



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Tesis para optar por el título de Magíster en Psicología Clínica

La mama o la vida

Tensiones entre pérdida, duelo corporal y
subjetividad en mujeres mastectomizadas

Luciana Laura Lalia Ramírez

Directora de Tesis: Prof. Agda. Dra. Pilar Bacci

Maestría en Psicología Clínica

Facultad de Psicología - Universidad de la República

Montevideo - Uruguay

Setiembre, 2025

Dedico esta tesis a las mujeres,
a todas ellas.

Agradecimientos

A Pilar, mi directora de tesis, por su paciencia, y compromiso, siempre atenta, disponible y alentadora en sus respuestas. Por su lectura respetuosa y por brindarme sugerencias honestas y acertadas. Sobre todo, gracias por confiar en mi trabajo y en mi proceso.

A todas las mujeres que entrevisté, quienes, de manera tan amable y sin dudar, accedieron a compartir sus vivencias y sentimientos sobre una experiencia tan delicada y significativa como lo es el cáncer de mama. Gracias por su generosidad y confianza.

A la Asociación Civil Dame Tu Mano, a todas sus integrantes y, especialmente, a Sonia, por recibirme con los brazos abiertos, por apoyarme en la difusión de esta investigación, permitirme conocer su labor de cerca y por cada encuentro compartido, siempre acompañado de un café y muchas celebraciones.

A mi madre, a mi padre y a mis amigas, por estar, por preguntar cada tanto cómo iba el proceso y, con eso, animarme a seguir adelante. A Paula, compañera que la maestría me permitió reencontrar, por el aliento mutuo.

A Álvaro, por sostenerme en las frustraciones y celebrar conmigo cada alegría y logro a lo largo de la escritura de esta tesis.

Y, por último —y por qué no— a mi cuerpo.

Resumen

Esta tesis presenta una investigación cualitativa sobre las significaciones del cuerpo en mujeres uruguayas mastectomizadas y duelo por perder una parte del cuerpo. Explora y describe, las repercusiones de la cirugía, los sentidos atribuidos a la enfermedad, el impacto de los cambios corporales, con especial consideración en las representaciones de la mama y su pérdida. En este estudio se realizaron 16 entrevistas que permitieron obtener las narrativas acerca de la experiencia. El material obtenido en las mismas se analizó permitiendo identificar núcleos de sentido en torno al tema, que fueron comprendidos a la luz de referencias de la teoría psicoanalítica, en diálogo con la antropología, la historia y la sociología. Como conclusiones se observa que el cáncer de mama y la mastectomía constituyen experiencias que impactan en el cuerpo y la subjetividad femenina. La pérdida del seno conlleva una carga simbólica significativa por lo cual trastoca aspectos de la feminidad, la sexualidad, la maternidad y el deseo. Sin embargo, el duelo corporal no siempre fue reconocido. A pesar de eso, muchas mujeres desplegaron estrategias que dan cuenta de la necesidad de hablar de la pérdida y otorgarle un sentido. Este estudio pretende contribuir a la profundización de los significados sobre el cáncer de mama y a la mastectomía desde una perspectiva subjetiva, cultural y simbólica, atravesada por la historia singular de cada mujer, y por discursos sociales, estéticos, médicos y culturales. También aspira a ampliar, el campo de los estudios del duelo y de la psicología clínica. Se exploran las significaciones que adquiere el cuerpo y la incidencia de lo sociocultural en la elaboración subjetiva de sus experiencias y duelo corporal, aportando conocimiento académico en relación a una problemática social y de salud pública.

Palabras clave: mastectomía / duelo / subjetividad femenina / pérdida simbólica / cuerpo femenino

Abstract

This thesis presents a qualitative investigation on the meanings of the body in Uruguayan women who have undergone mastectomies and the grief experienced due to the loss of a body part. It explores and describes the repercussions of the surgery, the meanings attributed to the disease, and the impact of bodily changes, with special consideration given to representations of the breast and its loss. In this study, 16 interviews were conducted, which allowed for the collection of narratives about the experience. The material obtained was analyzed, allowing for the identification of cores of meaning around the subject, which were understood in light of references from psychoanalytic theory, in dialogue with anthropology, history, and sociology. In conclusion, it is observed that breast cancer and mastectomy constitute experiences that impact the body and female subjectivity. The loss of the breast carries a significant symbolic burden, disrupting aspects of femininity, sexuality, motherhood, and desire. However, bodily grief was not always recognized. Despite this, many women deployed strategies that reflect the need to talk about their loss and give it meaning. This study aims to contribute to a deeper understanding of the meanings surrounding breast cancer and mastectomy from a subjective, cultural, and symbolic perspective, informed by each woman's unique history and by social, aesthetic, medical, and cultural discourses. It also aims to expand the field of grief studies and clinical psychology. It explores the meanings acquired by the body and the impact of sociocultural factors on the subjective elaboration of their experiences and bodily grief, contributing academic knowledge related to a social and public health issue.

Keywords: mastectomy / grief / female subjectivity / symbolic loss / female body

Tabla de contenido

Introducción	1
Capítulo 1. Antecedentes	3
1.1. Estudios basados en la evaluación de la calidad de vida, estrés, ansiedad y depresión	3
1.2. Estudios sobre experiencias de mujeres mastectomizadas centrados en los significados atribuidos a la enfermedad y cuerpo de la mujer	8
1.3. Investigaciones acerca de las percepciones de las alteraciones sobre la imagen corporal	13
1.4. Investigaciones que abordan las vivencias de pérdidas y los duelos	16
1.5. Síntesis de los antecedentes	22
Capítulo 2. Marco teórico conceptual	25
2.1. Ideas y representaciones acerca del cuerpo	26
2.1.1. El cuerpo desde el psicoanálisis	30
2.1.2. Cuerpo y subjetividad femenina	33
<i>Simbolización del seno en las mujeres</i>	36
2.1.3. El cuerpo enfermo: concepciones y tratamiento.....	38
2.2. Cuerpo, pérdida y duelo	40
2.2.1. Sustitución de objeto y trabajo del duelo freudiano	42
2.2.2. Restablecimiento de objeto y trabajo de duelo kleniano	43
2.2.3. La falta de objeto y función del duelo lacaniano.....	45
2.2.4. Duelos en el cuerpo	49
2.3. Enfermar de cáncer	50
2.3.1. Significación social del cáncer de mama.....	51
2.3.2. Mastectomía: Pérdidas físicas y simbólicas	53
Capítulo 3. Objetivos y Metodología	60
1.1. Objetivos	60
1.2. Estrategia de investigación	61
1.3. Tipo de estudio y técnica empleada	61
1.4. Trabajo de campo.....	62
1.5. Análisis de entrevistas.....	64
1.6. Consideraciones teórico-metodológicas y epistemológicas de la investigación.....	66
1.7. Consideraciones éticas	67
Capítulo 4. Experiencias y significaciones de enfermar de cáncer de mama	70
4.1. La vivencia de descubrir el cáncer y enfrentar la mastectomía	70
<i>La angustia de la noticia</i>	71
<i>Pensar positivo y ser fuertes</i>	72
<i>La decisión de la mastectomía</i>	74
<i>Sensación de alivio</i>	75
4.2. Significaciones acerca del cáncer de mama y la mastectomía.....	76

<i>Una experiencia terrorífica</i>	76
<i>Una guerra ganada</i>	77
<i>Enfermedad estigmatizante</i>	78
<i>Sinónimo de muerte</i>	80
<i>La mirada de los otros</i>	81
<i>Transformaciones subjetivas tras la experiencia</i>	82
4.3. Respuesta del sistema de salud	85
<i>El diagnóstico y sus limitaciones médicas</i>	85
<i>La relación con los médicos</i>	87
<i>La necesidad de acompañamiento y atención integral</i>	88
Capítulo 5. El cuerpo después de la mastectomía	90
5.1. Ideas socioculturales sobre el cuerpo y lo femenino	91
<i>El cuerpo normal</i>	92
<i>Maternar y cuidar</i>	93
5.2. Los cambios corporales.....	94
<i>Las marcas en el cuerpo</i>	94
<i>La pérdida de cabello</i>	96
<i>Linfedema</i>	97
5.3. Efectos subjetivos de las pérdidas y alteraciones en el cuerpo	98
<i>Sexualidad y vida erótica</i>	100
<i>Vestirse</i>	101
<i>La percepción de su feminidad: sentirse mutiladas e incompletas</i>	102
<i>No cambia el ser mujer</i>	105
Capítulo 6. Frente a la pérdida: duelar, disimular, reparar, reconstruir	106
6.1. Duelar y reparar	106
6.2. Disimular y reconstruir	109
<i>Usar prótesis</i>	110
<i>Reconstrucción mamaria</i>	111
6.3. Estrategias para sobrellevar el duelo.....	118
<i>Compartir la experiencia a través de testimonios y grupos</i>	119
<i>Compartir la experiencia a través de la expresión artística</i>	120
<i>Contención emocional y apoyo social</i>	121
Capítulo 7. Discusión de resultados	124
7.1. La experiencia del cuerpo enfermo: un cuerpo extraño	125
7.2. Cáncer, estigma y metáforas: construcción de sentidos, una experiencia resignificada	127
7.3. Cambios corporales: marcas visibles y efectos subjetivos	129
7.4. Ser mujer tras la mastectomía: cuerpo, pérdida simbólica y significación	130
7.5. La pérdida corporal como experiencia subjetiva: entre el duelo y la reconstrucción.....	133
7.6. Particularidades del duelo corporal por mastectomía: entre la pérdida y la supervivencia.....	136
7.7. Entre el cuerpo y la cultura: la influencia del contexto sociocultural en las subjetividades de mujeres mastectomizadas.....	140
7.8. Hallazgos sobre la atención sanitaria: desafíos, comunicación y cuidado integral	142

7.9. Consideraciones sobre la participación y el valor del estudio: el beneficio de narrar.....	143
7.10. Consideraciones finales.....	144
Referencias bibliográficas.....	147
Anexos	161
I. Antecedentes.....	161
II. Pauta entrevista.....	168

- **Introducción**

En las últimas décadas, la comunidad científica ha enfocado sus esfuerzos en mejorar los tratamientos del cáncer de mama, logrando avances significativos que han aumentado la esperanza y calidad de vida de las mujeres diagnosticadas. Sin embargo, a pesar de estos logros, existen limitaciones para abordar en profundidad los aspectos emocionales, subjetivos y psicosociales que emergen durante el curso de la enfermedad. Así, muchas veces queda relegada la vivencia subjetiva de la mujer, su percepción del cuerpo y las transformaciones que atraviesa como parte del proceso de enfermedad y tratamiento.

El cáncer de mama representa una alteración biográfica profunda, que compromete tanto la integridad física como la emocional. Las intervenciones quirúrgicas, especialmente la mastectomía¹ no sólo suponen una estrategia fundamental para la recuperación de la salud física, sino que también implican un fuerte impacto en la construcción subjetiva y en el modo en que la mujer se relaciona con su propio cuerpo. Las mamas, en tanto símbolos culturales cargados de significaciones —feminidad, maternidad, sexualidad, erotismo y estética—, adquieren un valor emocional y simbólico que hace de su pérdida una experiencia profundamente movilizadora. Diversos estudios han señalado que el cáncer de mama tiene repercusiones significativas a nivel físico, psíquico y social. El dolor físico generado por la enfermedad y sus tratamientos se suma al dolor psíquico que implica la vivencia del proceso, lo cual sitúa a la mujer en un escenario de múltiples pérdidas, desafíos y resignificaciones.

¹ La mastectomía es una intervención quirúrgica que extirpa el tejido mamario. La extirpación quirúrgica de una mama se denomina mastectomía simple (o unilateral). La extirpación de ambas mamas se denomina mastectomía doble (o bilateral). Hay distintos tipos de mastectomía, esta investigación versa fundamentalmente sobre dos tipos:

Mastectomía simple (o total): se extirpa todo el tejido mamario, la piel que recubre la mama, el pezón y la areola, también se pueden extirpar alrededor de uno a tres ganglios linfáticos de la axila del lado del cáncer (centinela).

Mastectomía radical: es similar a una mastectomía simple. La diferencia radica en que en esta cirugía, se extirpa un mayor número de ganglios linfáticos de la axila del lado del cáncer.

En el presente trabajo se utilizarán indistintamente los términos “mastectomía” y “cirugía” como sinónimos para aludir a estas intervenciones quirúrgicas descritas.

En Uruguay, según datos recientes de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (2024), las neoplasias mamarias constituyen la principal causa de muerte oncológica en mujeres. No obstante, gracias a los avances médicos, se observa un aumento sostenido en la tasa de supervivencia. Esta realidad ha despertado un creciente interés por estudiar las necesidades de las mujeres sobrevivientes, promoviendo investigaciones orientadas a comprender sus experiencias y a visibilizar aquellas dimensiones que aún permanecen insuficientemente abordadas. A pesar de que se reconoce el impacto psicosocial de la enfermedad, los programas de intervención destinados a trabajar estos aspectos en pacientes mastectomizadas siguen siendo escasos. Frente a este escenario, se vuelve imprescindible ampliar la comprensión del fenómeno, integrando nuevas perspectivas que permitan abordar la complejidad de estas vivencias. Se estima que 1 de cada 11 mujeres uruguayas podría atravesar esta enfermedad en algún momento de su vida (Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, 2024), lo cual refuerza la relevancia de este tema tanto para la salud pública como para las ciencias de la salud en general. A pesar del creciente número de estudios sobre la imagen corporal en oncología, se carece de una comprensión profunda de las experiencias corporales de las mujeres tras la mastectomía. La presente investigación surge de la necesidad de profundizar el conocimiento sobre la experiencia contemporánea del duelo en el cuerpo, así como de indagar en las representaciones simbólicas que emergen a partir de los procedimientos médico-quirúrgicos. Asimismo, se propone explorar la vinculación de estas mujeres con el sistema de salud, la consulta clínica y las posibilidades de intervención desde la psicología clínica, con el objetivo de aportar a una mirada más integral e interdisciplinaria.

Este trabajo se inscribe en el campo de la psicología clínica, con la intención de contribuir a la producción académica de conocimientos específicos en torno a los duelos corporales actuales, las transformaciones subjetivas que atraviesan las mujeres mastectomizadas, y las representaciones sobre el cuerpo femenino en el contexto de la enfermedad. Se espera que este estudio aporte a la reflexión crítica del campo, enriqueciendo tanto el abordaje clínico como los marcos teóricos desde los cuales se piensa el cuerpo, el duelo y la salud.

- **Capítulo 1. Antecedentes**

La necesidad de comprender las repercusiones y consecuencias de la mastectomía, ha sido un tema recurrente en la literatura científica. Las investigaciones actuales abordan el tratamiento de la enfermedad, y la angustia psicológica que produce, así como la afectación en la calidad de vida y en la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. Sin embargo, no se conoce lo suficiente acerca de los aspectos subjetivos, qué sentidos y significados le otorga la mujer a esas repercusiones en el cuerpo, y no se han centrado en cómo las mujeres experimentan sus cuerpos tras la cirugía por cáncer de mama.

Para este estudio fueron revisadas las bases académicas de Timbó Foco, EBSCO, BVS, Redalyc, Scielo, Dialnet. Los términos de búsqueda se adaptaron a referencias cruzadas y combinadas de palabras clave, tanto en español como inglés. Las palabras clave utilizadas fueron: cáncer de mama, cirugía mamaria, mastectomía, repercusiones, duelo, luto, cuerpo, imagen corporal, mujer, subjetividad femenina, feminidad. Se buscaron investigaciones en Uruguay, países de la región iberoamericana y Europa. Se sistematizó el material, realizando una selección inicial identificando estudios relevantes. Los estudios hallados fueron agrupados en 4 dimensiones, que se detallan a continuación.

1.1. Estudios basados en la evaluación de la calidad de vida, estrés, ansiedad y depresión

En su mayoría estos estudios evalúan la calidad de vida luego de la cirugía mamaria, tomando como variable la sintomatología ansiosa, depresiva y niveles de estrés.

Montiel, Guerra y Bartuste (2019) en Cuba, observan que el cáncer de mama es un evento altamente estresante de larga duración al ser percibido como una amenaza constante, permanente y un reto a superar. Identifican principales fuentes de estrés: la interrupción de proyectos familiares, el temor a la recurrencia, las limitaciones en situaciones cotidianas (limitaciones físicas como pérdida de la visión, sobrepeso, linfedema, dolor) y el daño a la imagen corporal. Encuentran síntomas

depresivos moderados en la mayoría. El estrés, ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento ineficaces, no permiten la adaptación y afectan negativamente la calidad de vida de las mujeres.

El estudio español de Rey-Villar et al. (2017) observa que luego de los tratamientos aumentan los niveles de función emocional y perspectivas de futuro, pero disminuyen las dimensiones de la función física, función del rol e imagen corporal, y empeora la sintomatología general de las pacientes. La mayoría presentó ansiedad severa como estado, relacionada con el miedo a morir y la incertidumbre, niveles que mejoraron tras los tratamientos. Los síntomas encontrados más frecuentes son insomnio, fatiga, preocupación y dolor por las limitaciones físicas. Para Alonso, Fontanil y Ezama (2016) tomando como variable 'estilo de apego' observan que cuanto mayor temor de ser abandonadas o rechazadas en sus vínculos, mayores son las emociones negativas y disminuyen las emociones positivas. Esto no permitiría un adecuado afrontamiento a los problemas e inconvenientes que surgen durante los tratamientos. Por tanto concluyen que la calidad de los lazos sociales y afectivos incide directamente en el estilo de afrontamiento y en su calidad de vida.

Estudios brasileños como el de Lôbo et al. (2014) y Pereira et al. (2016) encuentran afectada la calidad de vida por alteraciones en las dimensiones: emocional, principalmente estados depresivos y ansiosos; funcionamiento físico; social; funcionamiento sexual; dimensión financiera, perspectiva de futuro e imagen corporal. Presentan síntomas como fatiga, insomnio, pérdida de apetito, desgano, pérdida de concentración e irritabilidad. Particularmente la dimensión de 'imagen corporal' registra una notoria disminución, que refleja la interpretación de la mujer sobre su atracción física y feminidad después de la enfermedad, observando dificultad de verse desnuda y baja satisfacción con su cuerpo. La percepción de la mastectomía como una mutilación, puede persistir incluso después de la reconstrucción mamaria. Se identifica una mejor calidad de vida asociada a mayores niveles de alfabetización, condiciones financieras y apoyo emocional. Es interesante que los autores puntualizan como limitación del estudio no haber incluido el factor subjetivo en las dimensiones estudiadas y recomiendan que el análisis de los relatos de estas mujeres contribuye ampliamente a comprender el impacto de la cirugía.

En Uruguay, Reich y Remor (2010-2011) examinaron la relación entre el estrés percibido, estrategias de afrontamiento, sintomatología depresiva y su efecto sobre la calidad de vida en mujeres uruguayas intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama. Sienten una pérdida de control, amenaza a su supervivencia y autoimagen. Las variables asociadas a mejor ajuste a la enfermedad y calidad de vida son: el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la reconstrucción mamaria, un estilo de afrontamiento focalizado en el problema, y la ausencia de estado de ánimo depresivo. Hallan que quienes optaron por la reconstrucción mamaria luego de la mastectomía, poseen menores niveles de estrés y síntomas depresivos y mejor calidad de vida. El tipo de cirugía practicada es un factor asociado a la calidad de vida (Bajuk y Reich, 2011). La mastectomía tiene un impacto negativo, mientras que la reconstrucción mamaria mejora los niveles de función social y autoimagen. Varela et al. (2011) investigan los mecanismos de defensa y estilos de afrontamiento predominantes frente a la cirugía. Encuentran que el mecanismo de negación funciona como facilitador del afrontamiento y aceptación activa, que favorecen los tratamientos. La negación en estos casos parece cumplir un papel protector que permite adaptarse a la nueva realidad, junto a mecanismos de autocontrol de pensamientos y emociones. Por el contrario, identifican que los mecanismos de evitación y disociación se relacionan con riesgo de abandono de los tratamientos, ya que la persona funciona como si nada sucediera, por lo que queda inhibida e imposibilitada de pedir ayuda. Estos mecanismos se expresan con actitudes de desesperanza y en la demora para consultar en algunas pacientes.

Un hallazgo de esta revisión de literatura es que existen muchos estudios centrados en evaluar repercusiones en la calidad de vida según si se realizó o no la reconstrucción mamaria luego de la mastectomía. Recientemente en nuestro país, Protesoni y Grillé (2022) registraron diferencias significativas en la calidad de vida relacionada a la salud entre mastectomía con y sin reconstrucción. Las pacientes sin reconstrucción presentaron niveles más bajos de reconocimiento y valoración de sí y de calidad de vida, debido en gran medida por la afectación en su imagen corporal, vivenciada como una amputación. Estas mujeres tienden a aislarse, evitar las relaciones, y a inhibir la expresión de sus

emociones. Sin embargo otras mujeres tienden a actitudes de grandiosidad o sobrevaloración, que podría ser una reacción compensatoria para restar valor a sus pérdidas.

Con resultados coincidentes, los estudios españoles de Trejo-Ochoa et al (2013); Rincón, Pérez, Borda, y Martín (2010, 2012); Olivares, Martín, Román y Moreno (2010) evalúan variables tales como: ansiedad-depresión, calidad de vida, resultado estético, autoestima e imagen corporal. Observan que las pacientes con reconstrucción mostraron mejores niveles en calidad de vida, bienestar psicológico, autoestima, satisfacción con imagen corporal, y menor afectación en la función social y sexualidad. Mientras que las mujeres sin reconstrucción, tienen mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, emplean estrategias de afrontamiento más ineficaces y menor calidad de vida. Asimismo encuentran que a mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico se relaciona con aumento en calidad de vida, independientemente de la cirugía practicada.

Otro grupo de estudios, como en el trabajo de Villegas y Londoño (2019) no se evidencian mejoras significativas en aspectos como depresión, pérdida de identidad femenina, disminución de atractivo e interés sexual. Asimismo observan que la sexualidad se ve igualmente afectada, debido al significado de las mamas en la idea de ser mujer. Concluyen que a pesar de los beneficios de la reconstrucción mamaria, es inevitable el efecto negativo de la mastectomía sobre la imagen corporal. Asimismo, Segura-Valverde, García-Nieto y Gutiérrez (2014) tampoco encuentran diferencias significativas entre las mujeres con mastectomía y aquellas con cirugía conservadora de seno.

Blanco-Sánchez (2010) encuentra que el motivo de las mujeres para realizar la reconstrucción mamaria es recomponer su integridad corporal, esto incluye: no necesitar prótesis, seguir utilizando todo tipo de ropa, no verse mutilada, sentirse femeninas y equilibradas, y olvidar que son víctimas de cáncer. Aquellas mujeres que deciden no realizarse la reconstrucción, aludieron que es más importante la vida y la salud, y que las mamas no son esenciales para el bienestar físico y emocional, así como el miedo a enfrentarse a otra cirugía y su dolor asociado. En la investigación se señala que aquellas mujeres con altas expectativas sobre la apariencia física pueden acarrear un peor ajuste psicosocial después de la reconstrucción, ya que en general no se logra el ideal estético al que aspiran,

eso genera mayor vulnerabilidad posterior. También encuentra que algunas mujeres tienen dificultad en aceptar su cicatriz y no logran mirar su cuerpo luego de la mastectomía. Si bien puede existir un acuerdo general de que la reconstrucción mamaria mejore la calidad de vida y la satisfacción con la imagen corporal, no se evidencian mejoras significativas en los demás aspectos afectados por la mastectomía. Destacan la importancia de la participación activa y toma de decisiones de las mujeres respecto a los tratamientos, como predictor en una mejor calidad de vida. Además, en todos los trabajos, concluyen que el transcurso del tiempo puede mejorar los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, llegando a niveles similares de calidad de vida en mujeres mastectomizadas con y sin reconstrucción mamaria. Señalan que las altas expectativas (psicológicas, sociales y quirúrgicas) en relación a los resultados estéticos de la reconstrucción, pueden generar mayor vulnerabilidad y desajuste emocional al no ser satisfechas. Esto refleja que las ventajas señaladas de la reconstrucción no pueden ser generalizables, y se convierte en un punto de controversia entre investigadores. Incluso, en Portugal, Rebelo, Rolim, Carqueja y Ferreria (2007) encuentran que mujeres sometidas a cirugía con conservación de seno, poseen una peor autoimagen corporal que las mujeres mastectomizadas. Este resultado se relaciona con la posibilidad que la mastectomía es percibida como mejor predictor de salud y curación. Olivares (2007) considera que se asume que la reconstrucción representa un procedimiento para revertir la deformidad causada por la mastectomía, siendo su principal objetivo la restitución de la imagen corporal y del bienestar psicológico, sin evidencia empírica. También plantea que no hay consenso acerca del momento adecuado para practicar la reconstrucción luego de la mastectomía. Por un lado, un grupo de investigaciones apoyan la reconstrucción mamaria diferida, es decir, al tiempo de haber realizado la ablación, apuntando a la necesidad de que la mujer pueda elaborar la pérdida del seno y luego optar por la reconstrucción para una mayor satisfacción y aceptación de su cuerpo. Por otro lado, los estudios que promueven la reconstrucción inmediata que se realiza en el mismo acto quirúrgico que la mastectomía, consideran que las mujeres experimentan menos angustia. Asimismo en otras indagaciones cabe aclarar que no se observan diferencias significativas entre ambas situaciones. Según Sánchez (2015) la reconstrucción inmediata produjo

cambios en la percepción de impacto de la mastectomía para las mujeres, bajo el supuesto que la cirugía reconstructiva mitiga el alcance traumático de la ablación. Hasta la fecha, ha habido escaso acuerdo al respecto y se mantiene la controversia.

Estudiar y entender los efectos del cáncer de mama, su tratamiento y las variables de tipo psicosocial que inciden en la calidad de vida, ha sido de central interés clínico y científico en las últimas décadas. Existe un gran número de estos estudios que son investigaciones cuantitativas. Se considera que las investigaciones cualitativas que no abundan pueden ampliar la comprensión del fenómeno.

1.2. Estudios sobre experiencias de mujeres mastectomizadas centrados en los significados atribuidos a la enfermedad y cuerpo de la mujer

Los estudios relevados muestran que la vivencia de la enfermedad se ve influida por los preconceptos y estigma social acerca del cáncer de mama. En el estudio sueco de Wallberg et al (2003), concuerdan en que los significados subjetivos que la enfermedad adquiere para las pacientes influye en sus formas de afrontamiento y que la vivencia de la enfermedad está relacionada con el contexto individual, social y cultural. Estudiaron la percepción de la enfermedad de pacientes con cáncer de mama según ocho categorías de significado que prevalecen en la cultura: 'desafío', 'enemigo', 'castigo', 'debilidad', 'pérdida irreparable', 'alivio', 'estrategia' y 'valor'. La mayoría de un total de 187 mujeres, eligieron 'desafío' (un reto para recuperarse); 'enemigo' (amenazante, extraño, incontrolable y desconocido dentro del cuerpo); y 'pérdida irreparable' (perder la salud, la seguridad y perder una parte del cuerpo muy significativa, que no puede repararse o sustituirse).

De igual manera, en Brasil, Almeida et al. (2001) identifican unidades temáticas como "viviendo con una enfermedad estigmatizante" por sus características enigmáticas, silenciosas, imprevisibles e irremediable; "conviviendo con sentimientos negativos" principalmente sentimientos de culpa por falta de cuidados consigo mismas que pudieran haber prevenido la enfermedad, y sentimientos de mutilación sobre la percepción de las alteraciones corporales; y "enfrentando

preconceptos", la representación del cáncer como un mal mortal, es vivido como un desvío de salud y un desvío social.

Los investigadores en general acuerdan que el impacto de los cambios en su cuerpo dependen en gran medida de los significados que se hayan construido en su vida personal y contexto socio cultural en torno a la imagen corporal, el rol de la mujer, la enfermedad y la muerte. Y que las reacciones de la mujer respecto a su cuerpo luego de la cirugía es un proceso de elaboración semejante al proceso de duelo, que no se produce de forma lineal, y las experiencias varían por las particularidades de cada mujer. Por ejemplo, Brito et al. (2022) encuentran que para las mujeres brasileñas, la mastectomía representa una pérdida de la feminidad y de la imagen corporal, expresada a través de sentimientos como vergüenza, tristeza y extrañamiento. Las entrevistadas poseían algún conocimiento sobre el cáncer, de acuerdo a experiencias personales con características principalmente negativas. Los investigadores consideran que este desconocimiento genera incertidumbres y dificultades en el enfrentamiento de la enfermedad. En el estudio colombiano de Laza-Vásquez et al. (2021) las mujeres intentaron ocultar o disimular los cambios físicos más visibles (caída del cabello, cejas y pestañas, el color de las uñas y la piel), fundamentalmente a sus hijos como una forma de cuidarlos y protegerlos. Sintieron temor a ser rechazadas por sus parejas y también intentaron disimular su cuerpo, por ejemplo con la utilización de prendas holgadas, mantener relaciones sexuales con las luces apagadas y ropa que ocultara los senos. A pesar de esto, muchas participantes no se habían realizado reconstrucción mamaria, definiendo que la alteración estética no era prioridad en sus vidas. Se percibieron una mezcla de sentimientos contradictorios de aceptación y resignación del cuerpo, pero con especial énfasis en la importancia de haber sobrevivido a una enfermedad mortal. Quienes pasaron por la reconstrucción aducen que fue propuesta por los médicos y no como una iniciativa propia. Los autores ponen a discusión estas vivencias respecto a los discursos de la «normalidad» del cuerpo, que ven en la reconstrucción mamaria la manera de recuperar el bienestar psíquico y emocional perdido por la mastectomía y restaurar la feminidad corporal de las mujeres.

En el trabajo de Manorov et al. (2019), para algunas mujeres, la extracción de las mamas se aceptaba como parte inevitable del tratamiento, sobreponiendo la recuperación de la salud por sobre la apariencia física. Pero en otras mujeres, desencadenó efectos negativos en su autoimagen y confianza en sí mismas. Sin embargo, para ambos casos, se vieron afectadas por las limitaciones físicas y psicológicas que imposibilitan o dificultan el retorno a la vida laboral o de rutinas domésticas. También hallan que el cáncer despertó una resignificación de la vida, valorando los pequeños detalles y momentos de la misma. Otro estudio en Brasil (Rocha et al., 2019), evidenció formas diferentes de enfrentar la enfermedad. Para algunas estaban presentes sentimientos negativos como miedo, tristeza, angustia, negación y desesperación; para otras, su mayor preocupación era dejar sola a su familia y no poder hacerse cargo de las tareas de cuidado a otros, por ejemplo sus hijos. Hubo quienes establecieron una relación más estrecha con la espiritualidad y religiosidad, fortaleciéndose para superar la enfermedad, y algunas mujeres expresaron aceptación de la mastectomía en tanto representaba la cura. Lima et al. (2018) hallan que la forma en que cada mujer atravesó el tratamiento se asoció con los significados que le atribuye a la enfermedad. La mayoría de las mujeres experimentaron tristeza y sensación de mutilación, asociado a perder una parte del cuerpo símbolo de maternidad, sexualidad y sensualidad. Por otro lado, la minoría de mujeres sintió alivio después de operarse, ya que a pesar de la pérdida de la mama, la mastectomía era la esperanza de una cura, la pérdida del órgano se llevó consigo la enfermedad.

En Chile, Caro et al. (2012) concluyen que las tensiones que viven las mujeres respecto al cuerpo mastectomizado son influidas mayormente por las ideas y expectativas socioculturales de belleza y del ser mujer. La reconstrucción mamaria significa una indemnización simbólica como opción de recuperación de la estética y restitución del ser mujer; sin embargo, si bien disminuye la angustia de la pérdida, permanece la sensación de vacío ya que el nuevo seno, nunca reemplazará al antiguo, siempre será ajeno y recordará que falta. El 'Ser mujer' se conforma de dos categorías: mujer-madre y mujer-maniquí. Mujer-madre refiere a la construcción del ser mujer desde su función reproductiva, enfatizando en la entrega a otros principalmente hijos, traducida en ternura, abnegación

y sacrificio. En la mujer-maniquí prima la estética corporal como gran valor, con énfasis en la seducción. Lo estético vinculado a modelos de belleza estandarizados en la cultura occidental. La pérdida de la mama provoca reacciones de desvalorización de sí mismas, y como forma de compensación y validación de su feminidad se observó la exacerbación del “ser para otros” mediante la intensificación del rol de madre. También surge el concepto de ‘mujer enferma’ visto a través de victimización o reprobación por un cuerpo enfermo, intervenido y débil. En el eje ‘Sentidos y significados del cuerpo’, los senos son la principal referencia de la condición femenina tanto en su función nutricia como estética y erótica, al perderlos se pierde también la feminidad. En el eje ‘Sexualidad y afectividad’, se observa la sensación de ser mujeres deserotizadas y no seductoras, cuyo cuerpo ya no sería objeto de miradas deseosas.

Aureliano (2009) en Brasil, también observa que las vivencias se relacionan con los estigmas asociados a las representaciones del cuerpo enfermo y mutilado. La pérdida de la mama trae consigo alteraciones corporales que limitan ciertas actividades e implican una constante negociación y adaptación en aspectos cotidianos tales como elegir ropa, ir a la playa o abrazar a una persona. Intentan una búsqueda constante de la normalización de los usos del cuerpo en la sociedad, y resignificación de su imagen a través de frases como “soy más que un pecho” o “soy la misma persona de antes”. La reconstrucción mamaria no es vista como forma de recomposición, ya que no les devolverá el aspecto funcional del seno; eso ya está perdido y no es posible recuperarlo. Para muchas mujeres, esto no implica un problema porque ocultan su condición de mastectomizada a través del uso de prótesis externas o ropa. Las mujeres de esta investigación mostraron una mayor preocupación por la función utilitaria de la mama, las mayores quejas estaban relacionadas con la limitación de uno de los brazos, que para muchas significó el final de la vida laboral o impactó su desempeño dentro del espacio doméstico. Las mujeres se replantean el concepto de 'ser mujer', las atribuciones y representaciones del cuerpo femenino y lo que representa en su relación con los demás. Afirman la continuidad de este 'ser mujer' y niegan su caracterización a través de sus partes anatómicas constituidas simbólicamente como elementos de lo femenino.

En varios trabajos se evidencia la necesidad de reconstruir el significado simbólico de ser mujer, más allá de reconstruir el cuerpo. Perciben un cuerpo desgarrado, viven con insatisfacción su autoimagen, sintiéndose destituidas de su condición de mujer. Tal como lo observan los brasileños Scorsolini-Comin, Santos y Souza (2009), las mujeres sienten la mirada de los demás con repudio, extrañamiento y curiosidad, pero también con la dificultad de sus propias miradas en el espejo o en la intimidad de su sexualidad. Al estudiar a mujeres mastectomizadas participantes de un grupo de apoyo, encuentran que el grupo funciona como contenedor de las experiencias dolorosas y promueve saberes compartidos acerca de las posibilidades de sobrevivir, aumentan la confianza en los tratamientos y las posibilidades de erradicar la enfermedad, posibilita la reconstrucción y resignificación de sus experiencias y de los discursos sociales acerca del cáncer.

En Puerto Rico, Rodríguez y Rossello (2007) concluyen que existe un gran peso que ejerce la sociedad sobre la manera en que una mujer con cáncer de mama se percibe a sí misma, acepta y maneja su enfermedad. Observan la influencia de los estándares de belleza femenina que ponen a los senos como el área más importante de la mujer, lo que genera temor por el juicio de las otras personas, miedo al rechazo y a la burla, sentimientos de minusvalía e incompletud. En las mujeres se revela insatisfacción con su cuerpo, miedo a verse desnuda, disminución en su sentido del ser mujer, alteración de la sexualidad, falta de deseo sexual. Los autores apuntan a que las dificultades que trae el cáncer de mama exceden el aspecto físico, ya que para reconstruir el cuerpo va más allá de lo estético. En ese sentido, es necesario tomar en consideración el aspecto psíquico para llevar un tratamiento completo e integral, y estudiar los significados que el cáncer pueda tener para cada una para conocer cómo este juega en la subjetividad.

Para Aureliano (2009) el campo de investigación sobre el cáncer de mama abre un abanico de posibilidades teóricas que no sólo refieren al aspecto de la enfermedad, sino que se involucran concepciones sobre cuerpo, género, salud, así como cuestiones culturales y contextuales sobre significado de la enfermedad, las representaciones del cuerpo femenino, la carga simbólica del pecho asociado a la sexualidad, la maternidad y la feminidad de la mujer. Los elementos hallados como la

experiencia de mutilación del cuerpo, el estigma social del cáncer, las limitaciones físicas provocadas por la enfermedad, el intento de normalizar los usos del cuerpo, las negociaciones para presentar este órgano en la sociedad, y la reivindicación de derechos a partir de todas las transformaciones corporales derivadas del cáncer; revelaron la indisoluble relación y concatenación de factores individuales, sociales y políticos en la experiencia del cuerpo de las mujeres que padecen cáncer de mama.

1.3. Investigaciones acerca de las percepciones de las alteraciones sobre la imagen corporal

La mastectomía es percibida como mutiladora y vivenciada con incertidumbre, desesperación y malestar físico a causa de las limitaciones en la vida cotidiana. Para la mayoría de las mujeres, representa una ruptura en su autoimagen y feminidad, y supone la pérdida del rol femenino como mujer sensual y madre proveedora.

Vivencias de mutilación, los sentimientos de rechazo, vacío, incompletud, extrañeza y desvalorización hacia el propio cuerpo junto a alteraciones en la sexualidad; miedo y rechazo de mirarse al espejo, a tocar el pecho y desvestirse; con sentimientos de tristeza, espanto, desánimo, impotencia, frustración, vergüenza, son observados por la mayoría de los trabajos. Para las mujeres suizas, en la investigación de Piot-Ziegler et al. (2010) la mastectomía representa una mutilación, una amputación que deja una sensación de vacío y sensación de extrañeza ante sus cuerpos modificados, disimétricos y anormales. Las consecuencias de la mastectomía les impide llevar una vida normal y tiene afectaciones en sus relaciones íntimas y sociales. El peso de la mirada ajena fue una de las principales preocupaciones de las participantes. Esta investigación describe sentimientos de duelo por la pérdida del seno que supone un desafío a la integridad corporal y a su feminidad y lo viven como estigmatizante. Genera una profunda crisis de identidad, la mayoría de las mujeres temían dejar de ser o sentirse mujeres, tanto por perder la silueta de mujer, como por la pérdida simbólica de los pechos de la maternidad. Las imágenes idealizadas socialmente sobre las mujeres, refuerzan estas

sensaciones. Si bien la reconstrucción mamaria ofrece cierto consuelo y se considera una posible recuperación de la simetría física y la integridad corporal perdidas, el pecho reconstruido sería un objeto extraño que devolvería la apariencia, pero no reemplaza su feminidad perdida. La enfermedad les hizo reevaluar sus prioridades existenciales, redescubrir otra forma de vivir y una nueva comprensión de la vida, así como redefinir su identidad. Los investigadores reflexionan que las mujeres deben buscar una nueva forma de ser mujer y de estar en el mundo. En Irlanda, Menon y O'Mahony (2019) también reportan que los cambios corporales afectaron la percepción de sí mismas, y de su feminidad, se perciben perturbadas, diferentes y alteradas. Además su vida cotidiana se ve modificada, al no poder realizar actividades que normalmente hacían, o incluso cambiar formas de vestirse. Se sienten avergonzadas y ansiosas por sus relaciones de pareja, afectando su funcionamiento sexual. Las mujeres experimentaron sentimientos encontrados, desde miedo, vergüenza y tristeza, hasta positividad para afrontar la enfermedad y seguir adelante, muchas enfatizaron que luego de la experiencia se sintieron más fuertes y agradecidas.

Resultados similares son los de Durães Rocha et al. (2016) en Brasil, donde las mujeres sienten vergüenza por estar fuera de los estándares de belleza, pudiendo derivar en conductas de aislamiento por el miedo a los prejuicios. Cuando no hay reconstrucción mamaria, se observa la necesidad de cambiar el estilo de vestirse como forma de ocultamiento. Respecto a su sexualidad, describieron sentimientos de vergüenza en la intimidad, disminución del deseo y pérdida de sensibilidad en el seno. Algunas relataron cariño, apoyo y amor por parte de sus parejas y otras en cambio, vivieron rechazo y abandono. Silva y Vargens (2016) refieren a la necesidad de estudiar este tipo de intervenciones médico-quirúrgicas no como la pérdida de un órgano en su sentido físico, sino como un fenómeno de mutilación asociado con la subjetividad ligada a los órganos femeninos. En su estudio, definen la categoría <Percibiendo un cuerpo diferente y sentirse una persona diferente> en relación a vivir la retirada de una parte del cuerpo como una amputación donde 'falta un pedazo' y las sensaciones de extrañeza y frustración frente a un cuerpo cambiado, incompleto, mutilado y marcado. Esta pérdida física conlleva pérdidas subjetivas relacionadas con la construcción de la

imagen y una nueva realidad corporal e identidad femenina. La segunda categoría <Construyendo el significado de mutilación>, señala la pérdida en dos dimensiones: una física y concreta, la pérdida del órgano; y otra abstracta, ligada al impacto subjetivo de la identidad social y funcional femenina. Las cirugías son sentidas como una mutilación física, social y funcional. La mutilación física del órgano genera un impacto en la identidad social y funcional femenina. Araújo y Fernandes (2008) hallan sentimientos de pérdida de autoestima, culpa, fracaso, soledad y miedo. La mastectomía produce sentimientos de incompletud y vergüenza. Todo esto genera que muchas veces las mujeres escondan o dilaten informar su situación al entorno. De forma similar, Da Silva y Dos Santos (2008) hallan que el uso de prótesis puede ser un factor estresante ya que sienten la obligación de su uso constante y la sensación permanente de mutilación corporal. Duarte y Andrade (2003) observan dificultades de lidiar con el cuerpo con sentimientos de extrañeza frente al espejo, para algunas imposibilidad de mirarse y/o tocarse, con sentimientos de auto desprecio, limitaciones para exponer su cuerpo. Esto genera que en muchos casos los vínculos y las reuniones sociales se ven restringidas. En algunas entrevistadas la dimensión afectiva de la sexualidad fue más valorada con intercambio de caricias y complicidad. De todos modos, en la mayoría se observa la pretensión de ocultar su pecho al tener relaciones sexuales. En la investigación de Ferreira y Mamede (2003) se ilustran cuatro unidades temáticas de la representación del cuerpo en estas mujeres: a) cuerpo mutilado, alterado y extraño, con sentimientos de tristeza, dificultad de verse desnuda y mirarse al espejo; estas mujeres identifican la cirugía estética como una posibilidad de recuperar su cuerpo, pero reconocen que no ya no existe un cuerpo perfecto. b) sensación de impotencia; caracterizada por la imposibilidad de decidir sobre su propio cuerpo, de no tener otra opción que la cirugía y el miedo de la recurrencia del cáncer. c) dolor y limitación, principalmente al principio de su recuperación por las perturbaciones físicas del postoperatorio. Y d) cuerpo que necesita cuidados y cuerpo frágil, una percepción del cuidar de sí mismas a nivel físico y espiritual. Consideran que las mujeres necesitan tiempo para asimilar e incorporar su nueva imagen corporal en un proceso de adaptación continua.

En Suecia, Lindwall y Bergbom (2009) describen las vivencias y experiencias de la relación consigo mismas y con sus cuerpos en mujeres mastectomizadas. Hallan la categoría «mi cuerpo como un extraño» y describen cuatro significantes constituyentes: a) mi cuerpo me ha fallado: sensación al descubrir que su cuerpo había alojado un tumor, un intruso silencioso, peligroso y extraño. Ya no podían confiar en el cuerpo porque no se les había dado ninguna advertencia de la enfermedad. Esto provocaba estados de ansiedad y sentimientos de pánico e inseguridad y desconfianza sobre su cuerpo; b) mi cuerpo-una prisión: durante los tratamientos las mujeres dependen en gran medida de los demás, esto les hace sentir menos libres, y a la vez prisioneras de su cuerpo, al que tienen que atender, experimentando sentimientos de impotencia y desamparo; c) un hogar donde se desarrolla una lucha: tuvieron que sacrificar una parte de su cuerpo para salvar sus vidas; el cuerpo es vivido como un terreno de combate. Las cicatrices que dejan las intervenciones les recuerdan siempre su cáncer de mama; d) hacer amistad con el cuerpo alterado: todo lo anterior hace que las mujeres deban mirar a su cuerpo de otra manera y volver a amigarse con él. Se vieron en un proceso de entablar una nueva relación con su cuerpo, con sentimientos de tristeza y duelo porque el cuerpo nunca volvería a ser el mismo. Estas significaciones descritas son englobadas por los autores como fenómeno que denominaron «el cuerpo alterado», que no se puede ocultar; las mujeres tienen que aprender y acostumbrarse a vivir en y con él. Es descrito como un proceso de duelo que requiere mucho tiempo, en el cual las mujeres recomponen su relación con un cuerpo que no volverá a ser el mismo, incluso si la mama puede ser reemplazada; esto quiere decir, aceptar y acostumbrarse a un cuerpo nuevo.

1.4. Investigaciones que abordan las vivencias de pérdidas y los duelos

El diagnóstico de cáncer generalmente conduce a cambios dramáticos. Produce una alteración biográfica en la que se experimentan pérdidas tanto físicas como simbólicas, tales como la pérdida de la salud, funcionamiento y limitaciones físicas, la independencia, los roles sociales, pérdida corporal y de autoimagen, la sensación de control y perspectiva de futuro; todo lo cual, tiene el potencial de iniciar un proceso de duelo.

