

# Construcción identitaria de ser mujer posterior al cáncer de mama y mastectomía\*

Identity Construction of Being a Woman Following Breast Cancer and Mastectomy

Construção da identidade feminina após o cancro da mama e a mastectomia

Angélica Mayerly Álzate Navarro <sup>1</sup> Karen Nathaly Rueda Muñoz <sup>2</sup>  
Lina Paola García Villamor <sup>3</sup>



Recibido: 10/12/2024

Revisado: 07/04/2025

Aceptado: 02/06/2025

## Resumen

Este estudio cualitativo exploró el proceso de transformación identitaria en mujeres tras el diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía, analizando cómo esta experiencia repercutió en las narrativas sobre los significados de ser mujer. Mediante un diseño de investigación-intervención, se utilizaron estrategias dialógicas y narrativas, como la cartografía corporal y el árbol de la re-asociación, en escenarios conversacionales grupales. Se buscó recoger y analizar sus relatos para identificar patrones

comunes en los procesos de reorganización y reconstrucción de la identidad. Los resultados incluyeron la identificación de factores clave que influyeron en la construcción identitaria, tales como las redes de apoyo, las barreras del sistema de salud, la imagen corporal y los significados de feminidad, belleza, sexualidad y maternidad. Asimismo, el estudio aportó a la creación de estrategias, a través de la intervención grupal, que facilitarían el proceso de resignificación y reorganización de las mujeres frente a su realidad, promoviendo narrativas alternas y la construcción de nuevos significados.

## Palabras clave

identidad, género, corporalidad, narrativa, cáncer de mama, mastectomía, intervención grupal.

## Abstract

This qualitative study explored the process of identity transformation in women following a breast cancer diagnosis and mastectomy, analyzing how this experience impacted narratives regarding the meanings of being

\* Artículo de investigación.

<sup>1</sup>Universidad Santo Tomás, Colombia. Correo: [angeli.caalzate@usantotomas.edu.co](mailto:angeli.caalzate@usantotomas.edu.co). 0009-0008-8399-8545

<sup>2</sup>Universidad Santo Tomás, Colombia. Correo: [kareru.eda@usantotomas.edu.co](mailto:kareru.eda@usantotomas.edu.co). 0009-0009-1868-9129

<sup>3</sup>Universidad Santo Tomás, Colombia. Correo: [mvilla@uniovi.es](mailto:mvilla@uniovi.es). 0009-0009-1868-9129

a woman. Through research-intervention design, dialogical and narrative strategies—such as body cartography and the tree of re-association—were employed in group conversational settings. The study aimed to collect and analyze participants' narratives to identify common patterns in their processes of identity reorganization and reconstruction. The results included the identification of key factors influencing identity construction, such as support networks, barriers within the health system, body image, and meanings associated with femininity, beauty, sexuality, and motherhood. Furthermore, the study contributed to the development of strategies through group intervention that facilitated processes of resignification and reorganization as women faced their new reality, promoting alternative narratives and the construction of new meanings.

## Keywords

identity, gender, corporality, narrative, breast cancer, mastectomy, group intervention.

## Resumo

Este estudo qualitativo explorou o processo de transformação identitária em mulheres após o diagnóstico de cancro da mama e a mastectomia, analisando como esta experiência repercutiu nas narrativas sobre os significados de ser mulher. Através de um desenho de investigação-intervenção, foram utilizadas estratégias dialógicas e narrativas, como a cartografia corporal e a árvore da re-associação, em contextos de conversação em grupo. Procurou-se recolher e analisar os seus relatos para identificar padrões comuns nos processos de reorganização e reconstrução da identidade.

Os resultados incluíram a identificação de fatores-chave que influenciaram a construção identitária, tais como as redes de apoio, as barreiras do sistema de saúde, a imagem corporal e os significados de feminilidade, beleza, sexualidade e maternidade. Além disso, o estudo contribuiu para a criação de estratégias, por meio da intervenção em grupo, que facilitassem o processo de resignificação e reorganização das mulheres face à sua realidade, promovendo narrativas alternativas e a construção de novos significados.

## Palavras-chave:

identidade, género, corporalidade, narrativa, cancro da mama, mastectomia, intervenção em grupo.

## Introducción

El cáncer de mama representa una de las mayores crisis de salud pública a nivel global y constituye la principal causa de muerte oncológica en mujeres en Colombia, con más de 15 000 casos nuevos al año (Ministerio de Salud y Cuenta de Alto Costo). Clínicamente, se trata de una proliferación maligna en el tejido mamario ([Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2013](#)), asociada a múltiples factores de riesgo ([Palmero et al., 2021](#)). Sin embargo, detrás de estas cifras se despliega un drama humano que trasciende el diagnóstico, especialmente tras la mastectomía ([Madrigal & Mora, 2018](#)). Esta experiencia fractura las narrativas personales sobre lo que significa 'ser mujer', afectando la percepción de la feminidad, la corporalidad y la sexualidad.

El presente estudio se enfoca en la vivencia subjetiva de estas mujeres con el propósito

de comprender cómo reconstruyen sus relatos identitarios a través de la interacción. A su vez, surge de la necesidad imperativa de diseñar intervenciones que respondan a la complejidad de esta experiencia, reconociendo a la mujer más allá de la enfermedad y del significado simbólico que el seno tiene en la construcción identitaria.

Asimismo, la comprensión de la experiencia humana en contextos de crisis es inseparable del análisis de los vínculos y las redes de apoyo. La salud mental no se concibe como un estado meramente intrapsíquico, sino como el resultado de una adecuada “nutrición relacional”, entendida como la vivencia subjetiva de ser amado de manera compleja a nivel cognitivo, emocional y pragmático (Linares, 2013). Esta nutrición se gesta en la denominada “ecología de los vínculos”, donde la familia emerge como un pilar que moldea la autonomía (A. Hernández, 2010) y cuyo apoyo resulta crucial para la reorganización subjetiva frente a la enfermedad (Martínez, 2018). Los vínculos constituyen la matriz en la que se teje la identidad; es en esta red donde se movilizan recursos para co-construir narrativas que otorguen nuevos sentidos a la experiencia. Por ello, un abordaje clínico que ignore esta ecología desconoce el contexto vital en el que residen las claves para la transformación del sufrimiento.

En este sentido, la realidad no se entiende como una entidad objetiva y preexistente, sino como un producto de la actividad y el lenguaje humano que, una vez objetivado, se experimenta como una facticidad externa (Berger & Luckmann, 1966). Desde este marco, la construcción identitaria se concibe como un sistema dinámico y relacional de

significados a través del cual una persona se narra a sí misma y es reconocida por los otros (Linares, 1996). Este constructo, de naturaleza histórica y social, se ve profundamente desafiado por la experiencia del cáncer de mama y la mastectomía. La pérdida de un seno —cargado de un denso valor simbólico asociado a la feminidad y la corporalidad en la cultura— (Aguayo-Zurita, 2021; Asakura, 2004) provoca una crisis que obliga a una compleja reorganización de la comprensión de sí misma (Codina, 2004). Esta ruptura simbólica suele ir acompañada de secuelas psicológicas como miedo, tristeza e impacto en la sexualidad (Ávila Bareño et al., 2024; Burbano et al., 2020), lo que evidencia la profunda interconexión entre cuerpo, identidad y contexto relacional.

