



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Título: Cáncer de mama: Mastectomía y Sexualidad

Alumna: Fleitas Amaro María Melisa

Generación 2008

Firma:

Tutora: Protesoni Ana Luz

Adriana Gandolfi

Firma:



Montevideo, Uruguay 2014
31 de Julio de 2014

e-mail alumno: melfle7@hotmail.com

e-mail tutor: protesoni@psico.edu.uy / agandolf@psico.edu.uy

INDICE

CARATULA.....	1
INDICE.....	2
RESUMEN Y PALABRAS CLAVES.....	3
INTRODUCCION.....	4
CÁNCER DE MAMA.....	6
<i>Concepto y Factores Etiológicos</i>	6
<i>Cáncer de mama en Uruguay</i>	8
<i>Cáncer de mama y Estrategias Terapéuticas</i>	10
<i>Conjunto de significaciones ante el diagnostico y tratamiento</i>	13
IMAGEN CORPORAL Y MASTECTOMIA.....	20
SIMBOLOGIA Y VALORACION SOCIAL DE LA MAMA.....	26
<i>La mama y el rol materno</i>	27
<i>La mama y la función erógena</i>	28
<i>La mama y la femineidad</i>	29
RELACION DE PAREJA Y MASTECTOMIA.....	31
<i>Mastectomía y Sexualidad</i>	33
CONCLUSIONES.....	37
BIBLIOGRAFIA.....	39

RESUMEN

En el presente trabajo se encontrará una revisión bibliográfica sobre lo que es el cáncer de mama y sus tratamientos, haciendo énfasis en lo que refiere a la mastectomía y sus repercusiones en la vida de la mujer, fundamentalmente en su relación de pareja. Partiendo de la etapa diagnóstica, y viendo sus procesos de adaptación psicofísicos así como familiarizarse y apropiarse de su nueva imagen, y las repercusiones que esto conlleva a nivel de pareja y la sexualidad.

Es sabido, que su diagnóstico en etapas muy tempranas mejora enormemente los porcentajes de cura, y la realización de tratamientos neo adyuvantes proporcionan la posibilidad de evitación de la mastectomía tan temida. Dicha intervención quirúrgica es considerada como una de las más agresivas para la integridad psicofísica de la mujer.

Entonces, sumado al impacto y fantasías causadas tras el diagnóstico de cáncer, la mujer se ve obligada a luchar con un nuevo cuerpo, fuente de angustia, que afecta su imagen corporal obteniendo repercusiones negativas sobre esta y su esquema corporal. Enfrentándola a duelos por su cuerpo, sus ideales, sus fantasías de atractivo sexual y en tanto ella vive y siente su cuerpo, es en ella que aparecen fantasías también de temor a la pérdida de la pareja.

PALABRAS CLAVES: Mastectomía, Imagen Corporal, Relación de Pareja

INTRODUCCION

Para lograr una adecuada ubicación de la temática elegida, es preciso informar que la misma no es azarosa, sino que fue inspirada en mi última práctica “Intervención en cuidados paliativos” en el Primer Nivel de Atención, en convenio con ASSE-RAP en el año 2013, con pacientes en etapa terminal y la familia del mismo. Dicha práctica marca el interés por algunos temas que en la actualidad son relevantes, al estar unidos a demandas sanitarias, ejemplo de ello es el cáncer de mama.

En los albores del siglo XXI, el cáncer de mama es una enfermedad muy importante y temida no solo en la sociedad Uruguaya, sino en todo el mundo. Todavía se corteja de connotaciones supersticiosas y míticas atribuyendo un carácter tenebroso, peyorativo, lapidario y prohibitivo, a tal punto que se le sigue atribuyendo a la palabra cáncer semejantes premonitorios de largo sufrimiento, dolor y muerte.

Si bien los avances médicos en el terreno del cáncer de mama han avanzado sistemáticamente, la extirpación de la misma se sigue realizando, y en este caso nos enfrentamos a mujeres con secuelas psicofísicas no solo por el miedo y las connotaciones de la propia enfermedad, sino que también con dificultades en su imagen corporal, en su ser femenino, y su vida sexual.

En este sentido, el propósito de ésta monografía es lograr recopilar y articular material bibliográfico, sobre las repercusiones de la mastectomía en la vida de la mujer, desde el enfrentarse a un nuevo cuerpo y aceptarlo como propio hasta sus consecuencias en el vinculo de pareja y su sexualidad.

De este modo, en el siguiente trabajo, el lector se encontrará con aspectos que se producen como consecuencia de la aparición del cáncer de mama, tanto de los tratamientos quirúrgicos como de las consecuencias psicológicas del proceso. Al introducir la temática vale destacar que el cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres de entre 35 y 55 años de edad.

La aparición de esta neoplasia impacta fuertemente en el psiquismo de la mujer, ya que la mama además de estar íntimamente relacionada con la reproducción sexual y la integridad corpórea, juega un papel fundamental en la feminidad de la mujer.

Debido a esto, cualquier intervención quirúrgica en esta zona podría comprometer la estructura de la mujer despertando sentimientos de ansiedad y depresión ya que esta enfermedad está cargada de connotaciones negativas.

En lo que refiere a esta intervención quirúrgica, es considerada como una de las más invasivas para la mujer debido que afecta directamente la integridad psicofísica de la misma. Sumado entonces al impacto del diagnóstico, la mujer debe enfrentar la idea de deformidad, afectando su imagen corporal. Consecuentemente repercutiendo negativamente en su vida de pareja y su intimidad sexual.

CÁNCER DE MAMA

Concepto y Factores Etiológicos

Es significativo ver como a lo largo de la historia, la relación del hombre y los procesos del enfermar han ido variando en relación a mitos religiosos, tabúes y estigmatizaciones de cada época, es decir, desde la Epilepsia en tiempos de Hipócrates, la aparición de la Lepra en la Antigüedad, la Sífilis en la Edad Media, el Cáncer toma rápido protagonismo en el mundo actual. Es la enfermedad temida por excelencia, mostrando su temor desde su nombramiento, la gran mayoría se sirve de términos como tumor, neoplasia, degeneración maligna. Muy raramente escuchamos hablar de Cáncer propiamente dicho, estamos habituados a referencias de tipo “una larga y penosa enfermedad”.

Dentro de este grupo de enfermedades existen algunos tipos considerados benignos y otros llamados malignos debido al grado de afectación de la salud de la persona y a que generalmente llevan a la muerte.

Gómez Sancho (2003) afirma: “Cáncer equivale a mutilación y muerte y aunque es cierto que existen otros padecimientos igualmente mortales, el cáncer está considerado ahora como la enfermedad incurable por excelencia.” (p. 5)

En cuanto a su causa encontramos tanto factores externos como internos, los que pueden ejercer su acción en conjunto o en secuencia para dar inicio a la enfermedad o promover el desarrollo de la misma.

De este modo la etiología del cáncer es considerada como multifactorial, los factores medioambientales, genéticos, médicos y estilos de vida, interactúan para producirlo y sostenerlo.

Según Palomo, Sánchez, Tain y López (2005) el cáncer de mama llega como resultado de la mutación maligna de las células epiteliales que forman parte del sistema ducto-lobulillar de la glándula mamaria, representando un 30% de los tumores malignos que afectan a este sexo. Si bien es un cáncer que puede aparecer en ambos sexos, en el hombre es muy poco común.

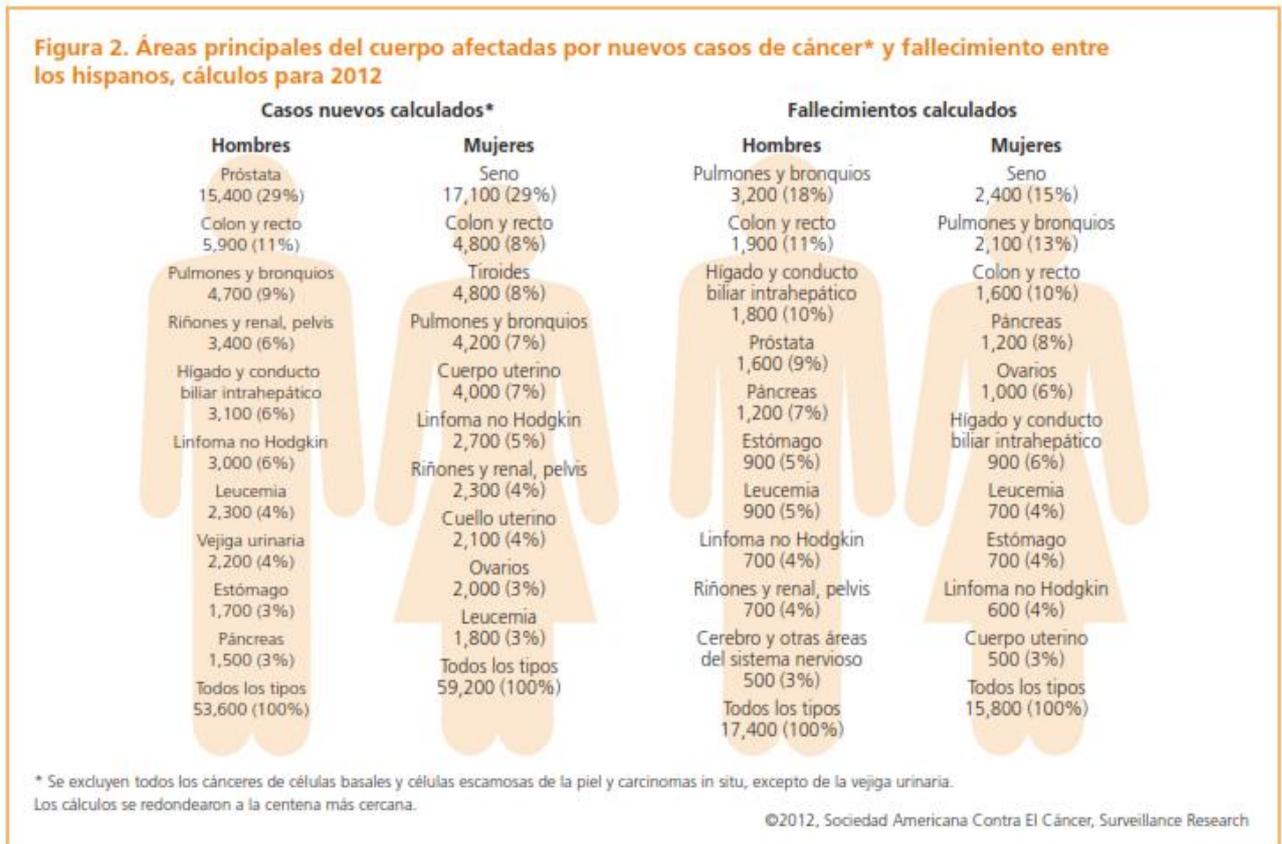
Tomando a la American Cancer Society (2012), se considera al cáncer como un grupo de enfermedades que se caracterizan por el crecimiento no controlado de

células anormales, y su propagación. Si ésta no es controlada, puede derivar en la muerte.

Dentro de los tipos de tumores malignos, el cáncer de mama es el tumor maligno por excelencia en mujeres no solo uruguayas, sino también en muchas partes del mundo.

