

La comunicación y las palabras

Las palabras en el período del diagnóstico

La información mediática, la metabolización de los comportamientos durante la educación sanitaria para animar a las revisiones radiológicas, las consultas en internet, las experiencias de otras mujeres, en vivo y a través de los foros femeninos sobre el tema del cáncer de mama, han traído a las mujeres sabiduría y confusión al mismo tiempo.

Cuando llegan a los consultorios de senología, tienen muchas nociones en la cabeza y tumultos en el corazón. A menudo las preguntas son tan peculiares, vanguardistas y ocasionalmente extravagantes ¡que los médicos tienen que abrir el ordenador y conectarse inmediatamente con los motores de búsqueda!

Lo cognoscible es vasto pero, a veces, inexacto, crudo, sin contexto. Las propuestas y las soluciones que las mujeres han leído como novedades milagrosas han de ser reconsideradas. A quienes se ocupan de curar les toca tomar conciencia de los niveles cognoscitivos y emotivos, refutarlos o dulcificarlos con sus propios conocimientos, sus creencias relativas, la esperanza, la presencia y el arte de la curación.

Cuando una mujer empieza, a su pesar, el camino diagnóstico-terapéutico, ya va provista de datos verbales y analógicos recibidos a lo largo de la vida. Los que más afectan son las sugerencias recibidas en la relación con amigas, madres, hermanas o tías que han pasado por la experiencia de las varias andaduras de la enfermedad del pecho.

* Traducción del italiano de María-Milagros Rivera Garretas. Texto publicado en, *Il dis-agio in senologia oncologica. L'esperienza trentennale di Gemma Martino e Hubert Godard, L'inizio dell'avventura di curanti e curate*, Milán: Metis, diciembre de 2013, p. 33-37 y 43-53.

La enfermedad de la *otra* sustancia la idea de que es posible curarse, convivir y a veces morir de cáncer de mama. Ciertamente la historia de las otras no se puede superponer a la propia ni en sentido positivo ni negativo. Cada persona tiene su sustrato y su convicción, y cada neoplasia en el pecho es distinta en tipologías y reacción. Se vive en la incertidumbre y, por tanto, en la esperanza.

Con los médicos, las mujeres tienen la esperanza de entablar relaciones de confianza y de delegación, pero también de confrontación y de libertad de disentir y de elegir otra cosa. La comprensión y el respeto a la persona y a sus tiempos de metabolización, por parte del personal sanitario, son elementos imprescindibles al empezar las curas.

La mujer recibe la confirmación del diagnóstico gradualmente y de modos distintos. A veces los diagnósticos escritos tienen siglas extrañas, con descripciones prolijas y poco claras; los cirujanos usan con frecuencia perífrasis y porcentajes abstractos, la mirada es esquiva, los gestos torpes; los partes médicos son entregados a veces anónimamente y deprisa.

El lenguaje técnico del diagnóstico y de la terapia sigue ligado, en oncología, a una herencia de pesimismo generalizado, incongruente con lo que los propios profesionales de la salud afirman en los contextos informativos. Es indudable que las herencias anatómicas, radiológicas y clínicas están entorpecidas por estereotipos que subrayan innecesariamente la gravedad del diagnóstico.

Algunas palabras que agudizan los miedos podrían ser suprimidas, reemplazadas o reducidas. Por ejemplo, el término “negativo” se refiere a la ausencia de patología tumoral, pero evoca algo hostil cuando, en realidad, en la práctica clínica es un indicador “positivo” de pronóstico y de bienestar de las personas.

El término “maligno” se combina con “tumor” para indicar que esta patología puede volverse a presentar a distancia de tiempo y lugar. Lo “maligno” está ya incluido en el imaginario del “tumor”. Esta especificación que redundante... malignidad podría ser suprimida, dejando el término tumor solo para las lesiones que se reproducen.

En las patologías benignas, que hoy son llamadas “tumores benignos”, podríamos evitar la palabra tumor. Podríamos simplemente nombrarlas según la descripción anatomopatológica como, por ejemplo, quistes, fibroadenomas, papiloma, filoides, etc.