Con relación a la reorganización identitaria, esta se libra en el terreno de la narrativa, entendida como el vehículo a través del cual la experiencia humana se organiza y adquiere sentido (Payne, 2002). Siguiendo a Maturana & Varela (1984), la realidad es “traída a la mano” a través del lenguaje; en consecuencia, los relatos no solo describen el mundo, sino que lo crean y lo constituyen (Echeverría, 2003). En el contexto del cáncer de mama, las narrativas dominantes suelen estar saturadas por discursos culturales de pérdida y desviación de las normas hegemónicas de belleza y feminidad (? y González, 2018).

Frente a ello, la terapia narrativa plantea que la experiencia vivida es siempre más amplia y compleja que la historia del problema que la encapsula (White & Epston, 1993). Desde esta perspectiva, la psicoterapia grupal se concibe como un microsistema

social privilegiado para la transformación de significados (Serebrinsky, 2012), en el cual se posibilita un proceso de resignificación mediante la deconstrucción de discursos restrictivos y la co-construcción, a través del diálogo (Gergen & Kaye, 1992), de narrativas alternativas que amplían las formas de comprensión de sí mismas.

En este marco, surge la pregunta orientadora del estudio: ¿cómo se configuran y movilizan las narrativas identitarias, en articulación con las construcciones de género y la corporalidad, en torno a la experiencia del diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía, para la co-creación de relatos alternativos que reconfiguren dicha experiencia en dos mujeres de la ciudad de Villavicencio?

## Metodología

La presente investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, el cual permite indagar y comprender el mundo social desde la perspectiva de las participantes, atendiendo a la complejidad, el contexto y los significados atribuidos a sus experiencias (Quecedo & Castaño, 2002). Se adoptó un diseño narrativo, orientado al estudio de la experiencia humana a través de los relatos e historias que las personas construyen y comparten, y se adscribe a un paradigma sistémico complejo (Czarniawska, 2004; R. Hernández et al., 2014).

Igualmente, el estudio se desarrolló desde una orientación de investigación-intervención (Pakman, 1995), en la cual la indagación se articula con la generación de espacios conversacionales terapéuticos grupales. Esta aproximación se fundamenta en los

principios de la cibernética de segundo orden, que reconoce al investigador como parte constitutiva del sistema observado y como co-partícipe en la construcción de los significados emergentes (Maturana, 1998).

## Conceptos metodológicos

La Tabla 1 presenta los conceptos metodológicos que orientaron el proceso de análisis, derivados de una matriz de análisis deductiva (Rueda Sánchez et al., 2023). A partir de categorías de análisis, las investigadoras codificaron los relatos, patrones, relaciones y significados identificados en los diferentes encuentros grupales, tanto al interior como entre las categorías de análisis, contrastando las narrativas de las participantes (heterorreferencia) con las reflexiones de las investigadoras (autorreferencia) y categorías emergentes. Con una codificación independiente, partiendo de los datos originales (transcripciones) a las interpretaciones de las investigadoras. Este procedimiento permitió reconocer narrativas dominantes, procesos de resignificación y la co-construcción de relatos alternativos en torno a la experiencia del cáncer de mama y la mastectomía.

**Tabla 1**

*Conceptos metodológicos de la investigación*

Concepto metodológico	Definición
Constructo identitario en mujeres con cáncer de mama y mastectomía	El constructo identitario en mujeres con cáncer de mama y mastectomía es de carácter profundo y complejo, en tanto implica explorar cómo la experiencia de la enfermedad y la pérdida corporal inciden en la percepción de sí mismas y en su sentido de identidad. Para muchas mujeres, el diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía representan un desafío significativo a la identidad femenina y a la imagen corporal. La pérdida de un seno, fuertemente asociada culturalmente con la feminidad y la sexualidad, puede generar una crisis identitaria y un impacto psicológico significativo.
Narrativas y significados sobre el ser mujer, feminidad, corporalidad y sexualidad en mujeres con cáncer de mama y mastectomía	Desde esta perspectiva, resulta fundamental comprender cómo las mujeres reconstruyen su identidad durante el proceso de adaptación a la enfermedad y a los cambios corporales derivados del tratamiento. Algunas participantes pueden experimentar una reevaluación de sus prioridades y valores, desarrollando una nueva apreciación por la vida y una mayor fortaleza emocional: mientras que otras pueden enfrentar sentimientos de pérdida, vergüenza o incomodidad frente a su cuerpo transformado. La feminidad se encuentra profundamente vinculada a la percepción identitaria y el cáncer de mama, junto con la mastectomía, pueden desafiar esta relación de manera significativa. Las alteraciones corporales generan, en muchos casos, sensaciones de pérdida, incomodidad o tristeza. En este sentido, reflexionar sobre estas narrativas y significados permite reconocer no solo el impacto de la enfermedad, sino también los recursos, la resiliencia y la capacidad de las mujeres para resignificar su experiencia y encontrar sentido en la adversidad.

*Fuente:* elaboración propia.

## Contexto y participantes

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Villavicencio, Colombia y las intervenciones grupales (tabla 2) se desarrollaron en el Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad Santo Tomás, Seccional Villavicencio. En coherencia con el enfoque cualitativo, se reconoce que la investigación no se realiza desde una neutralidad absoluta, sino desde una epistemología reflexividad donde, las investigadoras participan en la construcción del conocimiento (Martínez y Otálvaro, 2015). El diseño de investigación-intervención sostiene una función dada en la participación como terapeutas e investigadoras, siendo la autorreferencia el recurso analítico que facilita reconocer su participación dentro del sistema estudiado. Así se establece un criterio de rigor metodológico, ya que el proceso contó con supervisión clínica y académica por parte de una asesora interna experta en enfoque sistémico y con competencias en investigación, asignada por la universidad. Asimismo, las sesiones fueron desarrolladas en un contexto de observación clínica mediante cámara de Gesell para la observación y reflexión sobre las intervenciones realizadas.

Se utilizó un muestreo intencional (Otzen & Manterola, 2017), conformado por dos mujeres que cumplieran los criterios de inclusión: ser mayores de 18 años, contar con diagnóstico de cáncer de mama, haber sido sometidas a mastectomía, residir en zona urbana y manifestar disponibilidad e interés en participar en el estudio (Tabla 2). Este tamaño muestral permitió un análisis detallado de cada caso, así como de las dinámicas grupales emergentes.