Almeida et al. (2023) describen tres categorías en referencia a los impactos de la mastectomía en mujeres de Brasil. La primera refiere a los sentimientos sobre el diagnóstico y tratamiento, los más comunes fueron tristeza, miedo, desesperación, pero también sentimientos de aceptación, fe y esperanza. La segunda, al duelo simbólico e impactos en la autoestima, hallan vivencias de duelo simbólico por la retirada de la mama y la pérdida del cabello. El duelo se observa en la dificultad de verse al espejo sin el seno y de aceptar un cuerpo nuevo. La tercera, a las estrategias de afrontamiento ante la mastectomía; fueron el fortalecimiento de las redes de apoyo (familia, amigos, parejas, grupos de ayuda), la espiritualidad, el trabajo voluntario para ayudar a otras personas con cáncer y el apoyo del equipo de salud (médico y psicológico).

Herring et al. (2019) en Reino Unido hallaron que mientras que algunas mujeres se sintieron devastadas por su apariencia alterada, otras tuvieron una actitud pragmática al considerar la extirpación de su seno como parte necesaria del proceso, restando importancia al resultado en su apariencia, valorando su salud por sobre el resultado estético. Vieron afectado su atractivo físico y relaciones íntimas, con especial preocupación por la reacción de las demás personas, especialmente de sus parejas. La pérdida física del seno representó una pérdida de identidad y feminidad para algunas mujeres, quienes reportaron sentimientos de duelo. La sensación de pérdida persistió aún en aquellas que se realizaron reconstrucción inmediata, a pesar de que la cirugía tenía como objetivo restaurar la forma del seno. Percibieron la necesidad de adaptarse y aceptar su nuevo 'yo físico'. Sin embargo, otras no consideraban la mama esencial para la identidad femenina, y consideraron la pérdida de forma más superflua, expresaron gratitud porque el cáncer se eliminó. Las experiencias negativas de las mujeres sobre su apariencia tras la mastectomía podrían deberse a la percepción de que sus senos no se ajustan a las imágenes idealizadas a las que aspiran socialmente.

Un estudio israelí (Gerschfeld-Litvin, 2018) explora las experiencias de estas mujeres desde una perspectiva de la pérdida y duelo con entrevistas en profundidad a dieciocho mujeres. Las mismas se puede dividir en tres momentos: el diagnóstico, la mastectomía y vivir sin senos. El momento del diagnóstico y la cirugía fueron eventos definitorios, de cambio drástico que trastocaron sus vidas en

un antes y después. Al momento del diagnóstico describen conmoción abrumadora y miedo al percibir el cáncer como la muerte. La mastectomía es percibida en primera instancia como un procedimiento que salva sus vidas, y posteriormente como un sacrificio que tenían que hacer para poder sobrevivir “perdí algo ese día pero obtuve mi vida a cambio, pagué para seguir con vida” relata una entrevistada. Atribuían a sus senos como algo innecesario y sin importancia en sus vidas, o los colocaron en un contexto negativo como causante del cáncer. A través de la negación para tomar distancia de esa pérdida, el autor observa que las mujeres presentaban dificultad para permitirse sentir dolor de su pérdida y evitar el duelo. Otra opción, por la que optó la mitad de las participantes fue la reconstrucción mamaria inmediata, en un intento de sortear o eliminar el sentimiento de pérdida y duelo. Esto produce que cualquier sentimiento semejante al duelo post-mastectomía fue abordado como depresión. Asimismo, halla que varias mujeres utilizaron diferentes formas de prepararse para la pérdida de sus senos y despedirlos a través de distintos gestos, rituales o ceremonias simbólicas e íntimas. Dentro de la categoría "Vivir sin senos" se describen percepciones de tener un cuerpo deforme y no-femenino, y sensaciones de intimidación ante la mirada de los demás, con intentos de ocultar la ausencia de la mama como el uso de prótesis para quienes no estaban reconstruidas. Las mujeres describieron una serie de reacciones post-mastectomía: (a) no hay pérdida, porque el seno está reconstruido; (b) retrasar el enfrentamiento de la pérdida hasta finalizar los tratamientos; o (c) no hay pérdida porque no hay necesidad de tener senos a mi edad (mujeres de 50 y 60 años). Quienes minimizaron el significado de su pérdida, reportaron una falta de respuesta emocional; se observa en estos casos que las mujeres atribuyen que solo ante la muerte de un ser querido se puede hacer un duelo y llorar la pérdida. La mayoría de las mujeres que se sometieron a una reconstrucción inmediata atribuyeron sus lágrimas, apatía, tristeza, ira y retraimiento a la depresión. Solo dos mujeres describieron su respuesta emocional como un acto de duelo "estoy de luto por mi cuerpo y algo que nunca volverá a ser lo mismo que antes". El análisis de este estudio revela que la pérdida de mama abarca muchas pérdidas. Sin embargo, estas pérdidas pueden considerarse ambiguas, especialmente cuando la mama se reemplaza inmediatamente por un implante o cuando se considera no deseada o

sin importancia. Esto conduce a un “duelo privado de derechos” en el que todas las emociones relacionadas con la pérdida son consideradas ilegítimas por las mujeres, o identificadas como cuadros depresivos. Es a destacar que los intentos de reconstrucción del significado del cáncer y la mastectomía son constantes; se producen en un diálogo continuo entre sus cuerpos, sus emociones, sus identidades, sus narrativas y las construcciones sociales sobre el cuerpo, el cáncer y los senos. El significado que las mujeres atribuyen a la mastectomía puede cambiar con el tiempo y en el transcurso de sus vidas. La autora identifica la necesidad de estudios que puedan explorar la experiencia de mujeres mastectomizadas a largo plazo. Además considera que los intentos teóricos de distinguir entre duelo y depresión en el contexto del cáncer requieren una mayor exploración.

En el estudio puertorriqueño de Plaza y Rosario (2014) se exploran las vivencias ante la pérdida corporal en mujeres mastectomizadas. Vivencian sentimientos de culpa, confusión e incertidumbre, tristeza, soledad y temor. La pérdida es considerada irremplazable, y la representación del cuerpo como mutilado, se vive como perder algo que les pertenecía como seres humanos, es también vivenciada como una prueba o un castigo. Sentimiento de vergüenza e imposibilidad de contemplar la propia imagen en el espejo. Los significados aluden a la carencia de un ser íntegro, que remite a afrontar la propia muerte, sin embargo, la religiosidad y espiritualidad emergen como mediadores del duelo y dan sentido a la vida que sigue y despierta el sentimiento de poder ayudar a otros. El duelo por pérdida corporal no se circunscribe a la etapa de enfermedad sino que es vivenciado a lo largo de la vida, necesidad de incorporar una nueva imagen corporal y un nuevo sentido de identidad mediante una adaptación continua. El duelo por pérdida corporal motiva a cambiar la prioridad de las cualidades físicas por el desarrollo de un sentido intrínseco de sí mismo.

En Colombia, Díaz Facio (2010) pone de relieve que la enfermedad no existe separada del sujeto enfermo, el cáncer de mama produce múltiples pérdidas, en tanto, se pierde una parte del cuerpo y la representación que de ella se tenía; se pierde el ideal de futuro por estar asociada a la muerte; se pierde o se modifica la forma de vincularse con el otro. Estas pérdidas generan procesos de duelo en diversas dimensiones, su elaboración permitiría la reconstrucción afectiva y la

resignificación de la vida y la construcción de una nueva imagen corporal y de reencuentro con el otro. La representación que cada sujeto tiene de su cuerpo incide en cómo vive este proceso. Se observa que en algunos casos, la mujer se detiene en el dolor por lo perdido, estancada en el anhelo, lo que impide el proceso de duelo necesario. En otras ocasiones, hay quienes niegan tener que enfrentar la pérdida, casos como aquellas mujeres que se realizan una reconstrucción mamaria inmediata con el fantaseo de evadirla, de que esa pérdida no ocurrió. El trabajo de elaboración del duelo conduce a la asunción de la vida con lo perdido. Pero la pérdida de algo significativo no siempre conlleva una elaboración, sino que a veces persisten respuestas de dolor, sin el trabajo de duelo. El dolor puede convertirse en el principal contenido de la experiencia emocional y la mujer se estanca en un continuo dolor de existir y en la imposibilidad de mirar o tocar su propio cuerpo o de permitir que alguien lo haga. Todo esto les impide reasumir su vida y las aleja del vínculo con el otro.

Macêdo y Santana (2007) en Brasil, encuentran relatos divergentes en cuanto a la simbología atribuida a las mamas. Si bien se admite que son símbolo de afectividad y maternidad, no tienen la misma significación para todas. Por un lado, mujeres que las consideran una parte más del cuerpo, sin recibir una valoración especial, donde la cirugía representa liberación y salvación de la vida, es más importante la salud y el bienestar físico y emocional, esto sucede en general para las mujeres de mayor edad. Por otro lado, para mujeres en su mayoría jóvenes, la mama está muy arraigada a su identidad femenina, valorada estéticamente como atractivo sexual, generadora de placer y atributo de belleza. Al tener una representación simbólica muy fuerte, su retirada genera sentimientos de pérdida y un duelo difícil de sostener. Pinto y Gióia-Martins (2006) concluyen que el esquema corporal se vive de forma desorganizada, y que su reorganización conlleva un periodo de duelo donde la mujer intenta elaborar y aceptar su nueva imagen corporal, provocando sentimientos de tristeza y extrañamiento. La hipótesis planteada es que una mayor inversión libidinal en otras partes del cuerpo y no focalizada en la mama, aleja a la mujer del dolor de la pérdida. Esto ayudaría a preservar a la mujer del impacto psicológico de la pérdida. Observan que la mitad de la muestra entiende la posibilidad de la reconstrucción mamaria como una manera de recuperar la parte de su cuerpo perdida,

sin embargo en quienes se la han hecho inmediatamente, no todas presentan satisfacción con sus resultados, manteniendo una percepción negativa de su cuerpo.

Aunque no estudian específicamente mujeres con cáncer de mama, en el trabajo turco de Gökler-Danışman, Yalçınay e Yiğit (2017), encuentran que la investigación sobre el duelo en pacientes con cáncer es limitado y que la tendencia es estudiar la depresión, ya que en general es difícil distinguir entre duelo y depresión debido a los síntomas comunes compartidos. Concluyen que el estudio del duelo en estos sujetos requiere una mayor atención científica, que refiera a la multiplicidad de pérdidas que se experimentan de diversas formas, incorporando variables tanto subjetivas como intersubjetivas. Si bien su investigación versa sobre la experiencia de duelo en pacientes (hombres y mujeres) con diversos tipos de cáncer, resulta importante como antecedente para la presente investigación. Se encontró que los síntomas de duelo aumentaban en relación a las representaciones subjetivas negativas de la enfermedad. Hallaron que cuando la enfermedad se vuelve central para su identidad, al autodefinirse como “víctima de cáncer” o un “sobreviviente de cáncer”, la percepción de pérdida se intensifica. Otro aspecto que aumenta la sintomatología del duelo es la discriminación debido al estigma social asociado al cáncer, esto aumenta la percepción negativa de la enfermedad y puede impedir que los pacientes revelen su enfermedad y hacer que “sufran en silencio” aislándose. Se puntualiza la necesidad de futuras investigaciones que profundicen en la comprensión de los procesos de duelo de estos pacientes, y que sean insumos para futuras intervenciones en salud.

Lindwall y Bergbom (2009) observan que existe extensa investigación sobre el cáncer de mama en relación a la ansiedad-depresión y calidad de vida, algunos estudios que se focalizan en la sexualidad e identidad sexual, sin embargo, no se han centrado en el cuerpo alterado post-cirugía mamaria. Han hallado que muchas veces este tipo de pérdidas no son reconocidas por los otros, y las mujeres se ven imposibilitadas de compartir sus vivencias. Debido a esto, resulta importante que las mujeres puedan contar la historia acerca de sus cuerpos en relación con la mastectomía, conocer las experiencias corporales que afectan su subjetividad. Así como observan Plaza y Rosario (2014), la

posibilidad de narrar las historias produce sentimientos gratificantes y de alivio en las mujeres entrevistadas. Para Langellier (2001) el cuerpo necesita narrar una historia que la enfermedad muchas veces le quita. La autora describe la experiencia en sobrevivientes de cáncer de mama mediante el uso de las narrativas personales. Estas permiten a las mujeres ordenar los eventos, construir lo que el cáncer de mama significa para ellas, y capturar las representaciones que el cuerpo adquiere en la experiencia de enfermedad como un palimpsesto de significados. Las narrativas son un proceso intrapsíquico que permite recuperar y reconstruir la relación con el cuerpo, y también habilita ser agente creativo en su propia vida, ya que estas experiencias se inscriben en la subjetividad y en las estructuras culturales y sociales. Es necesario traducir la experiencia de duelo en lenguaje, en formas discursivas subjetivas y colectivas, para otorgarle significación al acontecimiento y sus pérdidas.

1.5. Síntesis de los antecedentes

El diagnóstico temprano y los mejores tratamientos han aumentado considerablemente las tasas de supervivencia de las mujeres con cáncer de mama en el mundo occidental, lo que incrementó el interés por conocer e indagar las implicaciones psicológicas del cáncer de mama y sus tratamientos. En la revisión de literatura existente se encontraron en su mayoría estudios descriptivos sobre el tema, en general de diseño cuantitativo que indagan el estrés, las emociones, la ansiedad, la depresión, el afrontamiento, autoestima e imagen corporal, en relación con la calidad de vida y adaptación psicológica ante la enfermedad. Existe una amplia investigación acerca de la evaluación de la calidad de vida. En las últimas décadas, muchos investigadores han tratado de identificar variables psicosociales para el mejor ajuste y afrontamiento de la enfermedad y sus tratamientos, en tanto son potencialmente modificables por medio de abordajes psicoeducativos y psicosociales, que permitan favorecer la adaptación de las pacientes. En todos los trabajos, se destaca que el curso evolutivo de la cirugía es clave para la calidad de vida. Coinciden en la afectación vivida por las mujeres respecto a su cuerpo y en que han de transitar un proceso de duelo o pérdida; sin embargo, no profundizan en

este aspecto. Se considera que investigaciones cualitativas pueden arrojar luz y comprensión a estos resultados.

Un hallazgo emergente de la literatura es que muchos estudios comparan resultados entre cirugía con o sin reconstrucción, sin conclusiones contundentes ni consenso. Al día de hoy, continúa siendo un debate los efectos y beneficios de realizar la reconstrucción mamaria luego de la mastectomía, y en general sus objetivos están relacionados con evaluar la satisfacción estética obtenida. El impacto del cáncer de mama y la mastectomía en la imagen corporal se ha explorado cada vez más desde un modelo conceptual de imagen corporal basado en las teorías cognitivo conductual, y restringiendo muchas veces la imagen corporal a satisfacción corporal, es decir con aspectos más bien estéticos.

Si bien, además, existe un amplio universo de estudios cualitativos sobre este tema, el enfoque se ha centrado a menudo en explorar la calidad de vida y repercusiones psicosociales de forma genérica. Aunque se ha aprendido mucho sobre la problemática en los últimos años, y un importante labor se ha llevado a cabo para conocer las repercusiones emocionales del diagnóstico de cáncer y sus procedimientos quirúrgicos; una serie de cuestiones siguen siendo fundamentales para comprender la complejidad de las experiencias de las mujeres, ya que sus múltiples consecuencias para la vivencia de la mujer con su cuerpo y su subjetividad en las dimensiones físicas, emocionales, sociales, simbólicas y relacionales, aún no se han explorado exhaustivamente. Además que la investigación sobre el duelo en este tipo de pacientes es muy limitada, y especialmente el duelo por el cuerpo alterado no siempre es reconocido (Pillai-Friedman y Ashline, 2014). Asimismo, en Uruguay, es un tema de investigación incipiente.

De lo anterior se desprende la importancia de producir investigaciones que abarquen las problemáticas más allá del cuerpo biológico. Evidencia la importancia de indagar las significaciones que le otorgan las mujeres a la mastectomía, así como la relevancia de conocer las particularidades que puedan adquirir los duelos en el cuerpo. No como la pérdida de un órgano en su sentido físico, sino como un fenómeno de pérdida asociado con la subjetividad femenina, que incluye dimensiones

subjetivas implicadas tales como el esquema corporal, la imagen inconsciente del cuerpo, el cuerpo erógeno, los vínculos, narcisismo, relación con su contexto socio-cultural, los mitos asociados al cáncer, los duelos, y las vivencias corporales en el proceso de mastectomía (Talgham, 2011). Las dificultades que trae el cáncer de mama y la mastectomía, exceden el aspecto físico, ya que reconstruir el cuerpo requiere de complejidad psíquicas que van más allá de lo estético, sino que implica reconstruir psíquicamente ese cuerpo en cada mujer. Es preciso asumir también las particularidades de cada sujeto, ya que el significado que el cáncer pueda tener para cada una será distinto, y es importante conocer cómo este juega también en la subjetividad y en la vivencia. El impacto de la enfermedad, de la mastectomía e incluso de la reconstrucción será diverso, ya que tiene que ver con el sujeto y no tanto con la enfermedad en sí misma. Por eso es necesario explorar estos aspectos.

- **Capítulo 2. Marco teórico conceptual**

La presente investigación se sustenta principalmente en el marco referencial del psicoanálisis, el cual, en diálogo con otras disciplinas como la antropología, la historia y la sociología, conforman el andamiaje teórico que permite abordar la complejidad del fenómeno estudiado: la experiencia subjetiva de mujeres que atraviesan una mastectomía en relación a su cuerpo y el duelo corporal.

El psicoanálisis se constituye como una herramienta fundamental para este estudio, dado que posibilita una lectura que incorpora la dimensión subjetiva del cuerpo, del duelo y de la enfermedad. Permite visibilizar problemáticas que no pueden ser comprendidas del todo por el enfoque médico-biologicista, centrado en un cuerpo-objeto, desvinculado de su vivencia psíquica y simbólica. En este sentido, el psicoanálisis aporta una perspectiva que contempla al “cuerpo vivido”, al “cuerpo propio”, al “cuerpo sujeto”, en contraposición al “cuerpo-objeto” como mero organismo funcional (Rovaletti, 2003, p.3). Desde sus orígenes, el psicoanálisis han incorporado al cuerpo como objeto de estudio, abriendo paso a nuevas dimensiones de análisis que trascienden lo estrictamente biológico. Así, el cuerpo que se presenta como enigmático y subversivo, que escapa a las categorías orgánicas tradicionales, requiere de un saber igualmente subversivo, capaz de construir otras versiones y sentidos sobre él (Kohan, 2022). El paradigma psicoanalítico rescata las singularidades frente a las proposiciones universales, entendiendo que los padecimientos y significados subjetivos no pueden ser universalizados.

Por otro lado, la articulación con otros saberes, especialmente con la antropología, enriquece la mirada del psicoanálisis, al poner en diálogo visiones diversas sobre el cuerpo, el duelo y la enfermedad. Estas disciplinas aportan herramientas para pensar cómo se producen y reproducen representaciones, discursos e imaginarios sociales, ofreciendo una lectura compleja y contextualizada de la experiencia de las mujeres. El cuerpo, el cáncer y el duelo, como conceptos clave en esta tesis, son construcciones atravesadas por discursos, valores, nociones culturales e históricas, que no pueden reducirse a una única teoría o disciplina. En esta línea, tanto el cuerpo como el duelo, constituyen

campos de estudio que, lejos de agotarse, abren constantemente nuevas dimensiones a explorar. La experiencia del cáncer de mama, en particular, plantea una configuración del campo de estudio que excede la enfermedad en sí misma. Involucra al cuerpo, al género, a la salud y a la subjetividad. En estos estudios, el cuerpo femenino se vuelve el centro de una red simbólica donde confluyen representaciones sociales, significaciones culturales y experiencias emocionales. Por ello, comprender esta experiencia requiere una mirada que no solo contemple los aspectos médicos o físicos, sino también los modos en que cada mujer significa su vivencia, sus duelos, sus pérdidas y transformaciones.

En suma, esta investigación parte de una concepción del cuerpo y del duelo como fenómenos complejos y multidimensionales, que no pueden ser explicados completamente desde una única disciplina. Por ello, el marco referencial psicoanalítico, en articulación con aportes de las ciencias sociales, ofrece un abordaje epistemológico, metodológico y conceptual adecuado para comprender la experiencia subjetiva de las mujeres que atraviesan una mastectomía.

2.1. Ideas y representaciones acerca del cuerpo

El cuerpo es objeto de estudio e intervención de diversas ciencias y múltiples perspectivas, sin embargo, al realizar un recorrido histórico acerca del estudio y las producciones de saber sobre el cuerpo, se observa que la medicina ha monopolizado el conocimiento oficialmente aceptado sobre el mismo, definiendo su estatuto, normalidad y salud (Corbin et al, 2005).

Los historiadores Porter y Vigarello (2005) indican que la filosofía y medicina griega produjeron una imagen del cuerpo que se mantiene en los siglos posteriores y refiere al modelo humoral presente en la obra de Galeno del siglo II. La observación y tratamiento del cuerpo se realizaban en base al aspecto y apariencia de las sustancias corporales, que indicaban tanto la vitalidad del cuerpo como las actividades psíquicas. De esta manera, el aspecto exterior visible del cuerpo, el ánimo y temperamento del sujeto, se relacionaban con el estado de los fluidos internos; es decir que, lo corporal, lo mental y lo orgánico, estaban unidos, sin distinguir psique de soma. Además, los cuatro

líquidos que componían al cuerpo (la sangre, la bilis amarilla, la flema y la bilis negra), se correspondían con las sustancias elementales que componen el Universo: fuego, aire, agua y tierra (Porter y Vigarello, 2005, p.325). El conocimiento para los griegos estaba dado por la conciencia de las facetas del mundo natural, las fuerzas astrológicas y las influencias divinas. El cuerpo, y así el hombre, se encuentran imbricados con el medio. En la cosmovisión del medioevo tampoco existe una noción de cuerpo aislado del entorno, sino que el cuerpo es el hombre mismo, un hombre unido al cosmos, a la comunidad y a la divinidad. Signado por los parámetros religiosos del cristianismo, donde Dios se ha hecho carne (Gélis, 2005, p. 30), el cuerpo es sagrado, fruto de la creación divina, y representa el vínculo con Dios, y por tanto se le debe respeto y dignidad. Desde esta visión, el cuerpo y el ser son inseparables. Por tal razón los cortes, disecciones y demás vulneraciones del cuerpo eran prohibidas y castigadas. Con el surgimiento de la ciencia moderna, a partir del siglo XVI, se sientan las bases de una nueva visión del mundo y se entiende la idea de cuerpo como frontera, distinto de la naturaleza, la comunidad y lo sagrado (Gélis, 2005). Además, el campo científico se empieza a interesar por obtener mayores y más precisos conocimientos sobre el cuerpo, con el propósito de conservar su salud y preservarlo el mayor tiempo posible; así es que se inician las primeras disecciones oficiales de los cuerpos, que permiten conocer su organización anatómica, separándolo en piezas (Porter y Vigarello, 2005). El cuerpo comienza a ser estudiado como realidad autónoma. Al final del siglo XVI, la obra de Vesalio, *De corporis humani fabrica*, era el modelo por excelencia de la investigación anatómica. Se inaugura una época de investigación sobre el cuerpo vinculada a la fisiología, es decir, en torno a la comprensión de la funcionalidad de los órganos y tejidos. La concepción subyacente a esta anatomía es que “el individuo humano no es un cuerpo (con el que podría identificarse) sino que tiene un cuerpo (del que es físicamente dependiente y socialmente responsable)” (Arasse, 2005, p. 417). En la Modernidad, el modelo explicativo de la ciencia se basaba en el pensamiento mecanicista, el mundo era visto como una maquinaria. En este sentido se va a producir un conocimiento del cuerpo cada vez más fragmentado y objetalizado. Será tratado como un conjunto de órganos y funciones puramente mecánicas y se crearán técnicas y herramientas para

medirlo, estudiarlo, etc. El cuerpo es considerado una máquina a conocer con sus engranajes y su funcionamiento (Porter y Vigarello, 2005). Por su parte, el historiador francés Faure (2005), considera que las concepciones científicas del cuerpo fueron elaboradas por los dos pilares de la medicina moderna, la clínica y la fisiología, y afirma que si la medicina se ha convertido en dominante a la hora de enunciar saberes acerca del cuerpo, es porque la misma se elabora en el seno de la sociedad y en respuesta a sus preguntas. Agrega que, en el afán de ampliar los conocimientos sobre las enfermedades y el funcionamiento del cuerpo, el desarrollo de la fisiología experimental adquiere más prestigio y contribuye a una medicina que se interesa más por los procesos, las leyes que gobiernan el cuerpo humano, que por el enfermo y su experiencia vital como totalidad. Asimismo, tras este proceso que consiste en fragmentar el cuerpo para describirlo y curarlo mejor, los médicos no olvidan que este cuerpo es de una persona (Faure, 2005). La visión médica contemporánea del cuerpo como una serie de órganos, células y mecanismos movidos por leyes fisicoquímicas, coexiste con la visión del cuerpo que tiene en cuenta sus condiciones de existencia, tanto físicas como sociales (Faure, 2005, p.55).

Desde los aportes antropológicos de Marcel Mauss (1936/1971) con la noción de técnica corporal como “la forma en que los hombres, sociedad por sociedad, hacen uso de su cuerpo en una forma tradicional” (p. 337), el cuerpo es visto también como un producto cultural, inserto en formaciones discursivas que reglamentan su uso, valor y expresión, siendo a la vez agente e instrumento de prácticas sociales. Lo social imprime su sello sobre los individuos por medio de la educación de las necesidades y actividades corporales como un “montaje fisio-psico-sociológico de una serie de actos, actos que son más o menos habituales y más o menos viejos en la vida del hombre y en la historia de la sociedad” (Mauss, 1936/1971, p. 354). Modos de tratar el cuerpo según la cultura a través de actos eficaces y tradicionales en tanto se suceden en el tiempo, entre generaciones. Cada sociedad posee unas costumbres propias, formas de actuar en y sobre las actitudes corporales. Para Merleau-Ponty (1945/1993) “yo soy pues mi cuerpo, por lo menos en toda la medida que tengo un capital de experiencia y, recíprocamente, mi cuerpo es como un sujeto natural, como un bosquejo

provisional de mi ser total” (p. 215) a la vez que es transformado por la cultura. Es a través del cuerpo que se tiene conciencia del mundo. El cuerpo es un modo de estar anudado al mundo y compartirlo con otros, con él el sujeto percibe, habita, experimenta, proyecta y da sentido al mundo y sí mismo, previo a cualquier conocimiento. El cuerpo propio o cuerpo sujeto es nudo de significaciones, el `yo soy mi cuerpo´ se configura de forma pre-lógica entre el sujeto y su cuerpo, el cuerpo es vivido en sus percepciones y movimientos, sin necesidad de pensarlo, antecede a las abstracciones psique-soma. El sujeto no dispone de otro medio para conocer su cuerpo más que vivirlo. Y también está el cuerpo objeto, `yo tengo un cuerpo´ cuando lo veo, lo inspecciono, cuando tengo noticias de él, del que el sujeto se distancia cuando siente dolor, enfermedad.

Para Le Breton (1990; 2002) la concepción moderna del cuerpo como entidad separada, se debe a los desarrollos de la anatomía y fisiología y al establecimiento del dualismo cartesiano psiquis-soma. Esto implicó la ruptura del sujeto con: el cosmos, ya que a las materias primas que componen el cuerpo no se les confiere correspondencia en el universo ni en la naturaleza; con los otros, debido a una estructura social de tipo individualista donde el cuerpo pasa a ser factor de individuación; y con sí mismo, en tanto el cuerpo se asocia al poseer y no al ser, el cuerpo se disocia del sujeto. Hoy conviven ambas representaciones o saberes del cuerpo. Considera que existe una concepción paradójica sobre el cuerpo; por un lado, el cuerpo como soporte del individuo, factor de individuación; y por otro, cuerpo disociado del sujeto que toma el valor de máquina. Prevalece el saber médico, la cultura `sabia´ que distancia al cuerpo como algo diferente, el cuerpo se tiene; con el saber popular que se mantiene tradicionalmente sobre la identidad entre el hombre y su cuerpo, el hombre es su cuerpo. Rovalletti (1998, 2003) plantea que en las sociedades contemporáneas, se sostienen dos posiciones filosóficas. Por un lado, la reificación del cuerpo, como propiedad de la tecnología médico científica, el cuerpo es distanciado de la persona y es convertido en objeto reemplazable, un instrumento, y un bien disponible, como material somático, el órgano es vivido como un «órgano cosa». Por otro lado, la identidad corporal, la apropiación personal del cuerpo, como el `cuerpo que soy´, soporte de lo subjetivo, el órgano pasa a ser «soporte de la identidad». El cuerpo orgánico,

cuerpo cultural-social, cuerpo subjetivo “es una ficción, un conjunto de representaciones mentales, una imagen inconsciente que se elabora, se disuelve, se reconstruye al hilo de la historia del sujeto, por mediación de los discursos sociales y de los sistemas simbólicos” (Corbin et al, 2005, p. 17). Es fenómeno social y cultural, está atravesado por la historia, materializa sentidos y valores, es campo de mediación de enunciados sociales interiorizados; y por eso, lugar de encarnación del mundo, una materia simbólica de prácticas sociales, de representaciones e imaginarios (Le Breton, 2017).

2.1.1. El cuerpo desde el psicoanálisis

El cuerpo requiere de otras miradas y lecturas, "su unidad es siempre implícita y confusa" (Merleau-Ponty, 1945/1993, p. 215). La teoría psicoanalítica se caracteriza por estudiar con mayor dedicación ciertos aspectos y dimensiones excluidas por las demás ciencias que abordan el cuerpo. El descubrimiento freudiano revela una anatomía invisible e inaugura otra lectura sobre el mismo, le otorga al cuerpo una representación biográfica, viva y singular. El psicoanálisis toma como punto de partida el organismo viviente para dar otro estatuto al cuerpo, diferenciándolo del objeto de estudio médico. El cuerpo aquí es entendido como una construcción. El soporte biológico a partir del cual el cuerpo se construye y se sostiene, no tiene representación directa en el psiquismo sino mediante modos de simbolización. Para la teoría psicoanalítica, la acción de lo psíquico influye sobre el organismo para formar un cuerpo. Es una construcción que se apoya en lo biológico, a partir del encuentro con el otro. Una vez constituido, no se rige por las funciones de autoconservación, sino bajo formas de satisfacción pulsional (Castrillo, 2002). La cría humana nace anticipadamente, en un estado de prematuración biológica e inmadurez del sistema nervioso, que no le permite tener control y conciencia sobre su cuerpo. No tiene un cuerpo construido a priori desde el nacimiento, sino un cuerpo fragmentado que es necesario construirlo a través de una imagen unificante mediante los cuidados del otro.

Para Freud (1923/1984c) el cuerpo originalmente es un Yo-cuerpo, es decir, es la proyección psíquica de la superficie corporal, deriva en última instancia de sensaciones corporales. Soporte del

narcisismo, otorga unidad, superficie, y es localización, depósito y objeto de libido (Freud, 1914/1984d). Pero también el cuerpo es frágil, una de las fuentes de sufrimiento para el sujeto (Freud, 1930/1986a). Por su parte, Melanie Klein (1935/1990a) ubica al cuerpo en relación a la percepción de la realidad. Según expone, para el infans la percepción de su cuerpo, los otros y los objetos es limitada, confusa y separada en partes. Su mundo objetal está formado por porciones de la realidad gratificantes u hostiles, con sus correspondientes emociones de amor y odio, que a través de procesos de proyección e introyección, correlacionan los objetos reales y aquellos instalados dentro del yo. El pecho materno como objeto de fantasías, se vuelve ‘bueno’ gratifica y ‘malo’ cuando le es privado. Gradualmente amplía su capacidad totalizadora del mundo al formarse una idea de su madre como persona, y percibir los objetos como totales, va logrando coordinar sus funciones corporales, que le brindan una mayor adaptación a la realidad, para desarrollar e integrar su yo y su cuerpo. La vinculación del cuerpo con los inicios de la subjetividad será situada por Lacan (1966/2009), quien plantea que hay un encuentro anticipado entre la imagen especular que el niño percibe como unificada, y su vivencia del organismo discordante y fragmentado. Este sentimiento de unidad, que le adelanta al infans la coordinación, estructura y totalidad que aún no posee, brinda sostén para su constitución subjetiva; pero asimismo, la imagen es contemplada con extrañeza, porque se le aparece como un objeto exterior. Es necesaria una operación psíquica para el reconocimiento de esa imagen como propia, allí toma importancia la palabra del otro que designe y certifique que esa imagen es la propia. En la teoría lacaniana, el estadio del espejo se presenta como formador del yo, sentando las bases de la identidad. En esta línea, Silvia Bleichmar (2011) en su trabajo sobre el tema, postula el “narcisismo trasvasante” (p.91) como la capacidad del adulto de ubicar una imagen totalizante e investir al niño para dar inicio a la subjetivación del cuerpo propio. De esta manera, el cuerpo es representacional, y constituye un cuerpo-lenguaje (Castrillo, 2002) superficie de inscripción simbólica; y cuerpo erógeno (Unzueta y Lora, 2002) de circuitos pulsionales, investido de deseos y placeres. La erogeneidad aparece como una propiedad común a todas las partes y órganos del cuerpo (Freud, 1914/1984d), a su vez dotados de una doble función, al servicio de la ganancia de placer

(pulsiones sexuales) y de la autoconservación biológica (pulsiones yoicas) (Freud, 1910/1986c). Los cuidados, y el discurso interpretativo y simbolizante del adulto sobre el infans, producen un efecto de erogenización; introducen una forma particular de satisfacerse y de experiencias placenteras en determinadas zonas corporales. En este sentido, la relación con el cuerpo propio y ajeno, no es una relación puramente natural. Esta mediación del lenguaje en la construcción del cuerpo es desarrollada por Dolto (1986) cuando establece que la imagen inconsciente del cuerpo es fundada en la relación libidinal con los otros. Propone la distinción entre el esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo, siendo esta última fundamental para la formación del sujeto y el devenir de su historia. El esquema corporal es la realidad de hecho, el vivir carnal en y con el mundo. Es objetivo y universal para una misma época y/o lugar. La imagen del cuerpo es la representación simbólica del esquema corporal, es la síntesis de las experiencias emocionales con los otros (placer, goce y sus prohibiciones), y permite sentar las bases del sentimiento de sí. Es una imagen interior que no se refleja en el espejo, una representación psíquica. Esta imagen es dinámica y actualizable, y puede condicionar y modificar los acontecimientos del sujeto. Está compuesta de tres imágenes interrelacionadas: la imagen de base es el sentimiento de continuidad y sustento en el mundo, constitutiva del narcisismo primordial, la certeza de ser siempre el mismo a pesar del tiempo y los cambios. Si esta imagen logra ser consistente, siempre se regresa a ella si otra de las imágenes sufre alguna herida. La imagen funcional es la que mueve al sujeto en busca de objetos concretos para saciar sus necesidades, y de objetos imaginarios y simbólicos para colmar sus deseos. Y la imagen erótica es el cuerpo inclinado a la satisfacción y placer. Estas tres imágenes están enlazadas por las pulsiones de vida, cohesionadas en una imagen dinámica. Es el deseo de ser, de advenir; el sujeto en estado deseante. Las imágenes del cuerpo evolucionan en cada etapa. El narcisismo se reorganiza a medida de la historia del sujeto. Los obstáculos para su deseo permiten re modelar y simbolizar la imagen del cuerpo. En cuanto a la relación entre el esquema y la imagen, la autora plantea que puede suceder que el esquema corporal esté dañado por alguna afección física u orgánica, pero no por ello la imagen del cuerpo se ve obligadamente dañada. Para poseer una imagen corporal sana -aunque

haya alguna disfunción o invalidez en el cuerpo- es preciso que medie el lenguaje, un entorno flexible y satisfactorio donde desplegar las angustias; es necesario hablar con claridad de la situación, poder significarla, expresar sus deseos, fantasmas, miedos. Dependerá para cada historia singular, para cada sujeto, según la fortaleza de sus experiencias tempranas, cómo ese cuerpo ha sido significado y qué sustento simbólico posee para afrontar un obstáculo corporal que la realidad impone.

Finalmente, en relación a las teorizaciones sobre el cuerpo en psicoanálisis señalar los aportes de Piera Aulagnier (1994) y Juan David Nasio (2008). Auglanier teoriza que el cuerpo se presenta por dos vías. Como cuerpo-placer, soporte de la investidura del yo, como primera posesión, en tanto objeto que puede ocupar y catectizar. Y como cuerpo-sufrimiento, se revela como objeto real y exterior, autónomo y no idéntico al yo, pero a su vez un cuerpo del que es imposible separarse. Nasio postula que la imagen del cuerpo es la sustancia del yo; está compuesto por la imagen mental de las experiencias corporales y la imagen especular, que anudadas brindan el sentimiento de ser uno. Conceptualiza un cuerpo simbólico como cuerpo significante, en tanto cierto rasgo corporal del cuerpo percibido puede determinar el curso de la existencia subjetiva “somos lo que nuestros significantes corporales quisieron que fuéramos” (Nasio, 2008, p. 95). Con ello, la imagen especular es amada, odiada, engañosa, modelo de identificación y agente de cambios, excitadora o decepcionante.

2.1.2. Cuerpo y subjetividad femenina

Lo público, lo social y los discursos que provienen de la cultura, imprimen sentidos, valores e imperativos respecto al cuerpo de las mujeres, que se entreteje con lo privado y lo íntimo de la constitución psíquica acerca de cómo viven y significan las experiencias con sus cuerpos. De acuerdo con Bleichmar (2010) se entiende a la subjetividad como lugar de articulación y centramiento del funcionamiento psíquico con las representaciones y discursos del imaginario social. Esta organiza y estructura las construcciones discursivas en que la realidad es capturada por el sujeto, en tanto sus modos, efectos y transformaciones socio-históricas-culturales inciden en los contenidos en que el

inconsciente queda constituido; ambas dimensiones participan en la conformación subjetiva. Las representaciones culturales, las coordenadas históricas, sociales, políticas, sus formaciones discursivas, proponen ejes a partir de los cuales cada sujeto se construye -en relación a su propia constitución psíquica- desde la inscripción en lo simbólico. Para Lamas (1999) el cuerpo es soporte de la subjetividad, bisagra entre lo psíquico y social, superficie de articulación y simbolización de la sexualidad e identidad, pulsión y cultura. La construcción del cuerpo femenino es un entramado intersubjetivo e intrapsíquico donde “las fantasías del cuerpo femenino están modeladas y construidas a partir del poder de las instituciones de lo simbólico, que a través de mitos sociales y creencias, imperativos y teorizaciones impregnan las representaciones inconscientes del cuerpo” (Carril, 2002, párr. 6) y que definen significaciones subjetivas otorgadas a las distintas partes y zonas corporales. Según Meler (2005) el psiquismo se estructura sobre la base de disposiciones biológicas generales, en un contexto de intersubjetividad, que determina la incidencia de ciertos factores en la construcción diferencial de subjetividad masculina y femenina. El entrecruzamiento de la historia subjetiva y social, moldea el cuerpo y regula aspectos tales como la tonicidad, el tejido graso, la postura, las formas, a través de hábitos cotidianos que se estimulan o desalientan, según el sexo del sujeto. Ya expresaba Mauss (1936/1971) que las técnicas corporales varían según los sexos, derivadas de dos tipos de educación diferente, una de hombres y una de mujeres, según lo que se espera del rol estereotipado fijado para uno y otro. Le Breton (2002) agrega que la condición de hombre y mujer provienen de atributos asignados culturalmente y no inscritos en su condición corporal per se, de forma natural, a los órganos del cuerpo se le atribuyen representaciones y valores sociales. La interpretación social de las diferencias físicas entre ambos sexos, le asigna roles, expectativas y modos de vida, junto con normas de comportamiento específicas y diferenciadas. Lamas (1999) propone analizar y comprender el tejido intercultural que simboliza y construye lo que es propio de lo femenino, utilizando la categoría del género con nociones psicoanalíticas. El género es un componente en el proceso de producción de mujeres -y hombres-, mediados por formaciones sociales, por el lenguaje, prácticas y representaciones simbólicas, en interrelación con procesos inconscientes

de simbolización de la diferencia sexual. La diferencia sexual es fundante, estructurante del psiquismo, a partir de la cual se construye una “ subjetividad inconsciente” (Lamas, 1999, p.88) acerca del imaginario de lo que significa ser, en este caso, mujer. Esta es una construcción que excede la anatomía, y está mediada a través de procesos tanto psíquicos como culturales. Lo femenino es tanto una expresión cultural, como una posición psíquica. La diferencia sexual es la forma en que el inconsciente simboliza el dato biológico anatómico (Lamas, 1999). La manera en que el sujeto elabora inconsciente e imaginariamente su diferencia de sexo anatómica, determina, en parte, su estructuración psíquica y posición de su deseo, e incide en su asunción de identidad social o de género, aceptando o rechazando atribuciones y prescripciones. Para la autora “ tener identidad de mujer, posición psíquica de mujer, ` sentirse´ mujer y ser femenina, o sea, asumir los atributos que la cultura asigna a las mujeres, no son procesos mecánicos, inherentes al hecho de tener cuerpo de mujer” (Lamas, 1999, p. 99). En este sentido, existen cuerpos con diferencia de sexo, pero no una esencia femenina. La feminidad contiene los significados que cada cultura otorga a la diferencia anatómica, las virtudes esenciales y naturales femeninas son imperativos de la feminidad construidos socio históricamente. Se entiende por feminidad a las representaciones colectivas estereotipadas acerca de lo que debe ser una mujer (Meler, 2004). Son pautas implícitas que modelan inadvertidamente los destinos de pulsión, las aptitudes, habilidades, los vínculos y los ideales propuestos para el yo en las mujeres. Es decir, prescripciones sociales fundantes del psiquismo (Meler, 2005). La subjetividad femenina, conforma y determina las experiencias, las vivencias y significaciones. Fernández (1993) conceptualiza a la mujer como una ilusión, una invención socio-histórica, resultado de diversos mitos del imaginario social que intentan dar sentido a prácticas y discursos. Esta mujer de la ilusión tiene efectos en las subjetividades, y se convierte en la realidad, en la única imagen posible de mujer, que invisibiliza las especificidades de lo femenino y las singularidades de las mujeres. La feminidad es un rol, un lugar social y una conducta prescrita, y también un principio organizador de la subjetividad. Los mandatos de género no sólo inciden como algo exterior en la subjetividad, sino que se organizan tempranamente en el psiquismo femenino y son precursores de la configuración específica del

superyó que según Levinton (2013) “instituye una sexualidad como producción simbólica del significado del cuerpo” (p.43). Desde su perspectiva, el superyó es un organizador intrapsíquico que regula la relación de la mujer consigo misma y el entorno, mediante restricciones, mandatos e idealizaciones. Refiere a una constitución subjetiva no neutra, sino que emerge femenina desde sus inicios, en tanto entiende al género como factor pre-consciente, convirtiéndose así en uno de los pilares del superyó y del sistema Ideal del yo. Surge como una instancia de contenidos principalmente normativos y prescriptivos, transmitidos intersubjetivamente, siendo reforzados por las instituciones de lo simbólico, tales como, la escuela, la religión, los medios de comunicación, medicina, la ciencia. Su dinámica es de conflicto entre lo normativo, los impulsos inconscientes y los recursos adaptativos del yo. Se trata de un modelo que revela constantemente fallos y desfasajes para las mujeres, entre lo idealizado y lo percibido ya que “la mirada que siempre encuentra un fallo en la visión del propio cuerpo en el espejo...refuerzan una vez más el sentimiento de inadecuación, de «no ser lo que debiera»” (Levinton, 2013, p.132). Su incumplimiento produce culpa, sentimientos de inferioridad y desvalorización. La condición femenina se caracteriza por un constante peligro a la desaprobación narcisística propia y temor a la pérdida de amor tanto del superyó como del otro. Existe un prototipo contemporáneo de la mujer-madre ideal, que privilegia la emotividad y la idealización de los vínculos afectivos, la meta de querer y ser querida, garantes de autoestima y valía. Y de forma paralela, el imperativo de la atracción física y la sensualidad, de poseer un cuerpo que sea objeto apetecible. Las significaciones y vivencias que las mujeres puedan experimentar tras una mastectomía y sus experiencias de duelo, están vinculadas con el imaginario sociocultural y representaciones acerca de la mujer. Este imaginario, interpela y promulga emociones, expresiones, sentimientos, rituales, comportamientos; son organizadores de sentido que delimitan lo bueno y lo malo, lo permitido y lo prohibido, lo lindo y lo feo.

Simbolización del seno en las mujeres

Desde la primera teoría de las pulsiones, el pecho de la mujer es el lugar de convivencia y conflicto entre lo femenino y lo materno, en palabras de Freud (1900/1979) “en el pecho de la mujer

coinciden el amor y el hambre” (p. 218). Para el psicoanálisis el ‘pecho materno’ es crucial en el desarrollo psíquico emocional de los sujetos. Además de cumplir la función de alimentación, constituye el apego y el vínculo primordial, que es el punto de partida de la vida sexual del infans. Resulta ser el primer objeto de seducción desde los primeros años de vida, y se establece así como símbolo erótico.

