



Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

ASPECTOS PSICOLOGICOS QUE SE MOVILIZAN FRENTE AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER TESTICULAR

Alumna: Verónica Suárez Barboza

CI: 4.435.435-4

Tutora: Prof. Agda. Ana luz Protesoni

Montevideo, Uruguay. Febrero 2016

CONTENIDO

Resumen	3
1. Introducción	4
2. Cáncer Testicular	7
2.1 Definición y Etiología	7
2.2 Algunos apuntes Estadístico	8
3. Consideraciones sobre el enfermar	9
3.1 Psicoanálisis y Psicossomática: Un abordaje de la enfermedad	9
4. Teorizaciones acerca de la Noción de Cuerpo	12
4.1 Psicoanálisis, Cuerpo y Enfermedad	12
5. Reacciones Psicológicas Asociadas al Diagnóstico de cáncer testicular	15
5.1 Fase del Diagnostico	15
6. Reacciones Psicológicas asociadas a los tratamientos suministrados para el Cáncer Testicular (CT)	16
6.1 Los diversos Tratamientos	16
6.2 La Experiencia de una Pérdida: Pérdida Corporal	18
6.3 Imagen Corporal	19
7. Simbología del Órgano en que se asienta el Cáncer	22
7.1 Tratamiento Temido: Cirugía Radical	23
8. El Duelo	25
8.1 Definición de Duelo	25
9. Ansiedad y Depresión	27
10. Conclusiones	30
11. Referencias Bibliográficas	33

RESUMEN

El presente trabajo propone una revisión bibliográfica que da cuenta del estado del arte sobre los aspectos psicológicos que se movilizan en los hombres frente al diagnóstico de cáncer testicular y los tratamientos. Se propone explorar y reflexionar distintas explicaciones y puntos de vista frente a los diferentes sentimientos frente a una enfermedad oncológica.

Por tanto, me parece relevante citar a Solanas (2005) quien menciona que las reacciones ante la experiencia de padecer cáncer son respuestas subjetivas, que oscilan desde la desorientación, la incredulidad, el pánico, la rabia, la desesperación, etc. Los sujetos perciben consciente o inconscientemente su vida bajo amenaza, provocada por la pérdida de salud y por consiguiente aparecen vivencias de frustración y dolor que significa ponerse en contacto con su vulnerabilidad corporal.

Como refiere Solana (2005) esta enfermedad conlleva a pérdidas corporales significativas. Las mismas pueden ser temporales, propiciadas por la quimioterapia y las permanentes generadas por las cirugías o la extirpación testicular, ambas ocasionan secuelas que atentan contra la imagen corporal y la identidad del sujeto.

A partir de los aspectos psicológicos que se movilizan, sumado a los cambios y fantasías que aparecen frente a esta enfermedad, los hombres tendrán que establecer un nuevo vínculo con su cuerpo. En este recorrido, se pretende articular distintos saberes, haciendo énfasis en el psicoanálisis, penetrando en la construcción del cuerpo y sus acontecimientos, para abordar esta compleja temática.

Palabras Claves: Aspectos Psicológicos, Diagnóstico, Tratamiento, Cáncer Testicular.

1. INTRODUCCION

La experiencia de estar frente a frente e interactuar con personas que padecieron de cáncer testicular, notar sus vicisitudes y estar presente en un área especialmente dirigida a pacientes oncológicos rodeados de dolor y sufrimiento del ser humano, llevó a cuestionarme qué más había en cada individuo, detrás de su patología orgánica y qué aspectos psicológicos empezaban a movilizarse.

Entonces, me interese por la temática del cáncer testicular y los aspectos psicológicos que trae aparejado esta afección. Teniendo en cuenta que los pacientes no sean vistos como fragmentos, que ya no solo se trate su enfermedad como algo completamente ajeno a su psiquis e incluso a su propio cuerpo. Por lo tanto, concluí que no se podía dejar de lado la historia personal, ni la situación actual de cada uno, en cada ámbito de su vida.

Es así que, el objetivo de esta monografía consiste en sistematizar información acerca de los aspectos psicológicos que se movilizan en el momento del diagnóstico y en el proceso de los diversos tratamientos suministrados.

De este modo, el lector se encontrara con aspectos psicológicos que se movilizan desde la aparición de la enfermedad, (momento del diagnóstico) y también de los aspectos psicológicos que surgen en el procesos de los tratamientos, remarcando que estos ocasionan pérdidas muy significativas.

La aparición y el diagnóstico del cáncer testicular no nombran únicamente una proliferación desordenada de células que afecta partes del organismo del hombre. Alonso y Bastos (2011), parafraseando a Kaufmann (1989) consideran que al igual que la enfermedad el diagnóstico no constituye un momento, sino que es un proceso que incluye una serie de fases con crisis que ocasionan distintos problemas a los que hay que enfrentarse. Plantean que la confirmación del diagnóstico es el momento de máxima tensión ya que es cuando se le comunica a la persona lo que tiene, cuando se le está dando la certeza de enfermedad y las alternativas de tratamiento.

Esto coloca a la persona en una nueva situación vital que la obliga a adaptarse a los cambios que la enfermedad provoca, tanto en el ámbito personal como en lo familiar, social, laboral y del auto cuidado.

Según Galindo, Alvarez, Alvarado (2012) “el cáncer testicular (CT) es una enfermedad altamente curable con tasas de supervivencia hasta un 95% en etapas tempranas de la enfermedad, presentándose más a menudo en hombres jóvenes y de edad mediana entre 15 y 34 años”(p.257)

Las reacciones ante la experiencia de padecer cáncer son respuestas subjetivas, que oscilan entre la incredulidad, angustia, miedo y rabia. En términos generales, los sujetos perciben consciente o inconscientemente su vida bajo amenaza, provocada por la pérdida de salud y por consiguiente aparecen vivencias de frustración y dolor que significa ponerse en contacto con las diversas pérdidas corporales que se sufren.(Solanas, 2005)

El cáncer testicular desde el punto de vista biológico afecta biológicamente y corporalmente, deteriorando la salud física, el cuerpo y la imagen corporal de los hombres. Afecta a los testículos, órganos responsables de la producción de espermatozoides y de la hormona masculina (testosterona)

Desde la medicina, los médicos proponen tratamientos y terapéuticas centradas en la afección, tratamientos invasivos, que si bien priorizan la vida de los hombres, producen secuelas traumáticas vinculadas a vivencias de pérdidas y cambios en la imagen corporal.