**Tabla 2**

*Perfil sociodemográfico y clínico de las participantes centrales del estudio*

Característica principal	Participante KM	Participante DR
Edad	48 años	42 años
Ocupación	Docente en educación física	Fisioterapeuta
Nivel de escolaridad	Profesional (pregrado)	Profesional (pregrado)
Estado civil	Soltera	Soltera
Diagnóstico oncológico	Cáncer de seno bilateral	Cáncer de seno bilateral
Maternidad	Madre	Sin hijos (imposibilidad biológica posterior a histerectomía)
Composición familiar	Monoparental	Nuclear
Estado del tratamiento	Reincidencia actual en seno derecho	En seguimiento (diagnóstico inicial hace siete años)

*Fuente:* elaboración propia.

## Técnicas de producción de la información

La producción de la información se realizó a través de cinco escenarios conversacionales grupales, diseñados como espacios de diálogo reflexivo y terapéutico. Se emplearon estrategias narrativas, las cuales se presentan en la Tabla 3. Todos los escenarios fueron videograbados, previo consentimiento informado de las participantes, y se contó con una pauta de observación y metaobservación utilizada por el equipo investigador, que incluyó el trabajo en cámara de Gesell.

## Técnicas de análisis de la información

El análisis de la información se realizó a través del método narrativo conversacional, el cual opera como un dominio explicativo

para comprender la organización de los relatos y como un método para abordar su transformación (Estupiñán & González, 2015). Se utilizaron las categorías propuestas por Estupiñán et al. (2006): acontecimiento (el diagnóstico y la mastectomía), experiencia (la postura vivencial), historia (la versión dominante del relato, como la de la “mujer fuerte”) y memoria (versiones periféricas que, al ser evocadas, permitieron la emergencia de relatos alternos).

El acto de narrar en un campo interpersonal fue considerado un catalizador para la resignificación de la experiencia. Todo este proceso se analizó dentro de los escenarios propuestos, reconociendo que el acto mismo de narrar en un campo relacional resignifica la experiencia y contribuye a la configuración de nuevas realidades.

## Consideraciones éticas

La investigación se clasificó con un riesgo mayor que el mínimo, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, debido al posible riesgo de generar crisis emocionales en las participantes. Para minimizar dicho riesgo, se realizó un seguimiento periódico y se contempló la construcción de una red de apoyo.

Se implementó el consentimiento informado, garantizando la confidencialidad y el manejo adecuado de la información, conforme a la Ley 1581 de 2012 y la Ley 1090 de 2006. Se aseguró la equidad en la selección de participantes, considerando el valor social de la investigación, tanto en términos de aprendizaje para las investigadoras como de contribución a la construcción de nuevos relatos para las mujeres participantes.

**Tabla 3**

*Diseño metodológico realizado*

Título del escenario	Objetivo del escenario	Estrategia y técnicas
Tornado de experiencia	Identificar relatos identitarios sobre las construcciones de género y la corporalidad en torno a la experiencia de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que han atravesado el procedimiento de mastectomía.	Estrategia basada en preguntas reflexivas orientadas a conocer la experiencia de las mujeres participantes frente al diagnóstico, el tratamiento y el procedimiento de mastectomía.
Cartografía del cuerpo	Generar un espacio dialógico y reflexivo en torno a la experiencia de vida desde el ser mujer frente al cáncer de mama y la mastectomía, como una forma de reconocimiento del cuerpo, resignificación de experiencias y construcción de memoria del ser, sentir y estar.	Espacio dialógico mediante la construcción de una cartografía corporal, técnica que permite explorar el propio cuerpo, las emociones, las subjetividades y las experiencias de discriminación que atraviesan las biografías de las personas (Castro, 2023).
Árbol de re-asociación	Resignificar las versiones preferidas de la identidad, así como los conocimientos y habilidades para la vida, cogenerados a partir de las relaciones significativas, orientadas hacia los deseos y proyecciones de futuro de las participantes.	Espacio conversacional reflexivo a través de la elaboración del árbol de la re-asociación: dibujo de un árbol que representa la relación consigo misma, como metáfora que permite recuperar historias de amor, apoyo, aprendizajes y experiencias vividas a lo largo de la vida (Campillo, 2021).
Carta terapéutica	Reflexionar en torno a las narrativas identitarias alternas y los significados de género y corporalidad posteriores al diagnóstico de cáncer de mama, al procedimiento de mastectomía y a los escenarios terapéuticos grupales previos.	Recursos literarios: carta terapéutica.
Devolución de resultados y despedida	Evaluar el proceso de intervención grupal y realizar la devolución de resultados.	Estrategia narrativa a partir de preguntas reflexivas. Recursos literarios: certificado de participación (diploma de reconocimiento).

*Fuente:* elaboración propia.

## Resultados

Las comprensiones de este estudio se presentan a continuación a partir de los datos correspondientes a las participantes KM (48 años, docente, con diagnóstico de cáncer de seno bilateral y maternidad) y DR (42 años, fisioterapeuta, con diagnóstico de cáncer de seno bilateral y sin posibilidad biológica de maternidad tras una histerectomía preventiva). Este procedimiento, según la organización *Facing Our Risk of Cancer Empowered* (s. f.), se define como la extirpación quirúrgica de un útero sano con el objetivo de prevenir el desarrollo futuro de cáncer. Las características sociodemográficas

y clínicas de ambas participantes se resumen en la Tabla 2. Perfil sociodemográfico y clínico de las participantes centrales del estudio.

Mi rol en esta investigación trascendió el de una observadora externa, posicionándome como parte constitutiva del sistema terapéutico co-construido. Reconozco la inextricable vinculación entre mi historia personal y mi quehacer investigativo. Mi narrativa identitaria, forjada en un contexto familiar que valoraba la fortaleza y la independencia, resonó profundamente con los relatos de las participantes. La “coraza de la mujer berraca” que ellas

buscaban deconstruir constituía un guion que reconocía íntimamente en mi propia dificultad para solicitar ayuda. Este proceso de autorreferencia se consolidó como un recurso hermenéutico crucial, permitiéndome comprender, desde una implicación profunda, la lucha por integrar la vulnerabilidad en identidades definidas por la autosuficiencia.

El proceso de acompañamiento me confrontó, asimismo, con mis propias concepciones sobre la corporalidad, la feminidad y la resiliencia. La experiencia investigativa me transformó de manera significativa, revelando la potencia de las intervenciones narrativas grupales para fortalecer el agenciamiento, dignificar las voces de las participantes y resignificar el dolor en escenarios de vulnerabilidad.

## Constructo identitario en mujeres con cáncer de mama y mastectomía

Este concepto metodológico evidencia cómo las participantes narran el cáncer de mama y la mastectomía como experiencias que transforman profundamente la percepción de sí mismas y desafían su identidad. La resignificación del ser mujer en este contexto incluye reflexiones sobre la vida, la muerte y el sentido de sus trayectorias vitales.

