobrecoje por las frustraciones del contexto sino que se centra en planificar o sopesar dichos recursos para buscar la alternativa más favorable. Implica de esta forma que reconoce cuales son elementos en su vida diaria que le proveen de confort y seguridad.

Necesidades: Protección (poseer un lugar donde resguardarse de la adversidad)

Presiones: Ataque físico (contratiempos en el contexto que agreden al héroe)

Mecanismos de defensa: simbolización

Lámina N° 20

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento angustioso, el héroe se haya indeciso sobre qué decisión tomar, si buscar refugio o comer. Pareciera que ante la soledad el ambiente de penumbra y lluvioso su estado de ánimo no puede ser excitado.

Héroe: en la historia el héroe que se haya en una situación de desprotección y son confort: solo, desamparado, en la oscuridad de la noche, con hambre, frío, mojado y sin tener un lugar fijo al cual recorrer. No posee elementos que le brinden confianza y seguridad, por ende se haya indeciso acerca de cómo manejar la situación; sin embargo, de la nada sale un taxi, como un rayo esperanzador, que le provee de alternativas pasajeras para consolidar un plan de acción.

Ambiente: El contexto es nocturno, oscuro, torrencial y deshabitado de otra persona. Identifica un ambiente desprovisto de ayuda y carente de contención para el héroe.

Final: Es esperanzador, el héroe logra establecer un plan de acción para salir a flote de la situación adversa. Pareciera que hay necesidad de algún estímulo que le ayudara a salir del estado de estupor y volver a su estado “natural” y volver a identificar soluciones al conflicto.

Tiempos: En cuanto al tiempo de inicio, totales y número de palabras están dentro del promedio.

Comportamiento del sujeto: Se evidenció la vulnerabilidad de la participante hacia los sentimientos proyectados en el héroe, su lenguaje corporal era triste.

Lenguaje: El tono de voz fue melancólico, mostraba facialmente empatía por la situación del sujeto.

Análisis Aperceptual: Preocupaciones, abandono, culpa, castigo.

Nuevamente el clisé de la lámina es relatado, se manifiestan abiertamente las preocupaciones de la participante hacia la obtención de alimento, sentimientos de soledad y desamparo, y no poseer un refugio seguro (a manera de constancia); es decir, se preocupa por recursos económicos, alimenticios y de seguridad. Se evidencia que estas preocupaciones son de carácter rumiante al punto en que desprovee al sujeto de la capacidad de analizar con cabeza fría la situación para buscar la mejor solución.

Necesidades: Protección (poseer una persona que le ayude en situaciones precarias); Adquisición (tener un lugar donde resguardarse)

Presiones: Carencia (de cobijo); Ataque físico (contratiempos en el contexto que agreden al héroe)

Mecanismos de defensa: Simbolización y negación.