En lo que se refiere a las secuelas que se producen a causa de los tratamientos, están las secuelas permanentes y las secuelas temporales. De las permanentes la más conmovedora es la extirpación testicular producida por la cirugía radical, la pérdida de uno o los dos testículos. Luego están las secuelas temporales, como la alopecia, la pérdida de peso significativa, cambios en la piel, en las uñas, entre otras. (Fernández, 2004).

Tal como plantea Scharf (2005) “Vale destacar que esta neoplasia, suele desestabilizar estructuras familiares y profesionales. Donde experimentan muchas pérdidas, a nivel personal, familiar, profesional, y de roles, alteraciones de la imagen corporal, disminución de la autonomía, entre otras.” (p 67).

El cáncer testicular pone en peligro la salud física y psicológica de hombre. Pudiendo aparecer, dependiendo de las características de la persona una serie de alteraciones psíquicas y emocionales, como: shock, ansiedad, depresión, ira, problemas en las conductas basales (sueño, alimentación) problemas de comunicación y malestar acompañado a veces con fantasías de culpabilidad, entre otras. (Borrego, 2003)

Si bien es cierto que estos cambios se esperan y es necesario que el sujeto los asimile para adaptarse a la realidad, también lo es que los mismos pueden ser abordados de forma tal que no se conviertan en situaciones de mayor dificultad. En este sentido como plantea Rojas -May (2006) los pacientes oncológicos llevan adelante un proceso adaptativo interno denominado "*duelo oncológico*", que suponen el accionar de ciertos mecanismos psicológicos que ayudan a la persona a poder enfrentarse a las distintas etapas y a las diversas pérdidas ocasionadas.

2 CANCER TESTICULAR

2.1 Definición y Etiología

La Sociedad Española de Oncología Médica (2015) define de la siguiente manera

El término cáncer¹ engloba un grupo numeroso de enfermedades que se caracterizan por el desarrollo de células anormales, que se dividen y crecen sin control en cualquier parte de cuerpo. Las células cancerosas “olvidan” la capacidad para morir y se dividen casi sin límite. Tal multiplicación llega a formar masas, denominadas “tumores” o “neoplasias”, que en su expansión destruyen y sustituyen a los tejidos normales. (parr 1-2)

Dentro de las enfermedades oncológicas, el cáncer de testículo² es una enfermedad relativamente rara en estos tiempos y que ha tenido el amargo honor de estar en el origen de la palabra cáncer en su acepción médica.

Este cáncer, se origina en la zona de los testículos, órganos responsables de la producción de los espermatozoides y de la síntesis y secreción de hormonas sexuales masculinas. Están formados por varios tipos de células que tienen distintas funciones, las más importantes son las células germinales que tras la adolescencia maduran para dar lugar a los espermatozoides.

Al igual que en otros cánceres las causas concretas que provocan el desarrollo de la enfermedad son desconocidas, aunque sí se han concretado algunos factores de riesgo vinculados con el cáncer de testículo. Estos son:

- 1) La criptorquidia: Durante el desarrollo embrionario los testículos descienden hasta el escroto.
- 2) Desarrollo anormal de los testículos.
- 3) Antecedentes Familiares de cáncer de testículo (especialmente del padre o un hermano).

El aumento indoloro de uno o de los dos testículos y la presencia de un bulto o nódulo testicular son los signos y síntomas más habituales en el inicio de la enfermedad. También es frecuente la sensación de pesadez o dolor en el abdomen inferior.

1 Definición de Cáncer- Sociedad Española de Oncología Médica.

<http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>

2 Cáncer Testicular Recuperado de : <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/genitourinario/testiculo?showall=1>

En algunos casos la enfermedad avanza sin que la persona perciba o de importancia a los pequeños cambios a nivel testicular.

Según el avance de la enfermedad esta se clasifica según la diseminación en el cuerpo como: Estadio I: En este estadio, el cáncer está confinado solo en el testículo.

Estadio II: Existe una metástasis ganglionar. El cáncer se disemina hacia los ganglios del cuerpo.

Estadio III: Es un estadio más avanzado que afecta a los órganos.

Histológicamente, los tumores de las células germinales se dividen en dos tipos principales, seminomas y no seminomas.

Los seminomas tienen dos subtipos: Seminoma clásico: Suelen aparecer entre los 30 y los 50 años y los seminomas atípico que es menos común y se desarrolla a partir de los 50 años. La palabra seminoma refiere a un tipo de cáncer que se origina en el epitelio germinal de los tubos seminíferos. Estos tubos tienen como función producir espermatozoides y la hormona masculina testosterona.

Luego están los no seminomas que tienen cuatro subtipos: Carcinoma embrionario: Es el más frecuente y uno de los más agresivos, ya que el cáncer tiende a irradiarse a otros órganos y desarrollarse muy rápidamente.

Coriocarcinoma: Este tipo es muy poco frecuente y sólo se manifiesta en adultos.

Tumor del seno endodérmico: También conocido como carcinoma del saco vitelino. Afecta principalmente a jóvenes, teniendo grandes posibilidades de curación.

Teratoma: Son tumores de las células germinativas con áreas que al microscopio, se asemejan a cada una de las tres capas de un embrión en desarrollo: el endodermo (la capa más profunda), el mesodermo (la capa intermedia) y el ectodermo (la capa exterior)

2.2 Algunos apuntes Estadísticos

Según Galindo, Avitia, Alvarado (2012) “el cáncer testicular (CT) es una enfermedad altamente curable con tasas de supervivencia hasta un 95% en etapas tempranas de la enfermedad, presentándose más a menudo en hombres jóvenes y de edad mediana entre 15 y 34 años”(p.257)

La Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2014) refiere que “En Uruguay se diagnosticaron en el período 2007- 2011³, hubieron 511 casos por cada

³ Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer: IV ATLAS DE INCIDENCIA DEL CÁNCER EN URUGUAY [Incidencia del Cáncer en Uruguay. Periodo 2007-2011](#)

100.000 habitantes con una tasa ajustada de 6.10. (Montevideo con 265 casos, interior del país 246 casos)” (p 89).

Y Barrios y Musetti, et.al (2009- 2013) “En relación a la mortalidad las estadísticas indican que en el periodo 2009-2013⁴ hubieron 71 casos por cada 100.000 habitantes con una tasa ajustada de 0.85. (Montevideo con 36 casos, interior del país 35 casos)” (p 87)

Dentro de este marco y de acuerdo con las cifras estadísticas es posible pensar que el cáncer testicular es una enfermedad no muy habitual, pero no por eso deja de ser vista como una enfermedad que representa símbolo de mortalidad y condena.