Dicha resignificación se manifiesta cuando las participantes anclan su identidad a logros y reconocimientos. KM ejemplifica este proceso al enumerar sus éxitos: *“fui triatleta profesional... fui tres años condecorada como la mejor deportista del departamento del Meta... fui licenciada en educación física... he sido docente, he sido coordinadora, he sido rectora...”* (Matriz de Análisis,

p. 6, Turno 81). El análisis indica que el cáncer y la mastectomía representan un acontecimiento biográfico crucial que transforma la subjetividad, forjando una identidad basada en el reconocimiento externo y en una autosuficiencia definida por los logros. Esta “identidad de competencia”, cimentada en el control, la eficacia y la validación social, se vio desmantelada por la experiencia de la vulnerabilidad, la pérdida de control corporal y la confrontación con la finitud, lo que generó una crisis identitaria.

Las participantes y su entorno se percibían y describían como “fuertes”. KM declara: *“yo ahora tengo un proceso y les digo tal cosa no, pero usted es fuerte, usted berraca, usted es echada pa’ lante, pudo una vez, puede la segunda y nadie sabe lo que uno lleva por dentro, la coraza la fuerte”* (Matriz de Análisis, p. 6, Turno 81). Por su parte, DR reflexiona: *“Por qué pasó mucho eso de que en ese proceso no, pero es que tú eres fuerte, es que tú eres no sé qué, pero es que yo también me canso...”* (Matriz de Análisis, p. 69, Turno 71). Este patrón evidencia el relato dominante de la “mujer fuerte”, un guion sociocultural que prescribe la forma en que las mujeres deben enfrentar la adversidad. Aunque inicialmente funcional, esta narrativa operaba como una “coraza” que inhibía la expresión de emociones como el miedo o la tristeza, consideradas signos de debilidad. La autosuficiencia resultante limitaba la posibilidad de recibir apoyo de sus redes, perpetuando la soledad emocional y dificultando la integración plena de la experiencia.

Otro evento significativo fue el “toque de campana” como símbolo de victoria y

transición. KM describe esta ceremonia, realizada al finalizar sus sesiones de radioterapia, como un momento de celebración colectiva, en el que se sintió feliz y victoriosa: *“yo me sentí feliz, que de verdad había ganado la victoria, o sea que yo había conseguido la victoria; creo que fue el mismo sentimiento cuando crucé la victoria en la Copa Mundo”* (Matriz de Análisis, p. 14, Turno 142). Este ritual marcó un punto de inflexión en su narrativa de enfermedad, resignificando el cierre del tratamiento como un logro personal y simbólico.

Los escenarios terapéuticos facilitaron la deconstrucción de la narrativa de la “fortaleza unidimensional”, eje central del proceso de reorganización identitaria. Legitimar la vulnerabilidad no se vivenció como una claudicación, sino como un acto de valentía. Se observó una reconfiguración de los procesos de invalidación emocional, permitiendo a las participantes aceptar el cansancio o la tristeza sin que ello disminuyera su valor personal. Este desplazamiento desde una identidad basada en la invulnerabilidad hacia una que integra la fragilidad resultó fundamental para la construcción de una narrativa identitaria más compleja, auténtica y compasiva, dotando de nuevos sentidos a la experiencia vivida.

## **Narrativas y significados sobre feminidad, corporalidad y sexualidad en mujeres con cáncer de mama y mastectomía**

El cuerpo emerge como un territorio central donde se inscriben los efectos del cáncer y se libran batallas por la resignificación

identitaria. El impacto emocional de transformaciones como la pérdida del seno, la caída del cabello y el aumento de peso no deriva del cambio físico en sí mismo, sino de la desviación respecto a estándares de belleza hegemónicos internalizados. DR narra: *“pasé de ser flaca a gordísima, yo me puse super gorda, ahora tengo como medio peso ideal, porque yo era talla 6, flaca, flaquísima”* (Matriz de Análisis, p. 10, Turno 108). KM también describe cómo su *“cuerpo esbelto”* de deportista se transformó (Matriz de Análisis, p. 7, Turno 85), lo que evidencia una dolorosa ruptura con un ideal corporal culturalmente construido. El ideal de delgadez opera como un marcador de disciplina, control, aceptación social y valor personal, convirtiendo la adhesión a este mandato en una búsqueda de amor y reconocimiento.

La intervención terapéutica adoptó una postura política al cuestionar activamente estos ideales, visibilizando su carácter arbitrario y el sufrimiento que generan. Este sufrimiento se intensifica con la caída del cabello, narrada como un duelo simbólico, un *“sentimiento de pérdida tan terrible”* que borra visiblemente un significante crucial de la identidad femenina hegemónica. La pérdida capilar no solo expone la enfermedad, sino que despoja a las mujeres de un atributo socialmente codificado como esencial para la feminidad y el atractivo. El proceso de resignificación exige una deconstrucción profunda de estos juicios de valor, constituyéndose en un paso fundamental hacia la construcción de una identidad menos dependiente de la validación de los estándares culturales.

Por otra parte, la decisión de KM de no tener pareja refleja una reconfiguración de la corporalidad que se extiende al ámbito de la sexualidad y la intimidad, donde se observa una profunda reevaluación de los vínculos de pareja. Las narrativas de las participantes revelan una inseguridad subyacente respecto a ser aceptadas y valoradas tras la mastectomía, un temor que se ancla en la internalización de discursos culturales que definen el cuerpo femenino como un objeto erótico en función del deseo masculino. Desde esta perspectiva, la alteración física se vive como una forma de “incompletitud” que no cumple con los mandatos de la femineidad idealizada, lo que alimenta un profundo miedo a la exposición y al potencial rechazo.

En este concepto metodológico, el cuerpo se convierte en una metáfora de la vulnerabilidad emocional, y la evitación del vínculo íntimo puede operar como un mecanismo de protección frente al dolor. Sin embargo, un análisis más profundo sugiere que esta decisión —como la de no tener pareja— también puede interpretarse como un acto de cuidado de sí mismas. Se trata de una “pausa” necesaria y deliberada, un espacio en el que se prioriza la sanación física y emocional por encima de la búsqueda de validación externa. Este periodo posibilita una reconstrucción identitaria en la que la autonomía y el vínculo consigo mismas ocupan un lugar central, permitiendo que las relaciones futuras se construyan no desde la necesidad de un cuerpo deseado por otros, sino desde la aceptación y valoración del cuerpo que habitan.