Apéndice I: Sumario Estructural Caso Ariadna

SUMARIO ESTRUCTURAL

<p>Localización</p> <p>Zf = 5 Zsum = 15,5 ZEst = 13,5</p> <p>W = 2 D = 11 W+D = 13 Dd = 2 S = 0</p> <p>DQ</p> <p>+ (4) o (10) v/+ (0) v (1)</p>	<p>Determinantes</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Múltiples</th> <th>Simple</th> </tr> <tr> <td></td> <td>M = 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FM = 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>m =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FC = 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CF =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>C =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cn =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FC' =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>C'F =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>C' =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FT =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>TF =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>T =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FV = 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>VF =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>V =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FY = 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>YF = 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Y =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Fr =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>rF =</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FD = 1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>F = 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td><2> = 6</td> </tr> </table>	Múltiples	Simple		M = 3		FM = 3		m =		FC = 2		CF =		C =		Cn =		FC' =		C'F =		C' =		FT =		TF =		T =		FV = 1		VF =		V =		FY = 1		YF = 1		Y =		Fr =		rF =		FD = 1		F = 3		<2> = 6	<p>Contenidos</p> <p>H = 5 (H) = (Hd) = Hd = 2 Hx = 3 A = 3 (A) = Ad = (Ad) = An = 3 Art = Ay = Bl = Bt = Cg = 2 Cl = Ex = Fd = Fi = Ge = Hh = Ls = Na = Sc = Sx = Xy = 1 Idio =</p>	<p>Resumen del Enfoque</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Lámina</th> <th>Loc.</th> </tr> <tr> <td>I</td> <td>W</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>D, D</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>D, D</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>W, D</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>D, D</td> </tr> <tr> <td>VI</td> <td>D, D</td> </tr> <tr> <td>VII</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>VIII</td> <td>D, Dd</td> </tr> <tr> <td>IX</td> <td>D, D</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>D, D</td> </tr> </table> <p>Valoraciones Especiales</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Nivel 1</th> <th>Nivel 2</th> </tr> <tr> <td>DV = 1 x1</td> <td>x2</td> </tr> <tr> <td>INC = 1 x2</td> <td>x4</td> </tr> <tr> <td>DR = 3 x3</td> <td>x6</td> </tr> <tr> <td>FAB = 0 x4</td> <td>x7</td> </tr> <tr> <td>Fi =</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALOG = 0 x5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CON = 0 x7</td> <td></td> </tr> </table> <p>SumBruta6 = 5 SumPond6 = 12</p> <p>AB = 0 GHR = 2 AG = 2 PHR = 1 COP = 2 MOR = 4 CP = 0 PER = 2 PSV = 0</p>	Lámina	Loc.	I	W	II	D, D	III	D, D	IV	W, D	V	D, D	VI	D, D	VII	D	VIII	D, Dd	IX	D, D	X	D, D	Nivel 1	Nivel 2	DV = 1 x1	x2	INC = 1 x2	x4	DR = 3 x3	x6	FAB = 0 x4	x7	Fi =		ALOG = 0 x5		CON = 0 x7	
Múltiples	Simple																																																																																										
	M = 3																																																																																										
	FM = 3																																																																																										
	m =																																																																																										
	FC = 2																																																																																										
	CF =																																																																																										
	C =																																																																																										
	Cn =																																																																																										
	FC' =																																																																																										
	C'F =																																																																																										
	C' =																																																																																										
	FT =																																																																																										
	TF =																																																																																										
	T =																																																																																										
	FV = 1																																																																																										
	VF =																																																																																										
	V =																																																																																										
	FY = 1																																																																																										
	YF = 1																																																																																										
	Y =																																																																																										
	Fr =																																																																																										
	rF =																																																																																										
	FD = 1																																																																																										
	F = 3																																																																																										
	<2> = 6																																																																																										
Lámina	Loc.																																																																																										
I	W																																																																																										
II	D, D																																																																																										
III	D, D																																																																																										
IV	W, D																																																																																										
V	D, D																																																																																										
VI	D, D																																																																																										
VII	D																																																																																										
VIII	D, Dd																																																																																										
IX	D, D																																																																																										
X	D, D																																																																																										
Nivel 1	Nivel 2																																																																																										
DV = 1 x1	x2																																																																																										
INC = 1 x2	x4																																																																																										
DR = 3 x3	x6																																																																																										
FAB = 0 x4	x7																																																																																										
Fi =																																																																																											
ALOG = 0 x5																																																																																											
CON = 0 x7																																																																																											

Calidad Formal		
FQX	MQ	W+D
+ 0	+ 0	+ 0
o 2	o 2	o 4
u 1	u 1	u 5
- 0	- 0	- 4
s.f. 0	s.f. 0	s.f. 0

RAZONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES

SECCIÓN PRINCIPAL

R = 15	L = 0,25
EB = 3,1	EA = 4
EBP = 3	er = 3
eb = 3,3	es = 6
	D = 0
	Adj es = 5
	Adj D = 0
FM = 3	C' = 0
m = 0	V = 1
	Y = 2

AFECTOS

FC:CF+C =	2:0
C Pura =	0
SumC':Sumpond C =	0:1
Afr =	0,5
S =	0
Múltiples.R =	0:15
CP =	0