Las varias palabras: *tumor*, derivada del latín = *hinchazón*, *neoplasia* del griego = *nueva formación*, *cáncer* del griego = *cangrejo* (por las quelas o bocas que destruyen las células sanas) son inmediatamente asociadas con la malignidad, lo invasivo, la capacidad de metástasis. Es, por tanto, inútil añadir también el término “maligno”.

Los términos incomprensibles como “lesión discariocinética” o “lesión no finalista” que se refieren a la biología de la célula tumoral, pesan tanto como los muy evocativos. Se usan cuando el personal sanitario está azorado al comunicar el diagnóstico, y desorientan sin querer, a su vez, a sus pacientes.

El término “carcinoma” no es sinónimo del genérico “cáncer” o “tumor maligno”. Es un término anatomopatológico. Señala células neoplásicas que salen de los tejidos epiteliales. Unido a otras palabras (por ejemplo, ductal, lobular) nos da la indicación anatómica más concreta de dónde nace y se desarrolla.

El término “infiltrante” asociado al “carcinoma ductal o lobular” se refiere a la lectura del portaobjetos por parte del anatomopatólogo cuando ve células cancerígenas en los ductos o en los lóbulos. Esta palabra da un sobresalto cuando se lee: en todos los casos es asociado por las

mujeres que lo leen con una invasión del tumor en todo el cuerpo.

Ha sido nuestra preocupación en estos años el eliminar las redundancias inútiles, como “el tumor maligno de la mama” al revisar los textos de las orientaciones generales y estimular a algunos anatomopatólogos a cambiar el término “infiltrante” cuando se encuentran células neoplásicas en los ductos, animándoles a que nombren el cuadro con otro adjetivo o grado o símbolo.

En senología se habla de “carcinoma de mama” porque la mayor parte de los tumores derivan de un tejido epitelial de revestimiento (mucosa, piel) o glandular (aquí con más precisión “adenocarcinoma”). Sin embargo, entre los cánceres de mama hay otros como los sarcomas que proceden de tejidos conjuntivos, vasos, nervios o ligamentos.

Los términos “carcinoma ductal *in situ* —DCIS” o lobular *in situ*— LCIS, definidos también como “cáncer en estado o” (casi un oxímoron) deberían cambiarse, en tanto que señalan la presencia de células anormales en los ductos o en los lóbulos con riesgo de convertirse en cáncer, pero no lo son todavía. Al menos un quinto de las lesiones observadas en las mamografías son DCIS o LCIS.

El término “supervivencia” llama al escándalo semántico y vuelve incongruentes las informaciones relativas a la curación, a la disminución de la mortalidad y a la *calidad de vida* (término abusivo y que ya tiene poco valor si no está en contexto) prodigadas en las campañas de educación sanitaria para animar a hacerse las revisiones periódicas.

Solo leer en Wikipedia la explicación de “supervivencia” abre las carnes: “el término... es usado sobre todo en oncología, donde ha sido calculada en cinco años según las estadísticas realizadas en enfermedades letales”. La voz debería ser relegada al ámbito estadístico y no trasladada al lenguaje clínico de la senología.

En resumen, deberíamos hacer el esfuerzo de pulir las palabras de nuestra comunicación evitando, al menos en las publicaciones, verbos como extirpar, golpear, bombardear, defender del mal que mata, etc. Y deberíamos protestar cuando la palabra “cáncer” es utilizada por los potentes de todo el mundo como “metáfora del peor mal”.

En el episodio de Angelina Jolie, la periodista que reflexionaba sobre los comportamientos preventivos y sobre la validez de las terapias en el ámbito senológico, y se mostraba crítica con quienes hacen terrorismo mediático, en su artículo a tres columnas usaba “matada por el cáncer” 5 veces, citando que “según la OMS el cáncer “mata” 458.000 mujeres al año”.

¿Se nos ocurre alguna vez decir: ha sido matada por un infarto? Hay de qué reflexionar y actuar para que el malestar de las mujeres y el trabajo de sus terapeutas se vea aliviado. Del lenguaje verbal y de las expresiones del cuerpo se deduce una incoherencia entre lo que pensamos profundamente y lo que expresamos en la relación terapéutica.

No basta con cambiar las palabras, como por fin empiezan a sostener también en Norteamérica, y se sabe que si ellos lo dicen, entonces... ¡podemos! La propuesta de senólogos ilustres de sustituir “tumor” por “neoplasia” es estimulante en su motivación... pero no cambia la sustancia, dado que el recorrido es más complejo.