## Vínculos y redes de apoyo (concepto metodológico emergente)

Los vínculos y las redes de apoyo, especialmente la familia, emergen como elementos constitutivos de la experiencia y la identidad de las participantes. La maternidad y el rol de cuidadora funcionan como soportes emocionales clave. Las narrativas posicionan a la familia como un sistema cohesionado y un recurso central frente a la adversidad, como lo ilustra DR al describir a los suyos: “*mi pequeña familia, no somos tantos, para mi familia principal son solo ellos, gracias a Dios somos muy unidos...*” (Matriz de Análisis, p. 7, Turno 73, correspondiente al Escenario 1). De manera similar, KM resalta a sus padres y hermanos como su principal recurso emocional, evidenciando a la familia como un sistema interconectado de apoyo.

La irrupción del cáncer y sus tratamientos alteró la cotidianidad de las participantes, forzando una reorganización de sus roles, con un impacto significativo en el ámbito laboral. Para aquellas mujeres con una identidad fuertemente ligada a la productividad, la pausa profesional y la dependencia del cuidado familiar generaron sentimientos de frustración, afectando directamente su autonomía y su sentido de propósito.

Por otra parte, en el caso de KM, la maternidad y el vínculo con su hijo se constituyeron en una motivación central: “*tengo un hijo que se llama J. P., que tiene 12 años y que es mi motor para estar viva*” (Matriz de Análisis, p. 6, Turno 81). Esta experiencia emergió como un recurso de afrontamiento fundamental. Para KM, ser madre no solo funcionó como una motivación, sino como un anclaje vital. Su afirmación

revela cómo la responsabilidad de la crianza se transforma en una urgencia materna frente a la amenaza de la enfermedad. La necesidad de continuar con el cuidado, la guía y la presencia para un hijo en una etapa crucial de su desarrollo se configura como una poderosa narrativa que se contrapone al relato de la muerte. En este sentido, la lucha por la supervivencia trasciende lo personal para convertirse en un imperativo vital orientado al bienestar del hijo, constituyéndose en una razón central para mantenerse vinculada a la vida.

En contraste, la experiencia de DR representa el polo opuesto, en tanto una histerectomía preventiva clausuró de manera forzada su proyecto de maternidad biológica. Este evento, descrito como uno de los “muchos deterioros” del proceso, provocó un doble duelo: por la pérdida de la salud y por la anulación de una identidad futura anclada en la maternidad. En consecuencia, su reconstrucción identitaria no se apoya en el rol materno, sino que exige la compleja y dolorosa tarea de encontrar nuevos propósitos vitales ante la ausencia de esta posibilidad.

En cuanto a las amistades y otras figuras de apoyo significativo, se identifican personas externas que desempeñaron roles cruciales a lo largo del proceso de diagnóstico, tratamiento y mastectomía. KM relata cómo, tras una biopsia, un primo médico se convirtió en un contacto esencial para la orientación y el apoyo emocional. De manera similar, DR menciona la importancia de una médica que la atendió de forma prioritaria y la guió en los primeros exámenes. Estos vínculos, a menudo facilitados por redes previas en

contextos laborales y sociales, se activaron como recursos vitales.

Asimismo, se destacan los grupos de mujeres conformados durante las sesiones de quimioterapia, que funcionaron como espacios de apoyo entre pares: *“mi grupo de apoyo era G... todo lo tratábamos de hacer como una celebración y allá todas nos quejamos... porque, como decíamos, una cosa es que a uno le digan tranquilízate, cálmate..., pero no eres tú el que está viviendo el proceso”* (Matriz de Análisis, p. 70, Turno 107). Este relato visibiliza una red de apoyo basada en el compartir experiencias similares, que da lugar a la sororidad, entendida como un pacto y compromiso político consciente entre mujeres. Más que una hermandad basada únicamente en la amistad o el género se trata de una solidaridad activa que reconoce y confronta diferencias de raza, clase y poder, según Bell Hooks (1981). Estas conexiones, sustentadas en resonancias emocionales compartidas, identificación de experiencias comunes y reconocimiento genuino, facilitan la empatía y la solidaridad, promoviendo el desarrollo de recursos de afrontamiento tanto personales como colectivos.

## **Relación con el sistema de salud (concepto metodológico emergente)**

La relación con el sistema de salud emergió como un campo de batalla identitario, configurándose no solo como un estresor adicional, sino como un escenario central en el que las participantes negociaron activamente su lugar en el mundo. Esta interacción trascendió la mera recepción de tratamiento médicos y se caracterizó por una lucha constante frente a barreras burocráticas

y prácticas de deshumanización que, de manera paradójica, catalizaron procesos de agenciamiento personal. En las narrativas, el sistema de salud aparece descrito como “inhumano” e “insensible”, o carente de “sensibilidad y humanización”, evidenciando el profundo impacto de ser tratadas como casos clínicos y no como personas en una situación de extrema vulnerabilidad.

Las participantes relatan experiencias reiteradas de insensibilidad institucional. KM, al asistir a su primera sesión de quimioterapia, observa: *“todas estas viejas ya se vuelven como inhumanas, insensibles, todas serias”* (Matriz de Análisis, p. 13, Turno 135). De manera similar, DR señala que, en distintos momentos del proceso, los médicos pierden la “sensibilidad y humanización” necesarias para acompañar a quienes atraviesan la enfermedad (Matriz de Análisis, p. 9, Turno 100-102). A ello se suma el peso de la burocracia sanitaria; por ejemplo, la pérdida de autorizaciones narrada por DR en el Escenario 5 (Matriz de Análisis, p. 67, Turno 55) constituye una fuente adicional de frustración y desgaste emocional.

Este conjunto de experiencias configura un escenario de lucha constante, en el que el agotamiento no proviene únicamente del cáncer y sus tratamientos, sino también del entramado institucional que, en lugar de ofrecer respaldo, se convierte frecuentemente en un obstáculo. Más allá de las fallas administrativas, las narrativas revelan una vivencia persistente de deshumanización, donde la falta de reconocimiento de la dimensión subjetiva del sufrimiento profundiza la sensación de abandono y desamparo.

Sin embargo, este desgaste también operó como un detonante de transformación. La frustración acumulada obligó a las participantes a movilizar recursos propios y redes de apoyo, no solo para afrontar la enfermedad, sino para aprender a navegar activamente un sistema que demandaba vigilancia, insistencia y confrontación. En este proceso, se produce una transición significativa: de pacientes pasivos, receptoras de un sistema indiferente, a agentes activas y expertas en su propio cuidado. Esta transformación pone en evidencia que la identidad no se reconstruye en aislamiento, sino que se reescribe en la confrontación directa con las estructuras institucionales que intentan definirla y limitarla.

## Discusión

Desde un enfoque sistémico complejo y a partir de los postulados de la terapia narrativa de White & Epston (1993), el proceso investigativo se orientó a la co-creación de relatos alternativos que permitieran resignificar la experiencia del cáncer de mama. El análisis de los cinco escenarios grupales evidenció un proceso dinámico de transformación narrativa, en el que los relatos dominantes —marcados por la pérdida, la fragmentación identitaria y la alteración del “ser mujer”— dieron paso a narrativas emergentes de aceptación, resignificación y redefinición identitaria. Esta discusión articula dichas comprensiones desde el marco sistémico-narrativo y dialoga con estudios previos sobre el impacto psicosocial del cáncer de mama, con el fin de responder a la pregunta central de investigación.