INTERPERSONAL

COP = 2	AG = 2
Comida = 0	
GHR:PHR = 2:1	
a:p = 4:2	
Aislamiento/R = 0	
SumT = 0	H Pura = 3
H+Hd+(H)+(Hd) = 5	
PER = 2	

IDEACION

a:p = 4:2	Sum6 = 5
Ma.Mp = 1:2	Nivel 2 = 0
2AB+(Art+Ay) = 0	SumPond6 = 12
MOR = 4	MQsin = 0
M- = 0	

MEDIACION

XA% = 0,60
WDA% = 0,60
X-% = 0,40
S- = 0
P = 2
X + % = 0,13
Xu% = 0,30

PROCESAMIENTO

Zf = 5
Zd = +2
W.D.Dd = 2:11:2
W:M = 2:3
DQ+ = 0
DQ v = 1
PSV = 0

AUTOPERCEPCION

3r + (2)/R = 0,4
Fr + rF = 0
SumV = 1
FD = 0
An + Xy = 4
MOR = 4
H.(H)+Hd+(Hd) = 3:2

PTI DEPI CDI S-CON HVI OBS

RUTINAS DE INTERPRETACION:

Adj D+ \Rightarrow C	EB INTROVERSIVO \Rightarrow I-PM-C-A-PS-PI
LAMBDA > 0,99 \Rightarrow P-M-I-C-A-PS-PI	EB EXTRATENSIVO \Rightarrow P-PS-PI-C-P-M-I
REFLEJO > 0 \Rightarrow PS-PI-C	p > a + 1 \Rightarrow I-P-M-C-PS-PI-A

C=Control, PS=Percep. sí mismo, PI= Percep. Interp., A= Afectividad, P=Procesamiento, M=Mediación, I=Ideación
Tomado de Exner, 2001: Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprensivo, 5ª Ed. Revisada Dpto. Clínica Dinámica

Apéndice J: Análisis TAT Caso Ariadna

Lámina 1

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento descriptivo, se centra en las demandas insatisfechas del héroe y cómo él debe lidiar con esto ya que no pueden ser atendidas.

Héroe: Es un niño que fue defraudado, no le ofrecieron algo prometido y en cambio compensaron al objeto sin consultarle preferencias. Hay sentimientos de tristeza ante esto pero no manifiesta su inconformidad.

Ambiente: Si muy bien no se describe el contexto en donde está inmerso el héroe se puede evidenciar que la historia manifiesta la añoranza del personaje.

Final: Culmina de manera negativa para el héroe, sus necesidades no son satisfechas y debe conformarse con lo que recibió.

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Por la duración del relato se evidencia cierta resistencia a la prueba.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índole cotidiano, cuyo lenguaje es casual y el modo en relatar la historia fue superficial.

Análisis Aperceptual: Deber, sometimiento o rebelión.

La historia es el clisé, manifiesta del sujeto una actitud frente a las figuras de autoridad que en este caso es ser sumiso y conforme con lo que recibe de estos. No hay espacio a la crítica constructiva hacia los mismos, y menos al planteamiento de la queja. Sus ambiciones se ven sobrepasadas por su sentimiento de sometimiento ante estos, y anula sus deseos para cumplir con la norma.

Necesidades: Evitación de la culpa (violín); Deferencia (cooperar con el mandato paterno)

Presiones: carencia (económica), Dominio (por coerción al ímago paterno)

Mecanismos de defensa: represión

Lámina 2

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es una historia del rechazo ante las figuras de autoridad, en donde hay sentimientos de opresión y búsqueda de nuevos horizontes de manera impulsiva.

Héroe: es una joven cansada del autoritarismo de las figuras de autoridad, existe un sentimiento de rechazo hacia los mismos y se manifiesta por medio del oposicionismo. Considera que las alternativas de cambio son por medio de la fuga de casa (lo que denota conductas impulsivas para la resolución de conflictos), además que la inclusión de "un hombre" para lograr esto explica las ideas preconcebidas que su autonomía se logra a través de esta figura (también puede dar indicios de tendencia a la dependencia).