Una vez descritas las características generales del cáncer testicular y considerando a la misma como una de las tantas enfermedades existentes que pueden experimentar los sujetos, se hace necesario abordar desde el punto de vista psicológico que se entiende por enfermedad y que implica enfermarse para un sujeto. Ya que estas nociones aportaran a una mayor comprensión en lo que es el eje de lo que promete el título de este trabajo.

3. CONSIDERACIONES SOBRE EL ENFERMAR

“La enfermedad no es patrimonio de la vejez, es patrimonio de la vida”

Luis Chiozza.

3.1 Psicoanálisis y Psicósomática

No cabe duda que el psicoanálisis ha sido un campo de saberes que ha llevado a comprender al ser humano desde una connotación psicológica, tanto en sus aspectos normales como patológicos.

La enfermedad es una experiencia que nos atraviesa a todos como seres humanos. Enfermar implica un cambio vital una ruptura, la que llega a veces de forma inesperada limitando tanto los proyectos personales como familiares. Enfermar por lo tanto supone un enfrentamiento con un mundo desconocido para el sujeto. (Alonso & Bastos, 2011)

A lo largo de la historia los criterios que el ser humano ha aplicado para comprender los conceptos de salud y enfermedad han variado en cada época, configurándose como criterios que conforman procesos dinámicos y cambiantes. Estos han dependido tanto de factores culturales, religiosos, como epistemológicos, pudiendo ser considerada la enfermedad tanto desde el punto de vista espiritual como físico. En muchas culturas se incluían los factores psicológicos y sociales en sus respectivas consideraciones, planteándose incluso la trascendencia que tiene el enfermarse para la familia del enfermo. (Otero, 2004).

4 V ATLAS DE MORTALIDAD POR CANCER EN EL URUGUAY 2009-2013 BARRIOS, E; MUSETTI, C. et al Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer Registro Nacional de Cáncer

De Cristoforis (2006) plantea que desde Hipócrates se entendía a la enfermedad como un desorden interno, cómo desarmonía de la physis (mente) pérdida de un orden que el médico trataría de restablecer.

A pesar del innegable avance científico y tecnológico de la medicina, con la creciente precisión de sus instrumentos, no se consigue responder a la pregunta de por qué a menudo el cuerpo biológico no responde como se espera desde la ciencia. El profesional médico constata esto cuando en el vínculo que establece con su paciente evidencia que no todo es explicable con la lógica del organismo.

En base a esto, disciplinas como la Psicósomática han descrito que cada vez más se le viene otorgando importancia al impacto que produce el factor psíquico en el cuerpo. Su teoría apunta a demostrar que las enfermedades, sea cual sea su inicio tienen un desencadenante psíquico.

La psicósomática, según Korovsky (1993) fue creada por J.A.Heinroth (1818), para dar cuenta de las pasiones sexuales en la evolución de la tuberculosis, la epilepsia y el cáncer (Probst, 1987 citado en Korovsky, 1993).

Con respecto a la psicósomática Chiozza (1986, en Bonet, 2013) plantea que es:

una especialidad que se ocupa del estudio y tratamiento de las enfermedades psicósomáticas,(...) una posibilidad de generar teorías para comprender los efectos psicológicos en el funcionamiento somático(...)...y orientación de la medicina general que pretende incluir en cada acto médico el punto de vista psi con respecto al enfermo y las relaciones con el médico, la familia y la sociedad. (pp.41-42).

Para ilustrar aún más esta perspectiva Tato (1999) médica, psiquiatra y psicoanalista uruguayo, en el libro titulado “Cuando el Cuerpo Habla”, presenta un punto de vista basado en el psicoanálisis acompañada de interpretaciones de los trabajos de Luis Chiozza, donde busca encontrar esa articulación mente y cuerpo. Considera la enfermedad como un suceso en que sufrimos todos, pero que también es una creación individual, un mensaje que espera ser descubierto.

Tato (1999) considera que toda enfermedad, guarda relación con nuestros estados de ánimo sea consciente o inconscientemente y que es necesario investigar sus causas para poder tratarla. Propone que el escuchar los aspectos de nuestro cuerpo facilita saber más sobre uno mismo. Esta es una mirada diferente que nos invita a cuestionarnos sobre el mensaje que nos revela el cuerpo, un proceso interno de la persona tratando de buscar una

recuperación del mismo.

Chiozza (1986) acerca otra connotación con respecto al cuerpo y a la enfermedad. La enfermedad vista como un acontecimiento que se integra a la biografía de la persona, considerando que aquello que no podemos transmitir con la palabra, la manifestamos a través de los órganos.

En el libro "¿Por qué enfermamos?" (Chiozza, 1986) establece que lo psíquico influye siempre sobre el cuerpo, considera que la enfermedad física es una forma de lenguaje. Dice:

Un hombre se enferma porque se oculta a sí mismo una historia cuyo significado le es insoportable. Su enfermedad, además, es una repuesta simbólica que procura, inconscientemente, alterar el significado de la historia, o, lo que es lo mismo, su desenlace. (p 75).

Desde la psicósomática a partir del trabajo de estos autores, se entiende que la mente y el cuerpo están unidos y que cada uno de ellos influye constantemente sobre el otro. El marco teórico del que se toman elementos que permiten entender este entramado enfermedad-síntoma- enfermo es el psicoanálisis, modelo teórico y herramienta psicoterapéutica a través de la cual se puede entender que procesos inconscientes se hallarían en la base del proceso de enfermar.

De Cristoforis (2006) menciona que es casi inevitable no asociar el enfermar con los avatares emocionales resultantes de los vínculos que el sujeto va formando a lo largo de sus relaciones. Plantea que la diversa gama de emociones tanto placenteras como displacenteras suelen tramitarse con descargas, expresiones a nivel orgánico y que no es conveniente pensar en la traslación de un contenido mental a esfera corporal, sino de un tipo de disociación entre lo que puede ser pensado y las manifestaciones somáticas que deberían acompañar a esas emociones vivenciadas.

Considera que al perpetuarse e instalarse este funcionamiento se "cronificarían", actuando como única vía de descarga para el sujeto, convirtiéndose en una situación "tóxica" para ciertos órganos o funciones.

A través de autores como Tato, Chiozza y De Cristoforis vienen planteando la idea de que existe una alteración de tipo inconsciente en el mundo representacional de aquellas personas que padecen enfermedades que, si bien afectan al cuerpo, lo hacen desde un vínculo con conflictos emocionales

En cuanto a esta perspectiva, permite pensar que hay determinadas estructuras psíquicas más vulnerables que otras, propicias a la desorganización a nivel somático ante algún

impacto de la realidad. El sujeto no puede elaborar mentalmente las emociones que se tornan abrumadoras.