La comprensión teórica de la construcción identitaria se profundiza al analizar la crisis subjetiva desencadenada por las transformaciones corporales asociadas a la enfermedad y sus tratamientos. Los relatos iniciales de angustia y extrañamiento corporal, coherentes con los hallazgos de Suárez et al. (2017) y Ávila Bareño et al. (2024) sobre el impacto de cáncer de mama en la imagen corporal, revelan un choque profundo con guiones culturales hegemónicos sobre la feminidad. Este conflicto puede interpretarse a la luz de Enguix & González (2018), quienes conciben el cuerpo como una “construcción discursiva” en la que se inscriben significados sociales, políticos y simbólicos. En esta línea, Aguayo-Zurita (2021) sostiene que atributos como los senos o el cabello operan como símbolos cargados de valor erótico, estético y maternal que configuran el ideal normativo del “ser mujer”.

Desde esta perspectiva, el sufrimiento expresado por las participantes no radica exclusivamente en la alteración física, sino en la disonancia entre el cuerpo vivido y el ideal cultural internalizado. La intervención narrativa facilitó un proceso reflexivo que permitió problematizar y deconstruir dichos mandatos, abriendo la posibilidad de una comprensión del ser mujer más situada, relacional y plural, en la que la vulnerabilidad y la agencia coexisten más allá de la corporalidad normativa.

La resignificación de las narrativas dominantes posibilitó que las participantes establecieran una distinción entre su identidad personal y el diagnóstico médico, marcando un punto de quiebre simbólico frente a los relatos centrados exclusivamente

en el cáncer. Este movimiento narrativo favoreció la priorización de la vida como valor central y la recuperación de una posición activa frente a la experiencia vivida. En coherencia con White & Epston (1993), se evidenció cómo la externalización del problema y la reconstrucción narrativa permiten reescribir la historia personal desde el agenciamiento, evitando que la identidad quede subsumida en la enfermedad.

Estos procesos no se limitaron al ámbito individual, sino que impactaron de manera significativa los vínculos afectivos y las dinámicas familiares, resaltando la importancia de las redes de apoyo como recursos fundamentales para el afrontamiento. Paralelamente, el sistema de salud emergió como un agente ambivalente: por un lado, proveedor indispensable de cuidados médicos y, por otro, fuente de tensión debido a sus limitaciones estructurales y barreras burocráticas. Esta tensión, lejos de paralizar a las participantes, actuó como un catalizador de estrategias de resistencia, creatividad narrativa y fortalecimiento del agenciamiento, desafiando discursos hegemónicos centrados exclusivamente en el sufrimiento. En este sentido, los escenarios grupales se configuraron como espacios potencialmente transformadores, capaces de promover relatos más humanos, dignificantes y esperanzadores para la construcción de nuevas narrativas identitarias.

Dentro de estas nuevas narrativas identitarias, emergió un patrón crucial de deconstrucción de los discursos sobre la corporalidad. En un primer momento, el cuerpo fue narrado como un espacio de pérdida, daño y traición, estrechamente

vinculado al dolor físico y simbólico producido por la enfermedad y sus tratamientos. No obstante, a través de estrategias terapéuticas como la cartografía corporal y el diálogo reflexivo, las participantes comenzaron a elaborar relatos alternativos sobre sus cuerpos. La expresión “cicatriz de victoria” ilustra de manera elocuente este desplazamiento narrativo, en el que un marcador físico asociado a la enfermedad se resignifica como testimonio de resistencia y supervivencia. Este hallazgo amplía la comprensión de la corporalidad más allá de su dimensión biológica, concibiéndola como un “territorio narrativo” (Rodríguez, 2020) donde los significados pueden inscribirse y reinscribirse de forma dinámica.

Otro patrón significativo se relaciona con la resignificación del “ser mujer”. Las narrativas iniciales evidenciaban una fuerte adhesión a constructos sociales de feminidad anclados en la apariencia física y la integridad corporal. Sin embargo, el proceso terapéutico facilitó un cuestionamiento crítico de estos mandatos culturales, promoviendo un desplazamiento hacia una feminidad definida desde la agencia, la supervivencia y la capacidad de afrontamiento, más que desde atributos corporales normativos. Estos resultados desafían concepciones esencialistas de la feminidad y respaldan la comprensión de la identidad de género como una construcción fluida, contextual y relacional (Asakura, 2004; Butler, 1999).

La emergencia de redes de apoyo entre pares, particularmente durante las sesiones de quimioterapia, constituye uno de los hallazgos más significativos del estudio y puede interpretarse desde el concepto feminista de

sororidad. Lejos de referirse a una amistad espontánea, la sororidad es conceptualizada por Lagarde (s.f.) como un pacto ético y político deliberado entre mujeres que, a pesar de sus diferencias, se reconocen como pares para contrarrestar el aislamiento, la competencia y la fragmentación promovidas por la cultura patriarcal. En este contexto, la experiencia compartida del cáncer de mama y la mastectomía opera como catalizador de esta alianza sorora, fundamental para la reconstrucción identitaria. Al configurar un espacio colectivo de reconocimiento y resonancia emocional, las participantes logran desafiar y deconstruir narrativas culturales dominantes que asocian la feminidad con una corporalidad intacta (Aguayo-Zurita, 2021; Enguix & González, 2018), posibilitando la co-creación de relatos alternativos. De este modo, la sororidad no solo funciona como red de apoyo emocional, sino como un potente mecanismo de transformación narrativa y construcción de identidad colectiva.

Asimismo, la autocompasión y la validación emocional emergieron como ejes transversales en las narrativas de las participantes, revelando un proceso central en su reconstrucción identitaria. Los mandatos sociales de “fortaleza” permanente pierden funcionalidad en contextos de enfermedad crónica, en tanto invisibilizan la necesidad de expresar y legitimar emociones como el miedo, la tristeza o el cansancio. En consonancia con Linares (1996), esta validación emocional puede comprenderse como una forma de nutrición relacional indispensable para la integración de la crisis y la reconstrucción del sentido de sí. La exigencia cultural de mostrar una fachada de fortaleza invalida la experiencia emocional

auténtica y conduce a estados de desnutrición afectiva, que obstaculizan los procesos de elaboración psíquica. En contraste, el grupo terapéutico y las redes de apoyo se configuran como escenarios privilegiados de reconocimiento, contención y legitimación emocional, favoreciendo la integración de la experiencia y el fortalecimiento identitario.