Ambiente: Es un grupo familiar religioso que predicán la palabra, pero el héroe se encuentra en tensión (desagrado) ante la idea de continuar con este estilo de vida.

Final: Está incierto, sí bien la historia abre la posibilidad de cumplir las demandas del Ello en el personaje principal, todo queda en la "idea" de llevarlo a cabo más no se concreta.

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Nuevamente la historia es corta, no describe más las situaciones y esto expone su resistencia a realizar la prueba.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índole cotidiano en donde el lenguaje no es elaborado o formal y el modo en relatar la historia fue superficial, aunque existía una emotividad explícita en cuanto a la forma de relatar los sentimientos de los personajes.

Análisis Aperceptual: Conflictos de adaptación o intrafamiliares.

Clisé de la lámina. Manifiesta los problemas de la dinámica familiar en donde hay un claro rechazo a la autoridad paterna, algo a destacar es su posición frente a los problemas que es por medio de la ideación de métodos de escape del nicho (defensas maníacas según Klein) que expone rasgos primitivos en sus capacidades de afrontamiento. Al mismo tiempo, cuando expone la necesidad de ingresar a una pareja para conseguir este tipo de conductas puede dar a conocer rasgos dependientes en donde solo sustituye una figura de autoridad por otra, aspecto de la triangulación edípica que se hace evidente.

Necesidades: Oposición (rechazar la autoridad paterna); Rechazo (expresa la pena que le causa ser parte de ese grupo familiar)

Presiones: Dominio (por restricción al ímago paterno)

Mecanismos de defensa: Proyección y simbolización

Lámina 3

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es una historia de duelo ante la pérdida de pareja, en donde el héroe ha hecho un acto suicida.

Héroe: es un personaje sumido en su dolor ante la pérdida, se siente desesperado hasta el punto de idear y realizar un acto suicida; hay manifestación de su disforia a través del llanto y considera que sí muy bien en la actualidad va a sufrir mucho posteriormente podrá superarlo (reconocimiento de sus recursos de afrontamiento).

Ambiente: Está relacionado con la reacción física ante un dolor psíquico por la pérdida, un ambiente plagado de tristeza.

Final: Está incierto, sólo se abre la posibilidad de superación del dolor a través del tiempo.

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Hubo conexión emocional con los sentimientos expresados para el héroe.

Lenguaje: Los elementos relatados son de índole cotidiano, en donde hubo una mayor conexión emocional e identificativa con el personaje creado.

Análisis Aperceptual: Desesperación y culpa.

La historia también es el clisé, se evidencia claramente sentimientos de soledad y pérdida, en donde reconoce que ante situaciones de abandono reacciona de forma emotiva dejando fluir dichos sentimientos. A nivel de recursos de afrontamiento se pone en manifiesto su sistema de creencias sobre "el tiempo lo cura todo" en donde se puede pasar por un proceso de introspección para llegar a la respuesta deseada.

Necesidades: Afiliación emocional (continuar con relación amorosa); Logro (superar esa etapa de duelo)

Presiones: Pérdida (pareja la abandona)

Mecanismo de defensa: *manifestación de angustia de separación, represión

Lámina 5

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: La historia se construye en función de sentimientos de "superioridad", es un personaje caritativo que protege a un ser convalecido y que a pesar de la adversidad (abandono económico y social) puede con la carga.

Héroe: Es una mujer que posee la necesidad de proteger a alguien desamparado, se suma en una lucha de poder "salir victoriosa de la situación". Pone en manifiesto sentimientos de reconocimiento de su labor, como alguien dispuesta y excepcional por hacerlo sola.

Ambiente: No hay descripción del mismo, sólo hay relación de que ocurre en una habitación.

Final: el desenlace es alentador, se espera que sus recursos de afrontamiento le hagan superar la etapa de cuidado del personaje secundario.

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Su comportamiento manifestó empatía por las acciones del héroe.