Se trata para el personal sanitario de articular toda la fase diagnóstica con coherencias analógicas y verbales sin esconder el propio sentimiento de gravedad ni tampoco la propia esperanza y confianza en las terapias. Vendrían bien grupos de autoanálisis para limpiar lo que connota pesadamente el imaginario del cáncer, entre sí y en el contexto sanitario pertinente.

Sería un ejercicio útil el releer en grupo los consensos informados que hacen firmar a las mujeres. Aquí la

terminología técnica y oncológica es agravada por las fórmulas legales y por las no inocuas desapariciones de las diferenciaciones sexuales. El análisis de equipo desenmascararía las dinámicas del inconsciente y los malestares comunicativos del período quirúrgico.

El lenguaje corporal y los traumas emotivos

La actitud y el cierre

Después de un trauma físico y/o emocional, real o imaginario, nuestra actividad exploradora del mundo, nuestro potencial de acción en el espacio, nuestro modo de habitar la postura mediante la actividad perceptora (actitud) y la cualidad de presencia en el espacio peripersonal (kinesfera) se modificarán con tendencia al cierre.

El espacio a nuestro alrededor es activo y está modulado por la proyección de nuestros gestos potenciales de acuerdo con la organización tensora de nuestro cuerpo, a diferencia de un mapa homogéneo e isotrópico que no tiene variaciones internas y carece de orientación de las acciones. Después de un trauma, nuestro espacio se reduce.

El trauma se refleja en el sistema tónico postural estático y dinámico, en las sensaciones motrices, en el sentido del equilibrio, y también limita o interrumpe el registro de los datos perceptivos procedentes de la función del tacto, visión, vestibulos, oído, vinculados con las informaciones exploradoras que llegan desde articulaciones y músculos (*función háptica*).

Los modos intencionales y/o emotivos de nuestras acciones condicionan la actividad sensomotriz y definen la experiencia tónico-emocional propia de cada cual. El trauma físico y emocional que se introduce en esta complejidad corporal única e imprescindible, tiene sus consecuencias en el plano psíquico y simbólico.

El trauma del diagnóstico oncológico

Después de la turbación del diagnóstico y durante las terapias, se registra en muchas mujeres una alteración perceptivo-motriz muy peculiar; el movimiento del brazo, normalmente pendular al andar, se ve reducido en un alto porcentaje y descoordinado del resto del cuerpo.

La reducción, acompañada a veces por otras alteraciones perceptivo-motrices, está presente —en porcentajes limitados— también en mujeres sin tumores que explican que han tenido en el pasado (o viven en el presente) historias físicas y psíquicas traumáticas.

Este movimiento reducido del brazo no depende de alteraciones motrices, articulares o neurológicas. Lo confirma el hecho de que, invitadas a mover esa articulación con la misma amplitud que la otra, las personas son perfectamente capaces de hacerlo voluntariamente.

Se deduce que la pérdida del movimiento pendular (y la descoordinación consiguiente) es debida a una modificación no consciente de la organización sensomotriz, surgida a consecuencia de un trauma emocional, no necesariamente expresado con palabras.

La investigación neurofisiológica relativa al trauma del diagnóstico

El trauma perceptivo-motriz indicado por la hipopendularidad lo hemos documentado con estudios electromiográficos en el ámbito del Proyecto que nos fue asignado hace más de veinte años en base a nuestras observaciones clínicas sobre el *gesto ausente* en mujeres operadas, que no presentaban resultados macroscópicos.

En nuestra práctica senológica en el Istituto Nazionale dei Tumori de Milán habíamos notado que el 70% de las mujeres a las que habíamos diagnosticado una patología

tumoral, llevaba los signos de una alteración sensomotriz con hipo-pendularidad involuntaria en los controles rutinarios previos a la operación.

Esta señal estaba presente también en mujeres sanas a las que no habíamos diagnosticado lesiones tumorales en la mama. El porcentaje era solo del 20% y estas mujeres presentaban una historia personal rica en episodios emocionales críticos. El valor/trastorno del componente emocional, registrado por el cuerpo con la teatral falta de un gesto, tenía que ser necesariamente investigado.