Es la causa de muerte más frecuente en mujeres de entre 35 y 55 años de edad y en los últimos años se ha consagrado en la segunda posición como causante de muerte en mujeres a nivel mundial, y en primera posición en lo que corresponde a mujeres hispanas, como lo muestra la figura 1.

Figura 1¹. (2)



Como vemos de este 29% de casos nuevos calculados, el 15% de ellos lleva a la muerte de la paciente, lo que confirma no sólo la incidencia de la enfermedad, sino también su característica intrusiva y el grado de dificultad con que se enfrenta el tratamiento contra la enfermedad.

¹ Revista Electrónica. “Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos” 2012-2014

Por otro lado, ésta mayor incidencia en la población latina, plantea la problemática de que existirían en este caso factores de riesgo que pueden ser tenidos en cuenta a la hora de pensar en estrategias y políticas sanitarias de prevención y profilaxis.

Dentro de los factores de riesgo, están los que no se pueden modificar, como la edad, el sexo, antecedentes familiares, riesgos genéticos, genes BRCA1 y BRCA2, cambios en otros genes, cáncer de mama previo, raza, algunas afecciones benignas de la mama, periodos menstruales y antecedentes de irradiación en tórax. Pueden incidir en mayor o menor medida y si bien el detectar su presencia no asegura que la persona va a enfermar, si permitiría un trabajo psico-profiláctico en el que se podría incluir un proceso de fortalecimiento de la persona para enfrentar la amenaza del posible desencadenamiento del cáncer.

Cáncer de mama en Uruguay

En Uruguay se puede observar un perfil oncológico comparable a los países desarrollados de occidente, donde la elevada incidencia del cáncer de mama en la mujer tiene importancia primordial.

Santiago Cedrés (2013) afirma que:

El cáncer de mama es una enfermedad cuantitativamente importante y cualitativamente temida en nuestra sociedad uruguaya, aspecto que ha sido poco tratado a pesar de ser una realidad vigente. Aun se acompaña de connotaciones supersticiosas y míticas que confiere un carácter oscuro, peyorativo, lapidario y prohibitivo, al punto que en los albores del siglo XXI se sigue atribuyendo a la palabra cáncer sinónimos premonitorios de sufrimiento, caos, dolor y muerte. Esto es desconocido, a veces, el arsenal terapéutico que está disponible para vencer dicha enfermedad: cirugía, quimio, radio y trabajo psico – sexo – terapéutico a nivel individual y grupal. (p. 52)

Al poner énfasis en estos aspectos emocionales y vivenciales muestra él la importancia, no sólo de los aspectos biológicos, sino el peso de aspectos sociales, culturales afectivos e inconscientes, y cómo todos ellos entran en juego en este perfil.

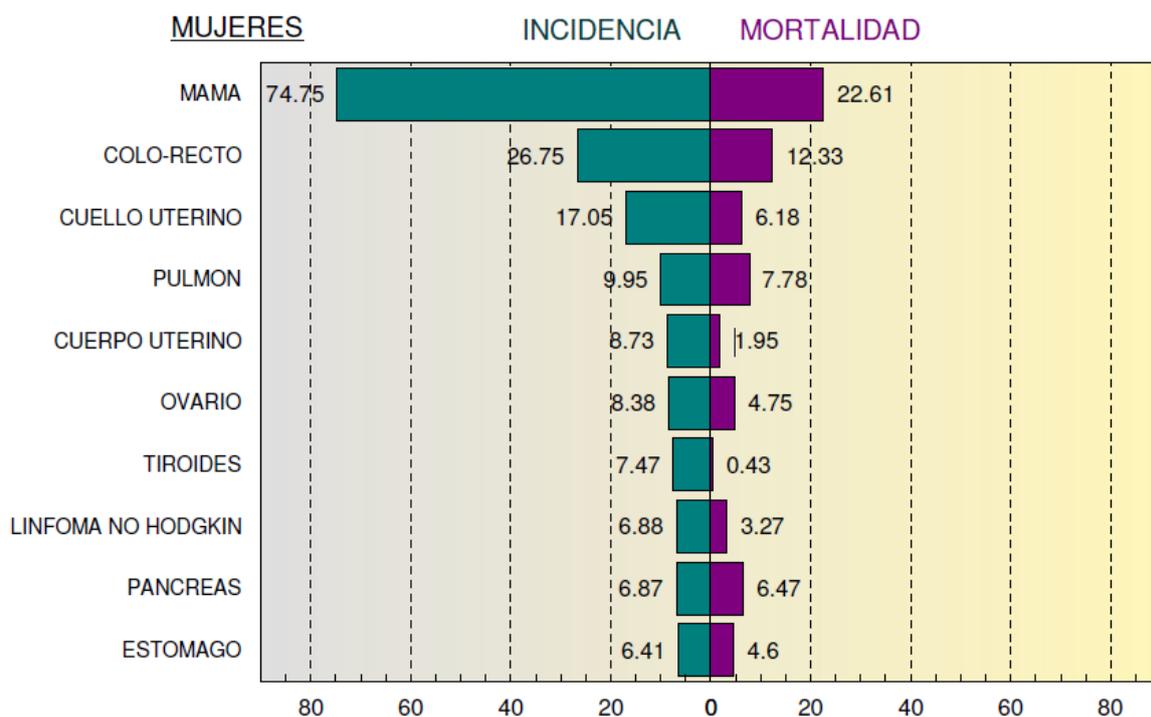
Según datos brindados de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, se sabe que al menos 1 de cada 10 mujeres uruguayas tienen probabilidades de desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida. Por día, aproximadamente, son diagnosticadas al menos 5 mujeres, y cobra la vida de al menos 2.

Julia Muñoz (2013) afirma que:

Uruguay muestra una elevada incidencia del cáncer de mama en la mujer comparable a la que se observa en los países desarrollados. Se registran anualmente unos 1850 casos nuevos y mueren unas 670 mujeres a causa de esta enfermedad. La tasa estandarizada de mortalidad ha decrecido leve pero sostenida y significativamente en las últimas décadas. La razón entre las tasas de Incidencia y mortalidad, así como la tasa de sobrevivida relativo a los 5 años muestran resultados globales un poco inferiores pero próximos al conjunto de los países desarrollados. (p. 133)

Al establecer estas comparaciones con los países desarrollados se debe tener en cuenta entre otros el mayor grado de desarrollo tecnológico y en cuanto al arsenal de herramientas terapéuticas con que cuentan dichos países. Estas comparaciones se realizan tomando en cuenta el punto de vista fundamentalmente médico y no tanto los aspectos psicológicos vinculados al tema, en este sentido no aparecen referencias sobre el trabajo a nivel psico- emocional de quien enferma y vive con cáncer.

Figura 2². Periodo 2005-2009



Los cálculos preliminares de la **sobrevivida relativa a los 5 años** de las pacientes con cáncer de mama en Uruguay, muestran cifras cercanas al 80% para el período

² Revista Tendencias en Medicinas. Octubre 2013; Año XXI, N° 43: 133- 135

2002-2010, esto representa una performance más modesta que los países más desarrollados.

Cáncer de mama y Estrategias Terapéuticas

Como bien es sabido hay diferentes tipos de cáncer de mama, dependiendo de éste, es el tratamiento que se empleará. La mayoría de las mujeres reciben una combinación de tratamientos para procurar evitar la recidiva del mismo. Está el tratamiento local, un ejemplo claro de esto es la cirugía y la radioterapia. El tratamiento sistémico, en el cual se procede a la quimioterapia, terapia hormonal y terapia dirigida. Hay unos tantos casos en los cuales la quimioterapia o la terapia hormonal pueden ser recomendados por el profesional antes de realizada la cirugía.

Sabini, Delgado, Suárez y M. Mousé (2004) afirman que:

El tratamiento del CM (Cáncer de Mama) es interdisciplinario, implicando en general diferentes combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia. Además de la edad, el estado menopáusico y la extensión lesional, un aspecto relevante en la selección del tratamiento sistémico es la determinación de factores predictivos de la respuesta al mismo. (p. 244)

Un punto crucial en todo el tratamiento es que a la mayoría de las mujeres afectadas de cáncer de mama se les realiza algún tipo de cirugía, más o menos invasiva.

Haciendo referencia a lo planteado por Olivares (2007) es indiscutible que los tratamientos quirúrgicos sobre la mama han venido presentando avances significativos en los últimos tiempos, desde la mastectomía radical de Halsted, Patey o mastectomía radical modificada de Madden, a la cirugía conservadora o la técnica del Ganglio Centinela. De todos modos, dichos adelantos en lo que es la cirugía conservadora no han podido eliminar a la mastectomía en todas sus variables, es decir, con o sin extracción de ganglios axilares, la terapéutica sigue siendo invasiva por lo que en estos tratamientos interdisciplinarios, los procedimientos que incluyan la preparación psico-emocional de la paciente a la extirpación ayudarán a una mejor y mayor recuperación.

Queda claro entonces, que no solo es variado el tipo de tratamiento, sino que también puede ser variada la intervención quirúrgica, lo que va a depender del estado del cáncer, del tamaño del seno, y claramente al tamaño del tumor y afectación de los ganglios.

En esta línea de trabajo interdisciplinario, Olivares (2007) considera que:

La mastectomía tras un cáncer de mama es una experiencia traumática para la mujer. Muchos estudios han definido las perturbaciones relacionadas con el cáncer de mama y sus tratamientos. Aproximadamente un 30% de las mujeres sufren problemas psicológicos, entre los que cabe citar: sentimientos de mutilación y alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, pérdida de sensación de feminidad, disminución del atractivo y función sexual, ansiedad, depresión, indefensión, culpa, miedo a la recurrencia y al abandono. (p. 448)

Estos aspectos emocionales vinculados además a las características psíquicas de los pacientes aumentan la problemática del tratamiento físico, constituyéndose en un tema que debe ser tenido en cuenta desde el momento del diagnóstico médico.

En esta línea, Pérez, Lorente y Arraz (1992) plantean que la importancia del impacto del traumatismo que puede significar una mastectomía, puede depender de:

1. Del momento evolutivo o etapa del ciclo vital en que se contrajo el cáncer; es claro que para las mujeres más jóvenes tiene un significado distinto que para las mujeres mayores.
2. De la importancia y/o el lugar que la persona le dé a la zona mutilada.
3. De los efectos que puede generar sobre los estados de salud en general.
4. De los rasgos de personalidad psicopatológica previa al cáncer.

Todos estos puntos ponen el acento en la persona con cáncer y sus características individuales, en tanto sujeto psíquico. En cambio, y, en pos de encontrar mejores resultados en cuanto al impacto tras la intervención quirúrgica, Olivares (2007) hace hincapié en la existencia de muchos estudios que tratan de comparar el impacto psicológico causado por una mastectomía y el causado por una cirugía conservadora, o sea que el énfasis está puesto en la resultante de la intervención y no en la persona.

Si bien no se han extraído datos concluyentes sobre ventajas psicológicas, es digno mencionar sobre algunas ventajas de la cirugía conservadora en lo que respecta a variables como la imagen corporal y la satisfacción sexual.