Lenguaje: Existe un contenido latente de rabia o molestia ante la falta de apoyo y a la idea de continuar ejecutando acciones por sí misma que deberían ser cuestiones familiares.

Análisis Aperceptual: Imagen de la madre-Esposa (protectora vigilante, castradora).

La historia es una variante del clisé de la lámina pero para niños, es evidente la imagen femenina como alguien que cuida y protege a otros. Sin embargo esta imagen está cargada de contenido de individualidad, es decir, que no hay un compañero o grupo que puede hacer de estas tareas trabajo en equipo (aspecto que se correlaciona con su etapa de madre soltera) cuestión que hable de la posición fálica femenina.

Necesidades: Protección (cuidar de otros): Afiliación emocional (poseer fuentes de apoyo)

Presiones: Carencia (no hay recursos de apoyo, contención y económicos para sobrellevar la carga).

Mecanismos de defensa: Formación reactiva

Lámina 8

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento despectivo sobre el tema del amor, lo banaliza y lo identifica de forma sarcástica como un sueño.

Héroe: es un personaje no posee un género definido, solo se relaciona un pensamiento cargado de rabia sobre lo que significa el deseo de una pareja a futuro, cataloga al sentimiento del amor como "pajaritos preñados" algo inverosímil.

Ambiente: No hay un contexto definido pareciera que todo ocurre en un mundo psíquico.

Final: Está incierto, solo se manifiesta la catexis sobre la rabia ante imágenes del hombre (como género).

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Existe empatía por las afirmaciones del héroe.

Lenguaje: Lenguaje expresivo en sintonía con la rabia latente.

Análisis Aperceptual: Problemas actuales y fantasía.

Claramente el sujeto venció la barrera proyectiva y se identifica así misma en la historia. Relata cómo sus problemas actuales sobre lo que significa el hombre dentro de las relaciones de pareja, se refugia en la ironía para manifestar la rabia latente hacia el imago masculino.

Necesidades: Afiliación emocional (conseguir la pareja ideal); Rechazo (renuencia a considerar el amor una posibilidad)

Presiones: *las elimina porque todo ocurre en su mundo psíquico

Mecanismos de defensa: Proyección y Negación

Lámina 10

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento donde predomina las expectativas en las relaciones de pareja. Refleja un poco la dependencia emocional hacia dicha pareja.

Héroe: Son una pareja que manifiestan abiertamente sus necesidades de afecto y reciprocidad, en donde se evidencia un canon social de la perdurabilidad del vínculo marital y el deseo por conseguir esto.

Ambiente: En el contexto armónico con manifestación de afectos por los personajes.

Final: Desenlace positivo, hay una certeza ideoafectiva de que el matrimonio perdurará sobre las adversidades.

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Claramente se identificó y proyectó con la situación, el tiempo de reacción corto demuestra lo simple que fue para la participante depositar en esta historia deseos y anécdotas personales.

Lenguaje: Relatar la historia fue apegado a sus necesidades.

Análisis Aperceptual: Actitud frente a la separación.

Clisé de la lámina. Se manifiesta su dependencia al vínculo de pareja y cómo su fantasía gira en torno al amor eterno en donde considera que dicho vínculo puede superar adversidades, cuando hay confianza y cariño verdadero.

Necesidades: Afiliación emocional (permanencia del vínculo)

Presiones: Retención (que ambos personajes no puedan lograr la expectativa)

Mecanismos de defensa: Proyección e Introyección

Lámina 12 (F)

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es una historia basada en el conflicto de intereses entre el héroe y el personaje secundario, en donde se cuestionan los criterios personales de conductas apropiadas e inapropiadas (Mandatos del Súper Yo).

Héroe: el héroe principal es una mujer rígida que está ceñida a las normas sociales y que claramente manifiesta un descontento (juzga) el comportamiento del personaje secundario (señora que “chismea”), en donde toma una postura de renuencia a permitir que dicho personaje continúa infringiendo su norma. Sin embargo, a veces cede ante las demandas del personaje lo que desestima para no sentir culpa.