En su artículo, la psicoanalista Héléne Parat (2017) entiende que el pecho sólo es simbólico y adquiere valor erótico de seducción y de tranquilidad narcisista, de forma tardía, en el desplazamiento del complejo de castración femenina. La oposición entre ‘pecho nutritivo’ y ‘pecho erótico’, entre madre y mujer, deja entrever que la lucha está en lo impensable de una madre femenina, sexual y seductora. Se trata de mantener a la madre alejada de la mujer, el pecho nutritivo no puede confundirse con el pecho erótico. La idealización de la madre y de su pecho nutritivo es una formación reactiva culturalmente muy significativa, que permite reprimir tanto lo sexual femenino en ella como la permanencia de lo sexual infantil en cada uno. Y el escándalo freudiano fue precisamente el de revelar esta conjunción inconsciente entre mujer y madre y, a través del descubrimiento de la sexualidad infantil, de poner el acento en la madre como primer objeto sexual del niño. El pecho nutritivo es un pecho erótico, objeto del más poderoso de los amores. Sin embargo, opina que la teoría freudiana muestran poco interés en la experiencia femenina en relación con su propio cuerpo, con su propio pecho sin que sea pensado como objeto de deseo. El pecho se ha pensado en referencia a los niños, los hombres, los artistas que los pintan o esculpen, los médicos que los tratan, o incluso los publicistas o comerciantes; los senos son objeto de un comercio incesante donde la subjetividad femenina está ausente, donde desposee al menos culturalmente, a la mujer de su atributo más característico. Además históricamente, la religión cristiana condenaba el pecho erótico, origen de todos los peligros del pecado de la carne. Son numerosos los escritos desde el Renacimiento, que castigaban el descaro de las mujeres que revelaban sus encantos, por ejemplo usando escote, y declaraban el cáncer como el castigo. En los discursos médicos de finales del siglo XVIII, se alababa la lactancia materna y castigaba a las mujeres que no daban leche a su hijo. En la actualidad, Williams (2022) manifiesta

que las mamas, para la mayoría de las mujeres sirven al objetivo de amamantar brevemente o nunca, la lactancia no es su principal finalidad, y la mayor parte del tiempo las mujeres procuran que se vean atractivas (en otros primates las mamas existen solamente durante la lactancia), para las mujeres tienen otro fin: la belleza. En la mama “se juega una carta fundamental del erotismo femenino” (Fernández, 1993, p.102). El emblema de lo materno intenta ocultar la atracción erótica de los pechos, y el misterio del sexo femenino (Parat, 2017). Manifiesta Williams (2022) “todas las mamíferas tienen glándulas mamarias, pero ninguna tiene “tetras” como las nuestras” (p.26). Los senos son más que glándulas mamarias, son un símbolo de feminidad, maternidad, erotismo y estética.

2.1.3. El cuerpo enfermo: concepciones y tratamiento

En la vida cotidiana nuestros cuerpos se vuelven invisibles y silenciosos, no nos percatamos de su existencia, es un presente-ausente (Le Breton, 1990), lo tenemos a nuestra disposición, contamos con él (Pfeiffer, 1998). Es cuando deja cumplir sus funciones habituales, si hay dolor o enfermedades, que se vuelve objeto de atención. El cuerpo toma autonomía y se vuelve una carga, la enfermedad empuja al sujeto a querer separarse de él, vivido como un otro ajeno, la parte enferma se objetiva, deja de ser parte del sí mismo para ser objeto, cosa a manipular (Pfeiffer, 1998).

Como expresa Freud (1930/1986a) el cuerpo es aquello que nunca podremos dominar completamente. La enfermedad confronta al sujeto con la fragilidad de la existencia corporal, “me hace dolorosamente consciente, que también este cuerpo-instrumento se escapa del control y de la disponibilidad científico-técnica” (Rovaletti, 1998, p. 361). El sujeto pasa a vivir en una disyunción o paréntesis en un tiempo y espacio en función de su enfermedad, toda su vida se reduce al órgano del que hay que ocuparse (Rovaletti, 1998). El sujeto se siente abandonado por su cuerpo, no le responde, deja de contar con él, en cambio, su cuerpo pasa a ser lugar de combates, donde los órganos parecen abandonar el lugar atribuido (Rovaletti, 1998). El orden corporal cotidiano se rompe, el esquema corporal se altera, y provoca angustia ante lo desconocido, el cuerpo se vuelve una inquietante extrañeza (Bleichmar, 2011); puede señalar el encuentro con lo Unheimlich (Freud

1919/1986d), aquello familiar que se vuelve lo siniestro, que siendo parte de uno mismo, es totalmente ajeno. Con la irrupción sorpresiva de la enfermedad, el cuerpo se fragmenta y convierte en un extranjero que ataca provocando sentimientos de persecución y tristeza. La extrañeza del cuerpo dificulta identificarse con él, se convierte en fuente de prejuicios y estigma para el sujeto (Le Breton, 1990). El cuerpo es vivido de forma alienante al ver amenazada su integridad. La afección orgánica y la intervención quirúrgica, genera una efracción en el yo (Assoun, 1998), un doble siniestro, reminiscencia del cuerpo fragmentado infantil, que pone en jaque el sentimiento de unidad imaginario. Es vivenciado de forma ambivalente ya que “ese objeto del que nos creemos poseedores y amos, puede convertirse, sin que el yo lo quiera, y sin que pueda siquiera preverlo, en fuente y lugar de sufrimiento” (Aulagnier, 1994, p. 135). La relación con el cuerpo transcurre bajo el registro de esta tensión de amor y de agresividad, de intimidad y ajenidad (Castrillo, 2002).

En la enfermedad, los órganos se comportan como significantes (Unzueta y Lora, 2002), cargados de sentidos, fantasías, experiencias y discursos inherentes a la vida psíquica del sujeto. La autoconservación de la vida y la autopreservación de la identidad se ponen en tensión, cuando se enfrenta una amenaza de la vida biológica con la representación identitaria de sí mismo (Bleichmar, 2011).

Para Rovaletti (2003) y Galiussi (2005) el avance biomédico se postula como un imperativo que arriesga a excluir al sujeto, con el foco en el órgano disfuncional, se lo reduce a objeto de necesidad, sustrayéndolo de toda reapropiación de su propio cuerpo. La mirada médica no ve al enfermo sino a la enfermedad. Este enfoque vacía el cuerpo de la dimensión simbólica de sentido y lo reduce a la dimensión orgánica, el cuerpo es visto como víctima de la enfermedad, sin considerar que la enfermedad excede lo orgánico, pudiendo representar para el sujeto una pérdida, desventaja, padecimiento y limitación; es simbólica y singular. La medicalización de las prácticas y discursos, centran su abordaje en aparatos, funciones y sistemas biológicos (Assoun, 1998), estableciendo la afección orgánica como paradigma de la enfermedad. Con el objetivo de restablecimiento de la salud, se tiende a excluir al sujeto y la dimensión simbólica y representacional del cuerpo (Unzueta y Lora,

2002). El discurso médico, devuelve una imagen de cuerpo como objeto-cosa reificado (Rovaletti, 2003). La concepción anátomo-fisiológica del cuerpo como aislable del sujeto, disociado y pensado como una posesión, no considera al sujeto enfermo con su historia personal, su relación con el inconsciente, su medio social, la angustia, el sentido de la enfermedad (Le Breton, 1990). La atención se concentra en el cuerpo como una máquina posible de reparar e intervenir; y genera convicción en la eficacia de las técnicas médicas y su poder. Bajo el dualismo cartesiano, el cuerpo toma el estatuto de modificable, descomponible y utilizable, entonces sus partes toman otro valor, son piezas intercambiables y reemplazables. Esto sentó las bases que permitieron la extracción y trasplante de órganos o partes del cuerpo, como las prótesis, que para Le Breton (1990), son una mala simulación, de la que el sujeto se vuelve rehén. La prótesis evidencia la desaparición y el reemplazo de una parte del cuerpo que se vuelve difícil de perder. Requiere por parte del sujeto de un proceso de transformación e integración sobre su imagen corporal, que para el autor, implica la realización previa del duelo por el órgano o parte perdida. Puede convertirse en recuerdo insistente y/o en algo extraño que quiere ser cuerpo pero no logra. La incorporación y aceptación de un implante, por ejemplo, será o no posible de acuerdo a la historia singular y la capacidad de hacer el duelo de una parte de sí para integrar el cuerpo extraño.

Las ideas aquí expuestas sobre el cuerpo enfermo, dan cuenta que las afecciones orgánicas tienen incidencia psíquica, porque se presentan como una cuestión extraña desde el cuerpo propio, produce un reacomodamiento libidinal, que necesita ser reorganizado. Qué significaciones puede otorgarle y cómo va a inscribirse esa enfermedad en el sujeto, depende de su estructura y del contexto de la enfermedad, tanto en sus causas, circunstancias y los imaginarios sociales.

2.2. Cuerpo, pérdida y duelo

Bajo el término duelo se entiende al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que suceden como respuesta habitual tras la pérdida de un ser querido. Refiere tanto al estado que suscita la pérdida (estar de duelo) y al conjunto de fenómenos psicológicos que implica (proceso de duelo)

que son mediados por costumbres socioculturales que lo acompañan (el luto). El proceso o trabajo de duelo son las emociones, pensamientos y conductas vinculadas a la pérdida afectiva, la frustración o el dolor que llevan a la elaboración del mismo (Tizón, 2013).

Habitualmente la muerte de una persona querida es usado como el arquetipo de la pérdida, sin embargo el desencadenamiento del duelo no atañe sólo a esas situaciones. Ya lo había mencionado Freud (1917/1984b) al definirlo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces” (p.241). El duelo no queda ceñido a la muerte, y abre la posibilidad de que toda experiencia de ausencia o separación pueda ser subjetivada como tal: la pérdida de un ser querido, un fracaso personal, dejar un lugar de trabajo, separarse de una persona, de una ideología, de esperanzas, una enfermedad, etc. Es decir, aquello que suponga una pérdida significativa, que tiene valor real o simbólico para quien lo pierde, puede poner en marcha el duelo (Tizón, 2013).

El término duelo proviene de la raíz latina *dolus* que hace referencia al dolor, pero también del latín *duellum* que significa desafío o combate entre dos. Esto puede ser entendido como el duelo en su dimensión de dolor psíquico y aflicción, pero también como un desafío a la estructura subjetiva para elaborar su pérdida y recomponer su trama significativa.

Además, se ha podido observar que para el procesamiento del duelo confluyen aspectos propios e intrapsíquicos del individuo, pero también de la sociedad y la cultura en que se vive. Actualmente hay una apreciación mayor acerca de la influencia de los sistemas sociales y culturales en las experiencias de pérdida y la manifestación del duelo (Neimeyer y Harris, 2016). Breen y O'connor (2007) argumentan que es pertinente una mayor comprensión del duelo, con el reconocimiento de que cada experiencia es única y depende de variables como las circunstancias de la pérdida, las características del sujeto en duelo y su historia, su relación con el objeto perdido, la disponibilidad de apoyo interpersonal y social, y diversos factores socioculturales.

El constructo duelo es subjetivo, multidimensional y complejo. Ya desde la primera parte del siglo XX su definición ha sido modificada y en las últimas décadas existe una vasta investigación acerca del duelo, convirtiéndose en una problemática científica y clínica contemporánea, ya que

buscan no solo la comprensión del fenómeno, sino también modalidades para su intervención y tratamiento. El interés del tema, en tanto el duelo como experiencia humana, reviste importancia tanto psicológica como social.

2.2.1. Sustitución de objeto y trabajo del duelo freudiano

En la teoría psicoanalítica, el duelo se define clásicamente como la reacción frente a una pérdida, tanto de un ser querido, de un objeto particular o de una abstracción que esté investido como objeto de amor (Freud, 1917/1984b, p. 241). Se manifiesta por una inhibición y angostamiento del yo: talante dolido, falta de interés por el mundo exterior y en otros objetos de amor e inhibición productiva; es decir, el duelo no deja lugar para otros intereses y propósitos que no estén relacionados con el recuerdo de lo perdido. Requiere de una elaboración psíquica que moviliza el funcionamiento simbólico y de representaciones frente al objeto perdido. El trabajo de duelo se pone en marcha cuando el examen de la realidad impone que el objeto ya no existe y ordena al yo a retirar pieza por pieza, la investidura libidinal puesta en él, quedando libre a ser depositada en una nueva elección objetual. Este proceso conlleva un gran gasto de tiempo y energía psíquica, porque cada uno de los enlaces libidinales que se anudaban en el objeto deben ser clausurados y desplazados hacia otros. A esto el sujeto se opone ya que no es posible aceptar de inmediato que el objeto no existe, “no nos dejamos consolar y nos negamos a sustituir al que perdimos” (Freud, 1915/1984a, p. 291). La principal manifestación anímica de este arduo trabajo es la sensación de dolor psíquico que Freud (1926/1986b) compara en términos económicos, con la sensación de dolor corporal, en tanto en este último hay una elevada investidura narcisista en el lugar doliente del cuerpo, pero en el duelo, esa investidura narcisista se convierte en una continua e inhibible investidura de objeto, que produce la añoranza por el objeto perdido. Una ausencia, un objeto perdido, crea exactamente las mismas condiciones de dolor que una parte herida del cuerpo. Lo doloroso del duelo reside en continuar la ligazón libidinal con el objeto cuando la realidad exige separarse de él porque ya no existe más, así el sujeto con mucho esfuerzo debe acatar la orden de la realidad que impone procesar la pérdida.

En la concepción freudiana, el duelo aunque sea doloroso tiene su fin “cuando acaba de renunciar a todo lo perdido, se ha devorado también a sí mismo, y entonces nuestra libido queda de nuevo libre para (...) sustituirnos los objetos perdidos por otros nuevos” (Freud, 1916/1984e, p. 311). El duelo entonces desaparece sin dejar rastro. Años más tarde Freud admite en una carta a L. Binswanger que la sustitución de un objeto por otro es imposible, porque aunque el proceso de duelo haya finalizado “continuaremos inconsolables y que nunca encontraremos con qué rellenar adecuadamente el hueco, pues aún en el caso de que llegara a cubrirse totalmente, se habría convertido en algo distinto” (Freud, 1963, 12/4/1929, p. 431).

2.2.2. Restablecimiento de objeto y trabajo de duelo kleniano

La contribución de Klein (1940/1990b) para pensar los duelos radica en vincular las pérdidas actuales en la vida del adulto con las pérdidas relacionadas a los objetos primarios (padre, madre, familia originaria) de la etapa infantil, específicamente de la posición depresiva infantil, considerada central en el desarrollo temprano y constitución del psiquismo. El desarrollo y las características que pueda adquirir el duelo, dependen de cómo se hayan elaborado y superado las pérdidas de la posición depresiva infantil, es decir, los duelos primigenios, en tanto “creo que el niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y que son estos tempranos duelos los que se reviven posteriormente en la vida, cuando se experimenta algo penoso” (Klein, 1940/1990b, p.347).

En la perspectiva kleniana toda relación de objeto pasa por un proceso de internalización para formar parte del yo (Klein, 1935/1990a). Desde el comienzo el bebé va edificando su mundo interno a través de las relaciones tempranas, y experiencias con el mundo exterior, que, mediante mecanismos de introyección y proyección va incorporando en su psiquismo, pasando a ser parte de él como objetos internalizados. En este proceso participan fantasías, impulsos, y experiencias internas de toda clase, que distorsionan los objetos reales para ser instalados dentro del yo como objetos buenos y objetos malos. El primer objeto es el pecho materno y se divide para el niño en “pecho bueno” gratificante cuando lo consigue y “pecho malo” frustrante cuando le es negado. En el destete, la posición

depresiva alcanza un punto culminante, ya que la retirada del pecho de la madre, supone una pérdida para el niño. El niño siente que ha perdido a sus objetos buenos internalizados debido a sus fantasías e impulsos sádicos y destructivos hacia el pecho de la madre. La posición depresiva está constituida por sentimientos persecutorios por los objetos malos y sentimientos de pena hacia los objetos buenos. El niño vive sentimientos ambivalentes intensos que oscilan entre la rabia y frustración, con la necesidad y el amor hacia la madre. Frente a la ansiedad depresiva de que tanto él, como sus objetos amados sean destruidos, el yo desarrolla defensas maníacas (omnipotentes y violentas) para intentar controlar y dominar a los objetos malos que intenta destruirlo y salvar los objetos amados. Esta posición se resuelve en la medida que el impulso de salvar y restaurar a sus objetos, por parte del niño, predomine sobre el odio; cuando se logra un equilibrio entre el amor y el odio y se unifican los diversos aspectos de los objetos, el niño puede confiar en el mundo y en su capacidad de dominar y controlar sus impulsos hostiles y sus objetos malos perseguidores, y puede confiar en sus tendencias reparadoras y constructivas, de esta manera aumenta la creencia y confianza en su capacidad de amor de su mundo interno integrado. Cuando el niño puede percibir a su madre como objeto total, que la madre buena y la madre mala son la misma persona pero con capacidades y actitudes variables; cuando puede interiorizar la experiencia de que los aspectos benéficos de la madre y por tanto del otro y también de sí mismo, predominan sobre los aspectos persecutorios.

En toda pérdida posterior, el sujeto atraviesa de forma transitoria, un estado maníaco-depresivo en el cual el mundo interno se siente nuevamente caótico y en peligro, y se reactivan los sentimientos ambivalentes, la culpa y la angustia infantil de la posición depresiva, y también los mecanismos reparatorios puestos en juego para la elaboración de la pérdida (Klein, 1940/1990b). La pena por la pérdida del objeto externo reactiva las fantasías de haber perdido también sus objetos buenos internos. La sensación de estar destruido, comúnmente sentida por el sujeto en duelo, es la manifestación de que se reactiva la posición depresiva infantil (ansiedades, fantasías, culpa, sentimiento de pérdida, dolor y persecución, mecanismos de defensa). El procesamiento de la pérdida se lleva a cabo con el logro de reconstruir y estabilizar los objetos internos, y así modificar y reordenar

el mundo interno mediante la reparación, repitiendo con diferentes manifestaciones, los procesos que llevaron al niño en su desarrollo a vencer la posición depresiva. El sujeto en duelo siente que la realidad externa e interna siguen existiendo a pesar de la pérdida, y que el objeto amado perdido puede ser reinstalado y conservado en su mundo interno. El trabajo del duelo desembocaría en el restablecimiento del objeto perdido en el sujeto. El sujeto aumenta su capacidad de tolerar la frustración, la ambivalencia, la incertidumbre, la culpa, porque logra acceder a la idea de una realidad totalizada con aspectos buenos y malos.

El planteamiento de Klein (1940/1990b), sobre los aspectos reparatorios, aproxima una idea de duelo como proceso de transformación y re-creación del sujeto. Destaca que el sufrimiento puede hacerse productivo y enriquecedor para el sujeto en duelo, en la medida que experiencias dolorosas como estas propician muchas veces las sublimaciones y el sujeto puede dedicarse a ciertas formas de expresión artística o creadoras (pintura, escritura, etc.) así como también, en otros sujetos, puede surgir la capacidad de apreciar más a las personas y las cosas, ser más tolerantes y sensatos (p. 362). En la teoría kleiniana, el duelo está pensado en términos de reparación y creatividad.

2.2.3. La falta de objeto y función del duelo lacaniano

En Lacan no se encuentra una teoría sistematizada del duelo, ni ningún texto que refiriera explícitamente a él, sino que, cuestiona y reformula la propuesta freudiana en el *Seminario VI El deseo y su interpretación* (Lacan, 1958-1959/2014) donde se encuentran las mayores referencias que ha hecho sobre el tema, a través de la lectura de Hamlet, tomado como caso paradigmático de duelo.

Se detiene en la escena del cementerio, donde Hamlet logra superar la inhibición que le llevaba a procrastinar y se pone finalmente en acción. Este cambio es explicado por la función del duelo en su relación con el deseo: Hamlet había perdido la orientación de su deseo tras rechazar a Ofelia, sin embargo cuando ella muere, y él ve en el cementerio a Laertes llorar sobre el cadáver de su hermana, en Hamlet se reactiva el deseo perdido demostrando que para él también eso supone un dolor, aún mayor que el del Laertes. Es así que puede recuperar su posición deseante, derribar su inhibición, y

hacer su duelo. Para Lacan (1958-1959/2014) el duelo y el deseo se relacionan en tanto que las pérdidas ubican al sujeto en la falta y esta moviliza el deseo. Para la constitución del objeto de deseo, algo debe perderse, en ese sentido, el duelo constituye la operación de inscripción de esa falta “cuando el objeto, al desaparecer, al desvanecerse...hace manifestarse...la verdadera naturaleza de lo que le corresponde en el sujeto, a saber, lo que denominaré las apariciones del falo” (Lacan, 1959/2014, p. 391).

Se distancia de las nociones freudianas sobre el trabajo de duelo como sustitución del objeto perdido. El objeto siempre será otro, “por sostenido que sea el esfuerzo por hacer de un nuevo objeto un objeto de sustitución, quedará el hecho mismo de la sustitución como diferencia ineliminable: la segunda vez nunca será la primera” (Allouch, 2011, p. 205). La pérdida constituye un “agujero creado en la existencia” (Lacan, 1959/2014, p.372), un vacío que deja al descubierto el lugar de la falta y que “nada puede colmar de significantes el agujero en lo real” (p.372). Es un objeto sin correspondencias, con esto Lacan quiere decir que a ese agujero le es volcado toda clase de cosas, sobre todo imágenes y todos los significantes que se juegan en el duelo, pero a pesar de todo lo volcado, nunca se llenará.

En tanto el objeto es irremplazable, la operación del duelo se trata de reconocer la falta que provoca su ausencia, una construcción paulatina y dolorosa de aquello que se perdió, que utiliza todos los recursos simbólicos que permitan representar y sentir la pérdida. Piensa el duelo en términos de función. La función de subjetivación implica que el sujeto abandona su posición respecto al objeto perdido y se re-posiciona frente a la falta, cambiando la relación con el objeto que es insustituible. No se trata de recobrar un objeto o una relación con ese objeto, sino de un cambio en la relación. Se logra cuando para el sujeto es posible recomponer la trama significativa, recuperar la dimensión deseante y reconstruir una nueva dimensión subjetiva.

Lacan (1958-1959/2014) considera que el duelo no consiste solamente en perder al objeto amado, sino de aquello que con la pérdida se pierde del sujeto, algo del propio sujeto que se pierde con él. Menciona que “estamos de duelo por alguien de quien podemos decir Yo era su falta (...)

respecto a quienes no sabíamos que cumplíamos la función de estar en el lugar de su falta” (Lacan, 1962-1963/2016, p. 155).

Siguiendo esta idea, para Allouch (2011) no es la pérdida de cualquier objeto lo que pone en duelo a un sujeto, sino de lo que se llevó, un pequeño trozo de sí. El sujeto en duelo debe sacrificar un pequeño trozo de sí, que el objeto se lleva con él; no es ni del sujeto ni del objeto, es de sí, de su relación (p.10). Efectivamente el duelo se realiza sobre ese pequeño trozo de sí:

no es solamente perder a alguien (agujero en lo real), sino también convocar en ese lugar a un ser fálico para poder sacrificarlo. El duelo es efectuado si y sólo si se ha hecho efectivo ese sacrificio. El sujeto habrá perdido entonces no solamente a alguien sino, además, sino, aparte, sino, como suplemento, un pequeño trozo de sí (Allouch, 2011, p. 300).

Se trata de un acto de desprendimiento y renuncia sin compensación alguna, “una pérdida a secas” (p. 9). Implica dar por perdido lo perdido asumiendo que eso es irremplazable, el duelo no consiste en reemplazar al muerto, sino en un cambio de relación con él. El duelo se subjetiva con este acto, una parte del sujeto es sacrificada simbólicamente.

También se ponen en juego las coordenadas de lo cumplido y no cumplido, “se trata de un duelo por “lo-que-no-ocurrió”, aunque también un duelo por “no-se-sabe-qué-”” (Allouch, 2011, p.335). Lo perdido no se atañe al objeto en sí, sino que se pierde la vida en común con ese objeto pero también todo aquello potencial que se habría podido vivir, todo lo que podría llegar a haber sido, lo que no ocurrió, lo no realizado, la promesa.

En la perspectiva lacaniana y pos-lacaniana el duelo produce un cambio subjetivo, en ese sentido, tiene un alcance creador, en tanto instauro una nueva posición subjetiva. Elmiger (2017) piensa el duelo como una operación de separación y enlace con lo perdido, que dejará marcas en la subjetividad, algo queda dañado, modificado. El sujeto en duelo nunca será el mismo.

Otro punto de crítica de la versión freudiana del duelo, es que descuidó su función pública, la ausencia de toda referencia a los ritos (lo público, lo social, la familia), dejando una imagen del duelo solitario. Lacan (1959/2014) destaca el carácter público necesario para el duelo y plantea la

importancia del ritual que toda pérdida debe suscitar. Los ritos funerarios tienen un carácter macrocósmico, en tanto “el trabajo del duelo se consume en el nivel del lógos -digo esto por no decir en el nivel del grupo ni en el de la comunidad-” (p.372). No se hace en soledad, requiere de todo el sistema, de toda la trama significativa para “afrontar el agujero creado en la existencia” (p.372). El duelo no puede pensarse en términos duales ni reducirse a una relación sujeto-objeto aislada de cualquier intervención de un tercero (Allouch, 2011) ya que para subjetivar la pérdida es necesario que el sujeto ponga en palabras el dolor, que sea traducido al lenguaje. Se precisa de

la intervención de las esferas pública (desde los ritos públicos y el Otro social), privada (ritos privados, la manera de conservar al muerto tras los muros de lo familiar y de lo cotidiano) e íntima (los restos en el deseo y en los goces) (Elmiger, 2017, p. 52).

De esta forma “la operación del duelo va enmascarando lo real de la muerte por medio de la palabra” (Elmiger, 2017, p.52), a través de hablar acerca del muerto una y otra vez, se va realizando las cuentas necesarias para separarse de él, permitiendo continuar un lazo o ligadura diferente con él. Es decir, la operación del duelo consiste en pasar lo traumático o catastrófico, enmascarando lo real por medio de la palabra, para que la pérdida pueda inscribirse, para que pueda entrar en el mundo simbólico del sujeto, y disponer de recursos imaginarios que le permitan afrontarlo, lo que permitirá perder el objeto y mantener una ligadura diferente de la que tenía con el objeto perdido (Elmiger, 2017). Desde la línea psicoanalítica, los significantes subjetivación - desubjetivación para pensar el duelo, resultan propicios, ya que amplía y complejiza la idea de que un trabajo de duelo normal o patológico, solitario, de trámite, trabajo o proceso por etapas. En el duelo se juega todo el entramado subjetivo: lo público -discursos social, político, religioso, jurídico, mitos y saberes-, lo privado -modos, costumbres, rituales, estilo de duelo de cada época, los tiempos de duelo-, lo íntimo -su inscripción inconsciente-; que permitirían que la pérdida se inscriba en la subjetividad (Elmiger, 2017).

2.2.4. Duelos en el cuerpo

La enfermedad y los cambios corporales, temporales o permanentes, que se suscitan como efecto de cirugías y tratamientos, suponen diversas pérdidas: perder la salud, perder partes del cuerpo, capacidades y/o funciones, perder alguna característica corporal (belleza, atributos sexuales, fortaleza física o mental, etc), y/o la afectación del ideal del yo. Implican pérdidas de aspectos o partes del sí mismo, que afectan la representación o percepción que el sujeto tiene de sí, afectan la relación consigo mismo, el esquema corporal y el narcisismo (Tizón, 2013). Perder una parte del cuerpo resulta impactante y complejo, ya que lo que se ve afectado es, más allá de lo físico, la representación mental del cuerpo y del sí-mismo (Tizón, 2013). Cuando una parte significativa se pierde, el cuerpo ya no es el mismo, ya no es aquel con el que el sujeto se reconoce, el sujeto se encuentra frente a un 'ya no soy yo'. Perder algo del cuerpo (una parte, función o una propiedad) por un órgano herido y defectuoso, enfrenta al sujeto a la castración simbólica (Assoun, 1998; Alizade, 2012).

El cuerpo es fuente de sufrimiento y objeto de duelos en doble vertiente, por lo que el organismo ya no podrá hacer de igual manera y por lo que en la trama simbólica y pulsional significa. El sujeto también sufre por la amenaza de muerte que la enfermedad supone, ya que es vivida como una representación anticipada de la misma. Había mencionado Freud (1984/1916e) que las vicisitudes que atraviesa el cuerpo, evidencian la idea de tiempo, transitoriedad y caducidad inherentes a la vida. Si bien el sujeto admite que la muerte es el desenlace inevitable de la vida, "en el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad" (Freud, 1915/1984a, p. 290). La muerte propia no se puede concebir, es un irrepresentable; para seguir viviendo los sujetos actúan como si la muerte no existiese y se disocia de la vida cotidiana. Los duelos del cuerpo remiten al duelo por la propia impermanencia (Alizade, 2012). La pérdida de partes o funciones del cuerpo, genera marcas corporales y simbólicas que son como «muertes parciales» porque el sujeto atraviesa una ruptura con la imago de su cuerpo sano y entero. Además, demuestra que la vida peligra, se hace consciente la vulnerabilidad del cuerpo y aproximan al sujeto a la idea de su finitud, son «marcas del ser mortal» (Alizade, 2012, p.41). Este

duelo mayor de saberse mortal puede llevar a elaborar y resignificar lo vivido hasta ese momento, llegando incluso a resultar en una transformación en la forma de vivir (Alizade, 2012).

2.3. Enfermar de cáncer

La palabra cáncer tiene una intensa connotación afectiva asociada a sufrimiento, mutilación y muerte, si bien es cierto que los avances de la medicina permiten afirmar que no siempre eso ocurre y que hay cánceres, como el de mama, que muchas de las veces se curan. Asimismo, sigue siendo inquietante para la medicina, porque la enfrenta a sus alcances de comprensión tanto de la enfermedad como del cuerpo. El cáncer sigue siendo aún hoy un tema raro y escandaloso (Sontag, 1977).

La investigación de los tumores se centraba principalmente en el cáncer de mama, se lo concebía como un bulto o protuberancia de llagas malignas, y por la cantidad de venas que se observaban lo asemejaban a un animal con muchos pies. El nombre proviene de los griegos, fue Galeno quien usó la palabra karkinos (en latín, 'cancer') como metáfora, por el parecido entre las venas hinchadas de un tumor externo y las patas de un cangrejo (Barrera y Manero Brito, 2009; Sontag, 1977).

Desde hace siglos se tiene la concepción de una enfermedad que azota todo el organismo, provocando un total desequilibrio. Según las revisiones de Melo Ferreira y Castro-Arantes (2014) y de Barrera y Manero Brito (2009) sobre la historia del cáncer, a finales del siglo XVI, los médicos explicaban el cáncer con la teoría de los humores. Los cirujanos que sacaban los tumores decían que eran 'cosa viva', pues las llagas ocasionadas por el cáncer de mama eran agresivas, invasivas y difíciles de tratar debido a los humores melancólicos. El cáncer de mama se describía como arañado y duro, y que al tacto se siente como hace el cangrejo al utilizar sus pinzas, por lo que médicos emplearon tratamientos basados en recetas mágicas la 'terapia del cangrejo'. La cirugía de mutilación ha sido desde el principio la terapia principal, en el siglo XVIII las mastectomías se realizaban mediante guillotinas, lo que marca la radicalidad de las cirugías. La operación era complicada, con el

avance en las técnicas quirúrgicas, de asepsia y el descubrimiento de la anestesia, se adoptaron otros procedimientos para la eliminación de tumores.

Ya desde entonces existían ideas sobre el cáncer: se creía incurable, se indicaba no tocar a los pacientes porque adelantaría el desenlace fatal, a principios del siglo XX se consideraba una enfermedad transmisible, lo que significaba que el paciente estaba aislado durante el tratamiento.

El cáncer representaba la muerte, un castigo, y un ser que se apodera del cuerpo para hacerle daño; específicamente el cáncer de mama era concebido como un cangrejo que pudría los órganos sexuales femeninos, ubicado en los senos, bajaría hacia los órganos genitales y reproductores (Barrera y Manero Brito, 2009).

El cáncer genera miedo en todas las sociedades, denota deterioro, malestar, deformidad, y algo difícil de erradicar. Es considerado una enfermedad intratable y caprichosa, una invasión despiadada y secreta (Sontag, 1977).

2.3.1. Significación social del cáncer de mama

Cada cultura confiere una explicación y sentido propio a la enfermedad. El sujeto enfermo queda expuesto a los discursos y percepciones que provienen del entorno sociocultural, es decir, quien enferma, además de padecer la enfermedad en sí misma, su malestar también se debe a los efectos de las características social y culturalmente atribuidas a la dolencia.

Es importante destacar cómo lo mítico participa en los significados y la elaboración de la enfermedad. Los mitos actúan de forma consciente o inconsciente. Para Haraway (1991) toda enfermedad es un lenguaje, trae aparejada un texto social donde el cuerpo es una representación y la medicina una práctica política. Postula que el poder del lenguaje de la biomedicina, es un hecho social dinámico que participa en la producción de los cuerpos y las subjetividades, y da forma a la experiencia de enfermar. El cáncer, al ser una patología incomprendida por la medicina, es significada como misteriosa y por ende, propensa a la creación de mitos para otorgarle significación. Estos actúan, de forma consciente o no, en las subjetividades, principalmente del sujeto enfermo, pudiendo

determinar o incidir en la forma de afrontar el curso de la enfermedad y sus tratamientos (Talgham, 2011). Para Barrera y Manero Brito (2009) el cáncer como enfermedad enigmática, es una producción social, con connotaciones de deterioro, despreciable, como algo prohibido, un tabú, de orígenes oscuros, generador de fantasías y miedos. Estas significaciones de la enfermedad son depositadas en los cuerpos y en las subjetividades de las personas enfermas, ya que determina en parte las formas de vivir enfermo, y las formas de morir con y por una enfermedad como el cáncer. Representando un castigo y la muerte, con la metáfora del cangrejo, es imaginada como una cosa viva que se apodera del cuerpo para hacer daño desde dentro. El cáncer se revela como elemento simbólico a nivel médico, social y subjetivo. La cura está basada en los tratamientos médicos quirúrgicos y farmacológicos, pero también en un universo de terapéutica simbólica ritual.

Para Sontag (1977) toda enfermedad de orígenes oscuros y terapéuticas difíciles, es cargada de sentidos y metáforas que tienden a ser moralistas y/o a culpabilizar al enfermo. Algunas fantasías o concepciones punitivas acerca del cáncer son: que su causa es la represión constante de un sentimiento de orden sexual o de orden violento; que es un castigo, una traición del propio cuerpo, una forma de juicio por algo cometido; para algunas teorías, la enfermedad es resultante del carácter, como si estuviera bajo la voluntad o responsabilidad del sujeto, llegando algunos autores a pensar que es el sujeto quien se crea la enfermedad. El sujeto queda no sólo responsable de su propia enfermedad, como si la habría querido, sino que también de su cura, en el entendido que depende de su voluntad y de su capacidad de amor propio.

En general, estas concepciones están, a su vez, sostenidas por metáforas bélicas: se trata de una «lucha», «batalla» o «guerra» contra el cáncer, que son células mutantes que «invaden» el cuerpo, los pacientes son «víctimas del cáncer» y quienes se curan son «sobrevivientes». Estas significaciones y metáforas harán que la mayoría de los pacientes se desmoralicen frente al diagnóstico, sitúan al cáncer como lugar de sufrimiento, estigmatizado y temido. Así lo testimonia Catherine Lord (2006, citado por Lessana, 2008) “...la gente no sabe qué hacer conmigo. Buscan determinar si, o cómo, o cuándo, me evacuarán del cuerpo social. Yo no tengo el cáncer, yo soy el cáncer. Yo soy el problema,

la intrusa, una rama a podar...” (p.11). El diagnóstico de cáncer funciona como una condena, que trae aparejado otros síntomas además de los somáticos: la «Soledad No Querida» y «Pérdida del Control».

La investigadora Kristin Langellier (2001) observa que las mujeres utilizan la expresión “estar marcada” para describir el `aura` de tener cáncer de mama (p. 145). “Estar marcada” captura la inscripción del cáncer de mama en el cuerpo, cicatrices y marcas cargadas de significados estigmatizados. Ese “estar marcada” trae aparejado la marca cultural de la enfermedad con todo el peso de los significados que puede estropear la identidad. En contraposición, y como otra forma de estar y vivir enferma, se encuentra el ejemplo de Gabriela Liffschitz, que es recorrido por Assandri (2025). En su libro declara que el cáncer funciona como un “pasaporte al mundo de los muertos” (p.147), que ella -Liffschitz- se resistió a cumplir, en la medida que se desmarcó de la imagen de una enferma “de verdad”, el prototipo de enfermo como alguien condenado a muerte, que presta su cuerpo pasivamente como objeto de tratamiento, una condición -la de enfermo- que se intenta ocultar. Se salió del lugar asignado a la mujer mastectomizada, para tomar una posición activa, siendo sujeto de la enfermedad en y con su cuerpo, con capacidad de elegir sobre las representaciones de su cuerpo y sobre el modo de convivir con la enfermedad. A través del recurso fotográfico y textual, un proceso de transformación y de “hacerse ver” en su enfermedad y de exhibir su cuerpo mastectomizado, bajo otra forma, no ya de la carencia o mutilación sino como un cuerpo distinto, mutación que reconstruye y construye una nueva estética y reapropiación de su cuerpo.

2.3.2. Mastectomía: Pérdidas físicas y simbólicas

La mastectomía supone un fuerte impacto emocional, es vivida como un ataque a su cuerpo y feminidad. Como herida narcisista, acarrea representaciones subjetivas y culturales vinculadas a su función biológica, función identificatoria, y función erógena; y remite a vivencias de castración e incompletud (Talgham, 2011). Aleja a las mujeres de cumplir con el ideal femenino, es vivenciada como una privación del desempeño simbólico de mujer sensual y madre proveedora. Se ven alterados

los cánones de belleza impuestos socialmente, en mujeres mastectomizadas es habitual evitar lugares y disminuir el tiempo que impliquen desnudez con otros y consigo mismas (Tizón, 2013).

Desde el campo psicoanalítico, la pérdida de la mama es del orden de la privación. Melo Ferreira y Castro-Arantes (2014) asocian las marcas físicas que deja la enfermedad con las marcas de lo real en términos lacanianos o del trauma en términos freudianos. Lo que hace traumático este proceso es la falta de un contorno, de una palabra en la que el sujeto pueda anclarse nuevamente, simbolizando lo que le sucede. En esta línea Brullmann (2007) manifiesta que el cuerpo marcado por la cicatriz, denota que donde antes había un seno, ahora ya no queda nada, sino la herida, el agujero, testigo de la batalla contra el cáncer. Ese agujero ha de ser bordeado; anatómicamente la cirugía cicatriza, incluso puede ser reemplazado por otro objeto (reconstrucción mamaria o prótesis externa), pero las marcas reales, simbólicas e imaginarias, que inevitablemente deja la intervención médica, vienen a dar cuenta de aquello que debería estar ahí, y falta. Como manifiesta McDougall (1999), el seno extirpado es percibido como el precio a pagar para la cura, y aún la reconstrucción "a pesar de que evita el horror de aquello que frecuentemente refieren como un "hueco" en sus cuerpos, no borra la mutilación que ha tenido lugar" (p.1). Las alteraciones corporales tienen efectos subjetivos, dañan aspectos figurativos y representativos de las mujeres, algunos temporalmente como el cabello, los vellos, las cejas y pestañas y otros de forma permanente. La imagen alterada refleja un cuerpo disimétrico acompañado por la sensación de extrañeza, y sentimientos de desposesión corporal, fantasías de fragmentación, castración e intrusión.

La pérdida de la mama, despierta fantasías conscientes e inconscientes. Para McDougall (1999) la pérdida del seno tiende a reactivar otros duelos de separaciones pasadas, abandonos, muerte. Destaca que la conocida vivencia del cáncer como un enemigo dentro del propio cuerpo, como amenaza de muerte, está relacionada con una 'madre interna mala', que intenta destruir su cuerpo por dentro. También para Brullmann (2007), la sensación de un mal pernicioso que las habita sin su conocimiento, está asociado con una destructividad interna, de la introyección de un objeto malo que viene a saldar una cuenta con los vínculos primarios, principalmente con lo materno, con imagos

malos, destructivos de la primera infancia. Y observa que es esto lo que se esconde tras observar que muchas mujeres se interrogan si la irrupción de su enfermedad tiene relación con algún acontecimiento de su pasado, buscando algún tipo de causa-efecto; la enfermedad es vivida con sentimiento de culpa, al sentir al cáncer como un castigo que vino a expiar a la mujer de algún crimen cometido. En uno de los artículos psicoanalíticos más recientes encontrados sobre el tema, Parat (2017) sigue esta línea de pensamiento, planteando la presencia de la ansiedad de muerte y angustia de castración en las mujeres mastectomizadas, y también la reactivación de otras ansiedades más arcaicas, primarias, de fragmentación, de disolución interna del cuerpo, de ataque al interior del propio cuerpo. El cáncer invasor activa fantasías aterradoras de un ataque al cuerpo de la madre, angustia de castrar al hombre, angustia de esterilidad, angustia de la muerte del niño: refieren a pérdidas múltiples e incesantes en un despliegue edípico de angustias primarias de separación.

Las lecturas psicoanalíticas encontradas sobre el cáncer de mama, plantean que la mastectomía activa las representaciones fantasiosas que cada mujer tiene de sus senos. La mama aparece a menudo, en los relatos de las pacientes, como un lugar plagado de conflictos desde el principio, a través de recuerdos dolorosos de distintas etapas de la vida. Ponen de relieve cuestiones edípicas, problemas de identificación e incluso que remiten a los orígenes del narcisismo primario y que cuestionan el primer vínculo objetal.

Acerca del duelo, se entiende que, por un lado, se duela la pérdida física de una parte del cuerpo relacionada al sentimiento de estar, ser y sentirse una persona completa y sana; y por otro, la pérdida simbólica del seno como un órgano clave para la identidad y subjetividad femenina y valioso socialmente para la expresión de belleza y sensualidad (Porroche, 2013).

El proceso de duelo dependerá tanto de los recursos intrapsíquicos de la mujer, la historia individual subjetiva, y el contexto sociocultural donde se desenvuelve. Según los recursos simbólico-imaginarios que el medio pueda proveer, facilitarán o no su elaboración. Además, los significados que cada mujer le dé a su cuerpo pueden tener efectos subjetivantes o desubjetivantes, que a su vez, se encuentran inmersos en una trama vincular y un marco social que los determina, en sus valores y

prejuicios otorgados (Alkolombre, 2011). Es frente a la representación del cuerpo femenino y el valor simbólico otorgado al pecho, que la mujer elabora el proceso de duelo (Díaz Facio, 2010). Como plantea Elmiger (2017) para que sea posible el duelo, es preciso sancionar y reconocer las pérdidas desde los discursos, para que el acontecimiento traumático pueda inscribirse en la subjetividad. Los factores socioculturales pueden ser limitantes o habilitantes para la operación subjetivante del duelo. Los discursos sociales pueden determinar si una situación de pérdida lleva algún tipo de estigma, o influir en el ámbito privado respecto a cuánto tiempo se permite a un sujeto estar de duelo, o qué tipos de pérdida son aceptables y merecen dolor.

En el caso de las mastectomías, en general las pacientes perciben que sus médicos se manejan con una aparente ajenidad al dolor psíquico que están experimentando (McDougall, 1999). En el discurso médico prevalece una actitud de denegación del duelo en mujeres con mastectomía, a pesar de la prevalencia de los problemas sexuales y psicológicos que acarrea, el equipo médico no indaga ni observa cómo se siente la mujer después de la cirugía ni cómo siente la pérdida (Tizón, 2013).

En este sentido, para Pillai-Friedman y Ashline (2014) las pérdidas simbólicas de la mastectomía no siempre son reconocidas, y esa falta de reconocimiento ocurre mayormente cuando la mujer recupera su apariencia exterior, por ejemplo con la reconstrucción mamaria. Las califican como una “pérdida ambigua”, se trata de una pérdida traumática por una causa externa como una enfermedad, pero confusa e incomprensible, se considera que son pérdidas insignificantes o el entorno no valida la realidad de esta pérdida. Toman el concepto de “duelo privado de derechos” acuñado por Doka, para describir el duelo que es precipitado por una pérdida que no puede ser sancionada socialmente, reconocida abiertamente o lamentada públicamente. Consideran que las sobrevivientes de cáncer de mama pueden no sentirse comprendidas en el duelo por su cuerpo alterado, por tanto no se sientan legitimadas para afligirse, y se enfrenten a la ausencia de manifestaciones sociales y rituales establecidos que la reconozcan. Además, se agrega que, como opina Kaufman (2017), la vorágine en la que se sucede cada paso del tratamiento desde el diagnóstico, lleva aparejado un gran monto de incertidumbre y miedo. Habitualmente, la intensidad de estos acontecimientos produce un efecto

traumático que se pone de manifiesto en un desborde de angustia producido por la dificultad de la elaboración psíquica de lo que se va atravesando. Para Melo Ferreira y Castro-Arantes (2014) el tiempo de reestructuración psíquica y de duelo por las pérdidas, no es un tiempo medible cronológicamente, ni son los mismos tiempos de la medicina o tratamientos; sino un tiempo subjetivo regido por la lógica del inconsciente; son los tiempos del duelo que para cada sujeto será único y no generalizable. Frente a enfermedades como esta que suelen devastar el cuerpo

dado que la constitución subjetiva está ligada al cuerpo (...) hay una demanda de trabajo en el sentido de una reconstrucción simbólica del cuerpo, para que el sujeto, con la experiencia del cáncer, pueda rearticularse a sí mismo en la vida, en el paso de un cuerpo extraño a la fabricación del propio cuerpo (Melo Ferreira y Castro-Arantes, 2014, p. 60).