Los hallazgos de este estudio coinciden con investigaciones previas sobre el impacto del cáncer de mama en la identidad femenina y la imagen corporal (Aguayo-Zurita, 2021; Ávila Bareño et al., 2024), al confirmar que esta experiencia genera una ruptura significativa en la percepción identitaria, especialmente frente a transformaciones corporales visibles como la mastectomía o la caída del cabello. Estas alteraciones afectan profundamente la imagen corporal, produciendo sentimientos de pérdida, inseguridad y una necesidad urgente de reconstrucción simbólica. La literatura coincide en que dicha experiencia trasciende el ámbito estrictamente médico, impactando la construcción identitaria, los vínculos sociales, la relación con la feminidad y la sexualidad, así como la centralidad de las redes de apoyo en los procesos de afrontamiento (Martínez, 2018).

No obstante, el presente estudio se inscribe en la lógica del análisis narrativo intensivo, priorizando en la profundidad interpretativa y la comprensión situada de los procesos de significado. Desde esta perspectiva, el valor analítico no radica en la repetición de patrones entre múltiples casos, sino en la densidad interpretativa que emerge del trabajo clínico y narrativo en un sistema relacional específico. En coherencia con el enfoque sistémico, la identidad se entiende

como un proceso relacional, dinámico y co-construido en la interacción terapéutica y social. En este marco, la subjetividad de las investigadoras no se limita a una reflexividad externa, sino que funciona como una herramienta conversacional que participa en la construcción de significado dentro del sistema terapéutico (Anderson & Goolishian, 1988).

Por ello, los procesos de re-autoría narrativa se comprenden como fenómenos emergentes de la interacción relacional, orientando el interés metodológico hacia la profundidad dialógica y la riqueza interpretativa más que hacia la saturación de categorías. Mostrando cómo las mujeres no solo elaboran la experiencia del cáncer, sino que reconstruyen activamente sus historias y resignifican su identidad desde el agenciamiento, descentrando el diagnóstico como eje definitorio del self. A diferencia de aproximaciones de corte individualista, este trabajo adopta una perspectiva sistémica que resalta la co-construcción identitaria en la interacción terapéutica y social, entendiendo la identidad como un proceso relacional, dinámico y negociado.

En este marco, la categoría emergente de “barreras en el sistema de salud” adquiere relevancia analítica, al evidenciar su impacto directo en el bienestar emocional y en los procesos identitarios de las participantes. Estos hallazgos se articulan como estudios críticos sobre el contexto colombiano (Medina Gamero & Regalado Chamorro, 2023), que señalan cómo las dinámicas burocráticas, la deshumanización y las fallas estructurales del sistema de salud operan como estresores adicionales, obligando

a las mujeres a desplegar estrategia de resistencia y agenciamiento. Así, el sistema de salud se configura simultáneamente como espacio de cuidado y como escenario de confrontación identitaria.

Desde esta perspectiva, el estudio aporta a la psicología clínica y de la salud al evidenciar la utilidad del enfoque sistémico-narrativo en la reconstrucción identitaria de mujeres con cáncer de mama y mastectomía. Reafirma la identidad como un constructo narrativo, relacional y renegociable, y conceptualiza la reorganización subjetiva como un proceso de “re-autoría sistémica”, facilitado por vínculos terapéuticos y redes de apoyo significativas.

Un aporte distintivo del estudio radica en demostrar que la implementación del enfoque narrativo en un microsistema relacional conformado por dos participantes generó un espacio de intensidad y reciprocidad excepcionales. En este contexto, estrategias como la cartografía corporal, el árbol de la re-asociación y las cartas terapéuticas (Campillo, 2021) trascendieron su función técnica para convertirse en actos de co-construcción profunda de significado. Este encuadre permitió: (a) la deconstrucción de relatos dominantes con validación inmediata, sin dilución ni competencia grupal; (b) un cuestionamiento más seguro de los mandatos sociales sobre feminidad y belleza, al no mediar múltiples voces; y (c) el fortalecimiento del agenciamiento, donde el relato alternativo de una participante funcionó como andamiaje directo para la otra, generando un eco transformador inmediato.

Este potente efecto puede comprenderse desde una perspectiva de segundo orden, que concibe el sistema terapéutico como una

ecología relacional co-construida (Maturana & Varela, 1984). Mientras que en grupos amplios las narrativas tienden a competir y diluirse, en la diada se genera una densidad dialógica excepcional, donde cada enunciado, gesto o silencio es recibido y respondido de forma inmediata, configurando bucles de retroalimentación que aceleran la deconstrucción de relatos dominantes. En este escenario, la subjetividad de las investigadoras no se limita a un “posicionamiento reflexivo”, sino que opera como herramienta conversacional indispensable (Anderson & Goolishian, 1992). Al sostener una postura de “no saber”, facilitan que las participantes se posicionen como expertas de su experiencia, transformando la intervención en un laboratorio de nuevas realidades intersubjetivas. Así, la re-autoría no se configura como un ejercicio cognitivo individual, sino como un fenómeno emergente de un sistema relacional intensificado, sostenido por validación directa, inmediata y profundamente transformadora.

## Conclusiones

Los relatos construidos en esta investigación evidencian que atravesar el cáncer de mama y la mastectomía no solo implica transformaciones corporales, sino que moviliza procesos profundos de reconstrucción del sentido de sí, en los que se ven interpeladas la identidad personal y los significados socioculturales asociados al “ser mujer”. Los hallazgos muestran que, aunque las narrativas iniciales de las participantes estuvieron marcadas por el dolor, la pérdida y la fragmentación identitaria, la intervención

terapéutica grupal desde un enfoque sistémico-narrativo posibilitó la emergencia de relatos alternos de agenciamiento, recursos de afrontamiento y resignificación identitaria.

Estos nuevos relatos permitieron reconstruir el vínculo con el cuerpo, desplazándolo de un territorio exclusivamente asociado a la pérdida hacia un espacio de significado, memoria y fortaleza, resignificando la feminidad desde la autenticidad, la vulnerabilidad integrada y la capacidad de reconstrucción. En este proceso, la narrativa de la “mujer fuerte” dejó de operar como un mandato rígido, para transformarse en una comprensión más compleja del sí mismo, donde la fragilidad no se opone a la valentía, sino que la amplía.

El espacio grupal se configuró como un escenario relacional seguro, en el que las participantes pudieron narrarse desde la vulnerabilidad y la potencia, confirmando que el acompañamiento ético, empático y situado facilita procesos de reafirmación identitaria. En este sentido, los vínculos de apoyo —familiares, pares y terapéuticos— emergen como elementos centrales en la reconstrucción del sentido de sí, así como la urgente necesidad de humanizar los sistemas de salud, reconociendo a las mujeres no solo como pacientes, sino como sujetos en profunda vulnerabilidad emocional y existencial.