El estudio fue desarrollado con la participación de un centenar de mujeres que habían dado su consentimiento y no tenían disfunciones articulares, motrices o nerviosas. Fueron seleccionadas 50 señoras que presentaban “sin saberlo” hipo-pendularidad ya desde el diagnóstico de cáncer de mama y 50 sin cáncer, sin asimetrías pendulares en su actitud.

Estas mujeres se sometieron a pruebas de fuerza registradas con electromiografía (EMG). Usamos la EMG de modo dinámico, analizando a las mujeres durante el cambio de estado emotivo. El estado emotivo era evocado modificando el contexto durante la prueba electromiográfica.

El músculo sometido a prueba con EMG fue el bíceps del brazo, *músculo* flexor (antaño definido como *tónico*) y estabilizador, de prevalente *actividad gamma mediata*, es decir, influido por la emoción. El tríceps, *músculo* extensor (antaño definido como de prevalente actividad fásica) fue examinado como músculo de la acción y de la fuerza.

Durante la extensión del antebrazo, el tríceps es el agonista. El bíceps se convierte en el antagonista que debería quedarse eléctricamente callado para dejar al tríceps todo su potencial de acción y su fuerza. Si el bíceps, sensible a las interferencias de *gamma mediata* se hubiese

activado durante la acción, la extensión habría resultado limitada y debilitada.

El presupuesto teórico es sencillo. Durante un movimiento, la actividad del músculo que lleva a cabo la acción (agonista) debería ser respaldada por el silencio eléctrico del músculo antagonista, tónico sinérgico. En esta prueba, al extender el antebrazo, tríceps y bíceps son sinérgicos.

En la primera prueba con EMG, se les había pedido a las mujeres (sentadas) que tuvieran el brazo en extensión con el dorso de la mano apoyado en el hombro del médico. La extensión tenía que ser mantenida también cuando el examinador la contrastaba intentando provocar la flexión: prueba de contra-resistencia.

Durante el examen, las mujeres se concentraban en obstaculizar la fuerza del examinador para obtener un buen resultado. *En la lucha a dos*, el tríceps se cansaba, aunque de manera distinta, en todas las examinadas. La EMG mostró una neta actividad eléctrica del bíceps antagonista en la máxima extensión del brazo contra resistencia.

El bíceps debería haber estado callado. Esta actividad puede ser explicada por el incremento de la actividad eléctrica del circuito gamma vinculado con el empeño emocional de oponerse al examinador. La emoción influye directamente en nuestro sentido de la dirección y provoca la tendencia a concentrarse en una dificultad o en un peligro estimado.

Cuando estamos metidos en el objetivo de oponernos, como en este caso, perdemos fuerza y sentido de la dirección espacial y tendemos a contraer excesivamente los músculos tónicos estabilizadores de nuestra postura. La actividad tónica a través del circuito gamma es exaltada y lleva a la contracción de los músculos que deberían estar en reposo para que la acción fuera fluida.

En la segunda prueba, se invitaba a las mujeres a cambiar

de estado emotivo. Como en la primera prueba, el examinador intentaba flexionar el antebrazo, extendido con fuerza por la que estaba sentada. Esta tenía que pensar idealmente en una prolongación del brazo en el espacio. “Imagínese que sus dedos se alargan hasta tocar la pared que tiene enfrente”...

Si las mujeres no evocaban fácilmente la imagen, se les pedía que hicieran una proyección espacial visual/motriz: “Imagine que sus dedos emanan un haz de luz” o “... que hay agua fluyendo desde el brazo hacia el antebrazo y los dedos”: prueba de proyección y proyectación espacial.

La situación, tanto objetiva como electromagnética, cambiaba drásticamente. El examinador percibía una resistencia “irrebatible e invencible”, 3-4 veces mayor que la obtenida en la primera prueba, mientras en la EMG se observaba una clara reducción del reclutamiento de los potenciales de unidad motriz en el bíceps hasta el silencio.

La relación pasaba a ser a tres elementos: la mujer era consciente de su proyecto, se contraponía con el examinador y estaba en relación con el ambiente circundante. La acción se expresaba eficazmente, sin la involuntaria actividad gamma del bíceps antagonista, alcanzando la acción con el mínimo costo energético y emocional.