Corresponde el trabajo psíquico de reconstrucción simbólica del cuerpo, un trabajo de (re)reconocer, reapropiarse de este cuerpo extraño como propio. Para muchas mujeres la reconstrucción mamaria resulta fundamental y tiene un efecto terapéutico porque ayuda a restaurar una imagen corporal simétrica, total e integral, y así sienten que pueden recuperar su feminidad, y beneficiar el proceso de duelo; pero para otras, no. Según Porroche (2013), en el paradigma oncológico-quirúrgico, su ablación es percibida como un fracaso, y bajo el supuesto que los pechos son objetos reemplazables, la prescripción de la reconstrucción se volvió sistemática y generalizable, con el énfasis puesto en la reconstrucción como reemplazo inmediato, restitución de la feminidad, restauración y solución, puede obturar la elaboración de las pérdidas y dificultar el proceso de duelo. Además, se descarta la dimensión placentera y erótica que los pechos suponen para la mujer, siendo una pérdida que la reconstrucción mamaria no puede devolver. En su opinión, la presión social sobre la reconstrucción como forma de ocultamiento y restauración de normalidad, impide la expresión de emociones propias del duelo y quita a las mujeres la posibilidad del tiempo de duelo necesario para asimilar la pérdida y aceptar un cuerpo diferente.

Desde el campo psicoanalítico, en el artículo de Brullmann (2007) cuestiona las posibilidades de elaboración psicológica que permitiría la reconstrucción mamaria. Ha observado que muchas veces

esta acompaña y apoya un trabajo más global de reacomodación psíquica. Sin embargo advierte la necesidad de comprender su complejidad, para que la reconstrucción no sea sólo una ilusión, ya que muchas mujeres esperan que la reconstrucción borre mágicamente su cáncer de mama y cure su sufrimiento. Si bien, la reconstrucción puede ser una señal de reanudación libidinal, que despierta esperanzas y va en dirección a la pulsión de vida, el autor expresa que para aceptar el seno reconstruido, se debe llorar el perdido. Es necesario atravesar el dolor psíquico de la ablación. El trabajo de duelo es necesario pero frecuentemente silenciado, bloqueado o negado. Asimismo, algunas mujeres se involucran en un proceso dinámico de reconstrucción de sí mismas, sea con o sin reconstrucción. Inician una búsqueda de sentido, un trabajo de elaboración de su funcionamiento psíquico que les permite acceder a su realidad interior, una perspectiva de su historia. La experiencia de la enfermedad a veces produce otros cambios y pueden aparecer deseos creativos, nuevos proyectos, nuevas actividades. Llegando a pensar incluso, con sorpresa, que el cáncer, sin negar su lado aterrador, fue una suerte para ellas, porque significó una oportunidad para trabajar sobre sí mismas y repensar su vida, pasada, presente y futura. Tienen entonces la sensación de acceder a una segunda vida, una vida mejor, una especie de renacimiento psicológico. En este sentido, Parat (2017) considera que la gran mayoría de las mujeres logran reelaborar e integrar la experiencia traumática. Pero para esto, se precisa del lazo social, “enfrentar la propia mortalidad lo deja a uno solo, y ése es uno de los momentos (...) en que las personas no tienen ganas de estar solas (...) los pequeños gestos sociales, incluso si uno los encuentra pasados de moda, ayudan” (Catherin Lord, 2006, citado por Lessana, 2008, p.16). La presencia del otro en el duelo, habilita el surgimiento de recursos en lo privado que permite la movilización de lo íntimo, tales como las narrativas. Para Langellier (2001) el sujeto enfermo debe convertirse en narrador y narrar una historia del cuerpo a través del cuerpo. Al contar las historias de sus mastectomías, las mujeres ordenan los acontecimientos y construyen lo que la experiencia del cáncer de mama significa para ellas. Distingue dos enfermedades con sus términos en inglés, por un lado «disease» como la entidad diagnóstica del discurso médico, y por otro, «illness», la enfermedad percibida y vivida por el sujeto. El efecto de contar una narrativa personal,

en pos de recuperar su cuerpo, reapropiarse de su historia, volver a ser agente de su propia vida, y reparar el daño que la enfermedad ha causado.

Assandri (2025) trae el trabajo de Liffschitz como la posibilidad de que la enfermedad no tiene por qué ser pura pérdida, sino que algo distinto puede hacerse con eso. La privación de un trozo corporal como el seno, perturba la imagen y sentimiento de sí, y pone en cuestionamiento el lugar como mujer, en tanto desaparece el seno como signo distintivo sexo genérico. Marca la ausencia subjetiva de feminidad, de sensualidad y sexualidad según los cánones de la época, por tanto la mujer es excluida del circuito erótico y social. Pero el caso de Liffschitz, mediante la fotografía y la escritura ofrece un testimonio de su recorrido de transformación que el autor analiza bajo el concepto foucaultiano de una tecnología de sí, inventa una técnica sobre sí que modifica el trato que tiene con su propio cuerpo. Por un lado, realiza un movimiento de resignificación de su seno faltante pasando de la mutilación a lo que dio en llamar mutación, una nueva apropiación de su cuerpo, que mediante la operación de lo simbólico produce una reinscripción de otro cuerpo posible, de otro modo de relación con su cuerpo, volverse a reconocer mujer, con silueta de mujer, igual de sensual y bella. Por otro lado, funciona como una reconsideración no sólo de la relación que tenía con su cuerpo y su imagen, sino también sobre sus ideas de belleza, cuestionando los estereotipos y la asociación de belleza a la simetría. Proponer otro cuerpo posible, con su parte faltante, otra mujer posible, trasciende los modelos hegemónicos. Como efecto de su tecnología, dice Assandri, es el cambio de posición respecto a sí misma, a su enfermedad y su cuerpo. La exploración de su subjetividad con los recursos fotográfico/textual como un intento de narrarse y de constituirse como sujeto, hizo pasar del cuerpo-objeto a un nuevo cuerpo subjetivado. El cáncer así adquirió otro sentido. “El pasaje por la experiencia del sufrimiento corporal o la pérdida de algo del cuerpo, eso traumático, dependiendo de la singularidad, pueden llegar a integrarse a la experiencia de vida de manera positiva, fecunda” (p.268). Este cambio de posición subjetiva, podría ser entendido como la posibilidad de efectuar un duelo.

• **Capítulo 3. Objetivos y Metodología**

1.1. Objetivos

La presente tesis de Maestría tiene como objetivos generales conocer las significaciones acerca del cuerpo en mujeres uruguayas con mastectomía (total o radical modificada)² por cáncer de mama.

Buscó responder a las siguientes cuestiones principales: ¿Qué representaciones adquiere el cuerpo para las mujeres luego de una mastectomía total o radical? ¿Cómo se elaboran los cambios corporales? ¿La extirpación de la mama es percibida como una pérdida y con qué significaciones? Si esta pérdida es subjetivada como tal, conllevaría un proceso de duelo, ¿cómo se elabora ese duelo y qué particularidades adquiere?

También interesa conocer cómo y de qué manera pueden afectar los imaginarios socioculturales sobre el cuerpo en las subjetividades de las mujeres mastectomizadas.

Con respecto a los objetivos específicos:

1. Describir las repercusiones del cáncer de mama y mastectomía total o radical en las mujeres.
2. Indagar sobre las consideraciones de las mujeres mastectomizadas respecto a su cuerpo.
3. Explorar los significados que adquiere la pérdida del seno.
4. Identificar particularidades en las vivencias de duelo corporal y elaboración de las pérdidas tras la mastectomía total o radical.
5. Relevar la incidencia de las ideas sociales y culturales sobre el cuerpo en sus experiencias.

² Las diferencias entre estos dos tipos de mastectomías se describieron en la nota al pie 1. El objetivo de la presente investigación radica en la vivencia de la extirpación de la (o las) mamas completas, sea cirugía total o radical modificada.

1.2. Estrategia de investigación

Se diseñó una investigación cualitativa para estudiar las significaciones del cuerpo en mujeres mastectomizadas y sus vivencias de duelo. Se considera que este tipo de estudios permiten “entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentaron” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 487). Desde este enfoque se comprende que existen múltiples maneras de construir e interpretar la realidad para cada sujeto. Habilita las construcciones particulares ya que, como puntualiza Sisto (2008) se orienta a la calidad y textura simbólica de la experiencia, capturando los sentidos singulares. Su principal interés está puesto en las percepciones, interpretaciones y significados que los sujetos atribuyen a sus experiencias (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Las metodologías cualitativas ofrecen la oportunidad de obtener una perspectiva multifacética y profunda de las experiencias vividas por las mujeres y, por lo tanto, pueden proporcionar una mejor comprensión de cómo las mujeres experimentan los cambios físicos debido a la enfermedad y su tratamiento. A partir de los relatos de los sujetos entrevistados sobre sus vivencias, tal como han sido o son sentidas y experimentadas, posibilitó arribar a ciertas particularidades del tema a estudiar. La forma en que un sujeto narra algo de su vida o experiencia constituye una comprensión de sí mismo y su devenir, por eso se concibe a las narrativas como el lugar donde se entretje la subjetividad (Schongut y Pujol, 2015).

1.3. Tipo de estudio y técnica empleada

La investigación se define como exploratoria, debido a que se pretendió conocer aspectos del problema poco estudiados y desde una perspectiva diferente a los trabajos anteriormente publicados. Tiene un alcance descriptivo, en la medida que su objetivo fue examinar e identificar particularidades del tema propuesto. La indagación se enmarca en los estudios narrativos de tópicos, es decir, enfocado en una temática según la propuesta de Mertens referida por Hernández, Fernández y Baptista (2014). Serán relevantes los procesos subjetivos que se desarrollan en la historia, a partir de un aspecto

significativo, particularmente sensible o traumático de la vida del sujeto, como lo es el transcurso de una enfermedad (Chase, 2015). El estilo narrativo permite explorar y profundizar cómo los sujetos vivencian y otorgan sentido y significado a circunstancias y eventos de su vida, con relatos en primera persona (Coffey y Atkinson, 2003). Mediante las narrativas, el sujeto configura y construye su experiencia, interrelaciona acontecimientos, escenarios, emociones, pensamientos, interpretaciones, personajes, y tiempos, y se le atribuye significado de manera retrospectiva (Chase, 2015). También permite conocer la manera en que los sujetos vinculan su experiencia individual a su contexto social, ya que los relatos también informan acerca de los imaginarios culturales y sociales de la época (Coffey y Atkinson, 2003). Además, el intercambio verbal con otras personas facilita la reconstrucción y resignificación de esos momentos.

Para acceder a las narrativas, es necesario un dispositivo metodológico conversacional, que genere discursos amplios y detallados y recupere el punto de vista de los sujetos. Se utilizó la entrevista en profundidad no estructurada, basada en un guión (Valles, 1999) dado que es una técnica que permite explorar un conjunto de aspectos y temas específicos, manteniendo las características de íntima, flexible, dinámica y abierta. Con este instrumento es posible obtener conceptos, creencias, emociones, pensamientos, y vivencias. La aproximación semidirigida, habilita tanto profundidad como especificidad y amplitud en las respuestas (Valles, 1999). Intentan abrir un espacio de confianza y comodidad necesarios para el relato lo más libremente posible de los entrevistados, acerca de sus experiencias y significados, así como de sus aspectos más privados e íntimos.

1.4. Trabajo de campo

Se invitó a participar en el estudio a las mujeres que habían recibido mastectomía (total o radical modificada) por cáncer de mama y habían completado la quimioterapia o la radioterapia. Pudieron dar su consentimiento informado por escrito y decir que estaban dispuestas a hablar sobre sus experiencias con la enfermedad y sus cuerpos.

El reclutamiento se realizó en primera instancia mediante anuncios y derivaciones a través de la Asociación Civil 'Dame tu mano'. Una vez obtenida la aprobación ética de la investigación por el Comité de Ética de Facultad de Psicología, se mantuvo reunión con el consejo directivo de dicha asociación para obtener su aval de participar en el estudio. También se llegó a más participantes a través de técnicas de muestreo por bola de nieve.

La investigadora se contactó con todas las organizaciones que trabajan el cáncer de mama en Montevideo, presentando la investigación con todas las formalidades éticas requeridas, siendo la Asociación mencionada la única que accedió y dio su acuerdo para promover el estudio. Difundió el anuncio entre sus socias, pero también entre distintos grupos, por lo tanto muchas mujeres que integran otras agrupaciones también accedieron de forma individual y voluntaria a participar.

Se entrevistó a 16 mujeres que se realizaron una mastectomía (total o radical modificada) por cáncer de mama, que presentaban las siguientes características:

- 1) Su rango de edad era: 6 entre los 40-50 años, 7 entre los 50 y 60, y 3 entre los 60 y 70.
- 2) Residentes en Montevideo, y/o área metropolitana.
- 3) En cuanto a su ocupación: 5 pertenecen al sector privado; 7 son profesionales; 3 jubiladas y 1 ama de casa.
- 4) De las 16 entrevistadas, 14 se atienden en prestadores privados de salud y 2 en el prestador público.
- 5) El tiempo transcurrido desde la cirugía fue mínimo de seis meses; se estableció dicho plazo para que las entrevistadas hayan pasado un considerable período de recuperación postquirúrgica. También porque el impacto emocional antes de este período es más agudo, lo que aumenta su vulnerabilidad (Rojas-May, 2006).
- 6) Al momento de la entrevista no se encontraban en tratamiento adyuvante de radio o quimioterapia, ya que las participantes podían estar más vulnerables debido a los efectos secundarios adversos propios de estos procedimientos.

7) Todas tienen mastectomía total o radical de una o ambas mamas, realizada hace menos de 5 años en 8 participantes, 3 hace entre 5 a 10 años, y 5 hace más de 10 años. De ellas: 9 con reconstrucción y 6 sin reconstrucción mamaria, y una de ellas estaba en proceso.

Los casos fueron variados para poder recuperar diversidad de significaciones y vivencias. Los datos se recopilaron mediante entrevistas individuales presenciales y videollamada. Cada entrevista fue transcrita textualmente y revisada para garantizar su precisión por la autora. Las transcripciones textuales se utilizaron como datos brutos para el estudio y se gestionaron mediante el software atlas ti. Todos los nombres se reemplazaron por seudónimos y se eliminó información de identificación para mantener el anonimato de las mujeres.

1.5. Análisis de entrevistas

Se realizó un análisis temático. Para comprender los significados subjetivos, es relevante el modo en que los sujetos narran y su contenido (Chase, 2015). El análisis de la forma incluye el ordenamiento y articulación de los elementos del relato. Cómo se cuentan las historias y cómo dan forma a los acontecimientos, permite encontrar sus sentidos, e informan sobre las perspectivas del sujeto en relación a sus experiencias. Se pueden identificar posiciones subjetivas, prácticas interpretativas, ambigüedades y complejidades de cada historia (Chase, 2015; Coffey y Atkinson, 2003). En cuanto a su contenido, se basará en el análisis temático propuesto por De Souza Minayo (2009), que “consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia signifiquen algo para el objeto analítico apuntado” (p. 259). Para ello se establecen categorías, que consiste en un proceso de reducción del texto a palabras y expresiones significativas, se agrupan elementos e ideas en torno a un concepto. Estas categorías ordenan el discurso y se relacionan entre sí. Mediante un mapeo de contenido de primer plano hacia un alcance más profundo, se posibilita revelar los diferentes núcleos de sentido explícitos o implícitos en un discurso. De esta manera, la comprensión de los significados se encuentra en concordancia con la

vertiente de investigación psicoanalítica orientadora del estudio, en tanto se analizan los aspectos manifiestos, y subyacentes de los relatos.

Para el tratamiento de los datos se utilizó el programa informático de soporte a la investigación cualitativa. El Atlas.ti 24, software que permite segmentar datos en unidades de significado; codificarlos y relacionar conceptos, categorías y temas.

Las entrevistas se analizaron utilizando un procedimiento de análisis temático cualitativo. La elección de un enfoque reflexivo e inductivo para analizar los datos permitió a la investigadora centrarse en varios temas emergentes importantes. Específicamente, el análisis incluyó los siguientes pasos:

(a) Preparación de los datos. Las entrevistas fueron todas transcritas y leídas varias veces por la investigadora. En las primeras lecturas se hicieron anotaciones manuales en cada entrevista como posibles códigos. Se guardaron en el software para ser codificadas.

(b) Generación de códigos y categorías iniciales. Se realiza una primera categorización de codificación enumerando categorías emergentes. Algunas citas se clasificaron en varias categorías, ya que contenían información diferente.

(c) Se revisaron individualmente los códigos y categorías y se fueron agrupando. Se incluyeron las categorías que tuvieran relación con los objetivos planteados, y el material no clasificable, o no relevantes, se descartó o se clasificó en otra categoría, disponible para un análisis posterior cuando fuera necesario.

(d) Búsqueda de temas. Las categorías se organizaron bajo temas principales. Los temas emergentes interrelacionados y conectados se fueron agrupando. Se revisó y releyó las entrevistas para asegurarse de que todos los datos relevantes estuvieran codificados y categorizados en los temas. Cuando fue necesario, se realizaron adaptaciones adicionales de los temas/categorías que surgieron.

(e) Análisis. Los procedimientos analíticos se aplicaron a todo el corpus de entrevistas. La estructuración de temas y categorías se desarrolló teniendo en cuenta la proximidad temática. Se

formalizó gradual y reflexivamente un mapeo temático y la agrupación de categorías y temas en unidades temáticas. De esta forma se obtuvieron diferentes niveles de temas, sub-temas, categorías. En varias ocasiones, fue necesario volver a las transcripciones, y a revisar la codificación y categorías, a medida que los temas y categorías se enriquecían y desarrollaban progresivamente. Durante la estructuración progresiva y reflexiva del análisis, se intentó abordar la complejidad del discurso de las mujeres, en una constante revisión a medida que se desarrollaba la escritura de lo obtenido.

1.6. Consideraciones teórico-metodológicas y epistemológicas de la investigación

En este apartado se considera necesario plasmar cómo se pensó, diseñó y construyó el trabajo de investigación. Las preguntas de investigación acerca del interés por la problemática son el fundamento epistémico que guiaron las decisiones sobre su diseño, el método y las técnicas. En este caso, la reflexión psicoanalítica demarca las interrogantes que fomentaron el estudio, funcionando como sostén teórico referencial; y a su vez, la problemática clínica desde una perspectiva psicoanalítica pone de relieve que los padecimientos y significados no podrían ser universalizados; requieren de una mirada que integre las singularidades. La investigación cualitativa ubica a la subjetividad en el centro. Esta orientación epistémica permite concebir al sujeto como activo de su experiencia, capaz de otorgar sentidos y resignificar sus situaciones, situado en un contexto socio-histórico-cultural que a su vez construye y lo determina; inserto en dinámicas de transformación, en la complejidad de los procesos donde se integran las experiencias biológicas, corporales, emocionales, psíquicas, vinculares y sociales.

El posicionamiento teórico-epistemológico sostenido para el estudio de las significaciones, da lugar a un soporte metodológico que habilita la palabra. Mediante el discurso, el sujeto puede transformar su experiencia del padecer, dar cuenta de su propio saber y compartirlo. Por lo que, una investigación que se interesa por estudiar las significaciones acerca del cuerpo en mujeres uruguayas mastectomizadas, y sus experiencias de duelo y pérdida corporal, pone de relieve la dimensión

fundamental de la singularidad, y necesita un diseño metodológico que dé cuenta y habilite las narrativas personales.

Desde el enfoque cualitativo, la investigación se centra en la producción de significados, lo cual se alinea con la reflexión psicoanalítica, en tanto se orienta a descubrir sentidos no evidentes y siempre abiertos a nuevas interpretaciones. Como plantea Gutiérrez Brito (2004), el proceso cualitativo “se dirige a continuar buscando la significación siempre nueva que permita ampliar y precisar con mayor detalle lo descubierto” (p. 92). El método psicoanalítico resulta funcional al enfoque cualitativo, pues orienta la forma en que se accede, se produce y se escucha la información. El psicoanálisis más allá de ser una teoría y un método de investigación psicológica, y más aún, puede concebirse como una epistemología y metodología que pone en el centro la heterogeneidad, la singularidad y el resto de saber (Devereux, 1967/1999).

Cabe señalar que la investigación se concibió como un proceso dinámico flexible (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) que se desarrolla de manera emergente y donde los resultados obtenidos serán una producción dialógica entre investigador y sujeto de investigación (Sisto, 2008). El proceso de producción de conocimiento es de carácter constructivo-interpretativo (González Rey, 2006), proceso interactivo en permanente construcción en tanto tiene la capacidad de seguir profundizando en los constructos y articulaciones teóricos. Como plantea Denzin y Lincoln (2012), el diseño metodológico se define a priori, pero es flexible, debido a que no son definitorias ni taxativas las decisiones sobre las estrategias, materiales y prácticas interpretativas.

1.7. Consideraciones éticas

La investigación está regida de acuerdo a la normativa vigente en Uruguay que regula la investigación con seres humanos, protegiendo su dignidad e integridad. Se previeron acciones para atender los principios éticos fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Estos implicaron:

1) Se presentó previamente a las instancias de entrevistas los documentos específicos “Hoja de información” y “Consentimiento informado” con información aclaratoria acerca de la investigación: su propósito, objetivos, relevancia, resultados esperados alcanzar y métodos a utilizar, posibles riesgos y beneficios que pueda acarrear su participación, las medidas de atención del eventual daño, y las garantías de confidencialidad de los datos recabados.

2) Cada participante firmó previo a la entrevista un consentimiento libre, voluntario e informado que explicita el objetivo del estudio, las cuestiones a tratar, finalidad y tratamiento de los datos obtenidos. Los datos, identidad e información proporcionados por las participantes estarán protegidos según lo dispone la Ley n.º 18.331 (Uruguay, 2008).

3) Las participantes tuvieron a disposición los datos y las vías de comunicación con la investigadora responsable en todo momento.

4) Para el respaldo de la confidencialidad y anonimato de los sujetos se tomaron las siguientes precauciones: a) en las entrevistas sólo estuvo presente la investigadora y el sujeto a entrevistar, b) sólo la responsable del estudio accedió al audio y realizó las transcripciones, c) los datos filiatorios son sustituidos al presentar el material y sólo la investigadora posee los datos reales, d) el almacenamiento de todo el material de audio y transcripciones está resguardado con contraseña que sólo la investigadora conoce.

Se tomaron en cuenta la ponderación de riesgos y beneficios para los sujetos de investigación establecido en el Decreto 515/08 (Uruguay, 2008).

Se consideraron como potenciales riesgos la movilización de los afectos propios de la situación vivida, al relatar la experiencia por el transcurso de una enfermedad y tratamientos, de fuerte impacto en la vida de una mujer como lo es el cáncer de mama, que genera alteraciones corporales, pérdidas, fantasías, temores y significados.

Para ello se tomaron las siguientes medidas de prevención: 1) seguimiento telefónico posterior a la entrevista y 2) derivación a servicio universitario de Espacio Clínico psicoanalítico de la UdelaR en piso 3 de Hospital de Clínicas, o prestador de salud de la entrevistada, si fuera necesario. Asimismo

se garantiza la reducción de daños previsibles al excluir de la investigación a mujeres que estén en actual tratamiento adyuvante por cáncer (radio o quimioterapia), suspender la entrevista si hay notoria afectación o la entrevistada lo solicita, libertad del sujeto de retirar su consentimiento.

Se valoran como beneficio de participar en el estudio que las instancias de entrevistas abren un espacio de interacción, que puedan generar un camino hacia la elaboración de sus historias, las narrativas proporcionan una organización de sentido que impulsa a reeditar los significados sobre momentos de pérdidas (Domínguez y Herrera, 2013). Así también, las narrativas poseen un potencial de sentido transformador para los sujetos, con respecto a sus problemas o adversidades (Chase, 2015).

- **Capítulo 4. Experiencias y significaciones de enfermar de cáncer de mama**

El capítulo presenta los relatos de las participantes acerca de su experiencia con el cáncer de mama. Resulta importante comenzar el análisis presentando las experiencias y significados porque determinan en parte las vivencias de las mujeres no sólo con su enfermedad, sino con sus cuerpos, sus pérdidas, y la posibilidad o no del proceso de duelo, que será desarrollado en los capítulos subsiguientes. Bajo el entendido que la enfermedad adquiere el valor de un personaje, sobre el cual el sujeto proyecta significados, sobre todo inconscientes, que dependerán su historia (Chiozza, 2010). La persona enferma establece una relación con su enfermedad, que incluye también su relación con el médico y con los tratamientos. Su experiencia estará guiada por la forma de significarla, de darle sentido, ya que "...cada persona es un mundo y creo que aunque cada uno vive una misma experiencia la vivimos todos de diferentes maneras..." (Marina, 47 años). Wallberg et al. (2003) concuerdan en que el significado subjetivo que las pacientes con cáncer de mama atribuyen a su enfermedad refleja factores tanto psicológicos como culturales. Cada mujer vive una experiencia propia y singular con la enfermedad, por el tipo de cáncer, el modo de aparición, sus antecedentes, por el tratamiento recibido, también por "...su edad, si tuviste hijos, si no tuviste hijos, si diste de mamar, si no diste de mamar, no sé en que influye..." (Mabel, 68 años). Una experiencia en la que confluyen la historia personal, la historia previa con el cáncer, la dimensión de lo cultural, el discurso médico, las ideas e imágenes sociales sobre la enfermedad, los imaginarios sobre los cuerpos femeninos, y la respuesta que el sistema de salud brinda a esta problemática, muchas veces marcada por desafíos. Todos son aspectos que dan forma a la experiencia de enfermar por cáncer de mama y actúan en las subjetividades de cada mujer (Talgham, 2011).

4.1. La vivencia de descubrir el cáncer y enfrentar la mastectomía

La irrupción del cáncer de mama en la vida de una mujer supone un corte en su transcurso vital, como dice Rovaletti (1998) la enfermedad es un paréntesis en la vida, las mujeres viven ese

período en función de la misma, todo lo ocupa el cáncer. La enfermedad representa una amenaza para la vida y la integridad física y emocional, el cuerpo se vuelve lugar de combate, ajeno y extraño (Bleichmar, 2011). Altera la percepción que tenían de sus vidas y de sí mismas, y del futuro que se vuelve incierto. Se observa la angustia que produce el encuentro con lo desconocido.

Las experiencias de las mujeres con el cáncer de mama estuvieron marcadas por fuertes emociones y diferentes reacciones y actitudes para enfrentarlo, a veces contradictorias en el proceso de adecuación a una nueva realidad.

La angustia de la noticia

El diagnóstico es una noticia contundente, un fuerte impacto que marca un antes y un después en la vida, de esta manera lo dicen: "...el mundo se detiene (...) lo que te mata en esta patología es la incertidumbre más que la propia enfermedad..." (Rosa, 51 años).

Las participantes denotan angustia ante lo incertidumbre del futuro y por enfrentarse a algo desconocido: "...preocupada porque pensaba bueno si iba a tener la fuerza suficiente como para enfrentarlo..." (Susana, 59 años); "...la verdad que fue un shock, ya de un principio cuando el doctor me dijo que no era nada bueno lo que tenía, ya ahí ya empecé a pensar ¿y ahora qué?..." (Alba, 52 años); "...te preguntas por qué me tiene que pasar esto o qué fue lo que hice mal en la vida para que me toque esto..." (María, 51 años).

La angustia también es provocada por la idea de la cercanía de la muerte: "...en el momento me dijeron cáncer dije "me voy a morir", me puse a llorar, llorar y llorar, no tenía consuelo..." (Valentina, 45 años); "...pensé que me iba a morir, quise despedirme de la gente querida..." (Janet, 55 años); "...fue terriblemente angustiante, una cosa que no podía comer, no podía dormir, pensaba que me iba a morir, que tenía un bebé, ¿para qué tuve un bebé, con qué necesidad? (...) yo ya estaba viendo el cajón..." (Mariana, 38 años). La amenaza a sus vidas, les hacen dar cuenta de la fragilidad de su cuerpo y la propia mortalidad como lo anunciaba Freud (1916/1984e; 1930/1986a), y así lo expresa una participante:

Te hace ver las partes más frágiles, más débiles y más vulnerables tuyas. A una vulnerabilidad que ni se imagina uno cuán vulnerable puede ser (...) frente a lo que estamos hablando de un diagnóstico oncológico, es distinto. A vos ahí se te presenta en tu vida la muerte de otra manera, donde a la vez vas teniendo un manejo de esa posibilidad, será o no será, saldrá o no saldrá pero a vos te llega la muerte, el término... (Viviana, 57 años)

Otras, experimentan diversas emociones al mismo tiempo, como miedo, enojo y tristeza, a la vez que mantienen una actitud determinante y de fortaleza para hacer frente a la enfermedad y todos los tratamientos para su cura, sin dejarse abatir por el miedo, sus emociones la impulsan a "luchar":

Entonces al principio caí mucho, lloraba mucho, tenía ese desasosiego... hubo momentos que sentía ese desasosiego, esa angustia en el pecho que te cuesta respirar y lloraba mucho, y lloraba, lloraba, lloraba y lloraba, y al otro día me levantaba y seguía, luchando y haciendo todo lo que tenía que hacer, los médicos y las cosas. Pasé por momentos de mucho enojo también (...) momentos muy tristes de mucho dolor (...) de mucha angustia, por momentos de mucha euforia, por momentos de mucho enojo, de mucha bronca (...) me tuve lástima, todos los estados de ánimo, el 100% los pasé todos... (Marina, 47 años).

Pensar positivo y ser fuertes

A pesar de la perplejidad y conmoción inicial de la noticia, prevalece una actitud pragmática frente al caos que supone el cáncer, como menciona Janet (55 años) "...fui muy asertiva cómo me moví esos días, hice una cantidad de cosas rápidas (...) me enfoqué en cuidarme y curarme y me curé en parte por esa actitud que tuve...", también Celia "...soy como muy pragmática, mas allá del shock, sé muy bien qué es lo que tengo que hacer y fui y ya esperé al mastólogo, al cirujano que justo estaba ese día en la policlínica..." (Celia, 40 años). Enfrentando el cáncer con determinación, entereza y confianza interior para poder superarlo:

...yo había enfrentado el hecho de mis mamas, y lo he enfrentado de una manera de voy para adelante porque hay una gran complicación en ellas, como vas para adelante en una pierna

como cuando tenes una gran complicación en la pierna, solo te queda ir para adelante...

(Viviana, 57 años)

Algunas entrevistadas se centran en superar las dificultades que tendrán que afrontar, haciendo uso de sus posibilidades, y en actuar de forma ágil y urgente para confirmar el diagnóstico y comenzar los tratamientos lo antes posible: "...ahí empezó toda la carrera (...) fue bastante rápido porque yo también insistí. Yo iba e insistía..." (María, 51 años); "... insistí porque yo lo que tengo es eso y creo que es fundamental en las mujeres porque una conoce el cuerpo..." (Marina, 47 años);

...hacer todo lo posible para hacer todo lo que debiese hacer todo, todo, todo, tratar de hacer todo lo más rápido posible (...) traté de ver cómo mingo se podía acelerar en un tiempo tan difícil, y donde esto siempre es contrarreloj, no tenes que dar changüí... (Viviana, 57 años)

Para otras, ser optimista, pensar de manera positiva y mantener la calma, aparecen como claves para sobrellevar la enfermedad, y adaptarse a los cambios y afectaciones que traen los tratamientos:

...la mentalidad que puede tener uno, que el positivismo que puede tener en ese momento es lo que te saca adelante la enfermedad (...) Entonces hay que ver el lado positivo porque si ves todo lo malo nunca vas a salir adelante porque te vas a quedar con eso. El cáncer es horrible sí, es espantoso es un antes y un después, todo lo que vos quieras pero primero está vivir, que eso es fundamental... (Sara, 61 años)

...después que pasé esa etapa de bronca, de llorar y patalear, dije bueno ta, me tocó y vamos a enfrentarlo de la mejor forma, entonces yo todas las mañanas me levantaba y decía esta porquería no me va matar (...) pensando en positivo para poder afrontar que creo que es lo mejor que puedes hacer porque si te empiezas a bajonear y quedarte medio mal, así tirado en la cama yo creo que el bicho te va comiendo. (Camila, 44 años)

Eso estaba ahí como un gran temor y al mismo tiempo yo me daba cuenta que si yo me enfocaba en eso y me quedaba pensando en eso, no me iba a curar, eso me iba a bajar las

defensas y hacer estar en un estado que no era el estado emocional propicio para que el tratamiento diera resultado. (Janet, 55 años)

Sin embargo, encontramos una participante que lo vivió de forma diferente, Sabina expresa: ...llorá porque es peor que te aguanten el llanto, llora, llora, llora, sentite la peor, que sos la mas desgraciada del mundo, que Dios no te quiere, que los ángeles te odian, todo lo que vos quieras, pero después levántate. Porque eso es obligatorio, pero no vayas a pensar nunca que por ser positiva te vas a salvar, ni de que por ser negativa te vas a morir, porque eso es una estupidez. Acá lo que importa es, con la rapidez de que te hayan encontrado el tumor, con la rapidez que te traten y cómo reaccione tu cuerpo... (Sabina, 45 años).

La decisión de la mastectomía

La mayoría de las participantes proponen la mastectomía como solución urgente y determinante para su cura: "...era como una desesperación de que me sacaran ya, yo le decía al cirujano `sácame las dos tetas, sácame las dos tetas´ ya quería sacarme eso de arriba..." (Celia, 40 años); "...lo mas cómico fue que le dije doctor sáquemelo the one, así le dije..." (Alba, 52 años); "...a mí que me saquen todo y solucionamos, cortamos por lo sano (...) la decisión de hacerme la mastectomía la había tomado yo antes que me lo dijeran..." (Susana, 59 años); "... en aquel momento sentí tengo como el bicho adentro que me lo saquen ya de alguna manera y a mí me sucedió..." (Viviana, 57 años).

En general, al igual que lo encontrado en otras investigaciones (Lima et al., 2018; Manorov et al., 2019) son ellas quienes toman la iniciativa de realizar la cirugía de forma radical, ya que es la forma de recuperar su salud y no vivir con miedo a la recidiva:

Cuando supe que tenía cáncer, yo ya había decidido una mastectomía bilateral, antes de que el médico me dijera lo que había que hacer, yo ya lo había decidido, no era una opción que no me hiciera una mastectomía bilateral, no quería volver a pasar por un cáncer de mama, no quería volver a pasar... (Sabina, 45 años)

Sin embargo, la mastectomía no siempre es la primer opción de los médicos. En varias oportunidades, los oncólogos insisten en optar por una cirugía conservadora del seno, o sugerir cirugías menos invasivas, pero ellas se oponen, manifestando a los médicos su postura determinante:

...como yo era joven el médico me decía `ay no, vamos hacer una cirugía conservadora, vamos a sacar el cuadrante´ no se qué, y yo `doctor a mí me saca todo´, `no pero usted es joven´ que no se qué, `a mí me saca todo porque el cuerpo es mío, yo necesito que me saque todo porque yo no quiero que me quede nada ahí dando vueltas´. (María, 51 años)

...yo planteo la situación de hacerme la mastectomía, ellos me dijeron por el tipo de cáncer que tenía, que sí la izquierda pero no la derecha, yo le dije `no, yo quiero sacarme las dos, tengo 43 años recién cumplidos, tengo hijos y para ustedes soy un número de cédula, para mis hijos soy su mamá y para mí es mi vida, entonces creo que tengo que el derecho de decidir´...(Marina, 47 años)

La preocupación por su salud era la fuerza central que impulsaba todas las decisiones y acciones que tomaron, luego vendrían las preocupaciones por sus cuerpos. A pesar de la dificultad emocional que supone la extirpación de uno o ambos senos, la prioridad es la vida, la salud, por encima del aspecto estético: "...yo como que siempre lo tomé como que primero estaba mi salud, no como si tenía una teta o no la tenía, era principalmente lo que yo quería era sanarme, no conservar mi..." (María, 51 años). Este aspecto resulta interesante vincularlo a los planteos de Bleichmar (2011) sobre la tensión entre la autoconservación de la vida y la representación identitaria de sí mismo cuando la vida se ve amenazada, por ejemplo en lo que expresa Sabina:

Siempre mi prioridad fue poner la salud por encima de lo estético porque yo era mamá (...) de niños muy chicos, entonces yo quería vivir, a mí las mamas me tenían sin cuidado. No sin cuidado que no me importaran pero entendía que era prioritario vivir... (Sabina, 45 años)

Sensación de alivio

Si bien la decisión de la cirugía fue consensuada para salvar su vida, el momento posterior es vivido por ellas como un evento traumático, con dolor, angustia, enojo y lástima: "...pasé sí por un

trauma porque la verdad que nunca me esperé que iba a pasarme esto...” (Alba, 52 años); “...obviamente sentada en el living de mi casa, abierta los dos tajos así, me vino una angustia... un desasosiego...” (Marina, 47 años).

Pero a su vez, la remoción del tumor brinda tranquilidad, de igual forma que lo hallado en Lima et al. (2018) algunas mujeres habían sentido alivio ya que la mama se llevaba consigo la enfermedad. La mastectomía representa un alivio, como lo expresan algunas participantes: “...cuando llega el momento de la mastectomía es como un alivio porque me habían sacado eso de arriba, me lo habían quitado...” (Celia, 40 años); “...la verdad es que me sentí muy mal, pero me sentía tranquila que no iba a tener eso, con la mastectomía me sentía tranquila, que era mejor sacar el problema de raíz...” (Marcela, 53 años); “...al hacer la mastectomía completa había tranquilidad de que el tumor supuestamente se había ido todo, yo estaba tranquila...” (Janet, 55 años).

4.2. Significaciones acerca del cáncer de mama y la mastectomía

Tal como vimos en los desarrollos conceptuales de Sontag (1977), y de Barrera y Manero Brito (2009), la experiencia de la enfermedad tiene una connotación negativa por ser una patología enigmática y repentina, que acerca a la muerte, que vive en el cuerpo silenciosamente, y que produce efectos en su apariencia. Este sentido negativo aparece poco en las entrevistas, porque en general, parecer ser sustituido por la experiencia positiva, que viene a posteriori.

El sentido positivo de la experiencia de la enfermedad es el significado después de haber sobrevivido. “Superar” el cáncer de mama cambió la visión del mundo y de la vida de las mujeres, con sentimientos de aceptación, crecimiento y autorrealización, que son los que prevalecen.

Una experiencia terrorífica

El cáncer “...para mí significó en primer lugar fue una desgracia, porque yo eso de decirte gracias al cáncer de mama, no. O sea, en primer lugar fue una desgracia...” (Sabina, 45 años).

La vivencia del cáncer como una maldad también se debe a la sensación de tener algo extraño y misterioso dentro del cuerpo propio, como lo llama Camila un “...alienígena...” (Camila, 44 años)

o un "...bicho..." (Viviana, 57 años) con vida propia y silenciosa "...que me estaba comiendo..." (Sabina, 45 años). Esta forma de nombrarlo, coincide con lo hallado en el estudio de Wallberg et al. (2003) que cataloga al cáncer como "enemigo" amenazante, extraño e incontrolable. La enfermedad supone el horror del encuentro con lo extraño en el propio cuerpo, ante los cambios corporales que suscita, efectos de los tratamientos, por ejemplo la alopecia, la pérdida o cambios en la función del órgano, y por sobre todo en la amputación de sus partes:

...es una enfermedad terrorífica, terrorífica. Tiene tanto lo social, las mamas, es el pelo que quedas pelada, quedas con cara de enferma, no sé, te caes al piso y nunca te deja de patear... Te pateo, te pateo, te pateo que decís basta por favor. La verdad que es una enfermedad mala, mala, mala, mala (...) No tengo la concepción esa romántica que bueno si me vino esto fue por algo y las señales... no eso no, creo que fue una maldad y que no era necesario. (Mariana, 38 años)

Lindwall y Bergbom (2009) observan que el tumor como un enemigo interior y silencioso deriva en la sensación de desconfianza sobre su cuerpo, en tanto las mujeres sienten que su cuerpo les falló.

Una guerra ganada

Las pacientes enfrentan la mastectomía como una experiencia límite entre la vida y la muerte. Así como lo hallado en el estudio de Lindwall y Bergbom (2009) el cáncer también es vivido por las participantes como una batalla, y su cuerpo el terreno de combate. La metáfora de la guerra es mencionada por varias de ellas: "...es como quien va a una guerra como quien pelea, todo tiene un costo, esta es la guerra ganaste pero bueno perdiste algo. Y bueno a mí me tocó el cáncer de mama..." (Celia, 40 años). Los términos bélicos como guerra, lucha, batalla, sobreviviente, son frecuentes:

...es como como si hubiera estado en un campo de guerra (...) la violencia en mi cuerpo, del cáncer, de la quimio, de la cirugía, y de esa marca, que independientemente que me haga o no me haga la reconstrucción es una marca que está ahí para toda la vida, con una contundencia muy grande... (Janet, 55 años)

Para muchas de las entrevistadas, y en consonancia con otros estudios (Gerschfeld-Litvin, 2018), la ausencia de la mama significa una victoria a pesar de lo perdido, funcionando como un recordatorio de haber superado la enfermedad y estar vivas: “...volví de la guerra salva, gané la batalla y bueno vine mutilada digamos de alguna manera, y al mirarme al espejo representa eso, representa el haber ganado (...) en términos generales yo gané, perdí algo pero en líneas generales gané...” (Celia, 40 años); “...dar gracias que uno está vivo, ya está, perdiste algo pero tenes para contar y poder seguir disfrutando...” (Camila, 44 años); “...esa sensación de que la teta te salvó la vida, que fue como un escudo que absorbió el cáncer y por suerte te pudieron sacar la teta que no la precisas para nada y estas acá, viva y sana...” (Janet, 55 años); “...para mí el significado fue la vida. Para mí tiene un significado positivo perder los senos. Porque es lo que hace que hoy esté hablando contigo y esté viviendo mi vida...” (Marina, 47 años).

Enfermedad estigmatizante

Al cáncer se le suelen asociar mitos y significados (Sontag, 1977; Haraway, 1991; Barrera y Manero Brito, 2009) que producen estigma y sentimientos de lástima o vergüenza en quienes la padecen. Al enterarse de tener cáncer, las personas se ven enfrentadas a la enfermedad con todo lo que ella supone pero también a las creencias e imaginarios culturalmente contruidos. Se puede ver reflejado en el siguiente fragmento de una entrevista:

...creo que es el estigma social, la enfermedad que tiene como un no sé, un algo (...) más que lo que le pase a tu cuerpo. Es peor la mirada (...) la imagen se asocia al cáncer, esa imagen de pelada, sin cejas, sin pestañas y gris, no se asocia a otra cosa... porque yo no noto que la gente mire así si ando en muletas. Se asocia al cáncer, es como dos enfermedades, estar enfermo y tener cáncer. (Mariana, 38 años)

En este sentido, el trabajo de Almeida et al. (2001) que observa el cáncer vivido como un desvío no solo en la salud sino un desvío social, por el estigma al que se deben enfrentar las mujeres como un mal mortal y convivir con una enfermedad estigmatizante. Resulta un tabú, las pacientes suelen ser reservadas acerca de su enfermedad, y socialmente se volvió una enfermedad contagiosa,

es un hecho que muchas personas cercanas del enfermo se distancian y evitan su contacto. Es un tema incómodo el cáncer, una enfermedad tabú por los significados que conlleva, sobre todo asociados con la muerte: "...hubo como un prejuicio con eso, viste como que la gente pensaba que ya estabas como maldita, que ya te ibas a morir y todo eso..." (Mabel, 68 años).

Algo de lo que no se quiere hablar, lo que acarrea el problema de perpetuar la escasez de información y con ello, se propicia y mantienen los mitos o significados estigmatizantes o la información errónea, por ejemplo: "...hay gente que no quiere ni escuchar la palabra cáncer, ni se la nombres porque no quiere saber de nada con eso..." (Susana, 59 años); "...la gente no se quiere investigar ni ir al médico porque tiene miedo de tener algo..." (Rosa, 51 años).

Entrevistadas que forman parte de grupos de apoyo, hablan sobre una evolución en la percepción social del cáncer a lo largo de los años y destacan la importancia de las campañas de prevención. Consideran que hoy se habla más sobre la enfermedad pero no lo suficiente. Existen dificultades para comunicar sobre el cáncer y naturalizar la enfermedad, ya que muchas personas evitan hablar o informarse por miedo. Así también se encuentra en otros pasajes de entrevistas:

...la función que hacíamos era entregar un folleto con información y la gente te lo tiraba en la cara o mujeres jóvenes viste, nada, la gente joven no le hablaras de cáncer, charlas que íbamos a dar, iban cuatro. La gente nos miraba como diciendo estas leprosas, la gente no entendía... (Silvana, 71 años)

...hay mucha gente que no quiere ni un volante, ni que le hables, ni que le nombres. Cuando te acercas y ven lo que es, te dicen que no les hables, que no les digas, hay gente que no quiere ni saber. Entonces sí, hay gente como que tiene miedo de que si sabe puede pasarle algo, si sabe y se encuentra algo viste... (Susana, 59 años)

Las entrevistas destacan la importancia de un cambio cultural en la forma en que se percibe la enfermedad, y la necesidad de un enfoque más inclusivo y comprensivo con las pacientes.