Este estudio aporta a la psicología clínica, la psicooncología y la investigación cualitativa al evidenciar el poder transformador de la narrativa como dispositivo terapéutico, capaz de propiciar procesos de sanación simbólica y resignificación identitaria frente a experiencias de adversidad extrema. De igual forma, reafirma la identidad como un

constructo narrativo, relacional y dinámico, susceptible de ser reescrito en contextos de acompañamiento respetuosos y co-constructivos. Para futuras investigaciones, se sugiere incluir de manera más formal y participativa las voces de los miembros de la familia, con el fin de profundizar en una comprensión sistémica de la reconfiguración de roles, vínculos y narrativas compartidas. De igual modo, realizar seguimientos longitudinales permitiría explorar la sostenibilidad de las narrativas alternas construidas y su impacto en el bienestar emocional y relacional a mediano y largo plazo.

## Referencias

- Aguayo-Zurita, E. (2021). Identidad de género y sexualidad de mujeres con cáncer de mama: Más allá de la materialidad del cuerpo. *Revista Punto Género*, 15, 70–88. <https://doi.org/10.5354/2735-7473.2021.64414>
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371–393. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x>
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25–39). Sage. <https://developingopendialogue.com/wp-content/uploads/2016/12/Anderson-and-Goolishian-Not-Knowing.pdf>
- Asakura, H. (2004). ¿Ya superamos el género? Orden simbólico e identidad femenina. *Estudios Sociológicos*, XXII(3), 719–743.

- Ávila Bareño, M., Blanco Granados, C., Ángel Buitrago, V., Bernal Torres, Y., Beltrán Valbuena, J., Álvarez Reyes, H., Claros Moreno, C., Sierra Ariza, S., & Hoz, J. de la. (2024). Imagen corporal, cáncer de mama y su relación con la calidad de vida de las pacientes oncológicas: Una revisión sistemática. *Revista Med*, 31(2), 47–62. <https://doi.org/10.18359/rmed.6561>
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Anchor Books.
- Burbano, C., Sandoval, J., Muñoz, C., Cabanillas, M., & Quintero, V. (2020). Estudio de caso sobre la afectación en la sexualidad en las mujeres con mastectomía. *AVFT–Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(4), 496–504. <https://www.redalyc.org/journal/559/55965385018/55965385018.pdf>
- Butler, J. (1999). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- Campillo, M. (2021). Terapia narrativa: Respondiendo al duelo y la pérdida con el árbol de la re-asociación. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 181–195. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.422>
- Codina, N. (2004). Psicología social de la identidad. In D. Páez, I. Fernández, S. Ubillós, & E. Zubieta (Eds.), *Psicología social, cultura y educación* (pp. 195–216). Pearson Educación.
- Czarniawska, B. (2004). *Narratives in social science research*. SAGE Publications.
- Echeverría, R. (2003). *Ontología del lenguaje*. Dolmen Ediciones.
- Enguix, B., & González, A. (2018). Cuerpos, mujeres y narrativas: Imaginando corporalidades y géneros. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 18(2), e1956. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53755753003>
- Estupiñán, J., González, A., & Serna, A. (2006). *Investigación e intervención en contextos clínicos y sociales: Perspectivas desde el enfoque sistémico*. Universidad Santo Tomás.
- Estupiñán, J., & González, O. (2015). *Narrativa conversacional: Relatos de la vida y tramas humanas*. Universidad Santo Tomás.
- Gergen, K., & Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of human meaning. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 166–185). Sage. [https://www.academia.edu/35903928/THERAPY\\_AS\\_SOCIAL\\_CONSTRUCTION\\_EDITED\\_BY](https://www.academia.edu/35903928/THERAPY_AS_SOCIAL_CONSTRUCTION_EDITED_BY)
- Hernández, A. (2010). *Vínculos, individuación y ecología humana*. Ediciones Usta.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Lagarde, M. (s.f.). Pacto entre mujeres: sororidad. *Aportes*, 123–135. <https://www.asociacionag.org.ar/pdfaportes/25/09.pdf>
- Linares, J. (1996). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós.
- Linares, J. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación En Psicología*, 5(2), 119–146. <https://doi.org/10.32870/rmip.vi.527>
- Madrigal, L., & Mora, P. (2018). Narrativas de la experiencia de violencia sexual y construcción de la feminidad. *Revista*

- Latinoamericana de Estudios de Género*, 10(2), 45–60.
- Martínez, S. (2018). Calidad de vida y apoyo social en mujeres con cáncer de mama. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(1), 34–47. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1232/1187>
- Maturana, H. R. (1998). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Dolmen Ediciones.
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1984). *El árbol del conocimiento: Las bases biológicas del entendimiento humano*. Editorial Universitaria. [https://pildorasocial.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/10/autores\\_humberto-maturana-francisco-varela-el-arbol-del-conocimiento.pdf](https://pildorasocial.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/10/autores_humberto-maturana-francisco-varela-el-arbol-del-conocimiento.pdf)
- Medina Gamero, B., & Regalado Chamorro, M. (2023). La burocracia en la atención primaria: ¿Deshumaniza la prestación de servicios en salud? *Revista de La Facultad de Medicina*, 71(3), e102482. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v71n3.102482>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Pakman, M. (1995). Investigación e intervención en grupos familiares: Una perspectiva constructivista. In J. Delgado & J. Gutiérrez Fernández (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 359–378). Editorial Síntesis. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3880122>
- Palmero, J., Lassard, J., Juárez, L., & Medina, C. (2021). Cáncer de mama: Una visión general. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 19(3), 354–360. <https://doi.org/10.35366/101727>
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: Introducción para profesionales*. Paidós.
- Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 14, 5–39. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>
- Rodríguez, A. M. (2020). La narrativa como un método para la construcción y expresión del conocimiento. *Sophia*, 16(2), 183–195. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-89322020000200183](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-89322020000200183)
- Rueda Sánchez, M. P., Armas, W. J., & Sigala-Paparella, S.-P. (2023). Análisis cualitativo por categorías a priori: Reducción de datos para estudios gerenciales. *Ciencia y Sociedad*, 48(2), 83–96. <https://doi.org/10.17151/luaz.2025.61.13>
- Serebrinsky, H. (2012). Psicoterapia de grupo. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBSP*, 10(2), 132–155. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-2161201200020001&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-2161201200020001&script=sci_abstract)
- Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2013). *Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama*. Independencia Editorial. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20de%20Cancer%20de%20Mama%20versi%C3%B3n%20completa.pdf>
- Suárez, C., Campos, I., & Miranda, K. (2017). Cáncer de mama: El impacto de la

mastectomía en la psique de las mujeres.  
*Revista de Psicología*, 11(21), 527–545. [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272017000200014&script=sci\\_abstract](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272017000200014&script=sci_abstract)

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.

### Cómo citar este artículo:

Álzate Navarro, A. M., Rueda Muñoz, K. N., & García Villamor, L. P. (2025). Construcción identitaria de ser mujer posterior al cáncer de mama y mastectomía. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 21(2), 115-134.

<https://doi.org/10.15332/22563067.11339>