Y también entiendo que la enfermedad no es un acontecimiento ajeno y externo a nuestra historia psíquica y emocional, sino que ambas están integradas en el sujeto, donde lo psíquico influye ineludiblemente en el organismo y que las características psicológicas o los conflictos inconscientes tienen una expresión en el orden corporal.

Se entiende desde la perspectiva psicosomática que la mente y el cuerpo están unidos, donde este último cumple la función de depositario de los fenómenos pulsionales, los cuales si son privados de la posibilidad de ser metabolizados en una expresión mental, emprenderán la vía subterránea de los órganos, afectando al cuerpo.

En el siguiente apartado tratare más bien de responder ¿Qué es un cuerpo? ¿De dónde viene? ¿Si es algo impuesto o es construido? ¿Y por qué el cuerpo es sede de tantas afecciones? Para responder a estas y otras preguntas he propuesto dar al cuerpo una definición desde el psicoanálisis. La noción de cuerpo existía ya antes del psicoanálisis, pero este retoma el concepto de cuerpo y le da un marco diferente subvirtiéndolo respecto de las definiciones tradicionales que se han hecho sobre él.

4. TEORIZACIONES ACERCA DE LA NOCIÓN DE CUERPO

4.1 Psicoanálisis, Cuerpo y Enfermedad

Para hablar de cuerpo en la teoría psicoanalítica se torna muy complejo, ya que este “cuerpo” es muy diferente a otros cuerpos. Para poder explicar este concepto, es necesario comenzar con el fundador de ésta disciplina, Sigmund Freud. Gracias a sus descubrimientos cambia completamente la perspectiva del hombre, que a su vez, trae aparejado un cambio radical en las formas de concebir a la salud y la enfermedad.

Freud, (1912) tras la observación y atención de sus pacientes histéricas, planteaba la existencia de un mundo inconsciente, en donde para este, era el lugar donde se encontraban todos los contenidos, emociones, deseos, vivencias y conflictos reprimidos que no tenían lugar en la conciencia, debido a que la intensidad que poseían producían displacer (sufrimiento) a la persona cuando los recordaba, por ello los reprimía y permanecían ocultos en este nivel, pero que de cierta manera actuaba sobre sus cuerpos.

Concluye así que el inconsciente existe en todos los sujetos y que tiene sus propias leyes de funcionamiento, como por ejemplo, que no tiene un orden cronológico, es atemporal,

predomina el principio de placer, y este se rige por el proceso primario. Este inconsciente determinaría una parte crucial en la vida psíquica de los sujetos. (Freud, 1915). Es dentro de su experiencia con la clínica, donde se encuentra ante este fenómeno de un cuerpo diferente.

Es en, *El Yo y el Ello* obra de (1923) que Freud, a raíz de su conceptualización de la segunda tópica, establece cómo el tema del cuerpo se relaciona con la siguiente cuestión “el yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no es sólo una esencia-superficie, sino, él mismo, la proyección de una superficie”. Estableciendo una relación entre el cuerpo y el aparato psíquico. Agregando luego que cabría considerarlo como la proyección psíquica de la superficie del cuerpo.

Por su parte, Espinoza (2000) considera que el cuerpo biológico se inscribe como representación mental en el yo, pasando así a constituirse en una parte fundamental de éste. El cuerpo es considerado como uno de los objetos tempranamente internalizado de mayor importancia para la identidad de la persona y que funciona como una matriz y es partiendo de ella que se iría elaborando dicha identidad.

Anzieu (1987) asevera que la envoltura corporal que es la piel, funciona como frontera entre el mundo externo y el mundo interno del sujeto. Receptora, vía de comunicación e intercambios, zona de registros corporales, perceptivos y zona de expresión de los contenidos inconscientes, mantiene con el aparato psíquico una significativa correlación.

Habla él de un yo- piel que tendría como función ser continentador del psiquismo. Este proceso que se da a partir del vínculo primario con la madre produciría vivencias de protección y contención que habilitarían una adecuada estructuración psíquica, la piel contiene, protege, delimita, Anzieu (1987). Cuando estos procesos fallan se pueden dar a través de un lenguaje corporal mensajes inconscientes, en forma de síntomas psicósomáticos, como “(...) expresión de lo que el cuerpo siente y lo actúa como una gran señal de alarma que detecta y enuncia parte de su problemática irresuelta, causante de angustia”. (Morosini, I., 2013, s/p)

Sin embargo, Lacan (1972) da un giro a la teoría psicoanalítica y va mucho más allá de Freud, con la ayuda multidisciplinaria de otras ciencias y de su avance teórico, profundiza las ideas freudianas y plantea que no se nace con un cuerpo, este se constituye y se construye, se le da así una significación particular y única en cada individuo.

El sujeto como fantasía existe desde antes de nacer se habla de él, antes de que tenga un cuerpo. Será sobre ese cuerpo que se vuelquen fantasías y deseos. Esta construcción del

cuerpo se origina a partir de transitar por un complejo entramado de procesos identificatorios con el deseo del otro.

Lacan (1972) plantea que el individuo se identifica en su vivencia de sí con la imagen del otro, la que logra cautivar en el este sufrimiento. El vínculo del hombre con su cuerpo se produce por su encuentro con el espejo (como representante del deseo del otro). Es así que Lacan define al cuerpo desde los tres registros: lo simbólico, lo imaginario y lo real, siendo estos los tres nudos.

Desde lo simbólico el cuerpo es un cuerpo enraizado en la cultura, introduciéndose en lo que es un sistema de signos y que se asocian al nombramiento de cada una de las partes del cuerpo. Desde lo imaginario, se refiere a la imagen inconsciente que cada uno tiene de su propio cuerpo a partir del estadio espejo. Y el cuerpo real es el cuerpo biológico, fuente de limitaciones, siendo este el cuerpo que enferma y que produce dolor, es el cuerpo que muere.

Freud (1915) y Lacan (1977) exponen que el cuerpo no es solo una unidad tangible, sino algo más complejo aún, dando a entender que de este cuerpo que vive con nosotros emanan distintas sensaciones otorgándonos conciencia de nuestra existencia. En base a la voz de los autores considero que el cuerpo para el psicoanálisis, es una representación que se construye con relación a su historia y a la historia de sus relaciones libidinales.

Cuando el cuerpo se enferma, se enfrenta también al dolor físico del cuerpo doliente, este dolor es un "... hecho personal encerrado en el concreto e irrepetible interior del hombre" y el sufrimiento una experiencia incomunicable (Le Breton, D., 1999, s/p)

Este cuerpo es un espacio íntimo de experiencia en el que la singularidad de cada vivencia se relaciona con la cognición singular del cuerpo. El cuerpo es nuestra casa temporal, nuestro hábitat, es nuestro dueño y dependemos de él. Cuerpo es una pertenencia en constante cambio (Alizade, 2000).