Cuanto introducimos los elementos de proyecto, el esfuerzo tónico-fásico se reduce. Concretamente, en la investigación, la persona sometida a prueba demostraba que alcanzaba el objetivo de oponerse al examinador con menos cansancio cuando proyectaba ir hacia el objeto externo.

La adición de un tercero (en este caso el contexto, el espacio, el objeto imaginario) aumenta la fluidez de la experiencia sensomotriz. En contraste, la dualidad de la relación (“me opongo al examinador, me meto entera en

la tarea”) carga la acción de emoción, cierra al mundo y debilita el fin. Así es para todas las experiencias humanas.

En la tercera prueba —como en las dos precedentes— el examinador volvía a intentar flexionar el antebrazo extendido con la fuerza de la mujer sentada. Esta proyectaba en el espacio, pero en este espacio se introducía un obstáculo, una persona que andaba por la habitación, que molestaba al proyecto: prueba de turbación o de control.

En la EMG se observó en todas las mujeres la reactivación del bíceps en el instante en el que estaba ahí el impedimento para proyectar en el espacio a causa de una molestia de presencia. Esto confirma la influencia de la valoración subjetiva del ambiente, de la dimensión simbólica, de la organización de las fuerzas en movimiento, de la presencia o no de las marañas emocionales.

Las mujeres cuyo cuerpo señalaba el trauma del diagnóstico con un inconsciente *gesto ausente* (hipo-pendularidad) mostraron una mayor actividad eléctrica del bíceps antagonista en las tres pruebas. En el primer test contra-resistencia acusaban una mayor reducción de la fuerza y cansancio en la acción del tríceps.

En la prueba de proyección espacial, estas mujeres mostraban una menor capacidad de proyección y un mayor “asimiento” al examinador; en la prueba de turbación, la mayor focalización en el obstáculo llevaba a la pérdida del sentido del contexto, con inevitables trastornos posturales y una inhibición del sistema vestibular.

Esto demuestra que el diagnóstico crea en muchas mujeres una fragilidad psico-corporal, íntima, callada y perdurable. Es evidente que el diagnóstico de cáncer de mama, a pesar del marco informativo positivo y la confianza en los procedimientos terapéuticos, produce todavía hoy un estado de desorientación, dolor y miedo.

El estudio EMG nos enseña también que la corporeidad —inmediata, auténtica, involuntaria— es el espejo de nuestro malestar. La atención a las señales del cuerpo es prioritaria con respecto a las muchas palabras pronunciadas en la terapia. Estas señales podrían agravarse a consecuencia de ulteriores ataques físicos iatrogénicos para liberarse del cáncer: bisturí, radiaciones, quimioterapias, hormonas.

La investigación clínica de los contextos radioterapéuticos. Las señales corporales han de ser incorporadas a la lectura del malestar en senología. Una investigación/terapia que dirigimos al final del siglo pasado con mujeres que se estaban sometiendo al ciclo de radioterapia (RT) después de una cuadrantectomía, nos da pruebas del valor de las señales del cuerpo.

En la investigación/terapia, las mujeres que hacían radioterapia iban a grupos de movimiento y de *expresión corporal* con una terapeuta que conducía un espacio cómodo y lleno de color. Al lado de la sala había un pequeño estudio con cristal-espejo donde algunas y algunos terapeutas observaban, en posición despegada (*posición meta*) el *trabajo de la corporeidad*.

Una telecámara filmaba la sesión del grupo. El material lo volvían a mirar y lo discutían unos días después los y las observadoras, terapeutas, operadas e irradiadas con la supervisión de Grazia Wolfsgruber, psicoterapeuta y arteterapeuta. Fue sorprendente el tomar nota del malestar no siempre registrado por quienes cuidaban y con frecuencia silenciado por las pacientes.

La investigación del trabajo psico-corporal no fue programada solo para valorar las molestias de la corporeidad. El moverse y trabajar en grupo tiene valor terapéutico. Lleva a las mujeres a reactivar su espacio de proyección (kinesfera), su respiración, la energía, *el Ki*, y facilita la apertura también al diálogo verbal, a la comparación, al consuelo.