Según Flórez (1994):

...intervención psicológica no es igual en la cirugía conservadora que en las pacientes con cáncer de mayor tamaño que requieren, a veces, una cirugía radical (mastectomía). En esta última opción, la mejoría del humor y la autoimagen constituyen objetivos fundamentales en el tratamiento y evaluación psicológicos de pacientes con cáncer de mama. (p. 4)

Olivares (2007) plantea como en el pasado las mujeres esperaban meses, incluso hasta años antes de realizar la reconstrucción mamaria, dado que este procedimiento podría complicar de algún modo las terapias adyuvantes o enmascarar una posible recidiva. Hoy en día, gracias a los avances en los procedimientos quirúrgicos y la evidencia de investigaciones que han sugerido un bajo riesgo de morbilidad tras esta reconstrucción, ha provocado un gran incremento de la misma.

De igual modo, aclara que la reconstrucción de la mama no es “panacea universal” para reparar las consecuencias o secuelas psicológicas y emocionales causadas por la mastectomía. Considera necesario valorar al menos dos cuestiones: la primera que trata sobre las expectativas y esperanza que empujan a la mujer a tomar la decisión de la reconstrucción, y una segunda que tiene que ver la satisfacción de la mujer con el procedimiento realizado.

Estas expectativas podrían estar vinculadas con la necesidad de reparación corporal y psíquica, de una característica fundamental para la identidad femenina, y el ser mujer como individuo sexuado.

En éste sentido la pérdida (amputación) de una mama enfrenta a la mujer a una situación dolorosa en tanto pérdida de un órgano unido a la imagen femenino- sexual que le acarrea otra serie de conflictos y fantasías traumáticas que deben ser tenidas en cuenta.

Tal vez debido a la diversidad y complejidad de variables en juego es que Rodríguez Cuevas (2005) hace hincapié en la prevención, el auto- examen pasa a ser fundamental, y, la detección temprana de tumores permite actuar en fase tempranas de la enfermedad. Esta detección precoz lleva a un descenso en la cantidad de intervenciones quirúrgicas y por lo tanto de amputaciones de seno.

Según Flórez (1994) cada vez se pueden llevar adelante más estudios iniciales, gracias a la conciencia de la población y a la práctica de procedimientos de detección temprana. Lo que lleva a que la respuesta de las personas, al saber que tiene cáncer, puede determinar su tiempo parcialmente de supervivencia siguiente y, sobre todo, la calidad de tal supervivencia. Considera además que la mastectomía es una “amputación” de la mama que podría llegar a evitarse mediante un diagnóstico precoz; este debe comenzar por la “auto- palpación”.

“Teniendo en cuenta que la percepción y la actitud de la mujer son fundamentales para poder iniciar este tipo de comportamientos básicos que intervienen en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la mujer,...” (Flórez, 1994, p. 55)

Plantea además, que desde la perspectiva actual, en la mujer con cáncer de mama, “lo penoso” es planteado como el dolor moral y “lo doloroso” se piensa como el dolor físico. Idear campañas preventivas y educativas, utilizándose diversos modelos de información y de eficaz comunicación, podrían lograr elaborar estrategias terapéuticas que permitan minimizar estas vivencias de pena y dolor. Por otro lado el autor hace hincapié en expandir esta información a la opinión pública y no solo a la población de riesgo. Además y no menos importante, sería necesario a tener en cuenta y hacer conscientes los factores psicológicos como el miedo y la negación, que comúnmente impiden a la paciente detectar signos de alarma y en consecuencia retrasan el diagnóstico.

Estos aspectos emocionales, como el temor a la enfermedad vinculados a fantasías inconscientes deben ser elaborados con la persona en un abordaje bio-psico- social integrado. Prevención y profilaxis, pensados como acciones que tendrían que integrarse con la atención de los aspectos psíquicos en un trabajo interdisciplinario, anterior a las cirugías.

Conjunto de significaciones ante el diagnóstico y tratamiento

Según el planteo de Pérez, Lorente y Arranz en la Revista Psiquis (1992), haciendo referencia a Krueger (1988), cualquier persona que “sufre” una incapacidad física y/o una enfermedad crónica que puede ser irreversible puede llegar a experimentar una pérdida dolorosa, tanto en un terreno físico como también en el emocional. Las emociones que se pueden llegar a experimentar ante la pérdida de un miembro o una parte del cuerpo, pueden llegar a ser comparables a las que se experimenta ante la muerte de un ser querido. Según los autores existe duelo por la función, por la imagen corporal, por las satisfacciones que proporcionaba dicha función y que ahora serán negadas y por la pérdida de las expectativas que se basaban en el supuesto de que se disponía de ella.

A su vez plantean que la depresión constituirá una respuesta “normal”, esperable como reacción ante una enfermedad grave y ante la importante pérdida de una parte del cuerpo.

Como afirma Flórez (1994):

Probablemente, en relación con el impacto del diagnóstico, una vez que la mujer es consciente de su grave enfermedad, una vez que *ha percibido la enfermedad y sus posibles consecuencias, incluyendo el dolor, la muerte, así como las posibles desfiguraciones y/o amputaciones radicales (mastectomía radical)* se produce la depresión. Frecuentemente, la mujer se hunde en una grave depresión con una triada de síntomas fundamentales: visión negativa de <si misma>, visión negativa del futuro y también visión negativa del ambiente; se produce, así mismo, una ruptura de la <autoestima> individual, porque la enfermedad se <ceba> precisamente en el símbolo de la <femineidad>, de la sexualidad, de su propio <yo>, de su propia existencia. Surge, por lo tanto, una crisis de angustia muy intensa que se traduce finalmente en una crisis <existencial>... (p. 57)

Este autor, haciendo referencia a White (1977), plantea teniendo un punto de vista psicoanalítico y tomando como referencia a Freud y Abraham, a la depresión como una reacción de pérdida, como una manera de duelo, cometida de manera inconsciente y que no está relacionada necesariamente con la muerte del objeto, sino con la pérdida de éste, ya sea de manera real, fantaseada o simbólica.

El duelo dice Freud (1917), es una vivencia penosa que se produce por la pérdida de un objeto amado, aunque este sea una abstracción en el caso de los senos, sería a la vez real en tanto parte del cuerpo, un objeto simbólico, en tanto representante de la femineidad.

En relación a esto, Flórez (1994) afirma que "... la pérdida de la mama supone una <pérdida de objeto simbólica> de gran relieve en la psicología femenina." (p. 106) Duelo, que genera vivencias de tristeza y autorreproches con una intensidad que varía según la importancia y significación que tenga la mama para la persona.

Por otro lado, Londoño Calle (2009) afirma:

Recibir la noticia produce un *derrumbamiento inicial* de carácter emocional, que despierta sentimientos de tristeza, llanto, angustia, depresión, miedo y embotamiento, hasta el punto de sentirse a las puertas de la muerte. (...) La magnitud de estas reacciones se ve influenciada por las representaciones sociales del cáncer y los rasgos de personalidad. En el transcurso del proceso se dan *nuevos derrumbamientos* relacionados con la noticia de los tratamientos a que deben someterse y sus consecuencias, siendo una de las noticias más impactantes la pérdida del seno y del cabello, que constituyen parte importante de su figura y de su identificación como mujeres. (p. 75)

El diagnóstico de cáncer de mama genera una crisis tanto a nivel personal como familiar, y tanto físico como psíquico. Si bien de diferentes maneras según el vínculo familiar que se tenga con la paciente, las fantasías y temores operan en todo el entorno familiar y social.

En cuanto a esto Rojas-May (2006) plantea que la mayor parte de las pacientes que reciben el diagnóstico de cáncer de mama (o de otro tipo de neoplasia),

independientemente del estadio de la enfermedad, atraviesan un periodo de adaptación psicológica considerado “duelo oncológico”, el que consiste en un agregado de etapas (no precisamente secuenciales) por las que atraviesa la paciente en los meses siguientes al diagnóstico. Lo considera además como un “mecanismo de reconstrucción psíquico” que permite desarrollar respuestas a los desafíos.

Podemos encontrar varios planteos en relación a este duelo, existe acuerdo en la mayoría de ellos en que la paciente pasa por etapas de negación, rabia, pena, negación y aceptación.

El transitar el duelo es parte de un proceso interno de aceptación que dura aproximadamente 6 meses. De todos modos Rojas- May (2006) señala que existe un número de pacientes que comienzan su duelo oncológico al finalizar el tratamiento médico. Esto se explica por el hecho de que durante la primera etapa (diagnóstico y tratamiento) priorizan los aspectos médicos por sobre aquellas variables emocionales que también entran en juego.

Como consecuencia a esta pérdida, la mujer atraviesa un proceso de duelo, tal y como lo plantea Bleichmar (2010), el objeto que se ha perdido puede ser clasificado según la función que cumplía en relación a las necesidades del sujeto. En este sentido, como existen objetos que disminuyen la angustia, hay objetos que generan sentimientos de identidad, tal es el caso de la mama para la mujer.

En relación al duelo, Klein (1940), sostiene que todo proceso de duelo remite necesariamente a duelos anteriores, de la vida infantil, y dependiendo de cómo se hayan elaborado dichos duelos (por ejemplo, el del destete), será la adecuada o inadecuada resolución de los duelos subsiguientes, que como expresa la autora, serán inevitables para el sujeto.

Por su parte, Flórez (1994) afirma que “El cáncer de mama despierta en la población, un sinnúmero de reacciones psicológicas de fuerte impacto emocional; habitualmente, se relaciona con términos tales como: *dolor, sufrimiento, muerte, desesperación, claudicación, desfiguración corporal, pérdida de la femineidad*, etc.” (p. 59)

Según este autor, la pérdida de la mama va de la mano, de manera inapelable, de una pérdida del equilibrio psíquico y vivencial, a tal punto, que pueden producirse graves reacciones de ansiedad y severos trastornos depresivos. Dudas e interrogantes sobre la sobrevivencia a la enfermedad, tanto para la paciente como su medio familiar y

pareja, producen o reactivan conflictos respecto al cuerpo, la muerte, proyectos de futuro que se cuestionan, incluyendo fantasías de pérdida de atractivo sexual, o incluso de abandono y pérdida de la pareja.

En cuanto a esta pérdida, Barlocco, Cuesta, Vogel y Carbajal (2006) plantean que "... debemos tener en cuenta que significado le está dando al suceso en este momento concreto de su vida, ya que esto está relacionado con su historia, sus fantasías, su estructura de personalidad y sus mecanismos de defensas." (p. 52)

Consideran que esta pérdida o fantasía acerca de la mutilación, necesariamente resignifica al Complejo de Castración y a pérdidas anteriores. En Inhibición, Síntoma y Angustia, Freud (1926), plantea a la angustia como un estado afectivo, como sensación de carácter displacentero. Angustia ante algo indeterminado, vinculada a una forma de reaccionar frente a una situación de indefensión, generadora de experiencias traumáticas y de desamparo. Se hace presente como reacción ante el peligro de la pérdida y, ausencia de objeto. La primera condición de angustia que el Yo vive es la percepción de una pérdida (equiparada a la pérdida de objeto), el nacimiento, como desprendimiento inicial, el destete, la pérdida del amor del objeto y fundamentalmente la angustia de castración.