Ambiente: Contexto es la urbe donde conviven ambos personajes y hay una clara tensión conflictiva.

Final: El desenlace es incierto, el héroe se posiciona en esta interacción dentro de las normativas de convivencia (“respetar” la existencia del Otro) pero al mismo tiempo no libera la impotencia que le genera el personaje secundario.

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Durante ésta lámina existió empatía en su tono voz la posición inconforme del héroe principal.

Lenguaje: Los elementos relatados fueron expuestos con un lenguaje cotidiano en donde evidenció su manera de afrontar un conflicto interpersonal.

Análisis Aperceptual: Tentación instintiva de defensa.

Demuestra el clisé de la lámina, en cuanto a la manifestación de los estados defensivos en su manera de interrelacionarse con figuras del mismo sexo, y como en las láminas anteriores existe una marcada competitividad en donde la dominación por demostrar quién es la mejor siempre está presente, además de los elementos opositoristas.

Necesidades: Rechazo (repudia el sometimiento por dominación)

Presiones: Dominación por coerción (el personaje secundario ejerce su dominio sobre el héroe)

Mecanismos de defensa: Represión

Lámina 12 (H)

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es una historia basada en una situación de emergencia, en donde hay desesperación familiar por encontrar ayuda profesional para resguardar el “tormento” del personaje principal.

Héroe: el héroe principal es un joven desvalido por “tormentos” (pensamientos recurrentes que no le permiten descansar) que preocupa en extremo a la familia, quienes recurren a la búsqueda de alguien para ayudarlo (personaje secundario: Doctor). En la historia el héroe parece estar minimizado no sólo por su dolencia sino por trato de los otros personajes, como cual niño pequeño que queda a la expectativa de las decisiones de los mayores (figuras de autoridad).

Ambiente: Es un contexto ansioso, la familia está muy preocupada sobre el porvenir del héroe.

Final: El desenlace es incierto, se desconoce si el héroe es despojado de los tormentos o si el doctor era alguien con la suficiente sapiencia para ayudarlo.

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Durante ésta lámina existió identificación con lo establecido evidenciado en el lenguaje corporal.

Lenguaje: Los elementos relatados fueron expuestos con un lenguaje cotidiano.

Análisis Aperceptual: Relación transferencia con la situación de prueba y Amenaza de homosexualidad.

Necesidades: Socorro (que alguien venga ayudarlo) ; Conocimiento (sapiencia sobre la medicina)

Presiones: Afiliación asociativa (que el personaje les ayude); Protección (cure a los otros)

Mecanismos de defensa: Proyección y simbolización

Lámina 13

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento de desesperación para el héroe, existe una emergencia médica con su pareja y no consigue los medicamentos para restaurar el bienestar de la misma.

Héroe: es un héroe sumado en el dolor, y angustia de muerte ante el posible desenlace fatal de su pareja amorosa. Sus recursos de afrontamiento están guiados por necesidades de proteccionismo que motivan a ejecutar conductas impulsivas para garantizar el bienestar.

Ambiente: Es un contexto ansioso, los pensamientos y sentimientos del héroe solo se centran en la búsqueda de medicación y omite la escucha de las demandas de la pareja.

Final: Es un desenlace incierto, se desconoce si consiguió alcanzar su meta o no.

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Construyó la historia con facilidad, se identificó con la parte masculina de la historia ante la posible pérdida de pareja.

Lenguaje: El lenguaje corporal y facial demostraron empatía por el dolor del protagonista de la historia.

Análisis Aperceptual: Actitud ante la relación heterosexual (ansiedades).

Clisé de la lámina. Se manifiestan sus percepciones sobre el cómo actuar ante convalecencia de la pareja por la angustia de muerte. En donde sus reacciones están movilizadas por la impulsividad a solventar una situación que está fuera de su control (enfermedad). Los medicamentos entonces simbolizan la restauración del bienestar de la pareja, que disminuyen las ansiedades actuales sobre la muerte como un hecho de separación definitiva en la relación de pareja.