Es conocido el valor del trabajo psico-corporal en grupo. “En el yoga es llamado *shanga* y está vinculado con una capacidad de compartir que apoya, que saca a las personas del sentimiento de ajenidad y de aislamiento” (Susi Stefanini). En esta fase de las terapias oncológicas resulta, pues, especialmente valioso.

El “sentimiento de ajenidad y aislamiento”, además del sentimiento de contaminación, son efectivamente evocados por las mujeres en el acto de la irradiación. En nuestra investigación, el material filmado y reexaminado en común permitía a cada mujer entender sus propias dinámicas expresivas y sus propios bloqueos, y discutirlos con sus terapeutas, que tomaban nota de ello.

En general, el malestar descrito en los consensos informados sobre la radioterapia, es atribuido a las complicaciones físicas locales: eritema, edema, complicaciones mayores si hay presencia de prótesis, fibrosis subcutáneas, reacciones del pericardio y pleuropulmonares con sensación de fatiga y malestar general.

Si enmarcamos mejor las quejas de las mujeres y registramos las señales de sus cuerpos, entendemos que hay un malestar profundo psico-corporal que procede del contexto y de las relaciones. Todavía hoy la irradiación externa comporta un descender a sitios aislados con señales de peligro en las paredes y rituales dosimétricos y proteccionistas de fuerte significado simbólico.

Durante la radiación, las mujeres se quedan solas durante unos minutos en el llamado “búnker”, desde el momento en el que el/la técnica que cuidadosamente las acompaña y las sostiene durante el proceso de cura, cierra la puerta y se queda fuera. Estas condiciones crean en las mujeres desasosiego y molestias.

A estas sensaciones se añaden el aturdimiento, el miedo, la confusión, cuando las mujeres que van por primera vez

a la sala de espera de radioterapia para las aplicaciones en el pecho como complemento de la cirugía conservadora, conocen a personas que esperan a ser tratadas una segunda o tercera vez para resolver un problema de metástasis.

A lo largo de la investigación, los malestares psico-corporales eran visibles como “carencias sensoriales” registradas en otras muchas circunstancias comunicativas, terapéuticas o de investigación. Había hipo-pendularidad, escasa conciencia de la postura del cuerpo en el espacio y habilidad reducida en la orientación, en la proyección espacial o en la capacidad de proyectar.

El ojo, como los demás sentidos (que normalmente se abren al contexto y se dejan alimentar por este) reducía su capacidad de acoger el mundo (visión periférica), se fijaba y agarraba más fácilmente a un objeto (visión focal) por miedo de no alcanzar a seguir el trabajo expresivo.

La *carencia sensorial* visual, táctil o auditiva en el espacio peripersonal con reducción de la *kinesfera* y en el espacio lejano, no es aquí debida a un accidente físico o a un trauma neurológico cerebral, sino que hay que interpretarla como una suspensión psíquica o fenomenológica de la apertura sensorial de algunas áreas espaciales.

Una peculiaridad de las personas que participaban en estos grupos y tenían intención de hacer un trabajo personal en términos físicos y psíquicos profundos, consistía en un desasosiego inusual y significativo que se manifestaba cuando salía de modo imprevisto de la sala el o la responsable del espacio de terapia.

Cuando por una razón imprevista, el o la entrenadora salía de la sala —para coger algún instrumento o porque le llamaba el supervisor que estaba detrás del cristal-espejo o para pedir ayuda— y dejaba a las mujeres tumbadas en las esterillas, en muchas de ellas se registraba cierta angustia que les impedía seguir echadas.

Al verse en las filmaciones, las mujeres atribuían el malestar al hecho de haber sido dejadas solas, encerradas por los técnicos que las habían asistido, en el “búnker de radioterapia”. Y también las más tranquilas en palabras admitían, después de haberse visto, que la postura supina les costaba porque les remitía a la experiencia del “tubo de Radio sobre su pecho”.

Es solo un inicio del conocimiento del lenguaje del cuerpo de las mujeres en terapia. Este es sublimar e intenso, mucho más expresivo que mil palabras. ¿Cómo podemos pensar las indicaciones quirúrgicas y reconstructoras o la rehabilitación de las consecuencias iatrogénicas sin reconocer e incorporar este dolor-estupor del cuerpo sometido a terapia por un tumor?