Plantea que esta angustia de castración, que se da durante la fase fálica, es una angustia de separación, donde el peligro se encuentra en la pérdida de los genitales masculinos. La privación del miembro equivale al sentido de una nueva separación de la madre, implicando una postura expuesta a una nueva tensión displacentera de la necesidad. Lecturas posteriores, que, separándose de lo biológico asemejan el pene-falo, a un objeto valioso para el sujeto, vinculan la angustia de castración a la pérdida de ese objeto valorado.

Entiendo de esta manera que el seno-mama representante de femineidad, identidad sexual femenina, rol materno y también de una zona erógena, queda investido de una valoración narcisista que enfrenta a la mujer mastectomizada a la pérdida de ese Fallo, originando así vivencias y fantasías de desvalorización.

Lacan vincula sus teorizaciones a la idea de la falta en el registro simbólico de un objeto imaginario, el Fallo. El mismo, para Lacan representa la completud narcisista, por lo que, la pérdida del Fallo representaría para el sujeto una herida narcisista.

En este sentido, tal y como lo planteó Evans (1997), Lacan en el Seminario 4, considera a la angustia como ese paraje en el cual el sujeto se encuentra "suspendido"

entre ese momento en el que no sabe dónde está y un futuro en el cual nunca podrá volver a encontrarse. Más adelante, uniendo la angustia al deseo, plantea que aquella es una manera de sostener al deseo cuando el objeto está ausente, y agrega que la angustia es una señal que puede provenir del otro (Seminario 8, 1960, p.61).

La angustia surge cuando el sujeto se enfrenta con el deseo del otro y no sabe el sujeto qué objeto es para él ese deseo. En este sentido, la mujer mastectomizada, se enfrenta no solo a la pérdida de un objeto valioso, sino también a la angustiante incertidumbre del deseo del Otro, (Otro representante del mandato cultural). ¿Qué se espera de ella en un dilema que no tiene una respuesta unívoca, salud, belleza o atractivo sexual?

No cabe duda, que el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, más aún las enfermedades estigmatizadas como es el cáncer, sumándole la pérdida o amputación de una parte valorada del cuerpo, imponen al sujeto una serie de demandas que movilizan sus recursos de afrontamiento, en búsqueda de un nuevo equilibrio.

Londoño Calle (2009) considera que uno de esos recursos de afrontamiento sería la adaptación, vista como un “proceso equilibrador”, el cual va a depender de la voluntad, las aspiraciones y los esfuerzos realizados por las mujeres frente al cáncer de mama, independientemente de las condiciones a las que se deban enfrentar. Este proceso está representado por dos condiciones: el apoyo social y los imaginarios simbólicos acerca del significado del cáncer, que pueden favorecer u obstaculizar dicho proceso. “Sin la adaptación no es posible la supervivencia.” (p. 72)

Los factores responsables de la ruptura del equilibrio psíquico de un sujeto, como el causado por el diagnóstico y los tratamientos de cáncer de mama, apuntan a un reequilibrio. Como lo explica Freud (1917; 1930), cuando el sujeto siente miedo y/o inseguridad tendrá la necesidad imperiosa de resguardarse, poniendo en marcha y de manera inconsciente, aquellos mecanismos defensivos más primitivos que le resulten eficaces para sobrellevar la situación.

Investigaciones recientes como la de Varela, Alonso, Galain, Ibáñez y Abreu (2011) sobre defensas y afrontamientos frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía en mujeres Uruguayas en el periodo 2005-2006, demostraron que los mecanismos de afrontamiento y defensivos predominantes ante estas dos condiciones fueron la negación y la aceptación activa.

Analizando el rol de la negación ante el diagnóstico y cirugía se evidenció que la misma de la mano de otros mecanismos de afrontamientos activos permiten a las pacientes aceptar y cumplir con el tratamiento. Dado que les permitió a las pacientes tomarse un tiempo para poder procesar la información.

De este modo, los autores concluyeron que la negación no oficia como un obstáculo, sino que por el contrario, permitió a las pacientes seguir funcionando luego de dado el diagnóstico y contribuyó al proceso adaptativo. Permitió enfrentar y prevalecer ante las condiciones de la enfermedad. Mostrando de este modo que cierta negación de la realidad, puede ser indispensable para sobrellevar una situación tan difícil.

Estos planteos, en la línea de los realizados por Rojas-May (2006) en relación al duelo, y la etapa de negación muestran la importancia para la paciente de manejar los tiempos psicológicos necesarios para poder enfrentar la enfermedad y sus desbastadoras consecuencias.

Ante los factores estresantes, Da Silva y Dos Santos (2010), pudieron hacer una categorización de significado de acuerdo con la fuente de origen del estímulo estresor.

A grandes rasgos, plantean los *factores estresantes que provienen del propio cuerpo*, que tiene que ver con la convivencia diaria con las secuelas físicas y cicatrices del cáncer. Dentro de esta categorización fue mencionada por las participantes la pérdida de la mama y las consecuencias en cuanto a la limitación del movimiento, ya que en su estudio todas las mujeres habían sido sometidas a cirugía parcial o total.

Otra categorización fue *factores estresantes que provienen de la propia mente*, aquí refieren al miedo por la posibilidad de recidiva, tal que en muchas pacientes se vio un grado de ansiedad bastante alto en periodos cercanos a los exámenes de rutina y de culpa por haber estado enfermas.

Los *factores estresantes que provienen del ámbito social*, relacionados al sentimiento de descompás con el resto del mundo. El universo social es valorado por medio de conflictos, tanto a nivel familiar como a nivel más abarcativo.

Y por último, los *factores que provienen de la situación o condición laboral*, relacionado con el sentimiento de improductividad, a la incomodidad que sienten algunas mujeres por no estar contribuyendo, o contribuir en menor medida.

Con estas teorizaciones puede verse como los estresores están presentes en periodos de post-tratamiento por lo cual los tratamientos de rehabilitación de las mujeres sobrevivientes al cáncer de mama, debería de ser realizado de manera continua y en cada etapa de la enfermedad y no solo ante el diagnostico.

Es significativo ver como las mujeres mastectomizadas, plantean factores estresores en relación a su cuerpo, su mente, lo social y laboral pero no se incluye allí su sexualidad o su vida de pareja. No queda claro, si la pareja y con ella la sexualidad son ámbitos de sostén y contención, o si en este momento de crisis pasan a ser más movilizantes otros aspectos de su vida y cotidianeidad.

IMAGEN CORPORAL Y MASTECTOMIA

El cuerpo y su imagen, es una de las tantas construcciones que realiza el aparato psíquico. Esto no quiere decir que se realice a su semejanza, el punto está en que la imagen inconsciente no coincide necesariamente con el cuerpo real.

Es en 1914 donde Sigmund Freud escribe “Pulsión y destino de pulsiones” que es un texto situado dentro de los trabajos de metapsicología, el cual apuntala a una relectura teórica guiando a Freud por un camino de reelaboración sobre la teoría.

Allí introduce su primera teoría de las pulsiones, donde se deja en claro una contraposición entre las pulsiones sexuales (regidas por el principio de placer) y las pulsiones de autoconservación.

De este modo, el autor define a la pulsión como “un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como una representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el ama.” (Freud, 1914, p.108)

Si bien sabemos que Freud teorizó desde el plano psíquico, deja ver con esta definición que el aparato psíquico no es algo desprendido del cuerpo, sino que por el contrario, tiene su anclaje en lo biológico.

En esta línea Fernández (2004) resalta como la apariencia física juega un papel imprescindible en nuestra sociedad ya que es considerada por muchos como una herramienta básica para poder alcanzar el éxito social y laboral.

Aun más importante que la apariencia externa es cómo cada una de las personas se siente y vive en relación a su cuerpo, la propia satisfacción con el cuerpo determinará tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, como la manera de relacionarse con el entorno.

Paul Schilder (1987) afirma que “Por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece.” (p. 15)

La misma está integrada no solo por las sensaciones tanto internas como externas, sino que además, está la experiencia inmediata de la existencia de una unidad corporal que va más allá de la percepción. Esta unidad es denominada como

esquema corporal, el mismo "... es la imagen tridimensional que todo el mundo tiene de sí mismo." (p. 15) Pudiendo llamar a esta imagen, imagen corporal.

Valderrama Torres (2003), haciendo referencia a Océano – Centrum (1998), plantea que muchos autores utilizan ambos términos de manera indiferenciada y otros plantean una distinción entre ellos, demostrando que la imagen corporal es planteada como una experiencia real, mientras que el esquema corporal es una estructura adquirida que va determinando la imagen corporal en determinada situación, por ejemplo, al realizar alguna acción con un objeto.

Otro de los motivos que contribuyo a esta diferenciación entre ambos términos, fue la utilización del esquema corporal en el concepto de evolución psicomotora, orientación espacial y temporal.

Como afirma Fernández (2004), tomando como referencia a Raich (2000):

...la imagen corporal se forma a lo largo del proceso de desarrollo en función de la interacción con los demás. No es fija e inamovible, va variando en función de las experiencias. Por ello, la aceptación y el apoyo por parte de familiares y amigos, juega un papel importante para facilitar la propia aceptación de nuestra imagen corporal. (p. 172)

Partiendo de este esclarecimiento se puede pensar a la imagen corporal como un constructo multidimensional que refiere a cómo uno percibe, siente, imagina y se comporta respecto a su propio cuerpo.

En su revisión Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor y Lopez-Mariño (2013) consideran que la imagen corporal es la forma en que nuestra mente introyecta el modo en que nuestro propio cuerpo se nos manifiesta, por ende, no está correlacionada necesariamente con la apariencia física real, siendo de esta manera claves las actitudes y las valoraciones que el sujeto hace de su propio cuerpo.

Muestran que la imagen corporal se conforma de variados componentes, entre ellos, el componente perceptual, que alude a la percepción del cuerpo en su totalidad o de alguna de sus partes; el componente cognitivo, el cual refiere a las valoraciones que se tienen respecto del cuerpo o alguna de las partes; el componente afectivo, donde se ven sentimientos o modos hacia el cuerpo o alguna de sus partes; y por último el componente conductual, refiriendo a acciones o modos de comportamiento que se dan a partir de las percepciones.

En este sentido, tomando a Lacan (1977) y sus indagaciones sobre los “tres registros”: imaginario, simbólico y real, aplicadas a las formaciones psíquicas que refieren al cuerpo mostrando las tres facetas de su representación mental.

Es así que el cuerpo imaginario refiere a la imagen inconsciente que cada uno posee de su propio cuerpo a partir de la captación de su reflejo en el espejo, la cual no necesariamente coincide con el cuerpo real. Este cuerpo imaginario se articula de manera directa con la intersubjetividad, o sea, que el propio imago dependerá de cómo los demás captan al sujeto y viceversa. Lacan (1986) introduce al narcisismo freudiano en el centro de las relaciones intersubjetivas donde el Yo, está compuesto por un conjunto de imágenes investidas libidinalmente, que circulan alrededor de una falta.