Sinónimo de muerte

Es una de las creencias que permanecen con mayor potencia, incluso en el cáncer de mama donde la sobrevivida es alta. Aún en la actualidad, con los avances médico-tecnológicos para los tratamientos del cáncer de mama, muchas participantes consideran que persiste esta idea de que el cáncer es sinónimo de muerte:

...uno piensa que la palabra cáncer es muerte y ta no siempre es así (...) porque la gente cuando le dicen la palabra cáncer se asusta, yo para mí que todo el mundo le parece que le dicen cáncer y es muerte. (Valentina, 45 años)

La idea del color de la piel como signo de la proximidad de la muerte se observa en algunos pasajes:

...cáncer es sinónimo de muerte para mucha gente, igual mira que estamos trabajando en prevención, desmitificando lo que es el cáncer, que no es sinónimo de muerte, pero igual la gente te ve y te dice “no tenes color a cáncer”, y yo le pregunto “¿y cuál es el color, tengo un color?... (Sara, 61 años)

...cuando uno dice cáncer la gente se piensa que te vas morir mañana, hoy, hoy o mañana (...) lo primero que se piensa es que te vas morir, la persona hace todo el duelo de la muerte (...) La imagen de cuando la persona está con cáncer, te cambia el tono de piel, muchas veces por los remedios y cosas que te dan y la gente se piensa que es porque te estás muriendo. (Rosa, 51 años)

Una enfermedad comúnmente asociada a amputación y dolor, es algo que hay que esconder, en su carácter demoníaco, misterioso y maligno, es de mal augurio, abominable, repugnante, una condena a muerte:

...“ay el oncológico” (dicho con lástima) como esa idea de que se van a morir, de que nadie va sobrevivir a esto. ”Ay pobre tipo” “ay pobre mujer” “qué desgracia, qué horrible” cuando en realidad hay otras enfermedades que capaz son más invalidantes, y no tienen cura. (Mariana, 38 años)

...en muchos lugares te tratan como no sé, que sos paciente oncológica, y parece que tenes que estar ahí medio moribunda y si ven que pareces normal se asombran. (Janet, 55 años)

...te clavan la mirada. "Ay que bien que estás, no tenes ese color"... el color amarillo del cáncer... antes vos decías cáncer la gente salía despavorida (...) era sinónimo de muerte. (Silvana, 71 años)

La mirada de los otros

Los tratamientos para el cáncer de mama tienen efectos de deterioro en el cuerpo, "...no te ves bien, estas color gris así, la gente te mira..." (Mariana, 38 años); "...siempre la gente siempre te mira, porque te ve (...) sí me afectaba que me viera un extraño por ejemplo obviamente, no quería que me viera un extraño, en realidad no permití que eso pasara no..." (Susana, 59 años). Existe en las entrevistadas la sensación de "estar marcada" que mencionaba Langellier (2001). Para Silvana:

...el cáncer como que tiene una marca, la gente, no sé, viste... me acuerdo yo que un día iba sentada en el ómnibus y había una mujer y me miraba me miraba... y le dice a la otra... viste que tiene un seno más chico que el otro... me estaban observando, se ve que se habían dado cuenta no sé... (Silvana, 71 años)

Siguiendo los planteos psicoanalíticos sobre que el cuerpo es de carácter intersubjetivo, porque se conforma a partir del encuentro con el otro, se considera necesario la indagación sobre cómo las mujeres se sienten observadas, bajo el supuesto de que esto también incide en la experiencia de enfermar y en la relación que a partir de eso se establece con el propio cuerpo. En los resultados del trabajo de Scorsolini-Comin, Santos y Souza (2009) también destacan miradas de repudio y curiosidad sentida por las mujeres. Las entrevistadas interpretan de diversas maneras esas miradas intencionadas, y en varias eso hace que prefieran no salir de su casa, restringir círculos públicos y sociales. Para algunas son miradas de lástima, como expresa Valentina "...sentía que la gente no sé, capaz que no, pero como que me miraban y daba lástima, eso me iba para atrás y no salía..." (Valentina, 45 años).

Para otras, es una mirada de temor o incomodidad frente a alguien enfermo:

...la gente está impactada de ver una persona joven (...) entonces no es que te estén mirando con desprecio ni cerca, no sé, como un tema de las células espejo, uno se está viendo en el otro y decís que horrible una persona joven, me parece que pasa un poco por ahí. Pero las miradas de la gente es como inevitable... (Celia, 40 años)

Y algunas, sienten que son vistas de forma poco empática:

Es una mirada como que te cuestiona (...) La gente te mira así y no es empático que te miren, no es una mirada de que decís pah... no no, es una mirada que te hace sentir mal, te hace sentir mal. Encima que te ves mal, te sentís mal, te hace sentir mal... mal mal (...) esa mirada que te hace sentir mal, como cuestionadora, como si te cuestionaran ¿por qué te ves así, por qué estás enfermo de cáncer?... (Mariana, 38 años)

Transformaciones subjetivas tras la experiencia

Transformar algo negativo y una desgracia en algo positivo en la vida, para darle un sentido y un propósito, es algo compartido por la mayoría de las participantes: "...si bien fue algo malo, creo que por otro lado hubo cosas positivas, el hecho de pasar por eso para ayudar a cambiar determinadas cosas en mi vida ...” (Susana, 59 años).

Para algunas entrevistadas la vivencia las "...sensibilizó a ayudar a otras personas..." (María, 51 años) y otras que les "... cambió la cabeza de pensar en otras mujeres..." (Marcela, 53 años). Esto despertó solidaridad, empatía y ganas de ayudar los demás:

...lo que hizo fue acercarme a una realidad de personas de una enfermedad que yo desconocía, me ayudó a mí a ser más solidaria, eso sí. Porque despertó en mí una faceta que capaz si no hubiese tenido cáncer de mama, no la hubiese despertado nunca (...) esto me hizo mas humana si se quiere. (Sabina, 45 años)

El proceso también tiene el potencial de ser creativo y expansivo, es así que para Sara, el cáncer decantó en conformar un grupo de apoyo para mujeres con cáncer de mama y ginecológico, como una vía para seguir sanando:

...lo viví como diciendo bueno esto a mí me tenía que pasar y por qué me pasó, porque yo tenía que ayudar a la gente (...) ha significado mucho porque, porque me ha permitido ver la vida de otra forma, y darle sentido a otras cosas que yo no le daba sentido, me da esa posibilidad de ayudar a otros que capaz que lo tenía ahí dormido y si no me hubiera pasado capaz no hubiera salido y que me encanta... (Sara, 61 años)

Por otro lado, la cercanía de la muerte de forma repentina y prematura alteró la conciencia que tenían de su tiempo y del futuro "...no nos damos cuenta que de un día para otro, te puede pasar algo, se te pone la muerte ahí, y la vida es hoy y hay que disfrutarla. Entonces estoy como bastante más positiva de lo que era antes..." (Janet, 55 años). Darse cuenta de la fragilidad de la vida "...creo que cambió en forma positiva porque me di cuenta que hay que vivir el hoy entonces trato de hacer todo lo que puedo, por ejemplo, vivir el hoy..." (Alba, 52 años).

...mi cáncer me vino a decir 'bastó, volvé a empezar' (...) me hizo valorar cosas que antes... detenerme y decir no, a ver, tengo que disfrutar de eso (...) Me dejó mucha enseñanza, me enseñó también a eso, dame cuenta que no somos inmortales, que en cualquier momento te puede pasar y que hay que lucharla... (Marina, 47 años)

La resignificación de la vida también es observada en otros estudios, como en el de Plaza y Rosario (2014) y Manorov et al. (2019). Sentido como una experiencia de oportunidad, para la transformación y crecimiento personal. Esto provocó cambios en la mayoría de las mujeres, en sus vidas y en sus relaciones con los demás. Les enseñó a reconocer el valor de la vida y el deseo de disfrutar cada momento al máximo. Están eligiendo vivir la vida de manera diferente, vivir el presente, disfrutar y priorizar sus deseos, así lo expresan:

...llegas a un punto que decís pucha me podría haber muerto, me podría haber cambiado la vida totalmente y a veces te haces mala sangre por algo que no tiene sentido (...) no discutir por pequeñeces, ese tipo de cosas que ya no me afectan como me afectaban antes... (Susana, 59 años)

Capaz que me disfruto el cuerpo un poco más, me doy otros permisos (...) porque antes no fumaba, no tomaba, hacía ejercicio, me cuidaba... y como que, capaz que me da mas, le hago mejor a mi cuerpo bajarme una barra de chocolate que tengo ganas de comer una barra de chocolate si me la prohibo, así que darle mas permisos, otros permisos. (Mariana, 38 años)

...me ayudó un poco a darme cuenta que tengo que apostar más por mí, a seguir más por mí.

(...) esto como que te mueve la estantería esto, no sabes cuando vas a estar acá y cuando no vas estar más. (Camila, 44 años)

Superar la enfermedad no solo fue sobrevivir sino salir fortalecidas y empoderadas consigo mismas. Algunos de los relatos reflejan una voz empoderada, quizás por primera vez:

Yo pienso que son pruebas, son pruebas que algunas les toca transitar y que digamos, que en mi caso como que te fortalece no, como que te dan otro tipo de fortaleza para encarar la vida de otra forma también... (María, 51 años)

Enseña a valorar lo importante el cáncer a mi me enseña desde lo espiritual a ver la vida y amigarme con un montón de cosas (...) esta situación fue un empoderamiento, el cáncer es como un maestro. Sin duda que esta experiencia a mí como mujer me empodera. (Celia, 40 años)

Luego, en definitiva eso es “agarra tu vida, trabaja tu vida”. Agarra tu vida, empoderate de tu vida, y todo lo que está sucediendo es lo que tiene que suceder, la vida me está presentando todo lo que me está presentando, yo tengo que ver cómo respondo a diario, a diario, a eso que me presenta la vida, eso me significa el cáncer y en mi caso pienso o tengo la certeza, de que lo que yo puedo hacer es el trabajo sobre mí misma, el ir al mayor autoconocimiento que yo pueda tener, ir a la mayor pureza y conocimiento, pureza de corazón y conocimiento de mí misma... (Viviana, 57 años).

4.3. Respuesta del sistema de salud

Esta categoría surge como un hallazgo emergente de la investigación. En la narración de sus experiencias, muchas mujeres mencionan múltiples desafíos o situaciones frustrantes por las dificultades encontradas en la respuesta del sistema de salud frente a la enfermedad. Las dificultades tienen que ver con muchas veces la excesiva burocracia de los servicios, con una demanda a menudo superior a los recursos disponibles en el sistema de salud, con errores técnicos, con deficiencias en la comunicación y en la relación médico-paciente.

El diagnóstico y sus limitaciones médicas

La variabilidad de los casos, el conocimiento médico científico sobre la enfermedad, que si bien está en constante estudio tiene sus límites e insuficiencias, los recursos disponibles y características del sistema de salud, producen en ocasiones respuestas del mismo que son percibidas como deficitarias por las mujeres, tanto sea en la fase diagnóstica de la enfermedad, como en el transcurso de los tratamientos.

Varias participantes, tuvieron que lidiar con trabas del servicio de salud y discutir con médicos para acelerar el proceso de atención, diagnóstico y tratamiento adecuado. Este período es vivido con gran monto de ansiedad. Como en el caso de María, que al palpar el tumor en su casa, se dirigió al ginecólogo y le recetó una ecografía:

...me dieron para dentro de un mes, me volví a mi casa y ta esa noche no dormí te podrías imaginar, yo un mes no puedo esperar, entonces al otro día me fui a la emergencia y me planté ahí, y les dije mirá a mí me pasa tal y tal cosa, si no me ve un médico hoy yo de acá no me muevo, así que no sé ustedes vean a ver qué médico me va a ver, yo necesito hacerme esa ecografía hoy mismo... (María, 51 años)

Por otro lado, no todos los casos son iguales, cada cáncer es particular y singular "...porque el cáncer es de nombre y apellido..." (Viviana, 57 años) y necesita ser abordado de forma individual, qué tratamiento corresponde, cuánto, en qué orden. Por lo general, modificando decisiones y procedimientos a medida que transcurre el tiempo y se obtienen resultados. Todo esto sumado genera

mayor incertidumbre y miedo en las pacientes. Sara cuenta que “...en realidad hicieron un ateneo médico para ver qué era lo que iban hacer conmigo porque nadie tenía idea, porque era un caso bastante nuevo, porque habían mastectomías bilaterales, pero no se daban hace muchos años...” (Sara, 61 años); y Rosa dice “...Y te das cuenta las limitaciones médicas, o sea que el médico sabe pero tal vez no. Entonces cuando quedas ahí cortado y el médico te dice ‘no tengo la menor idea qué hacer contigo’...” (Rosa, 51 años).

Algunos casos de los estudiados presentaron muchas más dificultades para arribar a un diagnóstico certero. Varias de las entrevistadas experimentaron un proceso diagnóstico prolongado, complicado y dudoso:

...me demoró llegar al diagnóstico unos cuantos días porque no se pensaba que era eso. Hice tratamiento con tópicos, para ver si no era algo a la piel (...) (después de varias consultas) yo seguí insistiendo porque seguía con una herida que no cerraba, que era muy pequeña pero no cerraba. Consulté una ginecóloga en policlínica y me hizo el pase al H, en el H, me vieron y me hicieron una punción, me hicieron una punción transecografía guiada que esperé ahí mismo, me hicieron esperar un rato y la médica me llamó para decirme lo que tenía... (Marcela, 53 años)

...el médico me revisa y me dice ‘ah esto es muscular, te voy a mandar diclofenac, tomalo durante una semana’. Y yo lo tomé pero viste cuando tenes un sexto sentido (...) me tomé el diclofecan pero ya saqué hora para el oncólogo. El oncólogo lo desestimó también (...) me manda de vuelta a L, hacemos punción, y la punción da (...) efectivamente dio positivo. (Sabina, 45 años)

Todas las participantes resaltan la necesidad de una atención médica más comprensiva y comunicativa para garantizar la mejor asistencia, así como la necesidad de defender los propios derechos y tomar decisiones informadas: “...Yo también tengo derechos y dudas y que si bien el médico es el que estudió, se puede equivocar, como fue mi caso, yo la luché, hice todo lo que pude por estar viva...” (Marina, 47 años). Por parte de las mujeres, conocer su cuerpo, confiar en su

intuición y persistir en buscar respuestas a pesar de las complicaciones en el proceso médico. La importancia de empoderarse en la propia salud, cuestionar y buscar respuestas, ya que "...la medicina falla y que también está en uno ponerle un poquito de tus decisiones..." (Marina, 47 años).

La relación con los médicos

En todo este proceso, la relación y comunicación con los médicos resulta fundamental. Para algunas de ellas, tuvieron médicos que consideraron compasivos, humanos, fueron empáticos y les hicieron sentir apoyada: "...el mastólogo con el que cambié fue muy humano, yo llegué llorando, llorando, llorando, me decía 'tranquila' y yo solo lloraba, y lo que hizo en principio fue abrazarme y decirme 'no te vas a morir de esto'..." (Mariana, 38 años); "...Y N era divino, tenía eso de humano que lo tienen pocos médicos, era una persona que se preocupaba..." (Sabina, 45 años).

Tener una buena relación con sus médicos tratantes, basado en la empatía, el respeto y la comunicación, les genera mayor confianza en su tratamiento. Es parte fundamental en el proceso de cura de la enfermedad, recibir la información clara y precisa, sentirse comprendida por el equipo médico:

...lee el resultado, lo lee conmigo, me va explicando, me hace un dibujito de mi mama, me pone lo que yo tenía ahí, me examina, me muestra lo que estaba ahí, estaba físicamente en el cuerpo, me hace que yo misma identifique el nódulo de la mama y de la axila, y me dice que bueno hay dos posibilidades, que en los dos casos me tiene que operar... (Janet, 55 años)

Sin embargo, otras sintieron que sus médicos carecían de esa sensibilidad, y que se concentraban sólo en lo físico, olvidando el aspecto subjetivo y emocional de la enfermedad:

El médico como todo médico me dijo que tenía mastectomía bilateral radical lo cual no tenía ni idea qué era. Salí de ahí con ese diagnóstico más el tratamiento completo: quimio, radio y la cirugía, sin saber de qué estábamos hablando... (Sara, 61 años)

...me parece que los médicos no se sientan a hablar con la paciente, a explicarle, cómo sería, no lo charlan, ellos dan por sentado que ellos son los especialistas y que las cosas se tienen que hacer como ellos dicen y no me parece correcto. (Sabina, 45 años)

Enfatizan la importancia de mejorar la asistencia a pacientes con cáncer de mama, de recibir un tratamiento médico cuidadoso y compasivo, con especial hincapié en la necesidad de una atención integral que contemple no sólo el aspecto físico, sino también su bienestar emocional y psíquico. Esto se ve reflejado en la comunicación médico-paciente, notando una falta de preparación psicológica en los equipos médicos y demás actores del sistema de salud, la necesidad de la empatía y el trato humano, tal como manifiesta una participante:

...el problema es ese, el médico se concentran en lo médico pero se olvida que la persona es un todo entonces se olvida de las emociones (...) es una enfermedad que si bien corres contra el tiempo, la corrida tiene que ser, te tenes que apurar pero no en las palabras, las palabras tienen que ser cuidado en como tratás a la persona (...) otro problema tenemos, el sistema de salud, no tiene gente preparada psicológicamente para dar información, no es que no tenga psicólogos sino que no es el psicólogo el que da la información. Lo termina dando el enfermero... (Rosa, 51 años)

Estas experiencias reflejan las concepciones sobre el cuerpo del discurso médico (Rovaletti, 2003; Galiussi, 2005; Unzueta y Lora, 2002; Le Breton, 1990) que fueron desarrolladas en el marco conceptual, y que para las mujeres que vivencian la enfermedad lo notan como una falta, una necesidad que debe ser cubierta.

La necesidad de acompañamiento y atención integral

Las participantes narran la atención recibida y observan que es un reto para el sistema de salud brindar un tratamiento integral para este tipo de enfermedades "...No hay como un trabajo del equipo oncológico fijo de que haya una contención psicológica, no lo hay ni en piso ni cuando son ambulatorios..." (Celia, 40 años); "...la gente cuando pasa por una cosa así, necesita un equipo multidisciplinario que lo esté apoyando a ellos, a la familia, orientando, buscándole la vuelta..." (Rosa, 51 años).

El paradigma biológico que aún impera en el sistema de salud, no considera la subjetividad de las mujeres, el significado de enfrentarse a la enfermedad y las pérdidas que acontecen. Las

mujeres de esta investigación, destacan la importancia de contar con un equipo médico y psicológico a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, y la necesidad de un enfoque multidisciplinario:

...creo que ciertamente de que haya faltado un equipo, que falta un equipo (...) tiene que haber equipos mas fortalecidos para uno que los necesitaba pero tiene que estar, no que los tiene que pedir. Una mujer que ya va a una mastectomía o a una cirugía ya tiene que haber ido como tuvo que pasar por el anestesista, ya tendría que haber pasado por el psicólogo, el psiquiatra, un equipo multidisciplinario... (Marcela, 53 años)

Considerar los aspectos psicológicos en la atención a las mujeres mastectomizadas resulta indispensable:

...no tenes a nadie que te de ese apoyo y lo necesitas (...) terapia, tanto después del diagnóstico, para mí ya desde el momento que te dicen tenes cáncer, tenes que tener, en ese momento tiene que haber un terapeuta, ahí en el momento que te van a dar el diagnóstico, y después seguir con terapia hasta que se considere necesario en realidad sería, porque vos no sabes cuánto tiempo, capaz que una persona queda bárbaro y está bien y vos decís ta no necesitas más eso lo valora el profesional y otra persona capaz necesita tener terapia tres años (...) tiene que haber profesionales y yo veo que la mujer está muy sola, muy sola... (Sabina, 45 años)

- **Capítulo 5. El cuerpo después de la mastectomía**

La irrupción del cáncer y la mastectomía, rompen con la unidad e integridad corporal. Cuando el cuerpo genera dolor y sufrimiento, se vuelve un objeto exterior, ajeno y extraño (Le Breton, 1990; Assoun, 1998; Aulagnier, 1994). El desarrollo de este capítulo con sus sub-capítulos pretenden dar cuenta de que el cuerpo reflejado no es aquel con el que la mujer se reconoce, sino una imagen sin representación ni registro para sí (Tizón, 2013). Freud (1914/1984d) decía que la zona dañada se vuelve foco de preocupación e interés vital, las investiduras libidinales se concentran allí y absorben al yo; así también, el sentimiento de sí se ve deteriorado a causa de perturbaciones corporales que puedan frustrar la satisfacción del ideal del yo. Es así que la relación con su cuerpo se torna desconocida y se establece bajo sentimientos ambiguos y extrañeza ante la propia imagen (Castrillo, 2002; Bleichmar, 2011), al igual que es encontrado por Laza-Vásquez et al. (2021) una mezcla de sentimientos contradictorios con sus cuerpos entre aceptación y resignación, así lo manifiesta una de nuestras entrevistadas: "...Yo tengo una relación de amor odio con mi cuerpo..." (Sabina, 45 años).

Este capítulo, por un lado, describe los cambios visibles como es la extirpación del seno, que las lleva a sentirse desfiguradas e incompletas, las cicatrices, pero también la pérdida de cabello, los problemas de linfedema en los brazos y deterioro del cuerpo general. Estos cambios notorios, producen afectaciones más íntimas, invisibles, que inciden en sus subjetividades.

Por otro lado, se exploran los afectos y experiencias con su cuerpo luego de la mastectomía como un cuerpo alterado y marcado, y se describen la reacciones y repercusiones físicas y emocionales de la misma: pérdida de cabello, la vestimenta, linfedema y sexualidad. Y se estudian los significados atribuidos a la mastectomía y cómo la ausencia de uno o ambos de sus senos, afecta la relación con su propio cuerpo y su lugar como mujer.

El significado que se le dé a la enfermedad y la mastectomía, está íntimamente ligado a la representación del cuerpo femenino que tiene esa mujer pero también a la condición social y cultural de la imagen corporal en las mujeres, como lo ha teorizado Alkolombre (2011) y Díaz Facio (2010).

5.1. Ideas socioculturales sobre el cuerpo y lo femenino

A la hora de estudiar acerca del cáncer de mama, emergen cuestiones que involucran al cuerpo, al género, a la construcción de lo femenino, así como todo el contexto de significados acerca de la enfermedad. Este apartado aborda lo hallado acerca del imaginario sociocultural del cuerpo femenino y del ser mujer, que permite observar cómo la internalización de los estereotipos, modelos de belleza e ideales de género influyen en la vida de las mujeres (Pasquinelli, 2025), especialmente en situaciones como la pérdida de un seno, que será trabajado en apartados siguientes cuando se desarrolle el análisis de las entrevistas sobre los cambios corporales y sus significaciones.

El contexto sociocultural constituye un elemento clave en la percepción que los sujetos tienen de sí mismos, en tanto el cuerpo como producto cultural (Mauss, 1936/1971). Las preferencias estéticas corporales están determinadas por la cultura y suscitan diferentes percepciones de las mujeres sobre sí mismas, sobre la base de sus características físicas, alineadas o no a lo considerado “normal” como se vio en los planteamientos de Lamas (1999), Carril (2002), Meler (2005) y Fernández (1993). A su vez, el contexto donde la mujer se desenvuelve marca asignaciones morales, culturales, sexuales, otorga atributos y establecen roles de género y papeles sociales a cumplir. Asignaciones que están vinculadas con ciertas partes del cuerpo, a los órganos se le atribuyen representaciones y valores (Le Breton, 2002). La feminidad no es algo innato, se deviene mujer tras un proceso de subjetivación (Lamas, 1999), de lo que debe ser una mujer (Meler, 2004).

En los resultados de este apartado pueden encontrarse similitudes con los ya obtenidos en el estudio de Caro et al. (2012) que explora el ‘ser mujer’ dividido en dos categorías: mujer-maniquí y mujer-madre. También a la idea freudiana de los pechos donde confluyen el hambre y el amor (Freud, 1900/1979, p.218) y de la doble función de los órganos corporales como al servicio de la pulsión sexual y la pulsión yoica (Freud, 1910/1986c). Y la idea de Levinton (2013) sobre los dos prototipos contemporáneos de mujer, la madre ideal y la mujer atractiva y sensual.

El cuerpo normal

Durante las entrevistas, en los relatos singulares y personales de cada experiencia, se pueden observar las incidencias y vestigio del discurso cultural acerca de los cuerpos femeninos:

Culturalmente la mujer tiene que tener un cuerpo lindo, el hombre no importa si tiene panza, estrías, si está gordo, si se le cae todo. Pero la mujer tiene que tener un cuerpo, no sé si 90-60-90 eso por suerte está cambiando un poco, pero tiene que ser un cuerpo atractivo a la vista...
(Sabina, 45 años)

La sociedad produce ideas sobre cómo debe ser el cuerpo de una mujer considerada normal, esto es, completo, simétrico y homogéneo. Son valorados los atributos de la delgadez, la juventud y la voluptuosidad en senos y glúteos: "...ser esquelética, tener un cuerpito 90-60-90 porque si no, no (...) tiene que ser flaca para el estereotipo de mujer normal..." (Sara, 61 años); "...tenemos que ser perfectas, cuerpos perfectos, no tener celulitis, no tener estrías, siempre estar impecables, una buenas lolas..." (Marina, 47 años). La idea de mujer queda asociada al cuidado de la apariencia estética. Se refleja una presión social por cumplir con los estándares de belleza establecidos, con normas estéticas y de feminidad centradas en la apariencia física y roles de género. Expresa Marcela que "...hoy en el mundo que estamos, las mujeres están para la estética, estamos para vernos bien, para vernos lindas, seductoras..."; una especial preocupación "...si estás mas gorda, si estás mas flaca, entiendes la parte estética, si te salen arrugas, si no te salen, una está más preocupada por lo físico y lo estético..." (Marina, 47 años).

La idea del cuerpo perfecto venera a los pechos como el símbolo de identificación femenina, le es asignado el valor de lo seductor, lo erótico, de la fertilidad, la maternidad y la buena salud: "...porque tenemos eso que las mujeres tenemos que tener tetas y rellenar un soutien..." expresa Celia, y comenta Sara que es "...ese estigma de que si no tenes mamas, sos menos mujer..." (Sara, 61 años); "...todos sabemos lo de cuerpos perfectos, mamas perfectas, glúteos perfectos. Ya sea porque naturalmente los tiene o sino porque te los haces..." (Viviana, 57 años).

Tales imaginarios sociales y estándares de belleza impuestos e internalizados, imponen una mayor carga simbólica a los cuerpos de las mujeres que son sometidas a mastectomía. Un cuerpo que discrepe con estos, puede llevar a limitar su participación social. Al respecto Janet dijo: "...lo que se espera de las mujeres o sea, ser mujer es tener dos tetas y un culo, en lo posible voluptuoso y con determinadas características, entonces bueno si no encajas en ese modelo estás en problemas..." (Janet, 55 años).

Maternar y cuidar

Ante la pregunta "¿qué es ser mujer para ti?", se dieron respuestas que estaban íntimamente relacionadas con la función del pecho femenino, ser madres y amamantar: "...para mí ser mujer es ser madre, primero..." (Marcela, 53 años). Las mamas quedan directamente asociadas a un rol social de género, que cumple con determinados atributos como la capacidad de amar, cuidar y guiar:

...se ponen una familia arriba, y tiene la capacidad de ser madre mas allá de poder gestar. El amor, inconmensurable que contiene la mujer es como único... (Celia, 40 años)

Creo que tenemos una sensibilidad que no tienen los hombres, creo que tenemos esa capacidad de leer al otro lo que siente, yo creo que en eso somos como privilegiadas porque tenemos esa capacidad de empatizar mas y de ver lo que al otro le pasa. (Marina, 47 años)

Para mí ser mujer implica la parte del hogar, llevar la casa adelante, tomar las decisiones vos. Esta cosas me implican a mí, para eso es ser una buena mujer, estar en el hogar, trabajo, atender a su marido y a sus hijos... (Valentina, 45 años)

Ser mujer implica tener una fuerza inherente para enfrentar desafíos y dolores, cuidar de seres queridos, y encargarse de las tareas domésticas así como de poder trabajar por su independencia, ser sostén fundamental del hogar y la familia, asumiendo múltiples responsabilidades:

...para mí la mujer es una mujer empoderada que sí puede atender y hacer varias cosas a la vez que los hombres no pueden, atender tu casa, salir a trabajar atender los niños, haces tus actividades, vivir tu vida, no depender del otro, ser mujer es no depender de un hombre al lado. (Sara, 61 años)

...cargan con todo, con las cosas de la casa, con cocinar, con ir a buscarlos, con llevarlos, con comprarle ropa, con que faltó fulano, con que se enferman, con que hay que ir a llevarlo al médico (...) Ser mujer, es ser pilar para mí. La mujer es pilar de la sociedad, chau, no solo de la casa, es pilar de una sociedad. Ser mujer es llevar las riendas adelante de tu vida, de tu casa, de tu país te diría. (Sabina, 45 años)

5.2. Los cambios corporales

Si bien la perturbación central es la extirpación de la o las mamas, durante las entrevistas se encontró que las mujeres aludían también a otro tipo de cambios en sus cuerpos, resultados de los tratamientos, que tuvieron un gran impacto en sus vidas. Relatan modificaciones a corto y largo plazo, tanto temporales como otros permanentes. Sienten frustración por las limitaciones impuestas tras la cirugía, lo que representa cambios en su vida diaria, como no poder hacer actividades comunes, o abandonar sus papeles sociales como mujer, trabajadora, madre o ama de casa, entre otros. Afectación en su vida sexual y erótica, repercusiones en su sentimiento de mujer. Son resultados coincidentes a trabajos previos como en Manorov et al. (2019); Aureliano (2009); Rodríguez y Rossello (2007); Menon y O'Mahony (2019); entre otros. Además también la forma de responder a estos cambios corporales es similar a lo hallado en trabajos como el de Laza-Vásquez et al. (2021) y Aureliano (2009), a través del uso de maquillajes, pelucas, vestimentas específicas, etc. Consideramos importante agregarlos al estudio ya que se repitieron en la mayoría de las entrevistas de forma emergente, estos cambios en sus siluetas de mujer, también suponen pérdidas en algunos sentidos, y van a afectar la valoración y relación que las mujeres tienen de su cuerpo.

Las marcas en el cuerpo

La cirugía deja un cuerpo marcado por las cicatrices, "...parezco frankenstein..." dice Sabina, y habla de la dificultad de aceptar las cicatrices y cómo esto impacta en la percepción de su cuerpo. El cuerpo marcado, sentido con extrañeza "...ante el espejo obviamente te ves y no sos la misma persona, tenes cicatrices y cosas que no es tu cuerpo tu cuerpo..." (María, 51 años), al igual que Sara

frente al espejo “...decías bueno estoy distinta. Uno se mira y se ve diferente... tienes dos cicatrices, no te vas a ver igual...” (Sara, 61 años).

El impacto de ver su cuerpo alterado, con cicatrices es compartido por varias de ellas, que perciben su cuerpo de forma distinta, haciéndoles sentir que algo ha cambiado para siempre:

...fue verme una cicatriz entera en el pecho, delante de un espejo, sin el pelo, con la cicatriz, como que es mucho, es mucho realmente (...) te tienes que bañar, tenes que estar mirando esa cicatriz que te cruza toda la mama. No es fácil, nada fácil. (Marcela, 53 años)

...realmente es super impactante cuando me veo la cicatriz, es como la sensación que tuve de que estaba acuchillada, es como muy fuerte porque es una cicatriz grande, es una cicatriz que está recién sanándose, y claro y me veo y digo pah, ese día al otro día, yo le escribí una carta al cáncer, que le empiezo diciendo, ‘qué desastre que dejaste’. Porque es cuando yo, me viene como la bronca así con el cáncer así como ‘pah, deja marcas en el cuerpo’... (Janet, 55 años)

Silva y Vargens (2016) hallan que las cicatrices de la cirugía son interpretadas como la evidencia de una pérdida, un cuerpo marcado que las hace sentir una mujer diferente, donde intervienen aspectos psicológicos y socioculturales.

Algunas mujeres informaron sentirse cohibidas y pudorosas de mostrar su cuerpo con respecto a sus cicatrices después de la mastectomía:

...abajo de mi uniforme uso una prili, porque vos te cambias en vestuario con otras mujeres y a mí no me gusta que vean mis cicatrices (...) yo no me baño en un gimnasio, en un club o algo con otra mujer. A mí no me gusta que nadie vea mi cicatriz, la única persona que ve mi operación es mi oncóloga. (Sabina, 45 años)

Aunque con dificultades, otras encuentran formas de estar cómodas con su cuerpo:

...nunca he tenido problemas de estar desnuda en vestuarios ni nada de eso, no me da pudor, no tengo problema, en ese sentido no tengo problema (...) pero sí sentir capaz que la gente se siente incómoda... (Camila, 44 años)

...estoy viva, o sea, tajeada de lado a lado pero estoy viva (...) Yo me tengo que sentir bien conmigo, yo capaz que te muestro mis mamas y me decís pah qué desagradable, bueno es una sensación tuya, yo me siento bien conmigo. Y es lo que trato de hacer, de sentirme yo conmigo bien. (Marina, 47 años)

La pérdida de cabello

Aunque no es un cambio corporal directo de la mastectomía, sino de la quimioterapia como tratamiento adyuvante (realizada antes o después de la cirugía), aparece frecuentemente en sus relatos como una alteración corporal importante.

La quimioterapia produce efectos físicos que son sumamente impactantes para la mujer, ya que "...no es perder el cabello, es perder todos los vellos de todo el cuerpo, las cejas, las pestañas, el vello púbico, absolutamente todo..." (Janet, 55 años). La mayoría de las entrevistadas refieren que al ser la repercusión del cáncer más visible, es de las más difíciles de aceptar, ya que es más incómodo ocultarla, y produce una imagen de deterioro o desfigurada que se vuelve irreconocible:

...creo que no tener pelo creo que es peor que no tener mama, porque no te miran las mamas, porque la mama la puedes rellenar y no sabes qué es lo que tenes dentro, puedes tener una mama de una bolsa de arroz, pero no tenes pelo... (Marcela, 53 años)

...creo que la caída del pelo fue más chocante, no se me cayó, me lo arranqué, me pelé yo, que lo de la mama en ese momento, tenía un pelo rubio por la cintura que lo tenía hacia añares largo así divino (...) y ta me hice una cola y me lo corte primero por acá (señala) y después cuando vi que se me empezaban a caer los primeros mechones me pelé. (Mariana, 38 años)

...al principio me dio mucha vergüenza cuando me quedé sin pelo, pero ta, ni salía a la calle, me daba vergüenza que me estén mirando y dar lástima entonces ni salía a la calle. Estuve como un año y pico acá encerrada, solo salía si me subía en el auto y ta, pero sino no salía, ni hacer mandados nada. (Valentina, 45 años)

Las mujeres resuelven de formas diferentes su calvicie. Hay quienes la camuflan, con peluca o pañuelo en todo momento, otras solamente cuando salen de sus casas para no sentirse observadas,

y en otros casos el uso de la peluca fue a pedido de familiares, sobre todo de sus hijos. Pero también hay quienes se mostraban: "...de repente usaba peluca como de repente no. Muchas veces las usaba porque te ves mejor con la peluca pero si tenía que salir sin peluca salía sin peluca sin nada..." (María, 51 años).

...preferí andar pelada que andar inventando pañuelos, cositas, nunca procuré una peluca porque yo estaba haciendo eso y así andaba y me sentía bien y en todo caso alguna vez capaz que me pudrí, algo por los demás para no generarles una cosa de 'ah pobre' o 'qué espantoso, cómo esta mujer nos agrede mostrándose así...' (Viviana, 57 años)

Linfedema

La mastectomía acarrea problemas en los brazos cuando los ganglios se ven afectados, lo que trae limitaciones en su movilidad y fuerza. Tiene un gran impacto en la vida cotidiana, y en algunas entrevistadas genera miedo a la inutilidad como mujer al cuidado de su hogar, por no poder cumplir con el rol social familiar: "...me limita muchas cosas, porque fuerza no puedo hacer, aparte que perdí fuerza en el brazo, entonces hay cosas que me tengo que limitar en hacerlas porque no puedo entonces ta... antes me sentía bárbara..." (Valentina, 45 años); "...no me dejan hacer esfuerzo, sí me cambió en ese punto que me limitó a hacer cosas que yo siempre hacía, que iba al super y cargaba y esto y lo otro, esa parte ya no lo hago más..." (María, 51 años).

El linfedema es visto como un problema discapacitante que puede arruinar la vida, porque para otras además, implica pérdidas significativas para sus vidas: "...incluso tuve más duelo con el tema, el temor de que este brazo no pudiera volver a hacer cosas, que hay cosas que no puedo hacer..." (Janet, 55 años).

Modificó toda mi vida la mastectomía (...) yo estaba preparando una media maratón, yo corría, yo corría 10K, 15K, estaba preparando los 21 y no volví a tener ganas, no es tener ganas, yo sé que parte del entrenamiento el hacer planchas, el hacer burpees, el hacer lagartijas, que no lo puedo hacer por haberme sacado los ganglios eso no corre más, entonces me sentí como apartada en un mundo (...) me siento como inválida entiendes que no puedo

hacer todo lo que quiero porque tengo que estar teniendo cuidado porque capaz que el brazo me queda como un elefante. (Sabina, 45 años)

A raíz de sus experiencias, tanto Janet como Sabina, destacan la importancia de la rehabilitación del brazo para la vida de la mujer luego de la cirugía, como parte ineludible de la recuperación:

...hay una cantidad de mujeres en Uruguay que tienen problemas graves de linfedema, y en parte tiene que ver con esto, con que no se le da importancia, se le da más importancia a la estética que a la función, yo te decía, la mama no tiene ninguna función, el brazo sí. ¿Por qué me habla todo el mundo de la reconstrucción mamaria y nadie me habla de la rehabilitación del brazo?... (Janet, 55 años)

...me parece que hay que informar más, tienen que haber campañas sobre tratamiento de linfedema, hay pocos médicos que se dediquen al linfedema. Las mujeres no saben lo que es el linfedema, no saben cómo tratarlo, así como hay fisioterapia para las personas cuando se fracturan, me parece que tendría que haber fisioterapia para las mujeres mastectomizadas que le sacan los ganglios después de la cirugía, sería correcto, fisioterapia obligatoria, no opcional. (Sabina, 45 años)

Aunque haya sido manifestado por la minoría de mujeres, este aspecto es un hallazgo interesante de la investigación, y que fue explorado en pocos trabajos anteriores, por ejemplo Aureliano (2009) también encontró que las mujeres de su estudio presentaban más preocupación por la recuperación de sus brazos que por lo estético de su apariencia. Los aspectos simbólicos afectados como la sexualidad, la maternidad, la feminidad, sensualidad, fueron redimensionados por los aspectos funcionales de su cuerpo.

5.3. Efectos subjetivos de las pérdidas y alteraciones en el cuerpo

El cáncer de mama tiene importantes repercusiones a nivel psíquico y social, está asociado a dolor, desfiguración, incapacidad, rechazo social, "...es una de las enfermedades que afecta

psicológicamente a las personas porque la visualización es lo que capaz que te afecta verte...” (Rosa, 51 años). La imagen que devuelve el espejo es la de un cuerpo distorsionado, que causa pudor e insatisfacción: “...no me gusta verme así, yo uso la prótesis desde que me levanto hasta que me acuesto, pero ta, al momento de bañarme y eso no me gusta. No me gusta verme a mí así...” (Valentina, 45 años). La pérdida de la mama, cambia la percepción sobre sus cuerpos y su feminidad. Un cuerpo alterado por la falta de una parte intrínsecamente ligada a lo femenino:

...me repercutió mucho sí, en mi imagen para mí, porque el que te ven afuera es una cosa, pero que vos te veas todos los días en el baño, en el espejo, mirarte, cómo te sentís (...) el proceso de verte mujer es todo un tema. (Marcela, 53 años)

Este apartado tiene relación con los planteamientos de Levinton (2013) sobre el superyó femenino como una instancia normativa que regula la relación de la mujer consigo misma, en términos conflictivos, observando constantemente fallos, inferioridad, desvalorización y desaprobación. Y coinciden con estudios anteriores como el de Duarte y Andrade (2003), Araújo y Fernandes (2008) Plaza y Rosario (2014), Durães Rocha et al. (2016), Menon y O’Mahony (2019).

Se examina el impacto y la significación otorgada a la pérdida de la mama, notando que ello dependerá de los sentidos que las mujeres atribuyen a sus mamas, como en el estudio de Macêdo y Santana (2007) que encuentran sentidos divergentes. Según lo recabado se pueden dividir en: las mamas como parte fundamental de su feminidad, por tanto su pérdida ocasiona una disminución como mujer, o, como una parte más del cuerpo sin atribución especial más que su función orgánica, en donde su pérdida no incide en su percepción de mujer. Estos significados siempre subjetivos pero también atravesados por las ideas culturales sobre los senos y la feminidad. Tal como manifiesta Talgham (2011) las mamas desempeñan un conjunto de funciones interrelacionadas, de modos que, si una de estas se ve afectada, se verá afectado la totalidad del significado subjetivo y demás funciones que la mujer le brindó. Entre ellas están: función alimenticia, función psicológica del amamantamiento, función identificatoria femenina, función erógena.

Sexualidad y vida erótica

Los cambios corporales influyeron negativamente en cómo las mujeres se sienten respecto a su cuerpo en relación con su sexualidad, que se vuelve insatisfactoria. Cambia su comportamiento y tienen limitaciones para vincularse, y temores en su vida sexual, de la desnudez. La repercusión en esta dimensión se repite en todas las entrevistas, tanto en participantes con o sin reconstrucción mamaria:

...tengo una lola sola, entonces digo yo, qué hombre, con qué hombre puedo salir (...) entonces me doy cuenta que eso es un tema, una limitación, esa es la única razón por la que pienso que quizás me tendría que operar, para no tener otra limitación más en cuanto a acercarme a varones (...) porque pienso que no sé, voy a estar con alguien la persona va estar pendiente de mi cuerpo yo que sé... (Janet, 55 años)

Asimismo, algunas perciben que "...no volví a ser la misma, incluso ya te digo hasta me influyó en la libido..." (Mabel, 68 años); "...en la parte íntima no tenes tantas ganas de tener relaciones..." (Valentina, 45 años). Manifiestan que su erotismo y deseo habían disminuido:

...los tratamientos te matan, no quieres saber de nada de nada, dejada, la sexualidad va por otro lado, va por un abrazo, por sentir el compañero, va porque no te haga sentir horrible, porque te sentís desagradable, yo me miraba al espejo y decía 'yo no querría acostarme conmigo'... (Mariana, 38 años)

Algunas se sienten inseguras de cómo serán recibidas por su pareja, por lo que su apoyo y compañía influye en todas las etapas de la enfermedad:

...como que él nunca me hizo sentir que era algo desagradable. Nunca me hizo sentir que era algo que estaba feo en mí o lo que fuere, entonces eso ayudó que yo no me sintiera tampoco mal al no tener o tener... (María, 51 años)

...al principio me costó pero él me dijo que no le importaba como que ta, ahí como que ya empecé a quedar como más tranquila, también pensaba capaz que me deja, capaz que no quiere estar más conmigo porque me falta un seno. (Valentina, 45 años)

Los hallazgos en esta dimensión son consistentes con los de Laza-Vásquez et al. (2021), Duarte y Andrade (2003), y otros, que describen intentos de disimular sus cuerpos en la intimidad por miedo al rechazo. En las entrevistas se repite la imposibilidad de estar desnudas para tener relaciones sexuales, por la vergüenza que su cuerpo les genera, y usar estrategias para tener tapada la zona del pecho o no ser vistas: “...tenía la vergüenza al desnudarme, prefería la oscuridad...” (Marcela, 53 años); “...no podía sacarme la prili, tenía mis relaciones sexuales con la prili puesta no podía sacarla...” (Celia, 40 años); “...tampoco me gusta que mi esposo me vea así...” (Alba, 52 años); “...en la intimidad por ejemplo no me saco el soutien...” (Marina, 47 años); “...me afectó muchísimo a nivel sexual, en mi intimidad es una cosa por demás, de hecho yo prefiero en la intimidad usar una camiseta, no me gusta estar desnuda, no me gusta porque no me gusto yo...” (Sabina, 45 años).

Vestirse

Los cambios corporales luego de la mastectomía son inevitables, así sea que se realicen la reconstrucción mamaria con prótesis internas, o utilicen prótesis externas, la forma de vestirse, y mostrar su cuerpo se ven modificados.

Las mujeres mencionan la dificultad de encontrar ropa adecuada y soutienes: “...era un problema conseguir soutienes, los soutienes especiales que hay para las prótesis salen muchísimos más caros o no conseguías...” (Susana, 59 años).

La ropa de verano y los bikinis son de especial preocupación para todas las entrevistadas, para cuidar que no se les noten la cicatrices, ya que en invierno es más fácil ocultar tanto sean sus cicatrices como la falta de la mama, o el uso de prótesis externas: “...me pongo un traje de baño, me pongo un vestido, tal vez tiene que ser de determinada manera porque se me nota la cicatriz pero ya está o tiene que tener determinado sujetador...” (Celia, 40 años); “...no es que me de vergüenza nada, no es que me sienta menos mujer ni nada que me molesta pero sí cuando en verano me pongo la malla y esas cosas sí porque se nota...” (Camila, 44 años); “...me da como vergüenza ponele de ir a la playa porque ta, es difícil encontrar una malla que puedas poner la prótesis...” (Mabel, 68 años).