Nuestras investigaciones confirman que los traumas emotivos nos cierran al mundo y nos vuelven débiles y vulnerables, pero nos indican también los modos de recuperar fuerzas. Para salir de la crisis emotivo-corporal tenemos que activar el espacio a nuestro alrededor, nuestra *kinesfera*, vivificar los sentidos, recuperar orientación y *hapticidad* (sentido del tacto) y abrimos de nuevo a las relaciones.

La atención a la organización senso-motriz tiene un papel predominante en la cura del mal-estar general de las mujeres en la fase diagnóstica y postquirúrgica. Ellas se sienten liberadas del nódulo tumoral, pero siguen teniendo dudas sobre el beneficio local y sistémico, dado que les podrían ser recomendadas la radio y la quimioterapia.

El lenguaje de la corporeidad —en cuerpos físicamente minados— ha de ser reconocido por los terapeutas y tratado por todo lo que implica, sin necesariamente psicologizarlo. Hay que cuidarlo antes de que el trauma emocional “tome cuerpo” y permanezca en la memoria, estructurándose en estados de desórdenes posturales, de actitud, depresivos o relacionales.

Decirles a las mujeres que hagan ejercicios con los brazos en la pared, como generalmente aconsejamos en la F.O.N.Ca.M., forma parte de la “política de nuestro hacer”, pero no del proceder del “ser”. Aconsejar caminos de concienciación mediante actividades “perceptivo-motrices” (chi kung, taichí, yoga, movimiento auténtico, *mindfulness*) sería un paso adelante en el arte de la curación.

Nos dicen que el ejercicio físico, el “nordic walking”.... el simple andar, se convierten en “terapia” si se hacen con constancia y con la intensidad justa. Además de la bioquímica metabólica y energética, desempeñan en este caso un papel importante los aspectos prescriptivos, de distracción, motivación y, a veces, de grupo. Es necesario dar un “paso” más, trabajando en la percepción, el tipo de marcha, la actitud, el gesto ausente.

Las sesiones psicológicas podrán ser preparadas si la mujer las solicita personalmente y si tiene ya en su historial la tendencia a pedir ayuda verbal. Análogamente, serán útiles los psicofármacos en el período de readaptación a la vida social, o terapias complementarias para quien ya las utilizaba.

Algo se ha movido en los hospitales en términos de contexto e información. Unos pintan las paredes con efecto tridimensional (*trompe l'oeil*) como el profesor G. Ausili Cefaro en la Radioterapia de la Università di Chieti, otras muestran filmaciones para dejar claros los recorridos, como Laura Lozza, responsable de Radioterapia de Cáncer de Mama en el Istituto Nazionale dei Tumori de Milán.

Las preguntas que hacen las mujeres durante las visitas especializadas para programar sedes, dosis, campos de irradiación y número de sesiones son: “¿Cómo me curarán las radiaciones si a menudo traen tumores? ¿Cómo dirigen las máquinas las radiaciones al lugar exacto, si no estáis dentro del búnker para controlarlo?”

“¿No tendré claustrofobia? ¿Por qué nos dejáis solas aquí dentro?” “Estas preguntas han impulsado a hacer instrumentos informativos, también audiovisuales, para familiarizar con los ambientes a menudo inhóspitos, con los operadores, las máquinas imponentes y los procedimientos de esta cura, fuente innegable de ansiedad de anticipación”.

La radioterapia complementaria a la cirugía es, pues, una intervención que puede causar: *malestar local* agudo y tardío (incluida la dificultad de implantar prótesis en caso de recaída en tejido irradiado); *malestar general* como cansancio y fatiga; y, como hemos visto, *malestares psicosociales* por la permanencia en locales aislados y señalizados como peligrosos.

Se ha de cambiar la atmósfera en las salas de espera de los centros de terapia radiológica o se han de estudiar modos de aliviar el malestar psico-corporal, pero sobre todo se han de valorar otras formas de radioterapia, como el suministrarla en quirófano en la zona de la extirpación del tumor, en una única dosis (Eliot, Iort) o en dosis parcial con complemento externo.

Y se intenta eliminarla en las mujeres entre los 55 y los 75 años con tumores de bajo riesgo de reincidencia (tumores de máximo 2,5 cms., unifocales, sin invasión vascular, sin componente extendido intraductal, con un máximo de 3 nódulos linfáticos positivos), desde que un estudio multicéntrico coordinado por C. Andreoli y C. Tinterri ha demostrado su inutilidad en estas mujeres.