El cuerpo simbólico, se asocia por un lado al nombramiento de cada una de las partes del cuerpo, y por otro a que el cuerpo se encuentra enraizado en lo que es la cultura y de esta manera se introduce en lo que es el sistema de signos de la misma.

En relación a esto es que se produce un despliegue de diferentes significantes referidos al cuerpo que provienen del afuera y forman parte de mensajes de personas significativas, ese “Otro” lacaniano a través del cual se inscriben significaciones, como identificaciones, imaginarias y simbólicas, y que van a ser asumidas por el sujeto. La relación que el sujeto tenga con su cuerpo, dependerá en buena medida de la incorporación de estos mensajes y significantes.

Y por último, el cuerpo real, es el cuerpo que escapa a los dos anteriores, en tanto real- biológico en consecuencia, es imposible de asumirlo psicológicamente. Se trata de una fuente de limitaciones y finitudes, dado que este cuerpo envejece, se enferma, produce dolor, cansancio, olor, fatiga y este cuerpo muere. De esta manera deja en evidenciada la contingencia humana. Ese cuerpo que enferma y es mutilado, es factible entonces que pueda convertirse en algo incontrolable y angustiante para su portadora, y, en esta línea psicoanalítica, donde los registros inconscientes que marcan el ideal narcisista son fundamentales como sostén de la construcción del esquema corporal y de la imagen corporal.

Es así que Alizade (1999) plantea una vinculación entre la estética corporal y el narcisismo, considerando que tras la dolencia de una imperfección aparece el proceso del duelo por la pérdida de ese ideal. En el caso de la mujer mastectomizada, se pasa por un proceso donde ella frente a la pérdida, quedaría en un estado que la autora denomina “trauma narcisista básico”.

Tomando ésta pérdida como un daño narcisista, independientemente de si la pérdida es real o imaginaria, Alizade (1995), explica que si la herida causada en el cuerpo, se convierte en una herida narcisista, la extirpación de la mama es vivida y sentida como una incompletud física que le devuelve, en este caso a la mujer, una imagen convertida en dolor psíquico.

Autores como Pérez, Lorente y Arranz (1992) consideran que la conciencia de nuestra imagen corporal es desarrollada a través del dolor, la enfermedad, el esfuerzo físico y la experiencia erótica. Interviene un acto psíquico doble, por un lado el reconocimiento del propio cuerpo, y por el otro el reconocimiento del cuerpo del otro.

Paul Schilder (1987) no tomará en cuenta el vínculo con el otro, ni los registros libidinales erógenos y plantea dos factores que desempeñan un papel primordial en la formación de nuestra imagen corporal, el dolor y el control motor de nuestros miembros.

En relación a esto, la mama en la mujer se ha convertido en signo (siguiendo a Lacan sería aquello que representa algo para alguien, quien a su vez le dará una interpretación) dependerá entonces de la mujer la importancia, significación y relevancia que le dé. Es un significado que se otorga de manera personal y se asocia a aquellas palabras que se recibieron en relación a esta zona corpórea, a lo largo de la vida. La actitud de la mujer tras la mastectomía va a depender entonces del sentido que la mujer le dé al órgano mutilado y del significado que el mismo otorgue a su vida, su sexualidad y a su autoestima.

El cuerpo en psicoanálisis es entonces una representación que se construye con relación a su historia y a la historia de sus relaciones libidinales, pasando en tal constitución por distintos niveles de complejidad.

En lo que respecta al cáncer de mama, Fernández (2004) plantea que tanto la propia enfermedad como los tratamientos podrían afectar el aspecto físico de las personas que lo padecen, dichos cambios pueden ser temporales como la caída del cabello, alteraciones en las uñas, en la piel o los cambios en el peso; y otros pueden ser permanentes como consecuencias de alguna cirugía, como las cicatrices, la mutilación, la deformidad y asimetría.

La autora considera que estas alteraciones en el aspecto físico no son necesariamente visibles para los demás, y según ella no son descomunamente

exageradas como para poder causar angustia. Lo que importa de todos modos es el significado que la persona le atribuye, mientras que para algunos una cicatriz puede atacar de manera drástica su autoestima y dejar un recuerdo permanente de la enfermedad, para algunos otros puede ser sinónimo de vida y les representa la curación y sentimiento de control de su enfermedad.

En mucho de los casos, dichos cambios remiten a un nuevo suceso vital estresante al cual los pacientes deben hacer frente. Fernández (2004) plantea que su capacidad para aceptarlos, adaptarlos e integrarlos en una nueva imagen corporal y buscar soluciones alternativas que contribuyan a minimizar las limitaciones influirá directamente en su calidad de vida, en su ajuste emocional y en su funcionamiento personal en los ámbitos familiar, social y laboral.

En este sentido, como lo plantea Londoño Calle (2009) la imagen corporal pasa también por procesos de adaptación, las mujeres deben aprender a observar su nuevo cuerpo y adaptarse a él. Algunas de ellas pueden aceptar las prótesis como propias, como si fueran parte de su cuerpo, mientras que otras no. Como lo plantean Pérez, Lorente y Arranz (1992) "No todas las mujeres aceptan bien asimilar objetos extraños como prótesis, al concepto de sí mismo." (p. 51) Estas adaptaciones estarán relacionadas con la capacidad de cada una de lograr elaborar los duelos correspondientes y de la capacidad del psiquismo de manejar la angustia emergente en una línea diferente.

Flórez (1994) plantea que este tipo de cáncer parece producir choques muy severos a nivel emocional en relación a otros tipos de neoplasias. Sus consecuencias físicas son visibles y la alteración en su imagen corporal es tan importante que a la mujer le cuesta introyectar su nuevo esquema corporal, lo que oficia de una importante fuente de angustia a tal punto que puede alcanzar niveles altamente patológicos. Se ocasiona de esta manera el "síndrome del amazonismo", es decir, las pacientes despliegan vivencias y fantasías de ser "mujeres a medias" y piensan que han perdido su atractivo sexual, su capacidad de seducción y su belleza.

Los planteamientos terapéuticos, más o menos invasivos, como una mastectomía radical, una tumorectomía o cuadrantectomía, conllevan una agresión a nivel físico importantísimo para las mujeres afectadas de cáncer de mama, al tiempo que causan un daño irreversible para su "esquema corporal integral" que trasciende intensivamente en el equilibrio psíquico, anímico y emocional. Si bien las diferentes vivencias y fantasías que originan la enfermedad y el tratamiento, están relacionadas

con las características de personalidad, modalidades defensivas y de afrontamiento, del vínculo con la mama y la femineidad de cada paciente, también parece importante tomar en cuenta el modelo teórico- terapéutico en el que se basaría el tratamiento, dado que cada autor parece darle un valor diferente a la cirugía y sus efectos tanto a nivel físico como psicológico y emocional.

De esta manera la pérdida de la mama, ya sea real o imaginaria, tendría graves repercusiones en el autoconcepto y cambios importantes en la manera de percibir su imagen corporal, lo que incidiría de manera negativa en su autoestima.

En este sentido se produce angustia ante la pérdida y ante el cuerpo “deforme”, en cuanto a que lo que perdió no vuelve. Siguiendo a Juárez y Landero (2011), haciendo referencia a Alonso (2001), consideran que la alteración en la imagen corporal es una de las reacciones más frecuentes ante la mastectomía y se refiere a modificaciones totales, a la sensación de asimetría y la impresión que causa tener el cuerpo “deformado”. Y tomando como referencia a Fobiar et al., (2006) plantean que sumado a todo lo que implica la mastectomía existen otros tipos de problemas asociados a la imagen corporal como consecuencias de tratamientos adyuvantes y neo adyuvantes.

La mastectomía remite al plano de lo real del cuerpo mutilado, un agujero que se presenta de una manera abrupta imposible de integrar. De igual modo, cualquier alteración que se produzca en el cuerpo se intenta incorporar en el aparato psíquico mediante el proceso de simbolización, es decir, mediante simbolizaciones que realiza el sujeto, en este caso la mujer mastectomizada. Según Flórez (1994) la actitud de la mujer ante la cicatriz también es de suma importancia, por lo general las mujeres se rehúsan a observarla, e incluso tocarla. Es un objetivo fundamental de la intervención psicológica que la mujer mastectomizada procure acercarse y conocer su cicatriz, familiarizarse con su nuevo esquema corporal lo antes posible, siendo necesario para esto numerosos ejercicios frente al espejo, tocando la cicatriz y colaborando en la cura.

SIMBOLOGIA Y VALORACION SOCIAL DE LA MAMA

Es conveniente, y tomando a Flórez (1994), enfatizar sobre la simbología y valoración de la mama en la mujer y su trascendencia psicológica, dado que de lo contrario no se podrá comprender las “gravísimas” repercusiones a nivel psicológico que se muestran tras las adecuadas intervenciones quirúrgicas, como la mastectomía.

Plantea en su trabajo como la mama a lo largo de la historia es tomada como símbolo de belleza, erotismo, reproducción afectiva y sexualidad, respetando siempre el concepto de belleza dominante para cada período histórico.

La mama ha sido representada en el arte siguiendo estos cánones culturales, por ejemplo, es visible como en la Edad Media existía un silencio en cuanto al especial “culto de la estética, la femineidad y la sexualidad”, y en otras aéreas del conocimiento e intelectualidad. Es en el Renacimiento donde este culto cobra un carácter de contemplación de “auténtico éxtasis ante la belleza, armonía y perfección del seno”. (p. 10) E incluso desde la religión cristiana se comprende la importancia estética de la mama, a pesar de que la función más importante e imprescindible que se le atribuye es la de nutrición.

En este sentido, Rojas-May (2006) la define como “... un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja.” (p. 195) Dada esta complejidad el diagnóstico, el tratamiento y fundamentalmente las secuelas (como cicatrices y amputaciones) serán “vividos” y percibidos de una manera singular por cada mujer siendo la mutilación y la pérdida del seno una de las vicisitudes generadoras de mayor ansiedad y temor.

De esta manera, J. Sebastián, Manos, Bueno y Mateos (2007) consideran que:

... el pecho de la mujer está relacionado fuertemente, en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad y el atractivo físico; es un elemento que se valora y se aprecia por su contenido sexual, su reclamo erótico y por ser fuente de placer; por último, el pecho también está relacionado con la maternidad y la lactancia y para algunas mujeres sufrir la enfermedad supone renunciar a sus deseos de tener hijos. Además, no hay que olvidar que, en las sociedades occidentales, la imagen física de las mujeres constituye una parte importante de su valoración social, y es un componente importante de su identidad personal (Sebastián, Bueno y Mateos, 2002). (p. 139)

De este modo, tal y como lo plantean Loyola y González (2007) la mujer no solo se debe enfrentar a su enfermedad y a los efectos secundarios de sus tratamientos, sino que a demás debe lidiar con fantasías peyorativizantes de pérdida de femineidad

y con el dolor producido por la ruptura y el no cumplimiento de ciertos cánones de belleza que enfatiza la sociedad.

En relación a esto, Suárez Vera (2005) tomando como referencia a Moreno y Pérez (1997), plantea que resulta indiscutible el hecho de que el cáncer de mama pueda constituir un stresor para cualquier mujer debido al impacto psíquico que tiene la enfermedad al amenazar a un órgano ligado substancialmente a la sexualidad, a la autoimagen, a la feminidad, autoestima y capacidad reproductora.