El cuerpo y la imagen del mismo son construcciones efectuadas por el aparato psíquico. A su vez estas construcciones conllevan diferentes modos de percibir y vinculares con el mundo y las personas.

Considero que la representación y la vivencia de una enfermedad oncológica, que supone enfrentarse con un cuerpo enfermo, encamine al sujeto a transitar por distintas vivencias emocionales y psíquicas más o menos identificadas, desde su inicio, donde el sujeto deberá enfrentarse a su diagnóstico y a los diversos tratamientos.

Teniendo en cuenta lo antedicho, respecto a las relaciones que se establecen con el cuerpo enfermo, es que estudiaré, entre otros, conceptos esenciales como; cuerpo, pulsión, goce, desde Freud y Lacan junto a otros autores que trabajan sus teorizaciones ya que consideramos que están en íntima relación con la patología estudiada en este trabajo.

5. REACCIONES PSICOLOGICAS ASOCIADAS AL DIAGNOSTICO DE CANCER TESTICULAR

Para seguir su profundización dispongo dar inicio al tema central de este trabajo que tiene por objetivo dar cuenta que establece la literatura, respecto de los aspectos psicológicos que se movilizan en los hombres frente al diagnóstico y tratamiento del cáncer testicular (CT).

5.1 Fase del Diagnostico

El cáncer aún es visto por muchos como una enfermedad con pocas posibilidades de curación o con ninguna, y por ello su diagnóstico produce un impacto emocional mayor que cualquier otro diagnóstico. En relación a esto, Scharf (2005) dice:

La aparición de esta enfermedad coloca a la persona en una nueva situación vital que la obliga a adaptarse a los cambios que la enfermedad provoca, tanto en el ámbito personal, como en lo familiar, social, laboral y del auto cuidado. Se presentan diferentes emociones como ira, negación, culpa, desesperación, entre otras (p.67)

Alonso y Bastos (2011) citando a Kaufmann (1989) considera que al igual que la enfermedad, el diagnóstico no constituye un momento, sino que es un proceso que incluye una serie de fases con crisis que ocasionan distintos problemas a los que hay que enfrentarse. Plantea que la confirmación del diagnóstico es el momento de máxima tensión ya que es cuando se le comunica a la persona lo que tiene, cuando se le está dando la certeza de enfermedad y las alternativas de tratamiento.

Por otro lado Borrego (2003) considera que el diagnóstico de un cáncer puede producir cambios psicológicos importantes en el paciente, dependiendo del tipo de tumor diagnosticado, de los tratamientos médicos administrados, del estilo empleado por cada uno para afrontar los problemas que la vida plantea, de la historia de enfermedades que haya padecido y de un sin fin de factores más.

El autor expresa que una de las reacciones emocionales más frecuentes ante la confirmación del diagnóstico es la negación. Mientras que algunos sospechan que pueden padecer una enfermedad grave antes de que se lo confirme el médico, otros se sienten tan bloqueados, una vez confirmado el diagnóstico, que no se lo pueden creer. Buscan

segundas opiniones con el propósito de encontrar a un profesional que desconforme la presencia del cáncer.

Otro de los miedos más comunes se relaciona con la muerte. Muchas personas aún piensan que el cáncer equivale a este desenlace. Pero sin embargo, los índices de supervivencia por esta enfermedad son cada vez mayores. Prueba de ello es que cada vez nos encontramos con mayor número de personas que han superado la enfermedad. Ejemplo de esto es el cáncer testicular confirmando según las estadísticas que el índice de mortalidad es bajo.

Borrego (2003) en concordancia con Sharf (2005) plantea que los hombres frente al diagnóstico de esta enfermedad viven con un alto grado de estrés emocional, donde surgen en el sujeto reacciones como el shock, la negación, la ira, la depresión, el miedo frente a la fantasía de incapacidad sexual. Uno de los grandes miedos es el manejo de la sexualidad, no siendo extraña la presencia de pensamientos en torno al contagio, a la impotencia, a la esterilidad, a como acercarse a la pareja y a cómo comunicarse con ella.

A partir de estos autores Borrego (2003) y Sharf (2005) se puede plantear que el diagnóstico genera efectos en la vida de quien lo padece, operando muchas veces como significativo conmovedor en el psiquismo, siendo un agente generador de miedos y ansiedades. Los hombres deben integrar la enfermedad a su identidad, tratando de redefinir sus relaciones con los otros, con el medio y sus expectativas con respecto a sí mismos y su futuro.

6. REACCIONES PSICOLOGICAS ASOCIADAS A LOS TRATAMIENTOS SUMINISTRADOS PARA EL CANCER TESTICULAR.

6.1 *Los Diversos Tratamientos Existentes*

El tratamiento del cáncer testicular es multimodal y dependiendo del estadio de la enfermedad, requiere de cirugía en la totalidad de los casos asociado a quimioterapia o radioterapia.

La cirugía radical ⁵representa la terapia de inicio ante cualquier tipo de tumor testicular, salvo raras excepciones y es común a todos los estadios tumorales. Los hombres suelen tener la preocupación de que al perder un testículo se afectará su capacidad de tener relaciones sexuales o de que serán estériles (que no podrán tener hijos).

La quimioterapia como el tratamiento más conocido, es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas por todo el cuerpo. Se administra para destruir células cancerosas que

⁵ Tratamientos del Cáncer Testicular <http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/testiculo/testiculotx.htm>

pueden haber quedado en el cuerpo después de la cirugía. La quimioterapia puede también ser el tratamiento inicial si el cáncer es avanzado; es decir, si se ha diseminado fuera del testículo.

Es una terapia sistémica, lo que quiere decir que los fármacos viajan por el torrente sanguíneo y afectan las células normales así como las cancerosas en todo el cuerpo. Los efectos secundarios dependen en gran parte de los fármacos específicos y de la dosis. Los efectos secundarios comunes son las náuseas, la pérdida de pelo, fatiga, diarrea, vómitos, fiebre, escalofríos, tos y falta de aliento, llagas en la boca o erupciones en la piel.

Otros efectos secundarios comunes son el mareo, entumecimiento, falta de reflejos o dificultad para oír. Algunos fármacos contra el cáncer interfieren con la producción de semen

Como se desprende de lo descrito anteriormente, los tratamientos requieren un seguimiento médico que se enfoca en el cuerpo biológico del enfermo y le impone numerosas exigencias; desde exploraciones extensivas, múltiples pruebas e intervenciones agresivas.