Necesidades: Socorro (ayuda para salvar al personaje secundario); Adquisición (medicamentos); Protección (cuidar)

Presiones: Carencia (de medicamentos)

Mecanismos de defensa: Simbolización

Lámina 14

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es un argumento sobre la fantasía huir de su vida. Sí bien no habla de la búsqueda de libertad expone el "saltar" como un acto riesgoso que puede regenerar lesiones en el héroe..

Héroe: en la historia el héroe es un chico joven que está postergando la decisión de saltar, mientras realiza una introspección existencialista sobre cómo ha llevado su vida, de lo correcto sobre lo incorrecto. Pero que al momento de llegar el amanecer para ya decidir si saltar o no le invade el pensamiento de "no he descansado y debo trabajar en el día" señal del inconsciente de "mejor no saltes hoy, déjalo para otro día".

Ambiente: Hace alusión a un contexto intrapsíquico que está evaluando los pros y contras de su vida. Se toman elementos de la historia para saber que ocurre durante la noche y que se encuentra en un lugar elevado para llevar a cabo la acción de saltar.

Final: Está incierto, se postergó la idea de saltar (tomándose esta como potencial idea suicida) pero sólo por elementos ambientales que favorecían la postergación

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Actitud de identificación con las acciones del héroe.

Lenguaje: El lenguaje es casual y el modo en relatar la historia fue pausado. Existía congruencia entre lo relatado y el lenguaje corporal expresado.

Análisis Aperceptual: Hombre adentro: fantasías, expectativas, evocación

Hombre afuera: evasión, aventura sexual, robo.

Clisé de la lámina. La historia demuestra las fantasías de suicidio de la participante en donde expresar abiertamente su deseo de muerte está fuertemente sellado por la negación. Todo es simbolizado como un deseo de "salto" y la angustia ante tal idea hace que postergue por diversos motivos la acción, todos los caminos a la introspección no son para evaluarse a sí misma y profundizar sino para intelectualizar un poco sus pensamientos y emociones y recobrar la sensación de control..

Necesidades: Agresión física (autolesionarse); Evitación del daño (manifiesta todos estos temores sobre su vida para postergar su autolesión)

Presiones: Carencia (no hay fuentes de apoyo y contención)

Mecanismos de defensa: Formación reactiva, intelectualización y negación

Lámina 15

Análisis Cualitativo y Cuantitativo:

Tema descriptivo: Es una narrativa que gira en torno a un individuo lleno de soledad, que haya compañía visitando a los muertos e imaginando como eran sus vidas.

Héroe: en la historia el héroe es un hombre mayor que entre sus rutinas se haya ir de noche al cementerio. Allí se refugia de su soledad y se llena de fantasía al imaginar las vidas de los ya fallecidos, vuelve placentera esta visita como un lugar para pensar y relajarse.

Ambiente: Es un cementerio oscuro, que se infiere es silencioso ya que permitir el pensar del héroe.

Final: El desenlace es cíclico, es una rutina del héroe para poder encontrara y focalizar sus ideas.

Tiempos: El tiempo de inicio, total y el número de palabras se encuentran por debajo del promedio.

Comportamiento del sujeto: Al igual que anteriores relatos existe una identificación con lo relatado.

Lenguaje: Es un discurso en segunda persona, en donde explica tanto los sentimientos como pensamientos del personaje.

Análisis Aperceptual: Muerte, culpa y castigo.

Esta historia se sale del clisé de la lámina, se evidencia como el sujeto está intelectualizando la angustia de muerte para así no sentir la misma. La participante vuelve nuevamente a exponer su necesidad por realizar introspecciones sobre pensamientos, sentimientos y acciones como una especie de ritual para calmarse y volver al estado inicial de No angustia (sistema de restablecimiento del control).

Necesidades: Afiliación emocional (poseer un vínculo con alguien); Rechazo (ansiedades de muerte)

Presiones: Carencia (no posee personas allegadas)

Mecanismos de defensa: Intelectualización y formación reactiva