Queda claro entonces y tras los planteos de Borbón Mendoza y Beato Canfux (2002) que “Las mamas son sin duda uno de los elementos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia.” (p. 47)

Teniendo en cuenta que los diferentes autores hacen énfasis en la valoración social, cultural y personal de las mamas con la consiguiente investidura libidinal. Se considera de fundamental importancia el trabajo de apoyo psíquico terapéutico que ayude en la elaboración de los duelos que tenga que atravesar la mujer a raíz de éstas pérdidas (orgánica- cultural y simbólica).

La mama y el rol materno

Ramírez (2010), y tomando como referencia a Bleichmar (1989), plantea que para Mahler el aparato psíquico se conforma a través de un proceso continuo y progresivo que tiene como resultado la relación intrapsíquica que el niño logra fortalecer alrededor de los 3 años, y para esto se necesita del vínculo con su madre como única posibilidad de supervivencia. Es ella quien ofrece atención esencial para este bebe en formación.

René Spitz (1965) estudia las relaciones madre-hijo lo que le permite postular sus ideas sobre los comienzos, el desarrollo, las etapas y las rarezas que se den en las relaciones objetales. El autor intenta demostrar que el crecimiento y desarrollo psicológico va a depender del establecimiento y del despliegue de manera progresiva de las relaciones objetales.

En la mayor parte del primer año de vida del bebe, se esfuerza por sobrevivir armando y procesando dispositivos de adaptación que le permitan dicha supervivencia. En este período de lactante, es imposible que sobreviva por sí mismo,

el bebe, necesita de su madre que es quien le proporciona todo lo que le hace falta, empezando por el alimento y los cuidados.

De aquí surge lo que el autor denomina “diada” madre-bebe, que irá cambiando a lo largo de este primer año de vida en la medida en que las potencialidades del bebe se vayan desarrollando. Considera que el aspecto más importante de esta “diada” madre-hijo, es la esfera afectiva, ya que el dialogo continuo estimulado mutuamente por lo afectivo es lo que proporciona el entorno para las relaciones objetales y las estructuras intrapsíquicas.

Por su parte, P. Daniel (1992) haciendo referencia a la teorización Kleiniana plantea que el bebe en su fantasía interioriza desde etapas muy tempranas el “pecho materno”, separando de manera repetida los aspectos buenos de los malos, para así introyectar solo los aspectos buenos y proyectar los malos. Es de fundamental importancia que el bebe introyecte de manera gradual una imagen en donde prevalezcan los aspectos buenos de la madre ya que de este modo se constituirá la base para las futuras relaciones de amor, perpetuas y reparatorias. Es así que se establece por escisión un pecho bueno, que alimenta y gratifica y uno malo que frustra y amenaza.

En relación a esto, Donald Winnicott (1972) plantea que es la madre quien habilita al bebe a crearse la ilusión de que su pecho forma parte de él, solo lo percibe en la medida en que le es posible crear uno en ese momento y en ese lugar. El pecho es la primera relación de objeto que tiene el bebe, y es este vinculo lo que permite el desarrollo y constitución del Self.

Considera además, que las dificultades que se presentan en las primeras experiencias de contacto debido a la falta de contención materna, entorpecen la posibilidad de ver el mundo como algo seguro. Es esta línea de teorización vemos la importancia del seno que alimenta, nutre y también contiene. La falta de seno genera en la mujer un conflicto frente a la imposibilidad de cumplir con esta parte del rol materno, generando por momentos fantasías de no poder cumplir adecuadamente el rol de nutrición.

La mama y la función erógena

Freud (1905) plantea que todo el cuerpo tiene la capacidad de erogeneizarse, considera que las zonas erógenas son partes del cuerpo que tienen relación con la

epidermis y con la mucosa corporal, cuya estimulación reproduce sensaciones placenteras, por ende, no solo los genitales pueden ser portadores de excitación sexual. Las tres zonas erógenas más importantes son la boca, el ano y los genitales, las cuales van a formar parte importante tanto en el niño como en el adolescente y el adulto. En este sentido, los senos, constituyen una zona erógena y son fuente de descarga pulsional y placer sexual.

En el caso de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, y tras una mastectomía, suelen sentirse menos mujeres o menos femeninas, ya que han identificado una pérdida de cualidades importantes como el erotismo y la sensualidad mostrando cambios en la movilidad y posturas corporales inhibidas por tanto, menos sensuales con intenciones de esconder o cubrir el defecto o la falta del seno. Esta inhibición trae aparejada una dificultad en el relacionamiento de pareja y en cuanto a la posibilidad del pleno ejercicio de la sexualidad.

De este modo, los atributos femeninos se ven fuertemente convulsionados tras la agresión quirúrgica de tal suerte que la “divinización materna” se ve quebrada, como también el conjunto de fantasías sexuales que de manera inconsciente la mujer siente y explican muchas de las disfunciones sexuales que aparecen. De entre ellas la pérdida del interés sexual dada la dificultad para mostrarse con su cicatriz.

El símbolo de la sexualidad, de la maternidad se puede ver abolido tras consecuencia de la extirpación del seno femenino, siendo capaz de disminuir la actividad y la atracción erótica.

La mama y la femineidad

Como lo plantean Sebastián, Manos, Bueno y Mateos en su artículo (2007), haciendo referencia a Carver, Pozo-Kaderman, Price, Noriega, Harris, Derhagopian, et al., (1998), el pecho cumple un papel fundamental en la identidad femenina, a tal punto, que muchas de las mujeres consideran que son sus senos lo primero que las define como mujeres, y por esto la pérdida del mismo conlleva la pérdida de su femineidad.

En este sentido, como lo plantean Arroyo y López (2011) es preciso saber que “masculinidad” y “femineidad” son dos posturas, dos posicionamientos que nada tiene que ver con el “sexo biológico”, lo que implica que podría haber hombres femeninos y mujeres masculinas, y se daría en función de estos posicionamientos un diferente

modo de relacionamiento con el cuerpo y con los senos como representantes de la femineidad.

En relación a esto, Flórez (1994), plantea que las mujeres en un posicionamiento de carácter masculino podrían tener reacciones psicopatológicas con menor intensidad que las que poseen un posicionamiento más femenino, dado que no se sentirían “privadas” de su femineidad. En cambio, éstas que toman un posicionamiento más femenino y que se han apropiado completamente de su identificación sexual como mujer femenina, podrían sufrir con mayor intensidad en su interioridad.

Por su parte J. Sebastián, Manos, Buenos y Mateos (2007) consideran que aspectos como el atractivo físico, la femineidad/ masculinidad, la confianza en sí y algunas otras variantes forman parte importante para los conceptos de imagen corporal y autoestima. Muchas mujeres pueden sentirse menos femeninas y deseadas en función de esa nueva imagen corporal causada tras la mastectomía, evitando exponerse no solo a la mirada del otro, sino que también muchas veces se rehúsan a su propia mirada.

Rojas-May (2006) enumera una cierta cantidad de interrogantes, que surgen a partir de estos sentimientos. ¿Voy a seguir siendo sexualmente atractiva?, ¿Cuáles van a ser las secuelas que los tratamientos médicos van a producir en mi cuerpo?, ¿Me va a apoyar mi pareja durante este proceso de enfermedad? Como vemos, estas vivencias e interrogantes han sido planteadas por la mayoría de los estudios realizados sobre el tema. De igual modo que todos los autores remarcan las reacciones emocionales, ansiedad, angustia, depresión, vemos que aparecen también las preocupaciones por la pérdida de atractivo, y de atributos de femineidad que resultan tan importantes como el tratamiento médico propiamente dicho.

RELACION DE PAREJA Y MASTECTOMIA

Enamoramiento, elección de pareja- objeto, Benitez, Soca y Varela (2006) plantean que la relación personal hombre-mujer se define como tal, una vez que la misma implica un vínculo afectivo-sexual como relación de pareja. La palabra pareja, necesariamente supone una relación entre pares o de igual a igual, es decir, una relación paritaria. Lo que quiere decir que ambos objetos de la relación se valoran recíprocamente en igualdad de condiciones.

El hombre se vincula con la imagen que él elabora de la mujer. Ésta por su parte se vincula con la imagen que ella elabora del hombre. Vale decir que también la relación hombre-mujer es una relación que se desarrolla entre dos imágenes. (pp. 50-51)

Esta imagen, contiene aspectos tanto conscientes como inconscientes, e incluye tanto ideales sociales, culturales, estéticos, como afectos, fantasías, etc. La experiencia de extirpación del seno afecta esta imagen, dado que estando los senos investidos de ideales narcisistas, culturales y libidinales, la pérdida de uno o ambos senos también implica una pérdida para la pareja. Esta ruptura de la imagen implica que ambos miembros se verán afectados por la herida narcisista que implica dicha pérdida y por tanto, que la pareja elabore los duelos correspondientes según lo que cada uno haya puesto en juego en esa relación.

De Mendilaharsu y Waisbort (1996) plantean que la actualización del mundo interno de cada cónyuge de la pareja es transitada mediante la elección mutua, caracterizada por el enamoramiento y sellada bajo acuerdos inconscientes, en este sentido Freud en *Introducción al Narcisismo* (1914) dice que: “El enamoramiento consiste en un desborde de la libido yoica sobre el objeto” (p. 97). Aumenta la estima que se tiene del objeto, ubicándolo en el lugar del ideal. En esta línea también el autor dice que en el enamoramiento se genera una sobre estimación sexual del objeto, operando allí una idealización, a través de la cual “El objeto se ha puesto en el lugar del ideal del yo” (Freud, 1921, 1955, p. 107)

Lamovsky (1997) plantea que el orden simbólico, basado en prohibiciones organiza la sexualidad del hombre formando el tabú del incesto. Es en el marco de la conformación subjetiva que los significantes adquieren valor, partiendo de esta prohibición, dando relación al deseo y la ley.

Existe un nivel de significaciones simbólico-imaginario, como lo es el imaginario social en el que transcurre y se desarrolla la relación de pareja, de modo que en su constitución se articulan valores, ideales e identificaciones, así como códigos provenientes del contexto, lo transgeneracional y aspectos subjetivos.

De este modo, es el campo de lo narcisista el que cede las identificaciones imaginarias, donde se juega la relación con el otro como “persona” y su correlato amor-odio. El Yo se identifica con imágenes en las que se reconoce y hacen posible el amor propio, en la medida en que realiza una visión totalizadora de sí. En relación a esto Freud (1914) plantea que el enamoramiento consiste en el descubrimiento de una serie de complementariedades, que hacen de uno ser elegido por el otro, lo que puede ser como doble, o como ideal.

El amor, condición de la relación de pareja es “...el resorte de la identificación ideal de ciertos rasgos, en tanto amar es querer ser amado...” (Julien P., 1991, p.84.) cada miembro de la pareja, en un dos que no hace uno, se declara al otro “Tu eres mi mujer... tu eres mi marido...” (Julien P., 1991, p. 85) Esta declaración remarca el cuerpo y el goce del otro, en una igualdad en la que cada uno remite al otro transformándose en lo que le falta al otro.