En cuanto a estas intervenciones Fernández (2004) dice que:

Estas intervenciones terapéuticas necesarias producen cambios, algunas afectan únicamente a nivel estético, mientras otras conllevan además una incapacidad funcional, las que suelen ir acompañados de un gran impacto emocional colocando a la persona en una crisis de alta vulnerabilidad psicológica (p.169)

En relación a esto, American Cancer Society (s/f) menciona que muchos hombres indican que sienten decepción, temor y angustia frente a los posibles tratamientos. Puede que haya hombres que manifiesten infelicidad en general en su vida y depresión al confrontar esta situación. Estos sentimientos conforman una parte natural de la propia confrontación con lo desconocido.

Los distintos tratamientos suponen una avalancha de una serie de cambios y transformaciones personales que comienzan en una vuelta a la cotidianidad de la vida, dónde los hombres se encontrarán con la experiencia de una pérdida del sentido de la normalidad de la vida, tanto desde el punto de vista físico como psicológico. (Solana, 2005).

Para Solana (2005) algunas de las repercusiones que pueden desencadenar los distintos tratamientos oncológicos son: Pérdidas corporales, alteraciones en la imagen corporal, disfunciones sexuales, malestar físico, dolor, ansiedad, entre otros.

De este modo queda claro que nuevas experiencias físicas aparecen en el panorama personal del sujeto. Cambios y pérdidas corporales estarán presentes a causa de la

enfermedad y de los tratamientos suministrados. La evidencia de que el cuerpo es mortal establece una experiencia de ruptura con un cuerpo entero, sano y lleno de vitalidad. Pero el tránsito por una enfermedad oncológica, hace que se inscriba un nuevo registro en el cuerpo, que hablara de la vulnerabilidad que los sujetos tenemos.

6.2 La Experiencia de una Pérdida: Pérdidas Corporales

A lo largo de la vida todos los seres humanos sufren en mayor o menor medida distintas pérdidas. Perdemos cosas con cada paso que avanzamos, desde cosas concretas, como personas, lugares u objetos, hasta las más inmateriales pero no por ello menos significativas, como la juventud, los sueños e ideales.

Como afirma, Moguillansky (2000) que:

la pérdida es una noticia inesperada que conmueve a la creencia en su totalidad y amenaza con el derrumbe de las versiones yoicas y objetales edificadas sobre la misma, amenazando en particular con una brusca desidentificación del yo omnipotente que existe en su núcleo. (p.47).

Lo inesperado de un evento puede producir una imposibilidad en el yo de apelar a mecanismos defensivos adecuados, Freud (1920) ubica en el factor sorpresa y en lo inesperado la aparición de vivencias que él llamó traumáticas, la psiquis se enfrenta a hechos que producen un efecto traumático que obligan a nuevas respuestas. Prevalece el dolor por la pérdida y la desinvertidura libidinal del objeto perdido.

Frente a la experiencia de pérdida, el reconocimiento que cada uno da a su cuerpo, está la evidencia de que algo ha cambiado, ya la representación que tenía inscripta de su cuerpo no es la misma.

Con frecuencia el cáncer y sus tratamientos con las diversas pérdidas que acarrea alteran la imagen corporal del sujeto. Fernández (2004) plantea que las pérdidas a causa de los tratamientos pueden ser temporales como la alopecia, alteraciones en la piel, cambios de peso, causadas por la quimioterapia, donde este tratamiento además de propiciar la cura, genera secuelas que atentan contra la imagen corporal, la estética y el narcisismo de vida del sujeto.

Otras pérdidas en cambio serán permanentes como cicatrices, amputaciones y también las cirugías radicales en este caso, en el cáncer testicular la orquiectomía (extirpación testicular).

En muchos casos se produce una pérdida y modificación del aspecto del cuerpo, tanto en

determinadas partes como en funciones que afectarán la imagen corporal.

Es de destacar que la repercusión emocional a causa de los tratamientos implica una situación de frustración ante la sucesión de las distintas pérdidas que acarrea el cáncer testicular y también una exposición de la mirada de uno mismo y de los otros hacia el propio cuerpo y la imagen de este.

6.3 Imagen Corporal

*“Una imagen se lee
en una parte dolorosa del cuerpo:
ésta es la cuestión”
F.Dolto*

Por lo antedicho, es conveniente detenerse brevemente en el concepto de imagen corporal.

Françoise Dolto, psicoanalista francesa del siglo XX, referente ineludible en relación al tratamiento psicoanalítico del cuerpo, nos traza la imagen inconsciente del cuerpo, como propia de cada sujeto, como una (...) “...síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas y actuales... es la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante” (Dolto, 1986, p.21).

Son muchas las enfermedades que tienen como origen una falla en la estructuración de la imagen del cuerpo.

La imagen del cuerpo se ordena en la relación y mediada por el lenguaje ya que, como dice Dolto (1986) dice que: “Todo es lenguaje en el ser humano. El cuerpo mismo a través de la salud o de la enfermedad es lenguaje. La salud es el lenguaje del sano; la enfermedad de alguien que sufre” (p.291).

Por otro lado, Fernández (2004) tomando como referencia a Raich (1996) define que:

La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos(p.64)

En concordancia con Raich (1996) Schilder (1987) afirma que “Por imagen del cuerpo humano entendemos aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo, es decir, la forma en que éste se nos aparece.” (p. 15).La misma está integrada no solo por las sensaciones tanto internas como externas, sino que además, está la experiencia inmediata de la existencia de una unidad corporal que va más allá de la percepción.

En base a estas citas de autores como Dolto, Schilder, Raich entiendo que la imagen corporal estaría vinculada con la autoestima, refiriéndose a una actitud/sentimiento positivo o negativo hacía uno mismo, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo.

Retomando a Dolto (1986) afirma que la imagen del cuerpo es siempre "(...) inconsciente y se constituye a través del registro corporal y el psíquico. Constituida por la articulación dinámica de una imagen de base, una imagen funcional y una imagen de zonas erógenas, donde se expresa la tensión pulsional" (p, 22). La autora describe a cada una como:

La imagen de Base es una imagen de masa continua y estable del vivir, permite al niño sentirse en una mismidad de ser, es decir deseo de ser y de vivir, es la que le da al niño la impresión de que su ser y su cuerpo vivo sometidos a la ley de la gravedad son una sola cosa.

En tanto que la imagen funcional muestra un cuerpo plenamente inmerso en el intercambio con un adulto protector, deseado, pero también deseante, nunca es un cuerpo calmo y sereno, sino que es un cuerpo en constante actividad abierto a intercambios "sustanciales" con una madre que responde a las necesidades y entregado a intercambios "sutiles" con esta madre que responde a los deseos de ternura y a las solicitudes de placeres.