Lenguaje corporal y relación

Para entender los efectos de la emoción y de las relaciones en la corporeidad ¡intentad hacer ahora una comprobación! Es un test que sugerimos en los cursos de formación en corporeidad e imagen de sí a médicos reconstructores. Podréis intuir / ver / sentir / comprender / sintetizar / concretar lo que hasta ahora hemos podido describir solo con palabras.

Poned a una persona enfrente y pedidle que empuje con el brazo extendido y la mano en vuestro pecho. Notad la cualidad de su toque. Si sentís que la mano de quien tenéis delante se escurre... tendréis ya una idea de la *función háptica* o *táctil* de esa persona. Observad su mirada, escuchad su voz, percibid el espacio entre tu y ella.

Si la mano no os toca, probablemente la persona estará contrayendo el bíceps y el pectoral, para impedir al tríceps su fuerza máxima y su resistencia. Será fácil notar que el brazo no es empujado libremente fuera del hombro porque el bíceps, contrayéndose, lo acorta. Su propuesta relacional será de defensa y de fuga, de debilidad y cierre.

Pedid ahora con amabilidad a la persona que tenéis enfrente que repita la acción, esta vez anticipándola con la vivificación háptica: “Por favor, presta atención a mi camisa, a la textura del tejido, a su aspereza, al calor que pasa dentro, siente la amplitud de mi tórax, busca su respiración, ocupa espacio a tu alrededor”.

Si la persona ha explorado el espacio y aceptado el territorio de toma y de toque, registraréis un apoyo completo de la mano sobre vuestro cuerpo. Si ahora le incitáis a que “empuje”, su presencia será potente, su brazo largo, no retenido, sin conflicto, desenganchado del hombro, la cabeza libre, el tronco estable.

Lo más asombroso para la ciencia y para los responsables (en este caso para quien está haciendo la prueba) es que en el observar a quien decide ser observado, vosotros, observadores ¡habéis metido algo vuestro! Habréis actuado y reaccionado al toque de la persona que hace la prueba y habréis tenido el poder de modificar su acción-emoción.

En el sanatorio y en la ciencia usamos racionalmente una sola postura: vemos solo lo que hace el otro. Aquí hemos analizado lo que hace la persona que decide hacer el test

sin enfocar en que ella también ha reaccionado a vuestro estar “en posición” en el diálogo tónico-postural con ella/él.

A diferencia de lo que sucede cuando observáis al otro, probad ahora a analizar vuestro estado de observadores; ¿qué tipo de postura habéis tomado, habéis acogido o rechazado a quien os ha tocado, la mirada era acogedora o escrutadora, el toque, neutro y presente, vuestra voz ósea o timpánica? ¿Habéis sido aceptados en la definición de observadores?

¿Os habéis visto, sentido, a través de la experiencia del otro? Si esto os confunde y os complica la observación, pensad en que vais al cine que pasa la película de vuestro encuentro. Observad con interés y desapego la relación que ha habido entre vosotros dos interlocutores (testado y testador) y veréis cuántas cosas se os han escapado al registrar los datos.

Mirad en la filmación lo que habéis hecho los dos. La tercera posición, definida posición *meta*, consiste en ver una interacción desde fuera, de modo que es posible observarse en el modo de ser observador y observado, y comprender los gestos, las definiciones de relación, el contexto y las reacciones de los dos actores en el sistema observado.

Todavía no hemos introducido una telecamarita en nuestro cerebro, ni quien nos ha enseñado las técnicas de terapia nos ha llevado al cine para permitirnos reconocer nuestras posibilidades y nuestros límites relacionales. No hemos aprendido que el observador forma parte del sistema observado y que sin estos datos dinámicos la realidad observada es poco objetiva.

Recepción del artículo: 15 de enero de 2014.

Aceptación: 20 de marzo de 2014.

Palabras clave: Cáncer de mama — Simbólico del cáncer de mama — Metis — Enfermedad y feminismo — Ciencia relacional.

Keywords: Breast Cancer — Breast Cancer and Language — Metis — Illness and Feminism — Science and Relationship.