Es así que el goce que uno tiene del otro y de su cuerpo no es igual que el que el otro tiene del cuerpo de uno. Siguiendo a Freud, Julien afirma que en toda realización humana hallamos la sexualidad, pero también existe un “...gocce fálico que abre el no-saber sobre el goce del otro, y que permite interrogar acerca de él (Julien P., 1991, p. 90.)

En este sentido, si bien la enfermedad y la extirpación del seno, producen cambios, y crisis en la vida amorosa y la relación de pareja, no necesariamente las pérdidas de atractivo, o de posibilidad de generar fantasías eróticas se dan en ambos miembros de la relación, sí se gestan en la mujer que es quien se siente insegura y amenazada desde ella y su cuerpo enfermo y mutilado. No necesariamente su pareja sexual siente ese cuerpo de la misma manera.

En lo que refiere a la mastectomía Cedrés (2013) plantea como las parejas por lo general se preocupan por cómo expresar sus sentimientos, su amor tanto de manera física como emocional luego del tratamiento, más específicamente luego de la cirugía; considera que en algunos de los casos y bajo ciertas circunstancias, el cáncer de mama puede oficiar como una experiencia de crecimiento para las parejas, ya que la

relación puede fortalecerse si la pareja de la mujer participa de manera activa en la toma de decisiones, en el acompañamiento a la cirugía y a los otros tratamientos. Sería condición para que esta experiencia se produzca que se puedan elaborar los duelos correspondientes tramitando así, los cambios físicos y emocionales que conlleva el tratamiento.

El mismo, considera fundamental la comunicación en la pareja, la cual debe darse con honestidad y lo más clara posible, para poder compartir con el otro los cambios que suceden a nivel personal, social, y a nivel de su relación y de su sexualidad, lo que influirá positivamente en la evolución y en el estado de ánimo de la mastectomizada.

En relación a esto Flórez (1994) afirma:

Es conveniente que el marido participe desde un principio en todo el proceso de la enfermedad, respetando siempre la libertad de decisión de la mujer y que, incluso, pueda presenciar las curas que se le practican para asimilar y adaptarse cuanto antes a la nueva estructura física. De esta forma, el marido se va a familiarizar con la nueva situación anatómica de la mujer. (p. 61)

A su vez plantea que en mujeres solteras la reacción ansiosa y de angustia por lo general es mayor, ya que consideran que sus relaciones de pareja van quedar alteradas o incluso imposibilitadas debido a la mastectomía. Estas fantasías amenazantes estarían vinculadas a la importancia y al valor asignados socialmente a los senos y a la identidad femenina, en estos casos se trataría de apoyar a la persona a elaborar el duelo por el cuerpo que cambia y esta parte perdida y a reelaborar la imagen de sí. Sin embargo, en el caso de la mujer casada el apoyo y la comprensión de su marido es fundamental en los momentos de ansiedad y disminución de la libido.

Este vínculo de pareja incluye también, como un aspecto fundamental a la sexualidad y las relaciones sexuales.

Mastectomía y Sexualidad

La sexualidad en la mujer constituye una pieza fundamental en su devenir psicológico, particularmente en aquella que ha sufrido y atravesado una intervención quirúrgica de tal índole, ya sea parcial o total. Las agresiones simbólicas y reales de su cuerpo y de su feminidad impiden que la mujer reaccione eróticamente y sexualmente como antes, lo que puede hacer tambalear el equilibrio de la pareja.

Tal y como lo plantean Pérez, Lorente y Arranz (1992) “La pérdida de una importante parte del cuerpo suele generar un problema en el ámbito de la identidad sexual, y si la zona amputada esta revestida, además, de un carácter sexual indiscutible, la repercusión puede ser aun más profunda.” (p.50)

Dado el lugar que ocupa el seno en la mujer y en la sociedad, la mastectomía es percibida como un ataque directo a la feminidad o al atractivo físico de la mujer, teniendo indudablemente repercusiones en el ajuste sexual en la pareja.

Según lo revisado por Cedrés (2013)

Las mujeres afectadas pueden mostrar respuestas sexuales diferentes, con reacciones que van desde la fatiga, el cansancio, hasta el dolor. Tras la quimioterapia resulta frecuente la pérdida del apetito sexual así como la sequedad de la vagina, el dolor durante el coito y la dificultad para alcanzar orgasmos. Esto aumenta las inseguridades sexuales y afectivas, por los cambios físicos (cicatriz de mastectomía, linfedema, caída del cabello, etc.) y emocionales (ansiedad, depresión, angustia), que en algunas ocasiones desequilibran el vínculo de la pareja. Es por esto que es indispensable un buen diagnóstico diferencial, pues está demostrado cómo la depresión provoca el deseo sexual hipoactivo. (p. 53)

De este modo no se puede negar la existencia y el peso de las secuelas psicológicas luego del diagnóstico y del tratamiento (mastectomía), que ponen en juego y bajo amenaza la sensualidad, la intimidad y la feminidad de la mujer mastectomizada a la hora de enfrentarse a la relación sexual. Lo que tiene como consecuencia vivencias de temor frente a la sexualidad y repercusiones en el vínculo de pareja.

Es de destacar, lo planteado por Flórez (1994) en cuanto al diagnóstico del cáncer, uno de los primeros intereses de la mujer es notablemente la supervivencia al mismo, sin embargo surgen muchas emociones conflictivas, como el miedo a la mutilación de su pecho, las ansiedades que se disparan como consecuencia a creencias del rechazo de su esposo, el sentimiento de pérdida de la belleza, entre otros. Desde luego, también pueden aparecer sentimientos de rechazo a la sexualidad, evitando activamente el contacto sexual. Como se ha planteado, tras las amenazas de la enfermedad, la imagen de la mujer se ve desmoronada, por eso es necesario profundizar en los detalles más íntimos, más femeninos de la afectada.

De este modo el impulso sexual de la mujer, su libido, puede verse sumamente frenada tras la intervención quirúrgica y los tratamientos subsiguientes. Esta inhibición, plantea Flórez (1994), puede funcionar como fuente de sentimientos de miedo-hostilidad y en consecuencia a sentimientos de culpa.

No obstante, como es planteado por Vázquez-Ortiz, Antequera y Picabia (2010) la afectación de las actitudes ante el propio cuerpo desnudo, y la valoración del atractivo físico se manifiestan a través de sentimientos negativos cuando se ven desnudas ante el espejo o ante su pareja, tales como sentir vergüenza, desagrado, pueden incluso anticipar reacciones negativas por parte de su pareja. Lo que trae consecuentemente la evitación de la mirada propia y ajena, del cónyuge.

Plantean que la “desfiguración” a causa de la amputación del seno, junto con los efectos de los tratamientos adyuvantes (por ejemplo la caída del cabello) repercuten también de manera negativa en la mujer debido a la importancia que tienen esos atributos en los patrones y valores existentes acerca de la belleza femenina.

Flórez (1994) considera que la agresión física tras la mastectomía origina ciertos miedos hacia sí misma, acompañado de sentimientos de extrañeza y vergüenza. Viéndose de este modo, dificultades por parte de estas mujeres en aceptar e interiorizar lo que es su nuevo esquema corporal, generando grandes montos de ansiedad impidiendo de ese modo cualquier forma de intimidad con la pareja. Es sin dudas, una fase fundamental para la pareja en sí y para el Yo de la mujer, donde su cónyuge deberá entender las necesidades de adaptación por las que atraviesa la mujer.

La mujer en este sentido reprime el principio de placer, reprime su libido, de manera parcial o total, lo que mejoraría con una aceptación del nuevo esquema corporal tanto por parte de la mujer como de su cónyuge, lo que resulta fundamental, acercándose de nuevo a la sexualidad partiendo de una estimulación parcial previo, como contacto físico, acercamiento erótico, etc. Tomando lo planteado por Cedrés (2013) “En cuanto a los efectos se puede concluir que la mayoría de las veces se disminuye por motivos más psicológicos que físicos, tras una experiencia traumática como el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.” (p. 54)

Hasta ahora se ha planteado el posicionamiento de la mujer ante la mastectomía y su sexualidad, Flórez (1994) plantea que en el hombre, podría darse cierta impotencia funcional debido a posibles sentimientos de culpa, temores, prejuicios, y porque no a un rechazo inconsciente o no, de la nueva estructura e imagen de su mujer. Resulta fundamental su papel en los primeros momentos de la intervención y el tratamiento, ya que un alto porcentaje no es capaz de ver la cicatriz de su mujer, debido a este rechazo (consciente o inconsciente), pero igualmente una evitación. De igual modo, la mujer misma adopta procesos de protección hacia su cuerpo, evitando el desnudo integral, realizando el acto sexual con pendras que oculten la lesión.

Por ello, establece como un pilar fundamental en la psicoterapia asegurarse de que el hombre también se haya adaptado a esa nueva circunstancia tras la mastectomía, y de que se haya acostumbrado al nuevo cuerpo de su mujer, ya que de esta manera puede “salvarse” la pareja y también la integridad psíquica de la mujer, siendo este el momento más adecuado dentro de la clínica para pensar en posibles reconstrucciones de la mama.

De este modo, tal y como lo plantea el autor, Flórez (1994):

... tras la <desexualización> que se produce como consecuencia de la intervención quirúrgica y de los diversos tratamientos añadidos, corresponde una nueva <sexualización> de su cuerpo que resulta básica para preservar la integridad de su <yo>. En la perspectiva puramente psicoanalítica y, por lo tanto, plenamente inconsciente, la mujer puede <interpretar> la mastectomía como una <castración de su sexualidad>, una ruptura de su papel femenino y de su siempre esperanzada maternidad. (p. 86)

Una estrecha y solida relación tanto psíquica como emocional entre un hombre y una mujer mastectomizada, conforman los antídotos más eficaces para sobrellevar el bloqueo sexual y la angustia.

En cuanto a esto último y retomando a Cedrés (2013):

Se debe realizar un soporte psicosocial de los dos miembros de la pareja, atendiendo la etiología de la disfunción sexual biológica y psicosexual. Es importante la mejoría de la imagen corporal a través de la adecuada cirugía, la prevención y el precoz tratamiento del linfedema. (pp. 53-54)

Ya que está demostrado que una vida sexual activa y placentera en estas pacientes provoca menos montos de ansiedad, menos depresión e incomodidad, como menos sentimientos de soledad y mejor adaptación a los efectos secundarios, mejor capacidad de disfrute de la vida, un sentido de crecimiento personal como consecuencia de la sobrevivencia al cáncer, obteniendo de esta manera mejores resultados a nivel de la salud en general.

CONCLUSIONES

La gravedad de la enfermedad, y las fantasías que esta conlleva se mantienen en el tiempo, dado que sigue siendo una afección caracterizada por altas tasas de fallecimiento, pese a los tratamientos aplicados. Por otro lado, es notorio que aún hoy el diagnóstico de cáncer de mama sigue siendo asociado al dolor, y, vinculado a muerte, amenazando la integridad física y emocional de la mujer.

Enfrentar el diagnóstico y la enfermedad conlleva la atención de los aspectos médicos- biológicos, aspectos emocionales y psicológicos, de la vida cotidiana y familiar de la paciente, su relación con su cuerpo en forma y con su pareja, o proyecto de pareja.