No poder vestir las prendas que siempre usaron, ni ropa que elegirían, sentir una limitación en la elección de la ropa, optando quizás no por prendas que les gusten sino que le sean cómodas y ayuden a tapar lo que no les agrada de su cuerpo, es motivo de angustia de su proceso. Esto también afecta a su percepción corporal y a la exposición de la mirada de los otros. Se pueden observar expresiones que tienen que ver con la pérdida, con un cuerpo que ya no es el mismo, con el monto de angustia que eso conlleva:

...y no era yo, no era yo, no me sentía completa, me sentí que me faltaba algo, me faltaba una parte de mi cuerpo que también hace de la mujer, y más cuando sos elegante y cuando te gusta usar la ropa justa y te gusta ser coqueta y bueno, te sentís chata, te sientes que no hay ropa, te sentís de bajón. (Marcela, 53 años)

...me pone muy mal, me gustaba usar la ropa justa, usar remeritas, todo eso se me dificulta viste, no me siento la misma persona (...) lo del cuerpo cuesta, cuesta porque digo respecto al no tener mamas, por ejemplo, se usan las soleras, los vestidos escotaditos, las remeras, yo que sé viste a veces una blusita y a veces yo tengo que pedir que me ponga un ganchito o algo o ponerle yo porque se te ve viste, eso te cuesta yo a veces miro y digo `ay que lindo poder mostrar tu cuerpo, qué lindo fue poder mostrar tu cuerpo y ahora no se puede', pero bueno ahora no se puede. (Mabel, 68 años)

Janet realiza un acto que parece simbolizar una especie de ritual de despedida:

...clasifiqué toda la ropa que ya no iba a poder usar, y la deseché, la regalé, hice como un duelo con esa ropa, empecé a entender que tenía que comprarme otro tipo de soutien, otro tipo de bikini, pero me fui cada vez encontrando con más comodidad... (Janet, 55 años)

La percepción de su feminidad: sentirse mutiladas e incompletas

La integridad corporal se rompe tras la mastectomía, un cuerpo alterado por la modificación de su forma, por la falta de una parte, por la sensación de asimetría. La percepción de un cuerpo deformado, incompleto, es sentido por varias de las participantes: "...y sos menos que otra persona vamos a decir, porque te falta algo, te robaron un pedazo de tu cuerpo y vos ves otras mujeres que

están bien...” (Silvana, 71 años); “...creo que a nadie le gusta que otros te miren si se dan cuenta que tenes un defecto...” (Susana, 59 años).

...al principio me costaba hasta bañarme, no me podía ni mirar al espejo, me sentía rara porque era como que me faltaba algo mío (...) a nadie le gustaría perder parte de su cuerpo, después que me operé me siento como rara porque me falta esa parte (...) te hace sentir que te falta algo de tu cuerpo. (Valentina, 45 años)

El pecho de la mujer tiene una gran importancia en la cultura occidental, en la dimensión de la sexualidad y del atractivo físico, es un elemento de alto valor simbólico por un lado como pecho erótico, fuente de placer y deseos masculinos. Su pérdida provoca en muchas mujeres, el sentimiento de estar disminuida:

...porque vos estas con otras cicatrices que no la va a tener una mujer normal, con una estética normal, digo por hacerse estética (...) para mí es diferente la mujer que pasó por un cáncer de mama. Hay dos tipos de mujeres, unas con cuerpos bellísimos como las modelos y otras mujeres esas mujeres que ya no quieren ser guerreras pero que les gustaría verse como esas mujeres. Como que no lo llevas como competencia pero que te gustaría estar bien, esa es la realidad. (Marcela, 53 años)

...realmente verte así frente al espejo no es nada lindo, te sentís como muy disminuida como mujer (...) yo lloraba porque me parecía que me faltaba algo, que en realidad me faltaba, pero te sentís disminuida (...) no volví a ser la misma (...) yo me siento así como mutilada, como mujer... porque además el tema de las mamas, de los senos es un componente erótico importante (...) te parece que siempre te van a estar mirando. (Mabel, 68 años)

Y por otro lado, el pecho nutritivo, la función materna, la relación madre-hijo, como rol de género histórico de la mujer “...es darle de mamar a los niños, es un bien prototipo de lo que es la feminidad de la mujer...” (Sara, 61 años). En este sentido la pérdida va más allá de la apariencia:

Lo estético no fue mi problema, aunque te parezca mentira ¿sabes cuál fue la única pavada teniendo cuatro y no volvería a tener aunque pudiera? pero fue la parte de amamantar, de los

pezones, no lo estético sino la parte fisiológica, lo mismo que los ovarios, no voy a tener más hijos pero saber que no los puedo tener, me hizo un poquito de... pero nada estupideces que me duraron 5 minutos pero las viví, las pensé por lo menos, no me generaron una angustia, pero sí lo pensé, me pasó por la cabeza. (Marina, 47 años)

El cuerpo alterado por la mastectomía, es una imagen que no coincide con la apariencia habitual con la que la mujer se identifica. Asimismo, la apariencia física de la mujer constituye una parte importante de su valoración social, por lo que es un componente importante de su subjetividad. La mastectomía podría significar una mutilación no sólo de órgano sino de lo femenino en ella. Su pérdida "...impresiona porque es una agresión muy directa viste que está vinculada a lo que somos, mujeres, y todo lo que son nuestras partes femeninas y eso nos puede impactar..." (Rosa, 51 años).

La palabra "mutilación" para referirse a su sentir respecto a la falta de sus senos es usada en sus relatos: "...cuando me vi aquella cirugía me sentí como mutilada, no me quiero no me quiero ver, no me quiero ver..." (Mariana, 38 años); "...yo que sé, yo me siento muy mutilada, muy mutilada y eso que lo superé y tato de no pensarlo y bueno (...) Eso a veces me cuesta manejarlo todavía (...) yo me siento así como mutilada, como mujer..." (Mabel, 68 años).

...te sentís mutilada. Es como inevitable. No sé si es algo cultural o qué (...) me parecía que no me importaba, estaba segura que no me importaba. Pero después cuando me enfrento mastectomizada ya al espejo, (...) enfrentarte a ese peso psicológico de cuánto importancia tiene una teta en la vida de una mujer (...) entonces en ese momento te olvidas de todo lo que pasaste, la quimio, que superaste un cáncer, porque te sentís mutilada y me costó muchísimo, yo creo que me cuesta hasta ahora. (Celia, 40 años)

Estos resultados subrayan las conclusiones obtenidas en gran parte de los trabajos previos de este campo sobre los efectos de la mastectomía en la imagen corporal como una pérdida de la feminidad, vivido con sentimientos de vergüenza, tristeza, extrañamiento y sensación de mutilación ante la propia imagen (Brito et al., 2022; Lima et al., 2018; Caro et al., 2012; Piot-Ziegler et al., 2010; Menon y O'Mahony, 2019; Silva y Vargens, 2016).

No cambia el ser mujer

Para las mujeres que ubican a las mamas como una parte más del cuerpo, que cumplen una función orgánica, la mastectomía fue un desafío para su apariencia y erotismo, pero no afectó su percepción de ser mujer. En algunas participantes, porque su función orgánica, ya dejó de cumplir su función y pueden prescindir de ella para la vida:

...la mama es un órgano, en mi caso que tengo 55 años no cumple ninguna función, no me voy a embarazar, no voy a dar lactancia, no tiene ninguna función, si la glándula mamaria se fue porque tenía un tumor, se fue, fin de la historia. (Janet, 55 años)

Entonces el hecho de sacarme las dos mamas no me preocupaba por lo que te dije, yo en realidad ya me había hecho una ligadura de trompas, yo no iba a tener más hijos, entonces sacarme la glándula mamaria, no era algo que me afectara (...) perfectamente podía ponerme dos plásticos porque en realidad no la iba a necesitar. (Sabina, 45 años)

Y en otras, los cambios en su cuerpo no la definen "...esto es algo que si bien se asocia a la feminidad, como que no, no me afecta..." (María, 51 años); "...un seno no te va cambiar, no te va cambiar para nada..." (Camila, 44 años); "...yo estoy acá completa, no estoy discapacitada, no tengo ninguna parte de mi cuerpo que me falte..." (Janet, 55 años); "...el ser mujer no. Yo sigo siendo la misma. Que yo sepa yo no cambié en nada, y en mi casa me ven igual..." (Alba, 52 años).

Si bien sus mamas tienen una connotación afectiva especial, no definen la feminidad. En algunas participantes se encuentra una valoración del cuerpo y la feminidad en su totalidad, sin depender exclusivamente de la apariencia física:

...sos una mujer con o sin mama, yo sé que la mama es fundamental, la parte de la feminidad y todo lo que vos me digas (...) pero hay otras cosas que son importantes porque vos en la mujer no solo tenes mamas. Tenes otras cosas. Entonces no porque te quiten las mamas vas a dejar de ser menos mujer. (Sara, 61 años)

- **Capítulo 6. Frente a la pérdida: duelar, disimular, reparar, reconstruir**

La sensación de extrañeza frente al cuerpo alterado que deja la mastectomía, supone el encuentro con un cuerpo que ya no es el mismo, ya no es más el mismo “yo”, en tanto el “yo soy” está articulado a la estructura corporal. Esto requeriría de un trabajo psíquico de reestructuración o reapropiación del cuerpo como propio, con los ajustes en la subjetividad que eso traiga aparejado. Se entiende desde esta investigación que ese trabajo psíquico podría asimilarse a un proceso de duelo.

Este capítulo estudia la forma que adquiere el duelo por la pérdida de órgano corporal, y se halla que mayormente las mujeres utilizan diferentes recursos para disimular o camuflar la extirpación de la mama, lo que se dio a llamar “disimular pérdida” que buscan recobrar la sensación de unidad corporal femenina: prótesis mamarias externas, diferentes tipos de rellenos, prótesis internas (reconstrucción mamaria). De igual forma esto es observado por literatura previa (Araújo y Fernandes, 2008; Da Silva y Dos Santos, 2008). Esto podrá abrir la interrogante sobre si son un camino para atravesar el duelo o una forma de esconderlo.

Asimismo, en algunos relatos también se observan algunas acciones de las mujeres que pueden entenderse como formas de afrontar la pérdida, estrategias para sobrellevar el duelo.

Sin embargo, se encontró que en muchos de los casos, hay una negación a identificar este proceso como una pérdida que inicia un duelo, aunque puedan vislumbrarse manifestaciones propias de ello.

6.1. Duelar y reparar

La pérdida de un seno puede considerarse un duelo, pero es una pérdida que está ligada a mantener la vida. Hay mujeres que aceptan la pérdida de sus senos, pero es una aceptación que surge del hecho de que es inevitable, como único camino hacia la cura: “...sí es una pérdida, es una pérdida las mamas pero no lo sentí como pérdida en sí...” (Sara, 61 años).

Esta manera de ver la pérdida, Herring et al. (2019) la cataloga como una actitud pragmática al considerar la extirpación del seno como parte ineludible del proceso, y como observa Gerschfeld-Litvin (2018), si bien, les producía angustia saber que perderían el seno, la asociación de la mastectomía con la vida minimizaba la sensación de pérdida y se centraban en sobrevivir físicamente. Sobre esto se hallan coincidencias en los relatos de las mujeres de esta investigación:

Yo no sé si lo llamaría duelo. No se si llamaría duelo. Porque era algo que lo tenía que hacer, porque si no lo hacía me moría, entonces yo no lo llamaría duelo. Yo lo llamaría una solución a un problema (...) era algo que lo tenía muy claro, me lo tenía que sacar, no tenía otra solución. Era sacarlo o morir (...) aunque la mama es algo femenino, la mama es algo más... no es una pierna, no es un brazo, es algo más emocional capaz. Como decírtelo, más sentimental más... más sensual... más... (piensa mucho) pero no lo tomo como un duelo. (Alba, 52 años)

Con respecto a mis mamas, qué sucede, es que claro, deben ser como todos los órganos, si te los pones a manejar cada uno tiene que vivir su falta de órgano, en el caso de las mamas para mí, lo que significaba es que fuera por ahí que tuviera el desafío de vida, era porque a mis mamas pequeñas yo las amaba (...) me voy a una cosa de imaginarme y hacer futurología o pensar es una pelotudes pero capaz que si vos me dijeras, te saco un ojo, lógico le hago un recontra duelo porque quedarme sin visión sí me recontra importa. Con respecto a lo estético, no me ha afectado, es más, en este momento tengo el agradecimiento de estar como estoy. (Viviana, 57 años)

Las manifestaciones de duelo se ven dificultadas, muchas veces por la vorágine de los tiempos médicos, de los tratamientos, por la premura de curarse, dejando atrás toda posibilidad de conectar con lo ocurrido. En este sentido, varias de ellas manifiestan haber seguido adelante sin dar mucho espacio para conectar con los sentimientos de pérdida o afectos asociados al duelo: "...mis duelos son así, creo que son 24 horas, 48 horas y seguí para adelante..." (Rosa, 51 años); "...duelo en sí no. No me dio el tiempo..." (Sara, 61 años)

...yo sigo para adelante, no me doy mucho espacio para conectar con eso, o sea, siempre tenía, es como estar así, te pasa eso, pero a la vez tenes que encarar una etapa y otra etapa y otra etapa (...) yo como que no tuve mucho tiempo así para conectar con la pérdida, siempre me adelanté. (Janet, 55 años)

Esto podría, en algunas casos, propiciar un duelo tardío, que requiere de un tiempo: "...esos duelos que decís tú fueron después, no enseguida, fueron a los años..." (Sara, 61 años); "...yo ahí soy un huracán, no paro... capaz que no me permito caer, ahora cuando logro cuando todo... pasé por momentos de mucha tristeza, de noches sin dormir..." (Marina, 47 años).

Y yo después de que me operaron como que te vas achicando más no sé, después que pasaste todo... a veces parece que no estás en las mismas condiciones que otra persona (...) Al año ahí fue cuando como que tuve un bajón y como que tuve un bajón grande, y ta después salí, la vida siguió... (Silvana, 71 años)

...después que pasas ese periodo, en algún momento que empezas con los controles rutinarios, lo que sea, haces un bajón, porque mientras vas para adelante totalmente entera, y yo seguí entera, pero entonces físicamente y anímicamente yo sí sé personalmente a nadie se lo dije que hay un bajón, hay como una caída, te das cuenta que en el apuro y en el ir para adelante corriste mucho riesgo. (Viviana, 57 años)

En el caso de Rosa narra una situación donde se observan expresiones y manifestaciones de estar en duelo, sin embargo, no lo reconoce como tal su duelo actual por la pérdida corporal, sino lo relaciona con sentimientos similares a los sentidos en otros duelos por la muerte de seres queridos:

...lo que te pasa es esa sensación de vacío, esa sensación de tristeza profunda, que te da, que yo digo es como si tuvieras un agujero negro adentro esa sensación de desesperación, de no encontrar una respuesta a la situación (...) esa sensación hasta el día de hoy, ese vacío pocas veces me dio, bueno cuando fallecieron mis padres. Pocas veces, es la misma sensación, es la misma sensación esa de (se toca el pecho) de que duele mucho, de un dolor profundo... (Rosa, 51 años)

En el caso de aquellas que sí refieren al duelo de lo que se perdió, lo piensan como un proceso de aceptación de un cuerpo nuevo sin mamas, con implantes, con prótesis externas, con cicatrices, con las huellas del cáncer. Un proceso que "...necesitas hablarlo, necesitas manejar esa angustia, aceptar el nuevo cuerpo, necesitas procesar el duelo que fue y ya no es..." (Sabina, 45 años).

...ya tu cuerpo no es el mismo, yo hoy tengo un cansancio que no tenía, porque soy más vieja sí pero también te deja secuelas las medicaciones que uno toma, te deja cansancio, un montón de cosas físicas que no las ve nadie, y psíquicas que tampoco las ve nadie (...) Así que nada, me amigué conmigo. Acepto lo que tengo. (Marina, 47 años).

...las compañeras de *amamas* y *knittedknockers*, que son las que hacen prótesis tejidas (...) me regalan esas prótesis, y ese día cuando llego acá a mi casa y un almohadón de corazón que me regalaron, la prótesis tejidas ahí es que tengo como, me cae la ficha de la pérdida, ese es el momento que yo conecto con el duelo (...) yo conecto con el duelo y de una manera también como linda, que sentí ese amor de esas mujeres, tejedoras, esa red de contención... (Janet, 55 años)

6.2. Disimular y reconstruir

Aunque la mastectomía es vista como una mutilación, también es algo reparable o pasible de ocultación, lo que le da cierta tranquilidad a algunas participantes: "...Y no tengo mama bueno no tengo mama. Tengo otras opciones, si quiero me reconstruyo, si quiero me pongo prótesis externas o si quiero no me pongo nada..." (Sara, 61 años); "...digo porque como que no estás completa, colocarte esas bolsitas de arroz, colocarte ropa, o soutien con relleno, yo que sé un montón de cosas que hice..." (Marcela, 53 años).

Es una mutilación pero que tiene reparación. Entonces es como en cierta forma me quedo tranquila por eso (...) Y no se me nota porque al tener la mama tejida, el expansor, nadie se detiene, nadie tuvo un motivo para enterarse. (Alba, 52 años)

Cada situación es singular, no solo por la subjetividad de cada mujer sino porque cada cirugía y cada tratamiento es único y de eso depende las opciones luego de la mastectomía. Con prótesis externa, o reconstrucción mamaria, el proceso fundamental parece ser adaptarse a un nuevo cuerpo. Estas formas de hacerlo pueden ser entendidas como procesamiento de la pérdida o pasarla desapercibida, que emergen como interrogantes, se trata de un duelo o una forma de desmentirlo.

Usar prótesis

El uso de prótesis externas es de las formas habitualmente utilizadas para disimular la falta de seno: "...prefiero ponerme una prótesis externa y que sea una cosa más natural..." (Mabel, 68 años); "...cuando me pongo la prótesis me siento ta ahí, nadie se da cuenta..." (Valentina, 45 años); "...yo tengo que usar la prótesis, no tengo opción, porque no es que me haya quedado..." (Sara, 61 años).

Si estoy de ropa nadie se entera que no tenga nada, que lo que tengo son prótesis ni nada por el estilo porque se ven bien. Simétricas y bueno una está un poquito más chica que la otra pero trato de rellenar y tener las dos iguales... (María, 51 años)

El uso de las prótesis además de estético, también tiene un sentido funcional y de salud, aunque la mayoría lo eligen por el aspecto físico estético:

...cuando tú no tenes el equilibrio de las dos mamas, se te cae el hombro, empezas a tener problemas de columna, y a mí ya se me estaba bajando el hombro, entonces ella (fisiatra) me dijo la próxima vez te quiero ver con la prótesis externa, está bien que tú te rellenes la mama pero no es lo más adecuado. (Susana, 59 años)

Hablan sobre las molestias y dificultades de su uso diario, por ejemplo que son de difícil acceso comprar unas de buena de calidad, que son de altos costos, que en Uruguay no hay variedad, encontrar ropa que se adapte a las prótesis, en verano dan calor, entre otras incomodidades de su uso. Muchas usan la prótesis sólo para salir de sus casas, por ejemplo: "...no me gustaba salir atender la puerta si no tenía la prótesis puesta obviamente..." (Susana, 59 años); "...yo llevo que ahora vivo sola, lo primero que hago es sacarme la prótesis..." (Silvana, 71 años).

Ahora por ejemplo no me la puse, me levanté y ya me puse la remera y pero casi siempre sí si, para salir siempre sí, para hacer mandados si si la uso siempre (...) igual ya ahora estoy acostumbrada a la prótesis externa viste, ando con ella para arriba y para abajo, me pesa bastante tiene bastante peso, pero bueno sigo así. (Mabel, 68 años)

Algunas de ellas además relatan anécdotas de haber salido sin la prótesis puesta, y son contadas con humor:

...era verano de esos calores (...) yo en mi casa andaba sin la prótesis por el tema de la alergia que me daba, y me fui a la carnicería sin la prótesis y cuando volví a casa la encontré arriba de la cama y yo dije ay que horrible, me fui sin prótesis... (Susana, 59 años)

...de olvidarme eso me ha pasado, por lo general cuando viene alguien a traerte que bajas del edificio voy abrir el portón y ah la prótesis... con ropa de invierno no se nota mucho, la mía se nota porque la verdad que la diferencia es grande, pero en verano con la ropa más finita te das cuenta y a esta altura ya me entro riendo qué vas hacer. (Silvana, 71 años)

Reconstrucción mamaria

La reconstrucción mamaria es valorada como una reparación a la pérdida causada por la mastectomía, que se convierte en un daño reversible posible de arreglar o enmendar, para algunas se trataba de:

...colocar una prótesis y ya estaba, me parecía que era lo más sano para mí (...) me sentía contentísima porque cuando salís de un cáncer y te ves las mamas, la mama ahí aunque sea una prótesis tenes tu cuerpo casi completo. (Marcela, 53 años)

La cirugía de reconstrucción es una decisión personal. En la actualidad esta cirugía está incluida como prestación gratuita a todas las usuarias del sistema de salud que hayan pasado por una mastectomía. Las mujeres atribuyen su decisión de someterse a una reconstrucción mamaria como una forma de volver a ser ellas mismas y restaurar su "yo" normal, estos resultados son coincidentes con estudios como el de Blanco-Sánchez (2010) donde la reconstrucción es sentida por muchas mujeres para recomponer su integridad y como una forma de "borrar" su cáncer.

Por un lado, minimizar los efectos de la pérdida de una mama:

Nunca me llegué, mas allá de que la operación no era muy amigable, nunca me llegué a ver sin nada. Eso debe ser lo más impactante, verte sin nada. Nunca me llegué a ver sin nada, entonces no es algo que me impresionó... (Rosa, 51 años)

Por otro lado, el deseo de ser percibidas con una apariencia “normal”, sin cambios. El principal motivo que manifiestan las participantes es estético, para reparar su imagen y ayudar a su autoestima: “...si me puedo sentir mejor de verme más prolijita...” (Mabel, 68 años); “...eso también me lleva a querer reconstruirme, para verme mejor, yo siempre usaba cosas muy escotadas y ahora no las puedo usar...” (Valentina, 45 años).

...ya sabía que estaba la posibilidad de hacer una cirugía reparadora, no tenía mucha información pero en mi cabeza me puse ok, si salgo de esta después que se cumplan todos los tiempos para poder hacerme la cirugía reparadora, me la hago y chau, va a ser un premio, la frutilla de la torta, un regalo; nunca me operé las mamas, bueno, la excusa perfecta para hacerme las lolas. (Janet, 55 años)

En esta decisión también influyen la edad de la mujer y su situación de pareja:

...las muchachas más jóvenes son las que se quieren reconstruir obviamente porque o están en pareja y para verse mejor con sus maridos y parejas y las de más edad no porque están divorciadas o porque tienen muchísimos años de matrimonio y no les interesa pasar por todo eso para reconstruirse. (Sara, 61 años)

Además, en muchos casos, la cirugía de reconstrucción es sugerida por los médicos, basándose también en la edad de las pacientes y en estereotipos de belleza del cuerpo, así es comentado por alguna de ellas:

...me hicieron mastectomía unilateral de la enferma, la otra no porque estaba sana, me van hacer una reconstrucción, me la van a achicar al tamaño de la otra... eso es el tratamiento final. Pero esto es todo por la cirujana plástica (...) en realidad el tratamiento me dijo así, es

sacar la mama, expansor, prótesis mamaria, reducción de la otra mama; ese era el tratamiento.

(Alba, 52 años)

...me aconsejaron hacerme la reconstrucción porque como sos joven, tenes que no sé qué, y es un poco incómodo andar con las prótesis removibles (...) siempre que iba hacerme la ecografía mismo el oncólogo o el ginecólogo, siempre me decían `ay no que te tenes que arreglar, que te tiene que quedar mejor, que así no está muy bien´... (María, 51 años)

...ella (oncóloga) me estuvo hablando (...) y dice `porque es muy duro cuando uno se ve así, vos sos una mujer joven´ entonces bueno, digo `si la verdad no lo había pensado pero bueno´, y sino tenes, me habló de todas las posibilidades, las prótesis externas pero bueno dice yo lo intentaría y me mandó con una cirujana plástica... (Mabel, 68 años)

Algunas entrevistadas narran que pasaron por procesos de reconstrucción mamaria largos, dolorosos, y con efectos secundarios como dolor crónico, falta de sensibilidad; también que puede llevar varias intervenciones, surgir complicaciones médicas y que tiene los riesgos inherentes que supone ingresar en un quirófano: "...el llenado del expansor es jodido. Es muy rígido el expansor y cada vez que te rellenan es como salir doblado del consultorio pero ta..." (Alba, 52 años).

...esto atrás del músculo duele, duele, duele, me tenía muy... yo decía parezco un pescadito no puedo estirar los brazos, estoy con aletitas así, claro no podía levantar los brazos (...) el músculo todavía como que no está, pero físicamente me veo bien... estoy tomando tramadol todo el día, vengo tarada, ando de lengua trabada para que no me duela, no quiero andar así pero me muero de dolor.... Gastritis, adelgacé... no sé, estoy peor que con la quimioterapia pero claro, tengo unas lolas interesantes... (Mariana, 38 años)

Varias de ellas experimentaron dificultades y altibajos en el proceso de reconstrucción y con consecuencias a futuro, algunas no continúan con más cirugías por miedo; otras siguen buscando reconstruirse para mejorar su autoestima a pesar de sus riesgos y complicaciones:

...cuando el cirujano plástico me puso la prótesis me tocó mi teta sana, me dijo para levantarla para que quede pareja yo qué sé, yo no tenía nociones, me estaban tocando una teta sana al

cuete, me la cortaron toda, me cortaron todo alrededor de la aureola, me cortaron todo abajo, que después no sé después cuando fui madre, me costó amamantar a mi hija porque tenía todo el pezón liso porque no se me formaba, y ahí también me generó como mucha bronca toda esta cuestión de lo estético, que bueno nada, es como algo normal para el cuerpo médico pero tampoco se le da la importancia. (Celia, 40 años)

...fue todo un camino muy, muy largo, muy largo la reconstrucción. Tuve muchísimas cirugías, muchas, muchas, y después cuando comencé con la reconstrucción, con el equipo de cirugía también, estuvo mis planteamientos y mis dudas (...) entonces me coloraron unas prótesis con expansores en la mama izquierda que era la enferma, iba y no tenía adelantos, me colocaban el suero, yo volvía a mi ciudad y al otro día ya no tenía nada, y así estuve mucho tiempo, y llevó a una mala relación al final con el médico tratante porque me había pinchado el expansor (...) la pasé muy mal, porque en el cuerpo tenía una prótesis pinchada y no era para lo que me la habían colocado... (Marcela, 53 años)

En cuanto a los resultados esperados y obtenidos de la intervención, son similares a la mayoría de antecedentes que concluyen que las altas expectativas en relación a los resultados estéticos de la reconstrucción, generan mayor vulnerabilidad porque en general no son satisfechas. Se encuentra que son menos las mujeres que quedaron conformes:

...el resultado estético fue muy bueno. Las mamas ahora están que tienen una pequeña asimetría, tengo el expansor puesto, todavía me falta un volumencito chiquito, pero así me saque fotos las miré y no hay como las naturales pero la verdad que estoy contenta, tengo un gran escote y claro parece que tengo 15 años con esas lolas saladas (se ríe) y bueno mis lolas obviamente que chau se fueron (...) no hay como las naturales pero la verdad que estoy contenta. (Mariana, 38 años)

En su mayoría no quedan satisfechas con los resultados. Si bien consideraban a la reconstrucción mamaria como importante para la autoestima; las cicatrices y resultados no fueron tan estéticos como esperaban:

...me quedó espantoso (se ríe) (...) tengo las dos reconstruidas con prótesis internas. Y bueno como practicidad, es práctico porque obviamente no tenes que estar pendiente de si se te van a volar en cualquier momento, con el escote o demás, después si me preguntas si me quedaron lindas, no, yo he visto otras reconstrucciones que quedaron preciosas.... La mía no, tiene más cortes, incluso tengo algunos cortes que se hicieron queloides entonces quedaron unas cicatrices feas y grandes. (María, 51 años)

...me solucionaron el problema, no como lo quería pero bueno ta, tengo las dos mamas y eso era lo que buscaba, pero no quedé conforme pero bueno, hoy me pesa más estar bien que cómo me veo, esa es la realidad. A veces las mujeres se piensan que ta que uno con esto de la mastectomía y hacerse la cirugía de las mamas, va a quedar 100% y mentira, no quedas 100% (...) pensé que me iba a sentir a pleno con la prótesis, tenía ese sueño de que me iba a sentir mejor, de que te me iban reconstruir y que iba a ser perfecto y no. No fue perfecto. Me siento mejor es una realidad, me hubiera gustado sentirme muchísimo mejor, que fuera cuando una mujer va y se coloca las lolas, no es eso... (Marcela, 53 años)

...yo pensé que me iban a poner las prótesis y que me iban a quedar dos pechos simétricos, y bien, estéticamente bien, nunca me imaginé que me iba a quedar esto que me quedó (...) no me gusta a mí, no me gusta verlas en mí, no me gusta ver como quedó en mí. (Sabina, 45 años)

Además, agregado a lo antes expuesto, es necesario destacar que, muchas de ellas reconocen que nada puede reemplazar la sensación de tener su seno natural. Estas consideraciones también se encuentran en investigaciones anteriores donde la reconstrucción es vista como recuperación estética y restitución de lo femenino, pero la prótesis siempre será una prótesis, un seno ajeno (Caro et al., 2012; Aureliano, 2009; Piot-Ziegler et al., 2010). La cirugía estética no puede restaurar completamente la apariencia o funcionalidad, y no soluciona definitivamente aspectos físicos como la dificultad para usar cierto tipo de ropa o en su sexualidad. Nada podrá reemplazar sus senos, en lo estético, en lo sensible, en lo funcional. A pesar de las prótesis, la sensación de incompletud no

desaparece y aún deben enfrentar desafíos físicos y conflictos emocionales. La reconstrucción mamaria podría resolver el problema estético, pero

...en definitiva nada va a sustituir mi teta. Que me rellene el espacio con una prótesis no va hacerme sentir normal (...) soy destetada porque esto es simplemente un relleno como digo yo, no es tu teta caída, arrugada, chiquita lo que sea, no es mía, ni siquiera es una teta (...) Y después repensarme frente al espejo, y yo digo ¿para qué miercoles si total lo otro no te queda ni cerca, no tienes ni un pezón? A veces te ofrecen hacerte un tatuaje, la forma es como si tuvieras una bolsa que está como aboyada. (Celia, 40 años)

En esta línea, hay mujeres que cuestionan la importancia de tener un cuerpo perfecto y la necesidad de una reconstrucción mamaria, muchas veces impulsada por la medicina. Piensan que, a veces se piensa en términos de remplazo quirúrgico sin considerar la importancia emocional para ellas y la falta de importancia dada a la pérdida. A menudo se buscan soluciones rápidas y llenar vacíos sin considerar la perspectiva del paciente. Como ya se vio anteriormente los médicos la mayoría de las veces, priorizan conservar la mama antes de extirparla, y siempre sugieren la cirugía de reconstrucción, incidiendo muchas veces en la decisión, en general basado en una concepción estética del cuerpo:

...fue como todo muy rápido, no me dejaron la posibilidad de tomar un tiempo en pensar si yo quería el implante o no. No digo que lo haya hecho con malicias ni con nada, sino que a veces el sistema está pensado como “le sacamos una cosa y le ponemos un implante, total es lo mismo y llenamos un hueco” ta... Entonces en el momento yo paciente no tenía la noción, era como tac tac tac una cosa detrás de la otra y era como que quería salir de todo eso. Entonces en el mismo momento que me hacen la mastectomía me ponen el expansor (...) fue como caer dentro de un tubo y nada se dio todo... (Celia, 40 años)

Algunas mujeres perciben que ante la premura médica, se tomaron decisiones apresuradas. Los médicos a menudo deciden rápidamente sobre las cirugías estéticas sin dar tiempo a las mujeres

para evaluar, y se pueden someter a varias cirugías y tratamientos sin poder reflexionar adecuadamente sobre ellos, con escasa información para decidir:

...no está bueno eso de que no te den la posibilidad de tener un proceso de poder evaluar, con tiempo, que no sientas apurada porque ya de por sí yo en ese momento estaba apurada de salir de ese trance, yo estuve 10 meses entre quimio, operación y todo, yo quería volver a trabajar, estaba desesperada. Pero hubiera estado bueno pensándolo en relación por ejemplo al IVE, que tienen un tiempo en donde bueno tiene cita con psicólogos, tiene esto que lo puedan repensar (...) el saber qué implica, yo que sé, ¿vale la pena realmente que te toquen tu teta sana? En el caso de que quieran o puedan tener la posibilidad de plantearse seriamente si quieren una prótesis. De que haya un proceso. ¿Realmente quiero una prótesis? ¿Para qué quiero la prótesis? Ta yo con el tiempo la terminé aceptando. Y capaz que en algunas mujeres lo deciden en el correr de los años, que cada una tenga su tiempo su proceso.... No que sea como impuesto o hecho como a las patadas. (Celia, 40 años)

Algunos relatos destacan la importancia de considerar la perspectiva y las necesidades de las pacientes en este tipo de decisiones y que las mujeres tengan tiempo para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo, y dar tiempo al cuerpo para adaptarse a los cambios:

Entonces en ese sentido creo que hice lo correcto, hice lo mejor para no apurar, porque obviamente si te las pones de una salís con las mamas hechas, yo tuve que pasar un par de meses sin mamas, pero creo que en ese sentido sí hay que darle tiempo al cuerpo, a la piel y todo para que se acomode a todo eso, yo es lo que recomiendo eso siempre. Hacerlo aunque te veas mal, y te veas sin mamas un tiempo, hacerlo paulatino porque creo que los resultados finales son mejores. (Marina, 47 años)

Esta preponderancia de las mamas en las mujeres, para algunas conlleva a la presión de mantener una imagen atractiva incluso tras una mastectomía, sin importar otras dimensiones subjetivas, porque en palabras de Sabina "...lo importante es que tengas los dos bultitos ahí, no importa si queda un mamarracho..." (Sabina, 45 años). Y reflexiona Janet:

...lo que yo me doy cuenta en la vivencia de atravesar esto es que la sociedad y todo el sistema se enfoca en cuestiones que son superficiales (...) los cuerpos de las mujeres parecen que son más para que estén lindos ahí exhibidos que para ser funcionales y poder bailar, abrazar, tirar flechas, nadar, yo que sé... (Janet, 55 años).

Una de las participantes reflexiona sobre la necesidad de abordar y eliminar el tabú en torno a los cuerpos post-mastectomía, enfatiza la importancia de la función sobre la estética y cuestiona los estándares socioculturales por mantener una estética hegemónica a pesar de la importancia de la rehabilitación y funcionalidad del cuerpo. Y reivindica el derecho de las mujeres que han pasado por una mastectomía a decidir cómo quieren quedarse o lucir sus cuerpos:

Por eso que decíamos de lo cultural y el patriarcado y esta cosa de la violencia estética, se le termina dando más importancia a la mastectomía que a la rehabilitación, en el caso de las que tuvimos vaciamiento ganglionar, eso me parece un desastre porque se habla mucho más de la cirugía reparadora que de la rehabilitación (...) está completamente atravesado por el tema cultural, por el tema de lo que es espera de las mujeres, de los cuerpos de las mujeres, hay una estética hegemónica que tenemos que cumplir, no importa lo que haya pasado, pudiste morirte pero trata de ponerte las dos tetas otra vez no rompas los cocos, como te vas a quedar con una teta sola. O sin ninguna. Hay una presión de la sociedad directa e indirecta... (Janet, 55 años)

6.3. Estrategias para sobrellevar el duelo

El proceso de duelo, de reconstrucción y aceptación de lo perdido, se observan en los relatos diferentes formas de atravesarlo. Tomando los aportes de Klein (1940/1990b) sobre el duelo como un proceso reparatorio que puede volverse productivo y creativo para el sujeto, en las entrevistas realizadas se destacan el brindar testimonios para ayudar a otros, compartir la experiencia con otras personas que hayan pasado por situaciones similares, y transmitir su vivencia a través de medios expresivos o creativos como la escritura o la fotografía.

Compartir la experiencia a través de testimonios y grupos

Las participantes tratan de dar testimonios para ayudar a otras a mejorar su calidad de vida, comunicando su experiencia y ofreciendo apoyo a través de su historia: "...cuanto más hablas mejor para también ayudar a otras personas..." (María, 51 años); "...esto se lo he contado a todo el mundo y todo quien quiera escuchar. Es importante transmitir, tratar de ayudar y prevenir..." (Susana, 59 años).

Tratar de comunicar lo que me pasó y poder ser útil para otras mujeres (...) es importante y cuesta viste que cuesta yo hasta ahora todavía me emociono porque se te mueve todo adentro y pienso que la mastectomía en especial... (Mabel, 68 años)

En los grupos de ayuda a mujeres con cáncer de mama, ellas encuentran consuelo y apoyo, porque pueden compartir su historia con personas que entienden por lo que ha pasado, sus estados de ánimo, sus incertidumbres, etc. Tener a alguien que haya pasado por lo mismo resulta beneficioso porque se sienten más y mejor comprendidas: "...está bueno encontrar algunos pares que tuvieron la misma experiencia porque no necesitas hablar mucho, hablas el mismo idioma." (Viviana, 57 años).

...yo creo que los grupos de apoyo justamente son importantes para hablar lo mismo que te pasa a vos me pasa a mí de forma diferente pero es lo mismo que te pasó y puede pasar, desde la par hablando el mismo lenguaje que ellos, que se puede salir adelante, que evidente no va ser igual, no es tu cuerpo igual siempre. (Sara, 61 años)

...vine acá, me hizo re bien, te preguntan qué pasó, cuál es tu historia, pero ya venir y ver mujeres que están todos vivas que están vivas (...) que se puede sobrevivir a esto. El tema es venir y ver que están todas bien entonces es bueno yo también puedo... (Mariana, 38 años)

...pero solo alguien que pasa por algo parecido entiende todos esos estados de ánimo que yo te decía que uno pasa. Para mí entrar a la FC, yo creo que no hubiera sido lo mismo, mi proceso y mi vida sin haber entrado ahí. Primero porque me hice de amigas ahí, que hoy son incondicionales y muy amigas sino porque solo alguien que pase algo... puede entenderte

(...) yo creo que es muy importante no transitarlo sola y dejarte ayudar por gente que pasó por algo parecido, creo que es importante. (Marina, 47 años)

Compartir la experiencia a través de la expresión artística

En algunos relatos se encuentran algunos medios artísticos de expresión como mediadores del proceso.

La escritura: La experiencia de enfrentar el cáncer y la mastectomía inspiró a Janet a escribir un libro que incluye relatos autobiográficos y cartas al cáncer. Durante el tratamiento, llevó un diario de emociones y sensaciones. El libro aborda la reconstrucción de los cuerpos tras la mastectomía y el proceso de duelo, así lo describe en los siguientes fragmentos significativos de la entrevista:

...yo lo tomé como una experiencia de vida muy salada, por eso siento que escribir un libro es como también transmitir esto que quizás como a los sobrevivientes de la tragedia de Los Andes, les dio ganas de transmitirle al mundo lo que era sobrevivir a algo tan salado como eso, y a muchos sobrevivientes nos da como esas ganas (...) le escribí una carta al cáncer, que le empiezo diciendo, "qué desastre que dejaste" (...) yo me desahogo y escribo esta carta donde hablo de la violencia en mi cuerpo, del cáncer, de la cirugía (...) yo me quedo escribiendo que es como la elaboración del duelo, es un texto donde yo hablo un poco de que es bien el tema de tu tesis, cómo mi vida, mis mamas, desde niña, cómo la conexión con mi cuerpo, con mi feminidad, y luego esto que sucede, esta mama que se va de mi cuerpo para nunca más volver, y yo que ni cuenta me di porque estaba ocupada haciendo una cantidad de cosas para vivir y termino como planteando que la mama se fue para otra dimensión para yo poder seguir acá. (Janet, 55 años)

El sesgo testimonial, escribir para ser de utilidad y ayudar a otras con la propia experiencia, pero también importan los efectos que el propio testimonio tiene sobre quien lo hace, de superviviente; escribir para sobrevivir (Assandri, 2025).

Fotografía: En el caso de Alba se tomó fotos antes y después de su operación:

Yo antes me saqué fotos de mis mamas, y después de la operación no me dio para sacarme otra foto por ejemplo entiendes como que ta... esa es la realidad y bueno hay que enfrentarlo como sea (...) Me la saqué no sé por qué, porque soy... para tener un recuerdo no sé, no por nada en especial, ni la veo, la tengo ahí en una carpeta de fotos pero ni la veo, sé que está ahí.
(Alba, 52 años)

Celia participó en una exposición fotográfica donde mujeres muestran su experiencia con el cáncer a través de imágenes:

...hicieron una muestra fotográfica, somos trece mujeres que mostramos digamos el paso del cáncer en nuestra vidas a través de dos fotografías, una de ellas mostrando aquello que de cierta forma nos rescató de ese trance y bueno otra foto que vendría ser el lado oscuro del cáncer, el paso por nuestra vida, bueno mi foto linda digamos es con mi perra y con mi madre y mi foto oscura es la prótesis, estoy yo desnuda tapando mi teta sana y mostrando mi prótesis, la mastectomía, porque eso es como lo que tal vez mas marcada me deja. (Celia, 40 años)

También se puede observar en diferentes partes de las entrevistas, la presencia del humor en todo el proceso, el humor con una función terapéutica:

Pero uno bromeando ¿no? Yo siempre me tomé las cosas con mucho humor porque para mí fue como terapéutico, uno se piensa y las demás personas se piensan que vas a salir como Moria Casan. (Celia, 40 años)

...nunca me operé las mamas, bueno, la excusa perfecta para hacerme las lolas, como que hacía bromas con mi amiga, con mi cuñada, mi cuñada me decía bueno pero aprovecha a ponerte un talle más. (Janet, 55 años)

Contención emocional y apoyo social

Como ya se mencionó, los grupos de ayuda de mujeres son de gran utilidad para atravesar la experiencia. Pero también se resalta durante las entrevistas, la importancia de contar con una red de apoyo sólida que incluye familia, amigos y otros vínculos sociales, durante su proceso tanto en la recuperación de la enfermedad como en la etapa posterior, para brindar apoyo a nivel emocional,

físico, económico, etc: "...tuve el apoyo de mi familia, mi esposo y mi madre, mis hermanos y mi hijo..." (Susana, 59 años); "...mis hijos, estuve muy acompañada, la contención familiar fue muy grande..." (Silvana, 71 años); "...el apoyo de mi familia, imprescindible, amigos, familiares que siempre están ahí..." (Camila, 44 años); "...yo me sentí muy acompañada, tengo mis hijos, mis hermanos, mi amigas incondicionales..." (Marina, 47 años).

...yo creo que con este tema hay que hablarlo de frente y claro y no dar vueltas. Eso creo que fue lo mas acertado que tuve con mi familia directa, mis hijos, mi esposo, decir las cosas claras y enfrentar e ir para adelante. (Alba, 52 años)

Las redes de contención familiar y seres queridos, resultan fundamentales pero no suficientes. Muchas mujeres se sienten igualmente solas en su enfermedad "...porque vos hay cosas que no se las queres decir a tu familia..." (Sabina, 45 años).

Me sentía triste y me sentía no apoyada y con una palabra que me decían... "todo va a estar bien" me decía mi marido, "todo va estar bien", y toda la gente que llamaba por teléfono decía "está todo bien, ya va estar todo bien", y como que le sacan importancia a lo que yo podía sentir y me sentí muy sola en esa parte, porque toda la enfermedad la llevé sola, nunca tuve alguien para charlar y contar (...) me hubiera gustado haber estado más acompañada, mucho más acompaña en la parte psicológica por ejemplo... (Marcela, 53 años)

La importancia de contar con apoyo psicológico durante y después del tratamiento del cáncer de mama, es fundamental para ayudar a las mujeres a sobrellevar las vicisitudes del proceso, los desafíos físicos, la movilización de afectos y los efectos en la subjetividad. Hay quienes optaron por iniciativa propia atravesar su enfermedad con psicoterapia:

...pedí que me den pase a psiquiatra y quiero que me vea un psicólogo y quiero que me mandes a todos los grupos de ayuda y las cosas que haya (...) después me encaminé con la psiquiatra que me dio cosas para dormir porque no lograba descansar nada, empecé terapia y todo eso fue como que sobrellevé. (Mariana, 38 años)

...yo hice terapia mucho tiempo, es un tema el de las mamas que requiere mucha atención a todo lo que te puede ayudar a sobrellevar eso, ni hablar de un tratamiento psicológico, yo creo que es muy importante también tener ese apoyo. Lo tendrían que ya encarar desde el vamos así, sé que es difícil pero (...) para mí es importante el apoyo médico y psicológico para ayudarte a enfrentarlo y poder salir adelante lo mejor posible, lo menos dañada posible.
(Mabel, 68 años)

...creo que la ayuda más necesaria es después, porque cuando te estás operando y todo eso, estás acompañada, creo que la soledad mayor y la necesidad de acompañamiento viene después con los meses, cuando la gente ya vuelve a su vida normal, ahí es donde creo que empieza donde una hace ahí un poquito de agua, los meses después, cuando ya todo el mundo te ve bien, porque cuando te ven enferma, cuando te ven sin pelo, cuando te ven caminando despacio, cuando te ven con drenaje son empáticos, laboralmente, amigos, todo, vecino, todo, el mundo es empático. El tema es después que vos seguís yendo al oncólogo, seguís teniendo miedo a cada resultado que te dan, seguís haciendo estudios y ahí sí no tenes esa compañía (...) Eso creo que es la parte, el gran debe de la medicina en general, de la salud mental y la salud medicina en general, es el acompañamiento posterior... (Marina, 47 años)

- **Capítulo 7. Discusión de resultados**

La presente investigación tuvo como objetivo general conocer las significaciones acerca del cuerpo en mujeres uruguayas con mastectomía (total o radical modificada), y estudiar sus experiencias de duelo y pérdida corporal; desde una perspectiva cualitativa que permitiera abordar la complejidad de la experiencia subjetiva en torno a la enfermedad. Para ello, se plantearon objetivos específicos: describir las repercusiones de la mastectomía, analizando el impacto que supone el diagnóstico de cáncer de mama y los sentidos atribuidos a la enfermedad; explorar la significación del cuerpo y su transformación, con especial consideración sobre las representaciones del pecho y su pérdida; e identificar los procesos de elaboración subjetiva de su experiencia y del duelo corporal. Además, importó relevar la incidencia de las ideas sociales y culturales sobre el cuerpo en sus experiencias. Es posible arribar a una serie de consideraciones que no solo resumen los hallazgos más relevantes, sino que también permiten situarlos dentro del campo de la psicología clínica, abriendo nuevas preguntas para futuras investigaciones.