Y por último la imagen erógena, por su parte es el lugar donde se concentra el placer y displacer erótico en la relación con el otro.

En este sentido Dolto (1986) dice que:

La imagen corporal es aquello en lo cual se inscribe las experiencias relacionales de la necesidad y el deseo, valorizantes y/o desvalorizantes, es decir, narcisizantes y/o desnarcisizantes. Estas sensaciones valorizantes o desvalorizantes, se manifiestan como una simbolización de las variaciones de percepción del esquema corporal y más particularmente de aquellas que inducen los encuentros interhumanos, entre los cuales el contacto con la madre es predominante. (p.33)

Nasio (2008) retoma el concepto de imagen inconsciente del cuerpo de Dolto y lo interpreta como el conjunto de las primeras impresiones grabadas en el psiquismo infantil, donde estas impresiones son las sensaciones corporales que un bebé o el feto experimenta en el contacto carnal, afectivo y simbólico con su madre, son sensaciones experimentadas e imágenes impresas desde la gestación, hasta los tres años de vida, luego el niño pasaría a descubrir su imagen en el espejo.

El sujeto desde el nacimiento en sus primeras interacciones y a lo largo de los dos primeros años de vida va construyendo su ser como sujeto diferenciado y único, separado de los demás. Este proceso se realiza a través de los vínculos emocionales que establece y de sus

recursos corporales y simbólicos. De este modo lo corporal cobra relevancia, a través de las caricias y cuidados que recibe. (Casas de Pereda, Fernández, Fernández de Garbarino, M. de Prego, M de Pizzolanti, Ploza y V. de Hoffung, 1982)

En este proceso de estructuración de la imagen corporal es fundamental la teorización de Lacan (1972) sobre el "*estadio espejo*", definiendo:

El estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación; y que, para el sujeto, presa de la ilusión de la identificación espacial, maquina las fantasías que se suceden desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma que llamaremos ortopédica de su totalidad - y hasta la armadura por fin asumida de una identidad alienante que va a marcar con su estructura rígida todo su desarrollo mental. (pp 102 – 103)

Hasta el momento el bebé no lograba diferenciar su cuerpo del cuerpo del otro, ni diferenciar las sensaciones internas de las provenientes del exterior, donde las partes de su cuerpo no son vivenciadas como totalidades. Esto para Lacan se denomina un cuerpo fragmentado. Para poder tener una imagen total de sí mismo debe recurrir al trámite de lo simbólico, necesitando la presencia de un otro a su alrededor. Éste lo nutre con palabras y significantes y es este circuito el que le permitirá construir una imagen de su cuerpo unificado.

El yo imaginario (MOI) se desarrolla como instancia psíquica, donde el niño tiene la capacidad de percibir su imagen corporal de forma completa en el espejo, descubrirá que el cuerpo que siente es el mismo que él ve. Lacan destaca la alegría del bebé ante el espejo como evidencia de una imagen que hace suya, como una identificación, el niño pasa a asumir su propia imagen corporal.

En este sentido, Garrido (s/f), citada por Torres, 2011) y tomando las enseñanzas de Lacan, plantea que:“(…) ni cuerpo imaginario, ni cuerpo simbólico, ni cuerpo real, sino los tres cuerpos anudados, entrelazados nos dan un solo cuerpo con tres dimensiones (…) Tanto el cuerpo como el sujeto (…) se amarran en el nudo entre real, simbólico, imaginario”. (s/p)

Estas conceptualizaciones remarcan los distintos componentes de la imagen corporal, muestran que el relacionamiento que el ser humano tiene con su cuerpo se construye a lo largo de la vida de las personas, producto de la interacción de los distintos factores. Tanto el vínculo y el manejo del cuerpo, como el que se tiene con el cuerpo fantaseado se ven afectados y amenazados por la enfermedad.

Teniendo en cuenta que las pérdidas corporales que se producen como consecuencia del accionar médico, (cirugías, amputaciones), son de por sí removedores a nivel del cuerpo biológico, y afectan a la imagen corporal.

Es así, que el cáncer testicular tanto con sus repercusiones emocionales e psíquicas con la

pérdida de/los testículos adquiere una significación muy particular por el órgano en el que se asienta la enfermedad. Ya que dichos procedimientos asientan en una zona corporal cargada de significaciones sociales, culturales y simbólicas que pueden afectar la imagen de sí, que la persona tiene, produciéndose fantasías y vivencias de desvaloración.

7. SIMBOLOGIA DEL ORGANISMO EN QUE SE ASIENTA EL CÁNCER

Desde el ámbito biológico los testículos tienen como función la procreación, estando directamente relacionado con la paternidad, es un símbolo social y culturalmente asociado a lo masculino por lo que la enfermedad y las fantasías de amputación y mutilación que se generan, aumentan las vivencias de ansiedad y temor.

Galindo, Álvarez, Alvarado (2012) afirman que

...la naturaleza simbólica del órgano enfermo, así como el hecho de que la eliminación de un testículo, no es sólo la eliminación de una estructura anatómica, pues representa la extirpación de un órgano que es un significante para la masculinidad, virilidad y normalidad, pueden ser aspectos psicológicos que influyan en la presencia de otras afectaciones como la disfunción sexual. (p.4).

¿Qué características particulares detenta esta identidad masculina en occidente?

Para Kimmel (1997) ser hombre es encontrarse en una posición de poder. Se vincula la masculinidad con ser fuerte, exitoso, capaz, confiable, y ostentando control. Tal definición desarrollada por la cultura perpetúa el poder de los hombres sobre las mujeres y particularmente sobre las minorías sexuales y raciales. El dominio masculino legitima el uso de la fuerza, la autoridad para controlar la naturaleza y ser el representante del mundo con la justificación de que la naturaleza ha concedido una diferencia anatómica que determina una distinción cultural.

El determinismo biológico es la justificación para creer que el hombre es más fuerte, más inteligente y más capaz. La mera existencia de un órgano viril externo establece la excusa para la división sexual del trabajo, la exclusión de las mujeres de la ciudadanía y del ámbito público. El hombre no sólo debe ser masculino, debe parecerlo. (Fonseca, 2005)

Es así que, en Minello (2002) plantea la importancia dentro de las estructuras sociales de las instancias económicas, políticas, religiosas y sociales en la construcción de la idea de masculinidad. Masculinidad asociada a ideales de poder y producción económica, laboral tanto como de hijos, el hombre activo que penetra.