Dentro de los aspectos médicos, existe concordancia en todos los modelos de intervención sobre la importancia de la prevención, del diagnóstico y detección temprana de la enfermedad. Lo que traería aparejado una disminución en la probabilidad de tener que realizarse la mastectomía.

Sin embargo, la cirugía y la extirpación parcial o total de las mamas, sigue siendo uno de los recursos más importantes de la medicina, en tanto se prioriza la vida de la paciente, aún cuando los procedimientos produzcan consecuencias traumáticas y dolorosas en tanto enfrentan a la mujer a la mutilación de su cuerpo.

Rojas-May encontró que la paciente misma prioriza el tratamiento, y los aspectos médicos por sobre las variables emocionales, hasta tanto éste no termine.

Si bien la mayoría de las investigaciones y autores priorizan los aspectos médicos, podemos resaltar a autores como Flórez o Rojas-May quienes además incluyen en sus trabajos y teorizaciones los aspectos emocionales, y los psicológicos e inconscientes, poniendo énfasis en los aspectos particulares de cada paciente en tanto ser sufriente. Estos aspectos emocionales resultan determinantes a la hora de enfrentar a la enfermedad, los tratamientos y los cambios en el cuerpo.

Para la mujer en relación con su cuerpo, y especialmente con su pecho se produce angustia vinculada a vivencias de pérdida de una zona corporal investida de significaciones particulares y subjetivas que pueden incluir tanto fantasías narcisistas de cumplimiento de ideas femeninos, de maternaje, belleza, seducción, como su

contrario, fundamentalmente en aquellas mujeres en quienes la significación de las mamas se halla investida de otros atributos, menos valorados.

Los procedimientos médicos, en tanto producen cambios a nivel corporal generan la necesidad de procesar los duelos correspondientes, por el cuerpo dañado, por los ideales narcisistas perdidos, por un modo de vida que ya no será igual, y, dentro de este modo de vida su sexualidad y relación de pareja.

Según los trabajos de Roja-May, fundamentalmente, y Da Silva y Dos Santos, quienes analizan los factores estresantes, a la mujer con cáncer le preocupan prioritariamente su cuerpo, su salud, incluso su situación laboral antes que la pareja y la sexualidad.

Si bien la relación de pareja genera ansiedad, montos mayores de ansiedad y angustia se producen frente a la herida narcisista que implica la pérdida de una zona de su cuerpo investida, incluso socialmente de atributos ideales.

También aparecen vivencias de miedo y preocupación por su futuro, y su cuerpo mutilado. En ella se desencadenan fantasías de ser rechazada dado que ha perdido sus atributos sexuales.

En tanto es ella quien enfrenta su cuerpo enfermo, también es ella quien sabe de él. Es ella quien experimenta el temor de perder a su pareja, o de no poder disfrutar con él de su cuerpo, o de su sexualidad como antes de la mastectomía.

El cáncer de mama y la mastectomía, afecta la relación de pareja fundamentalmente, a partir de las vivencias de la mujer, no aparecen en las investigaciones elementos de juicio que muestren el rechazo del hombre, sea hacia la mujer mutilada, o hacia el ejercicio de la sexualidad. Por el contrario la herida narcisista que sufre la mujer produciría intensas vivencias de inseguridad, que la llevarían a rechazar la sexualidad con su pareja o compañero. Esta dificultad para la pareja debería ser transitada por ambos para su resolución.

REFERENCIAS

- Alizade, A. (1995). *Clínica con la Muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Alizade, A. (1999). *Duelos del cuerpo*. En Los duelos y sus destinos. Depresiones, hoy. Primer Congreso de Psicoanálisis y XI Jornadas Científicas. Asociación Psicoanalítica del Uruguay.
- American Cancer Society. American Cancer Society. [Online].; 2012. Disponible en:<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036792.pdf>
- Arbizu, J.P. (2000) Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *ANALES Sis San Navarra*; 24 (Supl. 1), pp. 173-178.
- Barlocco, B., Cuesta, J., Vogel, E. y Carbajal, M. F. (2006) Cuando la vida esta amenazada: Curso de Psicología medica en el ámbito hospitalario. *Salud Militar*, Vol. 28 N° 1, pp. 50-53.
- Bayés, R. (2008). El impacto emocional del Cáncer. *Eidon, Fundación de Ciencias de la Salud*. Madrid: Gráficas Enar, N° 28, pp. 11-15
- Benitez, L., Sosa, M., Varela, A. (Comp.) (2006) *Textos Escogidos*. Montevideo: Juan Carlos Carrasco
- Bleichmar, H. (2010). Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos. *Aperturas Psicoanalíticas N° 035: (s.n)*
- Borbón Mendoza, J. E. y Beato Canfux, A. I. (2002) enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Revista Cubana Medicina Militar 31(1)*, pp. 47-53.
- Cedrés, S., (2013). Cáncer de mama y sexualidad. *Opción Médica N° 35*, pp. 52-55
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. CHLC. (s.f.). *Cáncer de mama*. Recuperado de http://www.comisioncancer.org.uy/uc_213_1.html

- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer: CHLC. (s.f.). *Tipos de cánceres más frecuentes en el Uruguay*. Recuperado de http://www.comisioncancer.org.uy/uc_157_1.html
- Da Silva, G. y dos Santos, M. A. (2010) Factores emocionales del post-tratamiento del cáncer de mama: un enfoque cualitativo. *Latino-Am. Enfermagem* 18(4), pp. 1-8.
- Daniel, P. (1994). El Psicoanálisis infantil y el concepto de fantasía inconsciente. En B. Anderson (Comp.), Conferencias clínicas sobre Klein y Bion (pp. 39-53). Barcelona: Paidós
- De Mendilaharsu, G. B., y Waisbort, D. (1996). Transferencia y dispositivo en psicoanálisis de pareja. En J. Puget (Comp.), La pareja: encuentros desencuentros, reencuentros (pp. 59-105). Buenos Aires: Paidós.
- Evans, D, (1997) Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1(2-3), 169-180.
- Flórez Lozano, J. A. (1994). *La ujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Barcelona: Trajecte, S.A.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de la teoría sexual*. En Obras Completas Vol. VII Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo*. En Obras Completas Vol. XIV Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*. En Obras Completas Vol. XIV Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921). *Psicología de masas y análisis del yo*. En Obras Completas Vol. XVIII Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras Completas Vol. XX Buenos Aires: Amorrortu.
- García Palomo, A., Rodríguez Sánchez, À., Diz Tain, P. y Castañón López, C. (2005) Cáncer de mama (I). *Medicine*, 9(26), pp. 1681-1691.

- Gómez Sancho, M. (2003). La muerte familiar. *Ars Moriendi*. El problema de la muerte en la sociedad actual. En M. Gómez Sancho, *Avances en cuidados paliativos* (pp. 3-29). España: Gafos.
- Juárez García, D. M. y Landreno Hernández, R. (2011 noviembre-abril), Imagen corporal, funcionamiento sexual y optimismo con cáncer de mama. *Nova Scientia*, Vol.4 N° 7, pp. 17-34, Universidad De La Salle Bajío México.
- Julien Philippe, (1993). El manto de Noé. Ensayo sobre la paternidad. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Klein, M. (1940). *El duelo y su relación con los estados maniaco depresivos*. Bibliotecas de Psicoanálisis. Obras Completas de Melanie Klein. Recuperado de <file:///C:/Users/Melisa/Downloads/20-%20el%20duelo%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20los%20estados%20maniaco-depresivos%201940.PDF>
- Lacan, J. (1977) El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales. España: Seix Barral.
- Lacan, J. (1986) El Seminario I. Los escritos técnicos de Freud, Editorial Paidós, Barcelona.
- Lamovsky, C. S. (1997). Amor, deseo y pulsión en los destinos de la pareja. En J. Puget (Comp.), *Psicoanálisis de pareja: del amor y sus bordes* (pp. 31-59). Buenos Aires: Paidós
- Londoño Calle, Y. C. El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. (2009 marzo). *Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. XXVII N° 1, pp. 70-77, Universidad de Antioquia, Colombia.
- Longoria Boada, L. B., y Lemes Báez, J. J. (2011 noviembre-diciembre), Supervivencia del cáncer de mama. *Archivo Médico de Camagüey*, Vol. 15, N° 6, pp. 972-981, Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba.
- Lòpez-Pèrez, M., Polaino-Lorente, A. & Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*, 13(10), 49-54.

- Loyola, Y. R. y Gonzalez, J. R. (2007) Reconstruyendo un cuerpo: Implicaciones psicosociales en la corporeidad femenina del cáncer de mamas. *Revista Puertorriqueña de Psicología* Vol. 18, pp. 118-145.
- Muñoz, M. J. (2013) Impacto del cáncer de mama en Uruguay. *Tendencias en Medicina*. Año XXI N° 43, pp. 133-135
- Olivares, M. E. (2007), Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología* Vol. 4 N° 2-3, pp. 447-464
- Ramírez, N. (2010) Las relaciones objetales y el desarrollo del psiquismo: una concepción psicoanalítica. *IIPSI* Vol. 13 N° 2, pp. 221-230.
- Rodríguez-Cuevas, A. (2005 noviembre-diciembre) Cáncer de mama. *Cirugía y Cirujanos*, Vol. 73, N° 006, pp. 423-424.
- Rojas-May, G. (2006) Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Las Condes* Vol. 17(4), pp. 194 – 197.
- Sabini, G., Delgado, L., Suárez, L., y M. Mousé, I. (2004). Cáncer de mama localizado. En I. M. Mousé, A. Viola Alles, G. Sabini (Ed.), Aspectos prácticos de la clínica oncológica: “Un puente entre los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas del especialista oncológico y el miedo en general” (pp. 235-249). Uruguay: Sudamerica.
- Schilder, P. (1987) Imagen i apariencia del cuerpo humano: estudios sobre las energías constructivas de la psiquis. México: Paidós.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J. y Mateos, N. (2007) Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, Vol. 18 N° 2, pp. 137-161. Colegio Oficial de Psicología de Madrid España.
- Solana, A. C. (2005) Aspectos psicológicos en pacientes supervivientes. *Oncología (Barcelona)* Vol. 28 N° 3, (s.n.) Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S0378-48352005000300009>
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida del niño*. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica.

- Suárez Vera, D. M. (2005) Mastectomía, afrontamientos y autopercepción corporal. *Psicología.com* 9(2), (s.n.)
- Varela, B., Alonso, R., Galain, A., Ibáñez, A. y Abreu, M. (2011) Defensas y afrontamientos frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* Vol. 75 N° 2, pp. 110-122.
- Valderrama Torres, E. (2003) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Peru [Online].; 2003. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/584/1/valderrama_te.pdf
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., López-Miñarro, P. Á. (2013, enero-febrero) IMAGEN CORPORAL; REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. *Nutrición Hospitalaria*, Vol. 28 N° 1, pp. 27-35, Grupo Aula Médica, S. L. Madrid, España.
- Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R. y Blanco Picabia, A. (2010) Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología* Vol. 7 N° 2-3, pp. 433-451.
- Winnicott, D. (1972). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.