En coherencia con la perspectiva epistemológica y metodológica propuesta, el análisis de los relatos permitió acceder a sentidos múltiples, que no pueden ser reducidos a categorías fijas o universales. La vivencia del cáncer es única para cada paciente, influenciada por factores como el tipo de cáncer, el apoyo social recibido y las respuestas emocionales ante la enfermedad. La vivencia del impacto del diagnóstico, la forma de enfrentarlo, la modificación de su vida cotidiana, las alteraciones corporales y otras repercusiones de la enfermedad y sus tratamientos, dependen en gran medida de la subjetividad de cada mujer. Las narrativas analizadas evidencian que el cáncer de mama se configura como un fenómeno complejo, atravesado por representaciones sociales, discursos médicos y sentidos culturales, que influyen en la manera en que las mujeres significan su padecimiento. En esta medida, los cuerpos cambian, se reconstruyen las subjetividades y con ello la forma de percibir el mundo, a los demás, al sí mismo y el cuerpo. Los relatos llevaron a considerar que cada mujer ha vivido su experiencia de enfermar y las transformaciones en su cuerpo de una

manera singular, a partir de sus experiencias de vida, en relación con las representaciones y significados socioculturales del cuerpo y del seno femenino.

Los resultados de esta investigación muestran cómo el cuerpo se transforma en un territorio atravesado por múltiples significaciones tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

En este apartado se presentan los principales hallazgos del estudio. Se organizan en función de los objetivos específicos y de las preguntas que se planteó responder y reflejan las dimensiones analizadas³.

7.1. La experiencia del cuerpo enfermo: un cuerpo extraño

Se relaciona con la pregunta ¿Qué representaciones adquiere el cuerpo para las mujeres luego de una mastectomía? Y se describen sus repercusiones.

Los testimonios de las mujeres entrevistadas permiten concluir que el cáncer de mama irrumpe como un acontecimiento profundamente disruptivo, que desestabiliza la continuidad de la vida cotidiana y fractura la unidad corporal y la representación subjetiva (Rovaletti, 1998). La enfermedad no sólo implica una amenaza vital, sino que transforma radicalmente el vínculo con el cuerpo, que pasa de ser vivido como soporte de la existencia a convertirse en objeto de intervención médica, vigilancia constante y fuente de sufrimiento (Freud, 1930/1986a; Aulagnier, 1994), perdiendo temporalmente su cualidad de cuerpo vivido. Esta transformación genera una sensación de extrañeza corporal en el sentido propuesto por Freud (1919/1986d) con la noción de lo siniestro, con su correlación en la angustia ante lo desconocido (Bleichmar, 2011). Siguiendo los desarrollos de Merleau-Ponty (1945/1993) puede afirmarse que el cuerpo en tanto “yo soy” deja de ser un vehículo del estar en el mundo para transformarse en un objeto distante “yo tengo un cuerpo” que interpela y desconcierta. Las participantes describen vivencias en las que el cuerpo deja de ser invisible para el sujeto para tornarse un objeto extranjero, autónomo, vigilado, observado y una carga (Le Breton,

³ No necesariamente es una correlación estricta. Algunas preguntas de investigación o la consecución de objetivos específicos pueden vincularse con más de un subtítulo de este apartado.

1990; Assoun, 1998; Pfeiffer, 1998; Rovaletti, 1998). El cuerpo se convierte en un territorio marcado por la enfermedad.

La mastectomía, junto con otros tratamientos oncológicos, representa una herida simbólica y material que afecta profundamente la integridad corporal, provocando transformaciones que inciden en la autoimagen, los roles sociales y aspectos significativos como la sexualidad y la feminidad. La extirpación de un órgano considerado irremplazable implica no solo una pérdida funcional y estética, sino también una experiencia psíquica de ruptura e incompletud. Aparecen sensaciones de extrañeza frente al cuerpo modificado, de no ser la misma persona, de ser alguien distinto. El cuerpo alterado es vivido como defectuoso e incompleto; surgen sentimientos ambivalentes hacia él, que oscilan entre el amor y el rechazo (Aulagnier, 1994; Castrillo, 2022). La vergüenza ante el propio cuerpo, la dificultad para mirarse al espejo y el dolor por lo que este refleja son experiencias reiteradas. Las cicatrices se presentan como marcas de batalla, testimonios de pérdida, pero también de resistencia; emergen como marcas visibles del trauma, pero también como inscripciones de un antes y un después y símbolos de una transformación vital.

Desde el diagnóstico, se inicia un proceso complejo donde la dimensión emocional ocupa un lugar central. Tal como lo hallado en antecedentes recientes como el de Herring et al. (2019) y Almeida et al. (2023) este proceso se ve atravesado por sentimientos ambivalentes: miedo, tristeza, enojo e injusticia conviven con la esperanza, la resiliencia y la decisión de continuar. El temor a la muerte, y la incertidumbre coexisten con una actitud de fortaleza orientada a afrontar la situación. Predomina una forma de afrontamiento pragmática, que prioriza la acción rápida y efectiva para preservar la vida, lo que permite tomar decisiones difíciles -como optar por la mastectomía- desde una lógica de supervivencia, incluso cuando el equipo médico sugiere alternativas menos invasivas. En este sentido, muchas adoptan una actitud de “mentalidad positiva”, manteniendo a distancia el impacto emocional para poder actuar con claridad frente a la urgencia del tratamiento. Sobre este punto del pensamiento positivo, se acercan las ideas sobre los sentidos moralistas que acarrea el

cáncer, que tienden a culpabilizar a quien enferma por no prevenir o no cuidarse, y por tanto también dependería de la persona curarse o no, quedando bajo su voluntad y estima propia (Sontag, 1977).

Finalmente, la experiencia del cáncer no se agota en la fase médica. La vivencia de “ser sobreviviente” no implica un cierre, sino que se instala como una forma de continuidad subjetiva. El cuerpo modificado, con sus marcas, se convierte en un territorio en disputa, donde cada mujer negocia nuevas formas de habitarse y de inscribir simbólicamente la experiencia en su biografía.

7.2. Cáncer, estigma y metáforas: construcción de sentidos, una experiencia resignificada

Pretende responder qué significaciones le otorga la mujer a su experiencia, indagando también como parte de las repercusiones de la misma en su vida.

Entre los significados emergentes en los relatos de las participantes, el cáncer aparece inicialmente como sinónimo de muerte, maldición y estigma, de forma coincidente con los planteos de Sontag (1977), Barrera y Manero Brito (2009) sobre el cáncer como un tema enigmático y escandaloso de connotaciones sociales malignas. Es nombrado con metáforas que expresan su carácter amenazante y traumático: una “sentencia”, una “guerra”, un “enemigo”, algo “terrorífico” o una “maldad”. Estas representaciones iniciales reflejan el fuerte impacto emocional del diagnóstico, así como el peso simbólico que esta enfermedad todavía conserva en el imaginario colectivo. Sin embargo, este sentido negativo se va modificando. A medida que las mujeres transitan el tratamiento y la recuperación, estos significados se transforman y son sustituidos por un sentido positivo de haber atravesado la experiencia. El cáncer adquiere connotaciones asociadas a la superación, el aprendizaje y el crecimiento personal. Se instala como una experiencia límite que permite reconfigurar la relación con la vida, el cuerpo y las prioridades existenciales. La cercanía con la muerte habilita una resignificación vital, donde emergen sentimientos de aceptación, gratitud y fortaleza. Las participantes describen una mayor valoración del presente, el fortalecimiento de vínculos afectivos, el deseo de ayudar a otras mujeres en situaciones similares y la aparición de nuevos propósitos de vida. El pensamiento freudiano sobre la transitoriedad aparece claramente (Freud, 1916/1984e) y como manifiesta Alizade (2012) enfrentarse a la caducidad e impermanencia de la vida puede

desenlazar en un duelo con tendencia transformadora y creadora, puede ser sentido para el sujeto como una invitación a transformar su forma de vivir. Todas las manifestaciones asociadas con lo doloroso y el sufrimiento del cáncer quedan solapadas por la gratitud de haber superado la enfermedad. Esta posibilidad de transformación subjetiva está en sintonía con lo planteado por Klein, Elmiger (2017), Alizade (2012) y otros autores del psicoanálisis contemporáneo, quienes señalan que el diagnóstico de una enfermedad grave puede funcionar como un trauma, pero también como un punto de inflexión.

Una dimensión relevante que atraviesa los relatos es el uso de metáforas bélicas para referirse al cáncer: el cuerpo como campo de batalla, la enfermedad como una guerra, el tratamiento como un combate. Estas imágenes expresan tanto la crudeza de la vivencia como el esfuerzo subjetivo por dotarla de sentido. En este marco, la pérdida -ya sea de una parte del cuerpo o de una identidad previa- no se vive como una derrota, sino como condición para “ganar” la vida, como manifiesta McDougall (1999) el seno es el precio a pagar para curarse. El cuerpo en duelo se convierte en escenario de una lucha en la que vencer no implica evitar la pérdida, sino resignificarla como parte del proceso de sobrevivir.

Asimismo, se identificaron efectos subjetivos derivados de los mitos y estigmas sociales asociados al cáncer (Haraway, 1991). Tal como señala Sontag (1977), la reputación de ciertas enfermedades -como el cáncer- puede aumentar el sufrimiento de quienes las padecen, y asimismo, pueden incidir en el afrontamiento de los tratamientos y en la experiencia de enfermar de cáncer e incluso de morir (Talgham, 2011). En este sentido, las participantes refieren haber sentido lástima, vergüenza e incluso aislamiento social, como resultado de las miradas ajenas y de la carga simbólica que acompaña la enfermedad. El temor al juicio externo llevó en algunos casos a evitar espacios públicos o sociales, como si el cuerpo deteriorado trajera consigo una imagen anticipadora de la muerte. Langellier (2001) denomina a esto como un “estar marcada” no sólo en referencia a las cicatrices sino a la marca del cáncer con la carga simbólica que trae aparejado: mutilación, deterioro, terror, muerte. Frente a este estigma, muchas mujeres desplegaron estrategias para contrarrestar la

imagen de “enfermas”: el uso de pelucas, maquillaje, vestimenta cuidada, así como una actitud vital y esperanzada. A través de estas acciones, procuraron sostener una imagen alejada de la figura de “enferma de verdad” (Assandri, 2025) y moribunda que los otros parecían proyectar sobre ellas.

7.3. Cambios corporales: marcas visibles y efectos subjetivos

Indaga sobre las consideraciones de las mujeres respecto a su cuerpo específicamente frente a la pregunta de ¿cómo se elaboran los cambios corporales?

Las transformaciones corporales producidas por el cáncer de mama -la mastectomía, las cicatrices, la pérdida de cabello o el linfedema- constituyen impactos visibles que afectan profundamente la subjetividad de las mujeres. Estas modificaciones generan sentimientos de tristeza, enojo, vergüenza y dolor, incidiendo en la autoimagen, la valoración de sí mismas, la percepción de la propia feminidad, los vínculos sociales y la dimensión de la sexualidad y el erotismo.

Entre las secuelas menos visibilizadas, el linfedema adquiere una relevancia particular. Las mujeres lo nombran como una consecuencia invalidante, que limita su autonomía y las obliga a modificar, limitar o abandonar roles sociales y actividades cotidianas. En algunos casos, deben dejar tareas vinculadas a su rol de cuidadoras o interrumpir su actividad laboral. Asimismo, actividades que formaban parte de su identidad, como la práctica deportiva o el esparcimiento en la playa, se ven truncadas, y que, al ser restringidos, supusieron un impacto subjetivo importante. Para algunas, esto significó abandonar actividades que constituían aspectos centrales de su identidad personal.

En la esfera sexual, muchas mujeres manifestaron una merma en el deseo y el disfrute, producto de la inseguridad respecto a su atractivo físico y la incomodidad frente a la exposición del cuerpo desnudo. La vergüenza, expresada en el intento de ocultar su cuerpo ante la pareja, aparece como un obstáculo en la vivencia erótica, y en algunos casos, ha generado conflictos en la vida conyugal. Si bien algunas mujeres reportaron apoyo por parte de sus parejas, el impacto subjetivo fue significativo incluso en quienes atravesaron una reconstrucción mamaria, lo que pone en evidencia que este procedimiento no garantiza una restauración de la imagen corporal ni una recuperación plena

de la dimensión sexual. El temor a futuras relaciones íntimas también fue señalado, junto con una percepción de pérdida de atractivo que repercute en el modo en que las mujeres se presentan ante los demás. El alejamiento de la vida social, la evitación de vínculos o situaciones públicas, y el uso de estrategias para camuflar los cambios corporales fueron respuestas frecuentes. Las mujeres dedicaron tiempo, energía y recursos a ocultar o disimular las transformaciones visibles —como la caída del cabello o las cicatrices— mediante el uso de maquillaje, pelucas, prótesis mamarias o vestimenta específica, con el objetivo de parecer "normales" y evitar las miradas ajenas y los juicios sociales. En particular, muchas mujeres manifestaron tristeza e impotencia al no poder continuar usando prendas con escotes o al evitar espacios como la playa, donde solían sentirse cómodas y despreocupadas. En algunos casos, el uso de estas estrategias no respondía tanto a un deseo propio, sino a una forma de preservar el confort de los otros.

Estas experiencias se inscriben en una trama simbólica densa, que entrelaza la historia corporal previa al cáncer, las representaciones culturales en torno al cuerpo femenino y los mandatos sociales sobre la feminidad. Las transformaciones físicas provocadas por la enfermedad se vivencian como heridas narcisistas que ponen en jaque la integridad del yo corporal. Sin embargo, también emergen relatos de resistencia, resignificación y construcción de nuevas formas de habitar el cuerpo. Entre el dolor, el duelo y la vergüenza, pero también entre la fuerza, la adaptación y la creatividad subjetiva, las mujeres despliegan diversas maneras de responder a los cambios corporales, de reinterpretarlos simbólicamente, y de continuar construyendo sentido en la experiencia del cáncer.

7.4. Ser mujer tras la mastectomía: cuerpo, pérdida simbólica y significación

Se exploran los significados que adquiere la pérdida del seno.

Los resultados de esta investigación se alinean con hallazgos previos en cuanto a que los efectos subjetivos de las transformaciones corporales derivadas del cáncer de mama están profundamente mediados por los significados personales y socioculturales construidos en torno a la imagen corporal, la feminidad y el rol de la mujer (Fernández, 1993; Lamas, 1999; Carril, 2002;

Meler, 2004, 2005; Pasquinelli, 2025). Los aportes de Freud (1914/1984d) sobre la frustración del ideal del yo a causa de perturbaciones corporales y de Dolto (1986) sobre la imagen inconsciente del cuerpo como la representación psíquica corporal que sienta las bases del sentimiento de sí, ayudan a pensar cómo la experiencia de un cuerpo marcado por la ausencia del pecho, se vivencia como una pérdida visible que fractura la integridad corporal y subjetiva. Afecta la representación del sí mismo, se encuentra frente a un “no soy” (Tizón, 2013). En la investigación se pudo apreciar cómo la mama, tanto en su función erótica como nutricia, adquiere un valor simbólico que trasciende lo biológico, y su extirpación es muchas veces experimentada como una mutilación o castración, que suscita sentimientos de pérdida de feminidad y de no ser más una “mujer completa” (Talgham, 2011). La mama como significante corporal (Unzueta y Lora, 2002; Nasio, 2008) cargada de representaciones y valores sociales, hará que la imagen especular sea modelo de identificación o extrañamiento, satisfactoria o decepcionante. En consonancia con otros estudios, la pérdida física del seno representó para algunas mujeres una vivencia asociada a la pérdida de identidad y feminidad, una limitación en su desempeño simbólico de mujer sensual y/o madre proveedora (Talgham, 2011).

Cuando el pecho se metaforiza como el atributo esencial de la feminidad, su pérdida puede quedar fijada como falta en el registro simbólico, sin posibilidad de ser resignificada. Esto puede dar lugar a vivencias de duelo corporal, cuando las mujeres experimentan una frustración en su imagen especular, sintiéndose subjetivamente incompletas o disminuidas en relación con los ideales sociales de lo femenino. La noción de superyó femenino de Levinton (2013) como instancia normativa que constantemente prescribe fallos en la imagen especular generando sentimientos como la culpa, inferioridad y desvalorización, permite explicar cómo se acrecienta y se pone en marcha cuando detecta en los casos de mastectomía, el desfasaje entre la imagen idealizada y la percibida, produciendo una sensación de inadecuación constante.

Sin embargo, algunas participantes relativizan esta pérdida, en la medida en que resignifican la función de la mama desde una perspectiva temporal: ya ha cumplido su función nutricia, ya han sido madres, y por tanto la ausencia no compromete su identidad femenina. En estos casos, se abren

otras formas de asumir la feminidad, que no se restringen a la apariencia corporal ni a su adecuación a normas estéticas hegemónicas. La posibilidad de que perder el pecho no las defina, tiene que ver con que la sensación de unidad no queda reducida a la imagen sino a los significados, los signos, lo simbólico que se le adscriben a esa imagen (Dolto, 1986). La ruptura de la imaginaria unidad de su cuerpo “esquema corporal”, no es condición única y suficiente para que el concepto de sí misma se rompa necesariamente.

No obstante, el deseo de “verse normales” persiste en muchas de las mujeres entrevistadas. La alteración de la imagen corporal posterior a la mastectomía genera incomodidad y una sensación de diferencia frente a otras mujeres, especialmente en contextos sociales donde la estética corporal femenina se rige por ideales como la simetría, la juventud, la delgadez y la completud. A estas exigencias se suman las atribuciones de género que asocian a la mujer con la maternidad, el cuidado y la sensibilidad, todo lo cual refuerza el valor simbólico de las mamas como signo distintivo del ser mujer en sus dos vertientes, la mujer atractiva y la mujer madre ideal (Levinton, 2013).

Si bien no todas lo expresaron de forma explícita como un proceso de duelo, los sentimientos de tristeza, dolor y desorientación fueron recurrentes en sus relatos, asimilables a elaboraciones psíquicas frente a la pérdida. La reiterada sensación de “no ser la misma” da cuenta de un proceso de cambio que excede la dimensión física, afectando también la construcción simbólica de sí, aun cuando no se verbalice como un duelo en términos estrictos. Desde una perspectiva psicoanalítica, los cambios corporales provocados por los tratamientos, pueden entenderse como heridas narcisistas que afectan la unidad yoica, la marca de lo traumático, y demandan un trabajo psíquico de elaboración (Melo Ferreira y Castro-Arantes, 2014). En este punto, resulta pertinente retomar las conceptualizaciones psicoanalíticas, en que el cuerpo no es solo carne, sino símbolo y lenguaje. La identidad femenina se ve interpelada no sólo por las alteraciones físicas, sino también por la carga simbólica que el cuerpo femenino sostiene en lo social. La pérdida, entonces, no sólo es física, sino simbólica, y puede vivirse como amenaza a la continuidad del sí-mismo. En estos términos, el cáncer de mama aparece como una experiencia traumática que conmociona la subjetividad como la entiende

Bleichmar (2010), y que exige un proceso de reconfiguración simbólica para restituir el lazo entre cuerpo, imagen y subjetividad.

7.5. La pérdida corporal como experiencia subjetiva: entre el duelo y la reconstrucción

¿La extirpación de la mama es percibida como una pérdida y con qué significaciones? ¿Inciden la posibilidad de reconstruirse la mama, y de qué manera en la elaboración de la pérdida?

Dado que la constitución subjetiva se encuentra estrechamente ligada al cuerpo, siguiendo los lineamientos psicoanalíticos de Freud (1923/1984c), Lacan (1966/2009), Dolto (1986), Bleichmar (2011) entre otros, se comprende que la experiencia del cáncer de mama impone una exigencia de trabajo psíquico orientado a una reconstrucción simbólica del cuerpo. Este proceso permitiría al sujeto rearticularse a sí mismo en la vida, transitando de un cuerpo vivido como extraño hacia la posibilidad de habitar un nuevo cuerpo propio, otro, con una imagen corporal transformada. Tal operación simbólica implica reconocer nuevamente ese cuerpo como propio (Lacan, 1966/2009), con los reajustes subjetivos que ello conlleva. Desde esta perspectiva, la investigación propone que dicho trabajo psíquico puede asimilarse a un proceso de duelo, no sólo por el cuerpo que fue y ya no es, sino también por las múltiples pérdidas que se encadenan a los cambios corporales: la imposibilidad de realizar determinadas actividades, el modo de habitar la vestimenta, el abandono de roles o costumbres que formaban parte de la identidad personal.

El modo en que cada mujer elabore o no ese trabajo dependerá de su historia singular, de las marcas inscritas en la constitución de su cuerpo y su subjetividad, así como de los significados que haya construido en torno a lo femenino, la corporalidad y la identidad. Se trata, por tanto, de una elaboración única, una salida singular frente a una vivencia que, si bien compartida, se atraviesa de maneras diversas. En este sentido, algunas mujeres optaron por la reconstrucción mamaria como una forma de restituir un sentido de identidad, de volver a ser ellas mismas y verse como su "yo normal". Sin embargo, muchas de ellas relataron que, aún tras someterse a la reconstrucción, su imagen corporal permanecía alterada. Del mismo modo, el uso de prótesis externas fue referido como una

práctica obligada, no tanto por decisión propia, sino para “disimular la falta” ante los otros. En general, las prótesis se utilizan fuera del hogar, a pesar de ser incómodas, costosas o calurosas, especialmente en verano. Incluso la decisión de reconstruirse quirúrgicamente se toma a pesar del dolor y los riesgos implicados. Nos interrogamos, entonces, acerca de los costos subjetivos que estas mujeres asumen para parecer “normales”, para camuflar o disimular la diferencia corporal, para cubrir las huellas visibles del cáncer. ¿Son estas prácticas formas de elaborar un duelo o intentos de ocultarlo? Los aportes de Rovalletti (1998; 2003) para pensar el cuerpo como un “órgano cosa” o un “órgano soporte de la identidad” ayudan a pensar que las opciones de sustitución o simulación de la falta de órgano, en este caso el mamario, entren en tensión, entre un objeto reemplazable para la medicina pero no sustituible simbólicamente. También los aportes de Brullmann (2007) permiten interrogarnos sobre esto, en tanto considera que las marcas reales -cicatriz, la falta, el agujero- dejado por la cirugía puede ser reemplazado pero solo anatómicamente, ya que las marcas simbólicas siempre darán cuenta de una falta.

En las narrativas se evidencian diferentes formas de procesar la pérdida. Para aquellas que optan por la reconstrucción, esta se presenta como una posible indemnización simbólica frente a la falta, una promesa de restitución de lo perdido. Sin embargo, muchas mujeres expresaron que lo perdido no puede ser reemplazado y que la mama reconstruida nunca será la original. Así, se refuerza la necesidad de considerar críticamente los sentidos atribuidos a la reconstrucción y su función subjetiva: ¿es una reparación simbólica o un intento de borramiento de la pérdida? Según las teorías clásicas sobre el duelo en psicoanálisis, para Freud (1917/1984b) el duelo consistiría en la sustitución del objeto perdido por uno nuevo, pero será años más tarde donde reconozca que ese objeto nuevo siempre será nuevo y distinto y no podría rellenar el agujero en la existencia creado por la pérdida (Freud, 1963). Siguiendo esta línea de pensamiento y con los aportes lacanianos y pos-lacanianos podemos pensar en la función de la reconstrucción mamaria como habilitadora o no de la función subjetivante del duelo (Lacan 1958-1959/2014; Allouch, 2011; Elmiger, 2017). Estos hallazgos aportan a la discusión mencionada en los antecedentes sobre que las ventajas asimiladas a la

reconstrucción no pueden ser generalizables y mantiene vigente la controversia sobre si es un procedimiento en pos de mitigar el efecto traumático de la extirpación.

Se observaron también procesos de reapropiación simbólica del cuerpo y de reconstrucción identitaria. Algunas mujeres describieron experiencias cercanas al duelo, caracterizadas por sentimientos de vacío o tristeza profunda, similares a los vividos ante otras pérdidas significativas, aunque no siempre reconocidos conscientemente como manifestaciones de duelo corporal, en algunos casos incluso mucho tiempo después de los tratamientos. En los pocos casos en que las entrevistadas hablaron de duelo, lo hicieron en relación con el proceso de aceptación del nuevo cuerpo, y con la despedida del cuerpo anterior y de todo lo que este representaba. En estos relatos, aspectos simbólicos como la feminidad, la sensualidad o la maternidad fueron resignificados y redimensionados por los aspectos funcionales de su cuerpo.

Asimismo, muchas mujeres desplegaron estrategias de simbolización que les permitieron transitar el sufrimiento y dotar de nuevos significados a su experiencia. Algunas mencionaron haber recuperado el deseo, reorganizado sus prioridades vitales o fortalecido vínculos afectivos. Estos momentos de transformación subjetiva permitieron inscribir el padecimiento en su biografía, no negando el dolor, sino habilitando nuevas formas de habitarse. Algunas participantes pudieron construir sentidos alternativos al padecimiento, asociándolo a una oportunidad de cambio. Esta posibilidad de significar el cáncer más allá de la enfermedad biológica habla de la capacidad simbólica del sujeto, de su potencia de producir sentido aún en condiciones adversas. Como señala Klein (1940/1990b), el sufrimiento no anula la posibilidad de agencia subjetiva, sino que muchas veces la convoca en su forma más radical, el duelo puede tomar un camino reparatorio, de transformación y re-creación del sujeto, en este sentido hacerse creador y enriquecedor para sí mismo. La oportunidad de cambio es mencionada por Brullmann (2007) como la posibilidad de que a través de la experiencia de enfermar, el cáncer adquiera un sentido positivo como oportunidad de repensar sus vidas y a sí mismas, muchas veces optando por procesos creativos, nuevas formas de vivir, nuevos proyectos y un re-descubrimiento de sí mismas.

Entre las estrategias destacadas se encontró el testimonio, el relato compartido y la participación en grupos de apoyo, que funcionaron como espacios de reconocimiento, solidaridad y contención. El intercambio con otras mujeres que atravesaron experiencias similares fue vivenciado como un recurso invaluable. En palabras de Lessana (2008, p11), estos espacios conforman un “club secreto de quienes saben lo que es luchar y vencer”. Andamiajes que desde la organización civil existen y nuclean a estas mujeres, lugares de expresión, de acompañamiento, de creación, de sostén, de lazo, de velo, de coberturas, de situar el sufrimiento y lo traumático, para darle significación a lo perdido. También se identificaron otras mediaciones simbólicas como la escritura, la fotografía o rituales personales (como seleccionar y desechar ropa), que funcionaron como catalizadores del proceso de duelo, incluso sin haber sido pensadas intencionalmente como tales. El humor, en especial el humor negro o la ironía, apareció en varias entrevistas como un recurso significativo de elaboración subjetiva (Tizón, 2013). Finalmente, la presencia de apoyo social y emocional —tanto familiar como profesional— fue señalada como un factor indispensable para atravesar esta experiencia. La necesidad de acompañamiento psicológico y de equipos interdisciplinarios aparece como una demanda clara y urgente.

7.6. Particularidades del duelo corporal por mastectomía: entre la pérdida y la supervivencia

Si esta pérdida es subjetivada como tal, conllevaría un proceso de duelo, ¿cómo se elabora ese duelo y qué particularidades adquiere? Identifican particularidades en las vivencias de duelo corporal y elaboración de las pérdidas tras la mastectomía.

Frente a una enfermedad como el cáncer de mama, se presenta las marcas del ser mortal, y por tanto de un duelo que va dirigido a aceptar un cuerpo enfermo, que puede morir, la imagen de uno mismo fragmentado (Alizade, 2012; Porroche, 2013); junto al duelo por la pérdida simbólica que significa -identidad, subjetividad femenina-. La extirpación de la mama, si bien implica una experiencia dolorosa y radical, también fue vivida por muchas participantes como una vía de alivio:

la posibilidad de eliminar el tumor y, con ello, aumentar las probabilidades de sobrevivir. Esta dualidad emocional -el dolor por la pérdida y el alivio por la cura- se entrelaza con una representación simbólica muy presente en los relatos: la del cuerpo como campo de batalla. La enfermedad se narra como una guerra librada en carne propia, una guerra ganada al costo de dejar marcas: cicatrices visibles que no solo recuerdan lo vivido, sino que simbolizan el precio de continuar con vida.

La idea de "la mama o la vida" aparece de forma recurrente, evidenciando la lógica binaria impuesta por la urgencia del diagnóstico y el mandato médico. Decisiones que ponen en tensión entre lo que Bleichmar (2011) nombra como la autoconservación de la vida y la autopreservación de la identidad. La extirpación del seno representó la posibilidad de sobrevivir, una elección guiada por la convicción de que "eso era lo que había que hacer". En este contexto, surge una serie de interrogantes clínicos: ¿la certeza de que la ablación era la única vía posible para salvar la vida impide que la pérdida sea vivida como tal? ¿El hecho de asociar la pérdida con la posibilidad de curación obstruye las manifestaciones del duelo? ¿Expresar tristeza, enojo o angustia por la pérdida del seno es vivido —o es hecho sentir por el entorno— como un acto de ingratitud frente a la oportunidad de vivir? Estas preguntas emergen de una observación recurrente en los testimonios: muchas mujeres no logran inscribir la extirpación mamaria como una pérdida en sí misma, y por tanto no habilitan (ni se sienten habilitadas) a transitar un duelo. La urgencia médica, el pragmatismo de las decisiones rápidas y el imperativo de "estar bien para seguir" acallan las emociones, desconectan del registro afectivo y empujan hacia la funcionalidad como única vía de adaptación posible. Similar a lo planteado por Protesoni y Grillé (2022) en su estudio cuando sostienen que las actitudes de sobrevaloración en algunas mujeres podrían ser una reacción compensatoria para restar valor a sus pérdidas. Se instala así un modo de operar en el que sentir parece incompatible con la necesidad de sostener la vida.

Es significativo que la mayoría de las mujeres que no refieren haber vivido un duelo hayan optado por la reconstrucción mamaria, al igual que las investigaciones de Díaz Facio (2010) o de Gerschfeld-Litvin (2018), que observan que las mujeres presentaban dificultad para permitirse sentir dolor de su pérdida y evitar el duelo. Este dato permite reflexionar sobre el modo en que ciertas

intervenciones médicas pueden funcionar como velo o neutralización simbólica de la pérdida. La reconstrucción, en estos casos, se presenta como un intento de restitución imaginaria que dificultaría la asunción subjetiva del daño. Para pensar este aspecto sirve de insumo las ideas de Le Breton (1990) acerca de las prótesis corporales, bajo la concepción de un cuerpo modificable, sus partes como objetos intercambiables se vuelve una “mala simulación”, para él el reemplazo de una parte del cuerpo dificulta la asunción del duelo si no hay una mediación de tiempo y simbolización de lo perdido que permita la transformación e integración de su nueva imagen corporal. En coincidencia con Porroche (2013) y Brullmann (2007), es cuestionable que la reconstrucción mamaria ayude y acompañe el proceso de elaboración psíquica del duelo. Para algunas la reconstrucción restablece su apariencia física y con ello tiene una función terapéutica que las ayuda en su recuperación física, emocional y simbólica; para otras luego de un tiempo de la reconstrucción asumen que no ha sido beneficioso para su duelo, ya que no es posible sustitución, y la reconstrucción mamaria no evita el duelo que deben hacer. Para aceptar el seno reconstruido se debe llorar el perdido (Brullmann, 2007). Gerschfeld-Litvin (2018) en su trabajo concluye y discute que estas situaciones donde el sentimiento de pérdida está negado o disminuido o ilegítimo a vivir, produce que cualquier sentimiento semejante al duelo post-mastectomía sea abordado como depresión.

En esta línea, las teorías contemporáneas del duelo, lejos de concebirlo exclusivamente como una operación intrapsíquica, lo entienden como un proceso también relacional, colectivo y cultural. Es decir, el modo en que una pérdida puede ser significada como tal y elaborada depende no sólo del psiquismo individual, sino también de las condiciones sociales, los discursos culturales y los vínculos que rodean al sujeto (Elmiger, 2017). En tanto el duelo necesita de rituales y de la comunidad (Lacan, 1959/2014) para poder ser inscripto en la subjetividad, necesita de la palabra; la intervención de las esferas pública, privada e íntima para atravesar simbólicamente esa pérdida (Elmiger, 2017), por medio de la palabra. En las entrevistas, fue evidente la influencia del entorno relacional (parejas, familias, profesionales de la salud) en el modo en que las mujeres pudieron —o no— procesar emocionalmente lo vivido, según menciona Tizón (2013) en el discurso médico existe una denegación

de la pérdida y del duelo por la enfermedad. Algunas relataron haber recibido contención y escucha, pero otras hablaron de silenciamiento, estigmatización o presión a mostrarse positivas, como si manifestar dolor atentara contra la narrativa heroica de la “superviviente”. Estos hallazgos concuerdan con las ideas de Pillai-Friedman y Ashline (2014) sobre que las pérdidas simbólicas del cáncer de mama no son reconocidas y esto obstruiría el duelo posible, sobre todo cuando la mujer se realizó la reconstrucción ya que volvió a tener su apariencia completa, lo llaman una “pérdida ambigua” porque el entorno no lo considera una pérdida significativa que adquiriera el “derecho” de un duelo. Las mujeres se sienten invalidadas a sentir su angustia y aflicción por su cuerpo alterado. En este sentido, Dolto (1986) plantea que se puede sostener una imagen corporal sana a pesar de que el esquema esté dañado, siempre y cuando medie el lenguaje, haya un entorno y sustento simbólico en el cual desplegar las angustias y toda la movilización afectiva que supone la enfermedad.

A esta afectación corporal se suman otras pérdidas menos visibles, pero igualmente significativas, que emergieron a lo largo de las entrevistas: la imposibilidad de realizar actividades cotidianas, la alteración de rutinas, el abandono o modificación de roles sociales, y la renuncia a ciertas formas de vestir que antes resultaban placenteras o representativas de su identidad. Estas transformaciones, si bien no siempre fueron nombradas como “pérdidas” por las propias mujeres, operan como tales en tanto representan fracturas respecto a su vida anterior.

Por otro lado, se visibiliza una desarticulación entre el tiempo de la medicina y el tiempo de lo psíquico. Mientras la medicina opera en términos de urgencia y protocolos, la subjetividad requiere de otro tiempo lógico: más dilatado, más errático, más singular (Melo Ferreira y Castro-Arantes, 2014; Kaufman, 2017) esto también incide en la posibilidad de procesar e internalizar lo que se está viviendo. Muchas mujeres solicitaron atención psicológica una vez finalizados los tratamientos médicos, cuando comenzaron a emerger con mayor claridad los efectos emocionales y simbólicos de la experiencia. Esto refuerza la necesidad de pensar la intervención clínica no como un acompañamiento meramente técnico del proceso oncológico, sino como una escucha profunda que habilite la palabra, el dolor, la pérdida, y eventualmente, el duelo.

7.7. Entre el cuerpo y la cultura: la influencia del contexto sociocultural en las subjetividades de mujeres mastectomizadas

Refiere a la pregunta sobre cómo y de qué manera pueden afectar los imaginarios socioculturales sobre el cuerpo en las subjetividades de las mujeres mastectomizadas.

El estudio evidencia la profunda influencia que los elementos culturales y sociales ejercen sobre la vivencia del cáncer de mama y la experiencia de la mastectomía, así como lo manifiesta Elmiger (2017) para que el duelo sea posible es necesario el reconocimiento del mismo en las esferas íntimas, privadas y públicas sociales. El contexto social determina, en gran medida, la percepción que las mujeres tienen de su imagen corporal tras la intervención, así como las dificultades que enfrentan para elaborar el duelo por las pérdidas corporales y subjetivas (Alkolombre, 2011; Diaz Facio, 2010). En nuestra sociedad, los estándares de belleza y los ideales corporales impuestos generan prejuicios que afectan tanto a las mujeres mastectomizadas como a la mirada social que las rodea. Esto contribuye a que muchas experimenten aislamiento y estigmatización después de la cirugía, dificultando la aceptación de sus cuerpos cambiados y el reconocimiento de sus emociones como legítimas. El proceso de duelo, en este sentido, puede verse obstaculizado por las imágenes mediáticas que idealizan formas corporales perfectas, estableciendo un canon de “normalidad” al que las mujeres se sienten presionadas a ajustarse. Los resultados de esta investigación, en este sentido, aportan y dialogan con las conclusiones de otros investigadores (Rodríguez y Rossello, 2007) en cuanto a la influencia y el peso en que la sociedad ejerce sobre la manera en que una mujer con cáncer de mama se percibe a sí misma, maneja su enfermedad y acepta su cuerpo.

La valoración social de la apariencia física femenina se convierte en un componente esencial de la subjetividad de las mujeres (Pasquinelli, 2025). En algunos casos, esta presión por mantener una imagen atractiva después de la mastectomía conduce a decisiones rápidas y poco reflexivas sobre tratamientos o reconstrucciones, muchas veces sin información completa ni tiempo suficiente para procesar emocionalmente lo vivido. En el ámbito médico, se evidencian también relaciones de poder

que limitan la agencia de las pacientes, quienes en ocasiones ven sus deseos y opiniones minimizados frente a decisiones que afectan sus cuerpos. La reconstrucción mamaria se ofrece frecuentemente como una forma de reparar el daño, sin embargo, esta solución puede reducir el pecho a un mero objeto estético, dejando de lado su valor simbólico y subjetivo.

El cáncer de mama, como enfermedad, sigue cargado de connotaciones negativas, mitos y estigmas sociales que dificultan su abordaje desde una perspectiva integral. A pesar de los avances médicos y el aumento en las tasas de supervivencia, la percepción social continúa asociando al cáncer con la muerte, lo que añade una carga emocional y social adicional a la experiencia de las pacientes. Esta condena simbólica influye en cómo las mujeres viven la enfermedad y su cuerpo, y en la forma en que elaboran sus emociones. Es una condena social, vivir con la imagen de un enfermo “de verdad”.

Por otra parte, la investigación muestra que la reacción de las mujeres ante los cambios corporales post cirugía es un proceso complejo, no lineal, semejante a un duelo, y que varía según las particularidades y la historia personal de cada una. Como en el trabajo de Wallberg et al. (2003) la vivencia de la enfermedad está relacionada con el contexto individual, social y cultural. El doble estigma del cáncer y de la mujer en la sociedad profundiza los miedos y dificultades para afrontar la experiencia. Además, el proceso de duelo se ven influenciado por aspectos socioculturales también (Neimeyer y Harris, 2016), lo que habilitaría o no sus manifestaciones.

En términos culturales, el cuerpo mutilado tras la mastectomía no se corresponde con los ideales sociales de belleza, feminidad ni erotismo, ni siquiera dentro de los mismos servicios de salud, donde las pacientes a menudo son reducidas a diagnósticos o partes del cuerpo afectadas, perdiendo así su identidad como sujetos completos, un cuerpo-objeto fragmentado.

El estudio también revela que, a pesar de las diferentes opciones disponibles, la gran mayoría de las mujeres no opta por vivir con su cuerpo mastectomizado tal cual quedó, sin prótesis ni reconstrucción. Esta realidad invita a una reflexión crítica sobre las presiones sociales que valoran más la apariencia estética que la funcionalidad o la aceptación corporal plena. En este sentido, sería

pertinente profundizar en futuras investigaciones sobre el impacto psicológico y social de vivir y mostrar el cuerpo mastectomizado sin “correcciones” externas, ya que, ¿qué es ser normal?

Es importante destacar que existen movimientos sociales y mujeres que cuestionan estos estándares hegemónicos y reivindican el derecho a decidir cómo quieren habitar y representar sus cuerpos después del cáncer, promoviendo una aceptación que va más allá de la apariencia para incluir la diversidad corporal y la experiencia vivida. Un ejemplo es la experiencia de Gabriela Liffschitz analizada en el libro de Assandri (2025).

7.8. Hallazgos sobre la atención sanitaria: desafíos, comunicación y cuidado integral

No posee correspondencias con objetivos o preguntas, ya que es un hallazgo emergente de la investigación.

Un hallazgo relevante de esta investigación, no planteado inicialmente, fue la identificación de diversas dificultades y deficiencias en el sistema de salud frente al cáncer de mama. Más allá de los desafíos médicos intrínsecos a una enfermedad compleja y a veces enigmática para la medicina, las mujeres relataron experiencias de complicaciones en la atención debido a problemas de recursos, burocracia, demoras, falta de medicamentos y trato del personal médico y no médico. Es ineludible analizar este punto respecto a las concepciones acerca del cuerpo y la visión biomédica. En este sentido, tal como lo planteado por Fauré (2005); Rovaletti (1998; 2003); Galiussi (2005) se observa cómo la visión biomédica centrada en la enfermedad suele dejar de lado las dimensiones emocionales de la experiencia subjetiva de enfermar. Esto corresponde con las concepciones contemporáneas sobre el cuerpo donde coexisten por un lado, el cuerpo como soporte de la subjetividad y por otro, como máquina (Le Breton, 1990; 2002). Por un lado, el cuerpo como propiedad médica y por otro, como soporte de la identidad (Rovaletti, 1998; 2003). La visión médica que distancia el cuerpo como un objeto que se tiene, junto con la vivencia popular del cuerpo como identidad.

La relación con el equipo médico no siempre se establece en términos óptimos, probablemente influida por limitaciones de tiempo y recursos, aunque esta relación debería ser fundamentalmente

basada en la comunicación y la empatía, así lo manifiestan muchas entrevistadas, y eso confirma lo que otros estudios anteriores concluyen y lo que McDougall (1999) afirma en su ensayo donde dice que las mujeres sienten que los médicos actúan con ajenidad de su dolor psíquico. Asimismo, algunos médicos han demostrado preocuparse e interesarse por brindar una asistencia que tenga en cuenta a la persona y basar el tratamiento en una relación de confianza que toma en cuenta las decisiones de las pacientes, según lo planteado por estos autores, conviven la visión médica que toma al cuerpo fragmentado y objetalizado con la visión que considera las condiciones de existencia de los sujetos.

Si bien algunas mujeres se mostraron satisfechas con la información y el apoyo recibidos, otras consideraron que estos aspectos eran insuficientes. La provisión de información adecuada mejora la comprensión de la situación, promueve expectativas más realistas y contribuye a reducir la ansiedad. Por ello, las mujeres expresaron la necesidad de una atención más humanizada, integral y compasiva, que incluya equipos multidisciplinarios y apoyo psicológico, abordando no sólo el aspecto físico sino también las múltiples dimensiones emocionales y subjetivas que la enfermedad impacta.

7.9. Consideraciones sobre la participación y el valor del estudio: el beneficio de narrar

Es también un resultado emergente, y resulta un aspecto destacado en este estudio la valoración que las mujeres otorgaron a la posibilidad de participar y compartir sus vivencias en torno al cáncer de mama y la mastectomía. Para muchas, narrar su experiencia significó un espacio de expresión y reconocimiento, donde pudieron dar voz a emociones y procesos internos que habitualmente permanecen invisibilizados. Este acto de contar se reveló como un recurso terapéutico y de sentido, contribuyendo a su propio proceso de elaboración y resignificación de la enfermedad y el duelo asociado.

Las narrativas que las mujeres construyen alrededor de su experiencia constituyen un elemento fundamental para atravesar y dar sentido a las pérdidas y transformaciones vividas, tal cual lo describe Langellier (2001), al contar la historia de su enfermedad, las mujeres se convierten narradoras y

construyen su experiencia, la ordenan, la significan, le otorgan sentido, cada vez que la narran, diferenciado la enfermedad en términos médico diagnósticos y la enfermedad en términos de la experiencia y vivencia percibida por ese sujeto. La posibilidad de poner en palabras el dolor, las pérdidas y los cambios en el cuerpo y la identidad facilita una re-significación del duelo, evitando que este quede negado o silenciado, y abriendo caminos para integrar esta vivencia en la biografía personal.

Además, la investigación pone de relieve la importancia de abordar un tema poco explorado desde una perspectiva cualitativa que considere las dimensiones subjetivas, sociales y culturales que atraviesan esta experiencia. Estudiar el impacto del cáncer de mama en la constitución de la identidad y el cuerpo femenino permite abrir nuevas líneas de reflexión y comprensión, enriqueciendo no sólo el campo académico sino también las intervenciones clínicas y sociales.

El valor de este trabajo reside, entonces, en dar visibilidad a las voces de mujeres que han transitado caminos complejos y singulares, y en destacar la necesidad de un abordaje integral que considere el cuerpo, la subjetividad y el entorno sociocultural. Así, se reconoce la potencia del sujeto para generar sentido y transformar su experiencia, incluso en contextos adversos.

7.10. Consideraciones finales

En suma, esta investigación permitió visibilizar que el cáncer de mama y la mastectomía no constituyen únicamente eventos médicos, sino experiencias profundamente transformadoras que impactan en el cuerpo y la subjetividad femenina. La pérdida del seno, lejos de ser un hecho puramente físico, conlleva una carga simbólica significativa: se inscribe en territorios íntimos como la feminidad, la sexualidad, la maternidad y el deseo, generando rupturas que muchas veces no encuentran lugar para ser nombradas ni elaboradas.

El cuerpo mastectomizado emerge como un cuerpo marcado, incompleto según los estándares culturales, y muchas veces silenciado por la urgencia médica o las expectativas sociales. Sin embargo, lo que esta investigación revela es que esa pérdida —tanto corporal como simbólica— puede

convertirse en materia de duelo, siempre que se habilite un espacio subjetivo para ello. El duelo por lo perdido —un seno, una forma de estar en el mundo, una imagen idealizada— no siempre fue reconocido, ni habilitado, ni siquiera nombrado. Pero, aun así, muchas mujeres desplegaron estrategias simbólicas que les permitieron habitar la pérdida, narrarla, y darle sentido. No todas las mujeres lo transitan del mismo modo, ni todas lo nombran como tal. Algunas lo niegan, otras lo ocultan, algunas lo resignifican, y unas pocas logran narrarlo como un duelo necesario, un acto de despedida que abre la posibilidad de construir una nueva relación con el cuerpo y con una misma.

El duelo por el cuerpo perdido no es lineal ni siempre visible. A menudo queda encubierto por la presión de “estar bien”, de mostrarse fuerte o agradecida por haber sobrevivido. Pero aun así, en los pliegues de lo dicho y lo no dicho, aparecen huellas de un trabajo psíquico que, cuando logra desplegarse, habilita un movimiento: del dolor a la elaboración, del extrañamiento a la reapropiación, de la pérdida a la posibilidad de habitarse de otro modo.

Este estudio permitió profundizar en los significados atribuidos al cáncer de mama y a la mastectomía desde una perspectiva subjetiva, cultural y simbólica. Las narrativas recogidas revelan que el cuerpo no solo es lugar de marcas visibles, sino también de inscripciones simbólicas profundas, que atraviesan la historia singular de cada mujer, pero que también se encuentran condicionadas por discursos sociales, estéticos, médicos y culturales. En este recorrido analítico se confirma lo anticipado por la teoría: los significados atribuidos al cáncer de mama no son estáticos ni homogéneos, sino que se construyen en un entramado complejo de historia personal, discurso cultural y subjetividad. El cuerpo, la enfermedad y la cura son procesos que exceden el orden biomédico y requieren ser leídos desde una lógica que reconozca al sujeto, su palabra y su singularidad. Los resultados de esta investigación invitan también a aportar la discusión sobre los discursos de normalidad de los cuerpos.

Este trabajo apuesta a devolverle al duelo su valor subjetivo y clínico, a reconocerlo como un proceso legítimo y necesario frente a las pérdidas que no siempre se ven, pero que duelen y transforman. Este trabajo visibiliza la potencia que reside en la palabra, en la narración compartida y

en la escucha atenta de lo singular, reconocer la subjetividad y habilita nuevas formas de pensar y acompañar las experiencias de las mujeres que transitan el cáncer de mama.

Este estudio permitió no sólo responder a los objetivos propuestos, sino también abrir nuevas preguntas: ¿qué espacios sociales y clínicos se ofrecen hoy para la elaboración subjetiva del cáncer? ¿Cómo intervenir sin obturar los sentidos posibles? ¿Qué lugar tiene el cuerpo simbólico en las prácticas de salud? Son interrogantes que invitan a seguir investigando.

Esta investigación invita a repensar las intervenciones clínicas con mujeres que atraviesan el cáncer de mama, promoviendo un abordaje sensible a la dimensión simbólica del cuerpo y abierto a la escucha de las múltiples significaciones que cada sujeto construye frente al sufrimiento. El desafío para los profesionales de la salud, y en particular para quienes trabajamos desde la psicología clínica, es ofrecer un espacio donde esas voces puedan ser alojadas, sin anticipaciones ni clausuras, reconociendo en cada relato una posibilidad única de recomponer el lazo entre cuerpo y subjetividad. Desde el campo de la psicología clínica, estos hallazgos reafirman la necesidad de intervenciones sensibles a la dimensión subjetiva del padecimiento. Escuchar los relatos, alojar los silencios, acompañar los procesos de resignificación sin imponer sentidos normativos se vuelve un imperativo ético y clínico.

Referencias bibliográficas

- Alizade, A. M. (2012). *Clínica con la muerte*. Biebel.
- Alkolombre, P. (2011). Prólogo. En *Travesías del cuerpo femenino: un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia* (pp.17-18). Letra Viva.
- Allouch, J. (2011). *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. El cuenco de plata.
- Almeida, A. M. de, Mamede, M. V., Panobianco, M. S., Prado, M. A. S., y Clapis, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(5), 63-69. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000500010>
- Almeida, I. O., Ribeiro, M. R., Santos, M. V. D. D., y Azevedo, C. A. D. (2023). Impactos psicológicos da mastectomia: Uma análise na Associação de Apoio a Pessoa com Câncer. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 46(2), 122-136. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n2.a3634>
- Alonso Fernández, C., y Bastos, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207. <https://doi.org/10.5093/cc2011v2n2a6>
- Alonso, Y., Fontanil, Y., y Ezama, E. (2016). Apego y bienestar en proceso de tratamiento de cancer de mama. *Anales de psicología*, 32(1), 32-38. <http://dx.doi.Org/10.6018/analesps.32.1.191961>
- Arasse, D. (2005). La carne, la gracia, lo sublime. En Corbin, A., Courtine, J.J. y Vigarello, G. (Coords.), *Historia del cuerpo Vol. I De Renacimiento al Siglo de las Luces* (pp.395-456). Santillana.
- Araújo, I. M. de A., y Fernandes, A. F. C. (2008). O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Escola Anna Nery*, 12(4), 664-671. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400009>
- Assandri, J. (2025). *Hacerse ver: cuerpo, fotografía, mirada*. En el margen y Escolios.
- Assoun, P. L. (1998). *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma*. Nueva Visión.
- Aulagnier, A. (1994). *Los destinos del placer, alienación, amor, pasión*. Paidós.

- Aureliano, W. de A. (2009). «... E Deus criou a mulher»: Reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Estudos Feministas*, 17(1), 49-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100004>
- Bajuk, L., y Reich, M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 19-30. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000100003&lng=es&tlng=es
- Barrera, V. y Manero Brito, R. (2009). Medicina, cáncer y significación del cuerpo: El cáncer y la significación del cuerpo en la medicina durante el periodo colonial en México. *Tramas. Subjetividad Y Procesos Sociales*, (32), 121-146. <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/546>
- Bleichmar, S. (2010). *La subjetividad en riesgo*. Topía.
- Bleichmar, S. (2011). *La construcción del sujeto ético*. Paidós.
- Blanco-Sánchez, R. (2010). Vivencias de las mujeres mastectomizadas. Un estudio fenomenológico. *Enfermería Clínica*, 20(6), 327-334. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2010.07.005>
- Breen, L. y O'Connor, M. (2007). The fundamental paradox in the grief literatura: a critical reflection. *Omega*, 55(3), 199-218. <https://doi.org/10.2190/OM.55.3.c>
- Brito, P. K. H., Carneiro, A. de F., Gadelha, M. A. de L., Dantas, A. R. A., Barbalho, I. L. A., y Fernandes, M. C. (2022). Saberes e sentimentos de mulheres mastectomizadas sobre o câncer de mama. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 26(3), Article 3. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v26i3.2022.8933>
- Brullmann, F. (2007). Reconstruction du sein après cancer: Témoignages cliniques.... *Revue française de psychosomatique*, 31(1), 75-82. <https://doi.org/10.3917/rfps.031.0075>
- Caro, L. M., Segovia, J. L. S., Cuitiño, B. P., y Hernández, E. F. (2012). Discursos inscritos sobre el cuerpo: Estudio sobre las implicancias de la mastectomía en mujeres chilenas. *Salud & Sociedad*, 3(2), Article 2. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2012.0002.00003>

- Carril, E. (2002). *Un cuerpo en espera*. <https://www.psicomundo.com/foros/genero/cuerpo.htm>
- Castrillo, D. (2002). *El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante*. http://nucep.com/wp-content/uploads/2012/09/ref_Dolores-Castrillo-_EL-ESTATUTO-DEL-CUERPO-EN-PSICOANALISIS.pdf
- Chase, S. (2015). Investigación narrativa. En Denzin, N. y Lincoln, Y (Comp.), *Manual de investigación cualitativa Vol. IV: Métodos de recolección y análisis de datos* (pp. 58-112). Buenos Aires: Gedisa.
- Chiozza, L. (2010). *Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora?*. Libros del Zorzal.
- Coffey, A. y Atkinson, P. (2003). Narrativas y relatos. En *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación* (pp. 64-98). Editorial Universidad de Antioquía
- Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. (2024). Situación Epidemiológica del Uruguay en relación al Cáncer - 2024. Recuperado de <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/Situacion-Epidemiologica-del-Uruguay-en-relacion-al-Cancer--2024-uc108>
- Corbin, A., Courtine, J.J. y Vigarello, G. (2005). Introducción. En *Historia del cuerpo Vol. 2 De la Revolución francesa a la Gran Guerra* (pp.15-22). Santillana.
- Corbin, A., Courtine, J.J. y Vigarello, G. (2005). Prefacio. En *Historia del cuerpo Vol. 1 De Renacimiento al Siglo de las Luces* (pp.17-22). Santillana.
- Da Silva, G., y dos Santos, M. A. (2008). «Será que não vai acabar nunca?»: Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(3), 561-568. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000300018>
- Denzin, N., y Lincoln, Y. (2012). *Manual de investigación cualitativa Vol. 1: El campo de la investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- De Souza Minayo, M. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial.

- Devereux, 1999. *De la ansiedad al método en las ciencias del Comportamiento*. Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1967)
- Díaz Facio, V. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico* 7(14), 155-160. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80113673012.pdf>
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós.
- Domínguez, E., y Herrera, J. (2013). La investigación narrativa en Psicología: definición y funciones. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 620-641. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6408702>
- Duarte, T. P., y Andrade, Â. N. de. (2003). Enfrentando a mastectomia: Análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100017>
- Durães Rocha, J. F., Rodrigues Cruz, P. K., Aparecida Vieira, M., Marques da Costa, F., y de Almeida Lima, C. (2016). Mastectomy: scars in female sexuality. *Journal of Nursing UFPE*, 10, 4255-4263. 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201612
- Elmiger, M. E. (2017). *Duelo. Íntimo. Privado. Público*. Argus-a.
- Faure, O. (2005). La mirada de los médicos. En Corbin, A., Courtine, J. J. y Vigarello, G. (Coords.), *Historia del cuerpo Vol. 2 De la Revolución francesa a la Gran Guerra* (pp.22-56). Santillana.
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.
- Ferreira, M. de L. da S. M., y Mamede, M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 299-304. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300006>
- Freud, S. (1963). *Epistolario 1873-1939*. Merino Perez, J. (Trad.). Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1979). La interpretación de los sueños (primera parte). En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 4). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1900).

- Freud, S. (1984a). De guerra y muerte. Temas de actualidad. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 14, pp. 273-304). Amorrortu (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1984b). Duelo y Melancolía. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 14, pp. 235-258). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1917).
- Freud, S. (1984c). El yo y el ello. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 19, pp.1-66). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).
- Freud, S. (1984d). Introducción del narcisismo. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 14, pp. 65-98). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1984e). La transitoriedad. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 14, pp. 305-312). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1916).
- Freud, S. (1986a). El malestar en la cultura. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 21, pp.57-140). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930).
- Freud, S. (1986b). Inhibición, síntoma y angustia. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 20, pp. 71-164). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926).
- Freud, S. (1986c). La perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 11, pp. 205-216). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910).
- Freud, S. (1986d). Lo ominoso. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas* (Vol. 17, pp. 215-252). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1919).
- Galiussi, R. (2005). Dos Tratamientos Hipermodernos del Cuerpo. *Aesthetika*, 2(1), 48-56. Recuperado de <http://www.redibis.com.ar/ethika/volumen2N1/Galiussiv2n1.pdf>
- Gélis, J. (2005). El cuerpo, la Iglesia y lo sagrado. En Corbin, A., Courtine, J. J. y Vigarello, G (Coords.), *Historia del cuerpo Vol. 1 De Renacimiento al Siglo de las Luces* (pp.27-110). Santillana.

- Gershfeld-Litvin, A. (2018). Women's Experiences Following Mastectomy: Loss, Grief, and Meaning-Reconstruction. *Illness Crisis and Loss*, 0(0), 1-18. <https://doi.org/10.1177/1054137318799046>
- González Rey, F. (2006). *Investigación cualitativa y subjetividad*. ODHAG.
- Gökler-Danışman, I., Yalçınay, M., e Yiğit, I. (2017). Experience of Grief by Patients with Cancer in Relation to Perceptions of Illness: The Mediating Roles of Identity Centrality, Stigma-Induced Discrimination, and Hopefulness. *Journal of Psychosocial Oncology*. DOI: 10.1080/07347332.2017.1340389
- Gutiérrez Brito, J. (2004). El método de investigación psicoanalítico y el proceso conversacional en la investigación social cualitativa. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, N° 7, 77-98. <https://doi.org/10.5944/empiria.7.2004.968>
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Cátedra.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGrawHill
- Herring, B., Paraskeva, N., Tollow, P., y Harcourt, D. (2019). Women's initial experiences of their appearance after mastectomy and/or breast reconstruction: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 28(10), 2076-2082. <https://doi.org/10.1002/pon.5196>
- Kaufman, A. (2017). *Trabajo psicoanalítico con pacientes con cáncer de mama*. <https://www.topia.com.ar/articulos/trabajo-psicoanalitico-pacientes-cancer-mama>
- Klein, M. (1990a). Contribución a la psicogenesis de los estados maníacos depresivos. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos* (pp. 267-295). Paidós. (Trabajo original publicado en 1935).
- Klein, M. (1990b). El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. En *Amor, culpa y reparación y otros trabajos*. (pp. 346-371). Paidós. (Trabajo original publicado en 1940).
- Kohan, A. (2022). *Un cuerpo al fin*. Paidós.

- Lacan, J. (2009). El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos 2* (pp. 99-106). Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1966).
- Lacan, J. (2014). Siete clases sobre Hamlet. En *Seminario VI El deseo y su interpretación* (pp. 359-391). Paidós. (Trabajo original publicado en 1958-1959).
- Lacan, J. (2016). Revisión del estatuto de objeto. En *Seminario 10: La angustia* (pp. 97-168). Paidós. (Trabajo original publicado en 1962-1963).
- Lamas, M. (1999). Género, diferencias de sexo y diferencia sexual. Otro comentario al debate. *Debate Feminista*, 20. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.1999.20.2044>
- Langellier, K. (2001). "You're marked" Breast cancer, tattoo, and the narrative performance of identity. En Brockmeier, J. y Carbaugh, D. (Eds.), *Narrative and identity: Studies in autobiography, self and culture* (pp. 145-184). John Benjamins Publishing Company.
- Laza-Vásquez, C., Rodríguez-Vélez, M. E., Lasso Conde, J., Perdomo-Romero, A. Y., Pastells-Peiró, R., y Gea-Sánchez, M. (2021). Experiencias de mujeres jóvenes colombianas mastectomizadas: Un estudio etnográfico. *Enfermería Clínica*, 31(2), 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.09.015>
- Le Breton, D. (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva visión.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Nueva visión.
- Le Breton, D. (2017). *El cuerpo herido: identidades estalladas contemporáneas*. Topía.
- Lessana, M. M. (2008). El drag-book de Catherine Lord. *Revista Litoral*, 41, 9-16. Epeeel.
- Levinton, N. (2013). *El superyó femenino. La moral en las mujeres*. Biblioteca Nueva.
- Lima, M. M. G. de, Leite, K. N. S., Santos, M. L. L. dos, César, E. S. R., Souza, T. A. de, Nascimento, B. B. do, Barboza, J. P., y Dantas, T. M. (2018). Sentimentos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 12(5), Article 5. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a231094p1216-1224-2018>

- Lindwall, L., y Bergbom, I. (2009). The altered body after breast cancer surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(4), 280-287. DOI: 10.3109/17482620903106645
- Lôbo, S. A., Fernandes, A. F., Almeida, P., Carvalho, C., y Sawada, N. O. (2014). Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paul Enferm*, 27(6), 554-563. <https://doi.org/10.1590/1982>
- Macêdo, V., y Santana, N. (2007). Mulher mastectomizada e sua Imagem corporal. *Revista Baiana de Enfermagem*, 21(1), 41-53. <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3911>
- Manorov, M., Soares, R. B., Urio, A., Souza, J. B. de, y Celich, K. L. S. (2019). Após a mastectomia, o que esperar da vida pessoal, familiar e profissional? *Enfermagem Brasil*, 18(3), Article 3. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i3.1381>
- Mauss, M. (1971). Técnicas y movimientos corporales. En *Sociología y antropología* (pp.337-357). Tecno. (Trabajo original publicado en 1936).
- McDougall, J. (1999). *Violencia somática. El viaje psicoanalítico de una paciente con cáncer de seno*. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/081_p_sicosomaticas/material/archivos/violencia_somatica_mcdougall.pdf
- Meler, I. (2004). Género y subjetividad: la construcción diferencial del Super-yo en mujeres y varones. *Subjetividad y Cultura*, 21, 42-50. <https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/1535>
- Meler, I. (2005). El estatuto teórico del cuerpo en los estudios psicoanalíticos del género. *Actualidad Psicológica*, 30(335), 23-28. <https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/1534>
- Melo Ferreira, D. y Castro-Arantes, M. (2014). Câncer e corpo: Uma leitura a partir da psicanálise. *Analytica*, 3(5), 37-71. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v3n5/v3n5a04.pdf>

- Menon, A. S., y O'Mahony, M. (2019). Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives. *Applied Nursing Research*, 47, 4-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.03.002>
- Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. Planeta-Agostini (Trabajo original publicado en 1945).
- Montiel, V., Guerra, V., y Bartuste, D. (2019). Estrés y emociones displacenteras en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista cubana de Medicina general integral*, 35(2). <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/544>
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Paidós.
- Neimeyer R.A. y Harris D. (2016). Bereavement and Grief. En Friedman, H. (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health*, (Vol. 1, 163-169). Academic Press.
- Olivares, M.E. (2007). Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2), 447-464. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220447A>
- Olivares, M., Martín, D., Román, JM., y Moreno, A. (2010). Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología*, 7(1), 81-97. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120081A>
- Pasquinelli, L. (2025). *La estafa de la feminidad*. Planeta.
- Parat, H. (2017). Sein perdu, sein retrouvé. *Revue française de psychosomatique*, 51(1), 101-116. <https://doi.org/10.3917/rfps.051.0101>
- Pereira, L. D. A., Brandão-Souza, C., Musso, M. A. A., Calmon, M. V., Neto, S. B. C., Miotto, M. H. M. de B., Zandonade, E., y Amorim, M. H. C. (2016). Quality of life of women with pre- and post-operative breast cancer. *Investigación y Educación en Enfermería*, 35(1), 109-119. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n1a13>
- Pfeiffer, M.L. (1998). El cuerpo ajeno. En Rovalletti, M. L. (Ed.) *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual* (25-34). Lugar Editorial.

- Pillai-Friedman, S. y Ashline, J. L. (2014). Women, breast cancer survivorship, sexual losses, and disenfranchised grief – a treatment model for clinicians. *Sexual and Relationship Therapy*, 29(4), 436-453. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.934340>
- Pinto, A. C., y Gióia-Martins, D. F. (2006). Qualidade de vida subsequente à mastectomia: Subsídios para intervenção psicológica. *Revista da SBPH*, 9(2), 3-27. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582006000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Piot-Ziegler, C., Sassi, M.-L., Raffoul, W., y Delaloye, J.-F. (2010). Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15(3), 479-510. <https://doi.org/10.1348/135910709X472174>
- Plaza, A., y Rosario, I. (2014). La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. *Informes Psicológicos*, 14(1), 65-89. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5229784>
- Porroche, A. (2013). Luces y sombras de la reconstrucción mamaria. *MYS: Mujeres y salud*, 34(35), 30-33. http://sro.sussex.ac.uk/id/eprint/47584/1/Porroche_MyS_Luces_y_Sombras.pdf
- Porter, R. y Vigarello, G. (2005). Cuerpo, salud y enfermedades. En Corbin, A., Courtine, J. J. Y Vigarello, G. (Coords.), *Historia del cuerpo Vol. 1 De Renacimiento al Siglo de las Luces* (pp.323-358). Santillana.
- Protesoni, A. L., y Grillé, S. (2022). Esquemas desadaptativos tempranos en mujeres con cáncer de mama y su asociación con la calidad de vida relacionada con la salud. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 12(3), pp. 57-85. <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/872/509>
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., y Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & doenças*, 8(1), 13-32. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36280102>

- Reich, M., y Remor, E. (2010). Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. *Ciencias Psicológicas*, IV(2), 179-223. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v4n2/v4n2a05.pdf>
- Reich, M., y Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8(2-3), 453-471. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37892
- Rincón, M., Pérez, M., Borda, M., y Martín, A. (2010). Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según el tipo de cirugía mamaria. *Cirugía plástica iberoamericana*, 36(4), 359-368. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922010000400009&lng=es&tlng=es.
- Rincón, M. E., Pérez, M. A., Borda, M., y Martín, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11(1), 25-41. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672012000100003
- Rey-Villar, R., Pita-Fernández, S., Cereijo-Garea, C., Seoane-Pillado, M. T., Balboa-Barreiro, V., y González-Martín, C. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>
- Rocha, C. B., Fontenele, G. M. C., Macêdo, M. S., Carvalho, C. M. S. de, Fernandes, M. A., Veras, J. M. de M. F., y Silva, J. S. e. (2019). Sentimentos de mulheres submetidas à mastectomia total. *Revista Cuidarte*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.606>
- Rodríguez, Y., y Rossello, J. (2007). Reconstruyendo un cuerpo: Implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mama. *Revista puertorriqueña de Psicología*, 18, 118-145. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1946-20262007000100008&script=sci_arttext

- Rojas-May, G. (2006). Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 17(4), 194-197. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-estrategias-intervencion-psicologica-pacientes-con-X0716864006320867>
- Rovaletti (1998). La objetivación del cuerpo o el cuerpo como simulacro biológico. En *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual* (pp. 349-368.). Lugar Editorial.
- Rovaletti, M.L. (2003). Entre la reificación y la identidad: del órgano-cosa al órgano-soporte de la identidad. *Perspectivas Bioéticas (FLACSO)*, 16, 62-75.
- Sánchez, T. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. *Papeles del psicólogo*, 36(1), 62-73. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2490.pdf>
- Schongut, N., y Pujol, J. (2015). Relatos metodológicos: difractando experiencias narrativas de investigación. *Forum: Qualitative Social Research*, 16(2), art. 24. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/2207/3810>.
- Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A. dos, y Souza, L. V. e. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: Negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14, 41-50. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100006>
- Segura-Valverde, M., García-Nieto, R., y Gutiérrez, L. Á. S. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncologia*, 11(1), 45-57. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44916
- Silva, C. D. M. C., y Vargens, O. M. da C. (2016). A mulher que vivencia as cirurgias ginecológicas: Enfrentando as mudanças impostas pelas cirurgias. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1081.2780>
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: la relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativo contemporánea. *Psicoperspectivas*,

<https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/54>

Sontag, S. (1977). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Epublibre.

Talgham, C. (2011). Una mirada psicoanalítica acerca del cáncer ginecológico. En Alkolombre, P. (Comp.), *Travesías del cuerpo femenino: un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia* (pp. 233-262). Letra Viva.

Tizón, J.L. (2013). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Herder.

Trejo-Ochoa, J., Maffuz-Aziz, A., Said-Lemus, F., Domínguez-Reyes, C., Hernández-Hernández, B., Villegas-Carlos, F., y Rodríguez-Cuevas, S. (2013). Impacto en la calidad de vida con cirugía reconstructiva posterior al tratamiento de cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*, 81(9), 510-518. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom139d.pdf>

Unzueta, C., y Lora, M. (2002). El estatuto del cuerpo en psicoanálisis. *Ajayu* [online], 1(1), 136-154. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v1n1/v1n1a09.pdf>

Uruguay (2008, agosto 04). Decreto n.º 515/08: Investigación con seres humanos. https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/page/2010/02/decreto-investigacion-con-seres-humanos.pdf

Uruguay (2008, agosto 18). Ley n.º 18.331: Ley de Protección de Datos Personales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>

Valles, M. (1999). *Técnicas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis.

Varela, B., Alonso, R., Galain, A., Ibáñez, A., y Abreu, M. (2011). Defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(2), 110-122.

Villegas, J., y Londoño, C. (2019). Satisfacción con la imagen corporal y calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria por cáncer: Una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 29(2), 259-268. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i2.2592>

Wallberg, B., Michelson, H., Nystedt, M., Bolund, C., Degner, L. y Wilking, N. (2003). The Meaning of Breast Cancer, *Acta Oncologica*, 42(1), 30-35. <https://doi.org/10.1080/0891060310002203>

Williams, F. (2022). *Tetas: una historia natural y no natural*. Egodot

Anexos

I. Antecedentes

En virtud de favorecer la precisión de los antecedentes citados, se ubicará en este apartado la información sobre la población estudiada y a la metodología utilizada de cada uno, en orden de aparición del respectivo capítulo.

Estudios basados en la evaluación de la calidad de vida, estrés, ansiedad y depresión

Montiel, Guerra y Bartuste (2019) describen las principales fuentes y vivencias de estrés de sobrevivientes de cáncer, sus estados emocionales (ansiedad y depresión) y las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad en una población de 30 sobrevivientes de cáncer de mama (entre los 45 y 75 años). En un estudio cuantitativo se emplearon las siguientes pruebas: Escala de modos de afrontamiento, entrevista psicológica, inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad, y prueba de Zung y Conde.

Rey-Villar et al. (2017) determinaron la calidad de vida y ansiedad en pacientes con cáncer de mama y los cambios experimentados tras tratamientos. En un estudio prospectivo con 339 casos (mediana de edad de 59 años) se utilizaron los cuestionarios de calidad de vida: QLQC-30, QLQBr23, y ansiedad: STAI.

Alonso, Fontanil y Ezama (2016) estudiaron un total de 58 mujeres (edad media de 52.63 años) que habían sido diagnosticadas e intervenidas por un cáncer de mama en diferentes estadios y que iban a iniciar un tratamiento de radioterapia. Informaron a través de diferentes escalas y cuestionarios sobre: síntomas y disfunciones relacionados con la enfermedad y el tratamiento, afectos positivos y negativos, bienestar emocional, contrariedades diarias y vínculo de apego.

Lôbo et al. (2014) con el objetivo de conocer la calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente (entre 29 y 82 años), en tratamiento de quimioterapia. Fueron incluidas 145 mujeres en un estudio transversal a través de cuestionarios.

Pereira et al. (2016) evaluaron la calidad de vida en los momentos antes y después de la cirugía en mujeres con cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico. Estudio longitudinal en 87 mujeres (de 30 años en adelante, siendo la mayoría mayor de 60 años), se utilizaron el instrumento EORTC QLQ C-30 y la EORTC BR-23 para medir la calidad de vida de las participantes antes y después de la cirugía de mama.

Reich y Remor (2010-2011) examinaron la relación existente entre el estrés percibido, las estrategias de afrontamiento, y la sintomatología depresiva, y su efecto sobre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS). Se estudió una muestra de 116 mujeres uruguayas (mayoritariamente mayores de 40 años) intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama, tanto de la esfera pública,

como privada. Se evaluó los niveles de estrés percibido (PSS) y sintomatología depresiva (BDI-II), las estrategias de afrontamiento (Brief COPE), y la CVRS (MOSSF-36) en una única toma de medidas por medio de cuestionarios de auto-informe.

Bajuk y Reich (2011) caracterizaron una muestra de 34 mujeres uruguayas con cáncer de mama (media de edad de las participantes fue de 56,06 años.) recibiendo atención médica postquirúrgica en el Instituto Nacional de Cáncer, a través de formulario de Datos Sociodemográficos y Clínicos diseñado ad hoc para el estudio y el Cuestionario de Salud MOS-SF-36 V. 2.0.

Varela et al. (2011) evaluaron a 37 pacientes en la etapa de post-diagnóstico y 62 en postcirugía con entrevistas semiestructuradas a mujeres que consultaron en la Policlínica de Mastología del Hospital de Clínicas de Montevideo (edad promedio fue 63 años y 62 años, respectivamente). Se realizó una entrevista semiestructurada post-diagnóstico (no más allá de una semana de la consulta en la que a la paciente le confirman el diagnóstico) y postcirugía (no más allá de una semana de la cirugía).

Protesoni y Grillé (2022) utilizaron un diseño descriptivo y correlacional. Se seleccionó una muestra de 228 pacientes ambulatorias (edad mediana de 58.0 años), usuarias del sistema de salud público del Uruguay. Se aplicó un formulario sociodemográfico y biomédico, el Test de EDT y el FACT-B para valorar CVRS.

Trejo-Ochoa et al. (2013) midieron la calidad de vida con el cuestionario “The short form Health Survey Questionnaire 36” (SF-36), con validez para población mexicana en 37 pacientes (edad promedio de 48.4 años).

Rincón, Pérez, Borda, y Martín (2010) estudiaron si la sintomatología ansiosa y depresiva, las estrategias de afrontamiento empleadas o la calidad de vida manifestada por las pacientes, difiere según el tipo de cirugía realizada (mastectomía unilateral o reconstrucción mamaria). Se estudiaron 2 grupos. Un primer grupo formado por 36 pacientes sometidas a mastectomía unilateral (simple o radical modificada) y un segundo grupo constituido por 36 mujeres con reconstrucción mamaria post-mastectomía (inmediata o diferida). Para la evaluación psicológica se empleó una Encuesta Psicosocial, junto a la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD), la Escala de Afrontamiento del Cáncer (MAC) y el Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer de la EORTC (QLQ-C30).

Rincón, Pérez, Borda, y Martín (2012) para comprobar si el nivel de satisfacción con el resultado estético, así como la autoestima o la imagen corporal de las pacientes difería según el tipo de cirugía realizada (mastectomía unilateral o reconstrucción mamaria), se estudiaron un total de 72 pacientes. Emplearon una Encuesta Psicosocial, la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-BR23) y el Test de Medición del Grado de Satisfacción Corporal.

Olivares, Martín, Román y Moreno (2010) con una muestra de 438 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama o portadoras de mutación genética intervenidas quirúrgicamente por dicha afectación (edad varía en un rango de 26 a 87). Las variables dependientes estudiadas fueron: sociodemográficas y médicas, ansiedad- depresión (HADS), calidad de vida (QLQ-C30), calidad de vida en mama (QLQBR23) e imagen corporal (BIS).

Villegas y Londoño (2019) realizaron una revisión sistemática de literatura para identificar el efecto que tiene la reconstrucción mamaria en la satisfacción con la imagen corporal y la calidad de vida de mujeres con mastectomía por cáncer de mama. Se encontraron 290 artículos que cumplían con los criterios y se seleccionaron 5 artículos que cumplían con los parámetros de calidad para la investigación en intervenciones clínicas.

Segura-Valverde, García-Nieto y Gutiérrez (2014) estudiaron la imagen corporal que construyen las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama tras someterse a intervención quirúrgica, mastectomía radical y cirugía conservadora, tanto en lo referente a aspectos corporales relacionados directamente con la lesión como a zonas corporales no relacionadas, e investigan cómo esa imagen afecta a la autoestima centrada en lo corporal. Investigaron una muestra de 23 pacientes (12 mujeres mastectomizadas y 11 con cirugía conservadora) de entre 30 y 70 años, y 24 mujeres sanas que sirvieron como grupo control. El instrumento de evaluación utilizado es la Técnica de la Rejilla Corporal.

Blanco-Sánchez (2010) tuvo como objetivo comprender las vivencias de las mujeres tras la mastectomía, analizando los motivos para reconstruirse o no la mama, a través de una metodología cualitativa se realizaron 29 entrevistas en profundidad (rango de edad era entre 20 y 69 años).

Rebelo, Rolim, Carqueja y Ferreria (2007) evaluaron la calidad de vida en 60 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama sometidas a cirugía mastectomía o tumorectomía (entre 29 y 80 años). Administraron cuestionarios para la calidad de vida (EORTC QLQ-C30) y el Cuestionario complementario para Cáncer de mama (QLQ-BR23).

Olivares (2007) presenta un artículo de revisión que versa sobre las repercusiones que tienen las técnicas quirúrgicas de mama en los aspectos psicológicos de la mujer afecta.

Sánchez (2015) repasa en una revisión trabajos destacados sobre el impacto en el psiquismo de la mastectomía en comparación con la cirugía conservadora, a fin de valorar el consenso o el disenso entre investigadores.

Estudios sobre experiencias de mujeres mastectomizadas centrados en los significados atribuidos a la enfermedad y cuerpo de la mujer

Wallberg et al. (2003) evaluaron a 187 pacientes. La muestra se estratificó en dos grupos: 1-6 meses y 7-18 meses después del diagnóstico de cáncer de mama, para estudiar la percepción de la

enfermedad por parte de las pacientes con cáncer de mama según la clasificación de Lipowsky (sugiere ocho categorías de significado que prevalecen en nuestra cultura: "desafío", "enemigo", "castigo", "debilidad", "pérdida irreparable", "alivio", "estrategia" y "valor"). 187 pacientes suecas con cáncer de mama eligieron una de estas ocho categorías como su significado de cáncer de mama.

Almeida et al. (2001) analizaron el contenido de las entrevistas en profundidad de 12 mujeres mastectomizadas, identificando unidades temáticas como “viviendo con una enfermedad estigmatizante”, “conviviendo con sentimientos negativos” y “enfrentando preconceptos”.

Brito et al. (2022) este estudio tuvo como objetivo analizar el conocimiento y los sentimientos de las mujeres mastectomizadas sobre el cáncer de mama. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, participaron 10 mujeres a través de entrevistas semiestructuradas.

Laza-Vásquez et al. (2021) realizaron una etnografía focalizada, realizaron entrevistas semiestructuradas a 8 mujeres jóvenes con cáncer de mama con una media de edad de 39,6 años (reconstruidas o no después de la mastectomía) hasta conseguir saturación del discurso. Los datos se analizaron mediante la técnica del análisis temático.

Manorov et al. (2019) el objetivo fue comprender la vivencia de las mujeres después de la realización de la mastectomía, destacando posibles transformaciones en su vida personal, familiar y profesional, a través de un estudio exploratorio y cualitativo, con 10 mujeres mastectomizadas mediante entrevistas semiestructuradas y con análisis de contenido.

Rocha et al. (2019) describen los sentimientos que se presentan en las mujeres con cáncer de mama que son sometidas a mastectomía total (entre 42 a 71 años). Es un estudio descriptivo, de carácter exploratorio, con enfoque cualitativo a través de entrevistas a 12 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama sometidas a mastectomía total.

Lima et al. (2018) estudiaron los sentimientos de las mujeres con mastectomía, en una muestra de 25 participantes (la mayoría mayor de 41 años). El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario semi-estructurado, los datos cualitativos fueron analizados por el Discurso del sujeto colectivo.

Caro et al. (2012) tuvieron como objetivo comprender los discursos sociales que operan en los procesos de construcción de la autoimagen corporal, con énfasis en la vida afectiva y sexual de mujeres que han vivido cáncer mamario. La investigación se basó en entrevistas a 7 mujeres (entre 33 y 53 años) a través del método biográfico y los hallazgos fueron analizados desde un enfoque narrativo.

Aureliano (2009) analiza cómo la idea del cuerpo femenino y los roles sociales asociados a él se construyeron histórica, social y culturalmente en nuestra sociedad, cómo esta representación es percibida y reelaborada por la mujer mastectomizada y cuáles son los discursos y puntos de vista que llegan a ser utilizados para la comprensión de este cuerpo después de la experiencia de la enfermedad.

La investigación se realizó con mujeres de dos grupos de ayuda mutua. Se utilizó una primera aproximación con observación participante en los espacios de los grupos, se aplicaron cuestionarios a 35 mujeres para tener una visión general de cómo fue el tratamiento de la mujer víctima de cáncer de mama y su contacto inicial con el grupo de ayuda mutua, y también sirvieron de apoyo para hacer una selección de las que realmente serían entrevistadas para la investigación. Finalmente, se realizaron entrevistas semiestructuradas con 11 mujeres de los dos grupos.

Scorsolini-Comin, Santos y Souza (2009) investigan las experiencias de las mujeres mastectomizadas en su presencia en sus discursos sobre la experiencia del cáncer de mama, así como sus estrategias para sortear los desafíos de la enfermedad. Se analizaron 11 sesiones de un grupo de apoyo a partir del análisis temático, con un total de 67 participantes de entre 35 a 76 años.

Rodriguez y Rossello (2007) estudiaron la imagen corporal que las mujeres mastectomizadas tienen de sí mismas y su relación con los estándares de belleza culturales, con entrevistas semi estructuradas a 3 mujeres (de 37, 55 y 56 años).

Investigaciones acerca de las percepciones de las alteraciones sobre la imagen corporal

Piot-Ziegler et al. (2010) estudio cualitativo tiene como objetivo comprender las consecuencias de las modificaciones en el cuerpo de la mastectomía sobre la corporalidad y la identidad en mujeres con cáncer de mama. Participaron 19 mujeres (entre 37 y 62 años) con mastectomía en tres entrevistas semiestructuradas, una poco antes o después de la mastectomía, y la otra entrevistas más tarde en sus cursos de enfermedad, después de la cirugía. Se realizó un análisis temático.

Menon y O'Mahony (2019) exploraron las percepciones de las mujeres sobre la imagen corporal después de la mastectomía (unilateral, bilateral con o sin reconstrucción mamaria) por cáncer de mama. Un diseño cualitativo descriptivo con una muestra final de 7 mujeres mediante entrevistas semiestructuradas (edad media de 51,1 años).

Durães Rocha et al. (2016) en un estudio cualitativo descriptivo, describieron las repercusiones de la mastectomía sobre la sexualidad de 14 mujeres sometidas a mastectomía total (entre 47 y 71 años). La recolección de los datos ocurrió por medio de la entrevista individual semi-estructurada, y fue realizado el análisis a partir de la Técnica de Análisis de contenido.

Silva y Vargens (2016) describieron las sensaciones y percepciones que surgen de la cirugía ginecológica para las mujeres y analizan cómo experimentan los cambios generados por la cirugía, en un estudio cualitativo, descriptivo-exploratorio. Realizaron entrevistas individuales en profundidad a 13 mujeres sometidas a cirugía (entre 33 y 76 años): Histerectomía abdominal total, Histerectomía Abdominal Total con Anexectomía bilateral, cirugía Wertheim-Meigs, Ooforectomía, Salpingectomía, Mastectomía, Cuadrantectomía y Traqueloplastia.

Araújo y Fernandes (2008) para conocer el significado del diagnóstico del cáncer de mama para la mujer, realizaron entrevista semi-estructurada a 8 mujeres (entre 43 y 59 años).

Da Silva y Dos Santos (2008) el presente estudio tuvo como objetivo investigar los eventos estresantes presentes en la vida de mujeres con cáncer de mama durante el período posterior al tratamiento. Participaron del estudio 16 mujeres (entre 35 y 75 años), se utilizó una entrevista parcialmente estructurada, de forma individual. En el análisis de los datos se empleó la técnica de análisis de contenido.

Duarte y Andrade (2003) investigó a 6 mujeres mastectomizadas, con edades entre 37 y 55 años, y con tiempo quirúrgico de 1 año y medio a 8 años, cómo percibían su sexualidad, a través de la técnica de análisis de contenido.

Ferreira y Mamede (2003) tuvo como objetivo entender cómo la mujer mastectomizada representa su cuerpo en las relaciones consigo misma. En un estudio cualitativo longitudinal, se entrevistaron en profundidad a 10 mujeres mastectomizadas en el séptimo día después de salir del hospital y una vez por mes durante cuatro meses del postoperatorio.

Lindwall y Bergbom (2009) describen cómo las mujeres suecas experimentan sus cuerpos alterados después de la cirugía de cáncer de mama. 10 mujeres fueron entrevistadas en profundidad (entre 43 y 62 años).

Investigaciones que abordan las vivencias de pérdidas y los duelos

Almeida et al. (2023) tuvieron como objetivo describir los principales impactos de la mastectomía en mujeres. Estudio cualitativo, descriptivo, realizado con 10 operadas de mastectomía (entre 32 y 63 años) mediante una entrevista individual semiestructurada y se analizaron los datos mediante la técnica de análisis de contenido.

Herring et al. (2019) Este estudio utilizó un enfoque cualitativo para obtener información y comprender mejor las experiencias de las mujeres después de haberse sometido a una mastectomía. 128 mujeres (de 31 a 74 años) que se habían sometido a una mastectomía y/o reconstrucción mamaria después de un diagnóstico de cáncer de mama o para reducir su riesgo de desarrollar la enfermedad completaron una encuesta en línea.

Gerschfeld-Litvin (2018) explora las experiencias de las mujeres después de la mastectomía, desde una perspectiva de pérdida y dolor. Se entrevistó a 18 mujeres (de 26 a 80 años) que se habían sometido a mastectomías.

Plaza y Rosario (2014) exploran las vivencias ante la pérdida corporal en el contexto de la elaboración del proceso de duelo y las estrategias de afrontamiento. Basado en una metodología cualitativa, de corte fenomenológico. La muestra estuvo conformada por 3 mujeres sobrevivientes de

cáncer de mamas (entre 36 y 53 años) seleccionadas por disponibilidad a través de entrevista semiestructurada.

Díaz Facio (2010) presenta artículo de reflexión basado en la experiencia clínica con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama o ginecológico sobre los efectos psíquicos que estos cánceres generan en las pacientes.

Macêdo y Santana (2007) analizan la percepción de autoimagen corporal por mujeres mastectomizadas. Se trata de un abordaje cualitativo. El instrumento utilizado para la colecta de datos fue la entrevista semiestructurada aplicada a 9 mujeres mastectomizadas en tratamiento oncológico.

Pinto y Gióia-Martins (2006) investigaron los cambios ocurridos en la autoimagen de las mujeres mastectomizadas y también cómo interfiere con la calidad de vida de la paciente. La muestra estuvo conformada por 5 mujeres, entre 35 y 51 años, diagnosticadas de cáncer, que se sometieron a cirugía de extirpación mamaria. Se utilizaron los siguientes instrumentos: entrevistas semiestructuradas; Prueba D.F.H. y cuestionarios de calidad de vida EORTC QLQ-C30 y EORTC-BR23.

Gökler-Danıřman, Yalçınay e Yiğit (2017) El presente estudio tiene como objetivo contribuir a la comprensión de la experiencia de duelo de los pacientes con cáncer en relación con las percepciones de la enfermedad. Los datos se recolectaron mediante cuestionarios autoadministrados: escala de Trastorno de Duelo Prolongado (PG-12), escala de Enfermedad Percibida (PIS), escala de importancia para la identidad (IIS), Escala de Discriminación y Estigma (DISC-9), Escala de Esperanza estado (SHS). La muestra del estudio consistió en 250 pacientes ambulatorios diagnosticados con cáncer que recibían tratamiento de quimioterapia. De estos pacientes ambulatorios, 169 (67,6%) eran mujeres y 81 (32,4%) eran hombres. La edad media de la muestra fue de 55,8 años, variando de 20 a 88.

II. Pauta entrevista

1. ¿Puede relatar su experiencia con el cáncer de mama desde el momento del diagnóstico? (¿qué cosas pensaba? ¿Cómo se sentía?)
2. ¿Cómo fue para ud. cuando se enteró que tendría que realizarse una mastectomía?
3. ¿Cómo describiría lo que experimentó después de la cirugía? (Si se hizo reconstrucción o no, indagar ideas y sentimientos al respecto y los motivos de decisión).
4. ¿Qué aspectos de su vida se han visto afectados tras esta experiencia?
5. A lo largo de su vida, ¿cómo se ha sentido respecto a su cuerpo? ¿Ha cambiado este sentir luego de la mastectomía?
6. ¿Cree que la mastectomía afectó o cambió la forma en la que vive su cuerpo? ¿De qué manera?
7. ¿Cómo se sintió con su cuerpo después de la cirugía? ¿Cómo se siente respecto a su cuerpo en la actualidad? ¿Cambió la forma de verse a sí misma?
8. ¿Qué significa para ud. haber perdido un seno?
9. En su proceso de recuperación quirúrgica y durante los tratamientos, ¿se ha sentido alguna vez observada socialmente por estar enferma?
10. ¿Ud. considera que en la sociedad hay ideas sobre lo que es ser mujer?
11. ¿Y acerca de los cuerpos femeninos?
12. ¿Qué ideas cree que la sociedad transmite acerca del cuerpo de las mujeres? ¿Ud. qué piensa de eso?
13. ¿Qué es para ud. ser mujer?
14. ¿Cree que esta experiencia le repercutió en su sentimiento como mujer?

15. ¿Considera ud. que las ideas culturales acerca de los cuerpos de las mujeres, pueden haber incidido en la forma que vivió tener cáncer? ¿Y respecto a cómo siente su cuerpo? Podría decirme cómo.
16. ¿Podría contarme qué ha significado para ti el cáncer de mama y la mastectomía?
17. ¿Cómo ha transcurrido su vida después?
18. Por último, quisieras agregar algún comentario a lo hablado, o aclarar algo.