Teniendo en cuenta que la asociación entre masculinidad y poder se mantiene en el imaginario socio-cultural, además este poder se relaciona a la idea de potencia física, en una

construcción simbólica compartidas por hombres y mujeres, considero que el enfermar de cáncer testicular moviliza montos intensos de angustia, ansiedad, por el riesgo de vida que implica y por otro lado por la función del órgano afectado.

Cobrará mayor significación, en este caso al estar vinculado a la representación masculina de poderío. ‘Tener Huevos’ es la expresión cultural más gráfica de dicho poder, si a ello se le suma la representación simbólica que codifica la significación de los sexos, es que esta enfermedad adquiere una significación particular, generando desajustes emocionales propios de esta serie de vivencias que el sujeto viene enfrentando.

Siendo una enfermedad severa que aparece más frecuentemente en adolescentes y adultos jóvenes, afectando tanto sus procesos de maduración como de desarrollo, en ambos grupos pueden verse afectados proyectos laborales, vinculares, sexuales de pareja y paternidad.

Sea en el sentido de amenaza de pérdida de esta posición al poder, como de conflicto frente a la posibilidad de perder una parte de un cuerpo que no es reconocido como valioso o propio en función de la imagen corporal y la imagen de sí que se fue construyendo en el sujeto.

7.1 El Tratamiento Temido: Cirugía Radical

La cirugía radical como procedimiento terapéutico no solo interfiere con la anatomía y fisiología del aparato reproductor, sino también que impacta sobre la sexualidad, el funcionamiento sexual, la fertilidad, la imagen corporal, los sentimientos del atractivo sexual y la masculinidad, con sus connotaciones de género psico-sexuales y psico-simbólicas.

Como es mencionado anteriormente es un procedimiento médico que consiste en extirpar el testículo (o los testículos) que contiene(n) el cáncer. Reyes (2013) en su tesis de doctorado *“El Cáncer Testicular en los Hospitales Públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid”* plantea que no siempre la extirpación es de uno de los dos testículos y por tanto, el otro puede generar esperma y testosterona, igual de todas formas, este tipo de tratamiento puede afectar el funcionamiento sexual.

Borrego (2003) ilustra en su artículo titulado *“Tumores Propios del Varón”* una tabla

comparativa donde expone que pueden existir distintas disfunciones sexuales en los hombres una vez tramitada la pérdida del órgano en el cuerpo real. Describe tres etapas de la sexualidad masculina que se ven afectadas:

El deseo, en donde los hombres demuestran falta de interés en el sexo, teniendo un grado alto de ansiedad, evitación y negativismo. Estos cambios se observan como consecuencia del tratamiento, sin dejar de tener en cuenta factores emocionales.

Por otro lado, la excitación: inhibida, impotencia en la erección o en mantenerla. Ocasionada por posibles causas biológicas o psicológicas. Y por último, el orgasmo, el cual tiene una eyaculación retardada precoz, probablemente relacionada con la depresión, ansiedad, medicamentos y tratamiento.

En este sentido, la falta de testículos puede ser una condición psicológicamente estresante, por lo que esta pérdida puede ser calificada como una experiencia desagradable.

Experiencia que emocionalmente produce dolor y sufrimiento, siguiendo las ideas de Le Breton (1999) una vivencia que logra amenazar la identidad del sujeto.

El sufrimiento amenaza la identidad “El hombre sufriente ya no es el mismo... de antes...” dice el autor, y agrega que el significado del dolor depende también de la visión y el significado que cada persona tenga de su cuerpo, y esta representación corporal depende simultáneamente de su historia personal tanto como de la representación que el cuerpo haya alcanzado en un contexto social y cultural determinado (Le Breton, D. 1999, s/p)

Barlocco, Cuesta, Vogel y Carbajal (2006) consideran que esta pérdida o fantasía acerca de la mutilación, necesariamente resignifica el Complejo de Castración y pérdidas anteriores. Si bien la castración se refiere en un sentido más concreto a la mutilación o pérdida de los genitales, a nivel simbólico conlleva concepciones como, el cortar, separar o perder “algo” que en la realidad o en la fantasía le pertenecía al sujeto.

Desde los postulados del Psicoanálisis en Freud (1925) aparece lo que se conoce como la angustia de castración, la que forma parte del llamado “Complejo de Castración”, el que se asocia a una etapa del desarrollo psico-sexual, en la etapa fálica, en la cumbre del complejo de Edipo, donde se origina la conflictiva edípica y a partir de la cual los órganos genitales, especialmente el pene o falo adquieren un papel central.

Es una angustia de separación donde el peligro se encuentra en la pérdida de los genitales masculinos y remite a la angustia de pérdida del objeto valorado. La primera angustia que el Yo vive es la percepción de una pérdida, es el nacimiento como desprendimiento inicial, el destete, la pérdida del amor del objeto.

En esta línea de pérdidas de objetos valorados, Freud da fundamental importancia a la angustia de castración. Siendo el testículo representante de masculinidad e identidad sexual masculina, queda investido de una valoración narcisista y social, que enfrenta al hombre orquitectomizado a la posibilidad de pérdida de ese Fallo, originando así vivencias y fantasías de desvalorización, castración y en algunos casos depresión narcisistas.

En la teoría psicoanalítica se remarca la importancia de los planteos simbólicos y míticos para estudiar las representaciones que internalizan las personas de la sexualidad. Laplanche (1996) plantea que la teorización freudiana sobre el complejo de castración es un culto psicoanalítico, por otro lado, la diferencia entre los sexos no se establecería de modo universal como fantasía de castración, agrega que dichas fantasías no serían originarias del niño o de la niña, sino que son propuestas a través de la cultura como forma de simbolizar la diferencia genital.

San Miguel, M^a Teresa (2002) consideran que:

El otro adulto no solo aporta al niño mensajes enigmáticos, sino un código para ordenar los sexos que van a tener efectos en la representación simbólica del propio sexo y en la estima psíquica otorgada a este y a sus placeres. (s/p).

De las lecturas citadas se desprende que el impacto emocional más intenso se daría en el registro imaginario, donde se inscribe la significación simbólica del valor social y cultural de esta parte del cuerpo masculino, asociado a potencia y poder sexual.

En cuanto a la extirpación testicular como pérdida real del órgano afectado remite a que junto a las demás pérdidas, el sujeto transite por un proceso de duelo para realizar un ajuste psicológico que le permita continuar con su vida de forma adaptada a sus circunstancias. Transitarán duelos por su cuerpo y por la función de un órgano cargado simbólicamente

8. EL DUELO

8-1 *Definición de Duelo*

Para un sujeto que enferma, tanto la pérdida de salud como las pérdidas de una parte del cuerpo exigen un duelo. El duelo como trabajo psíquico y elaboración, permite ante la enfermedad y las pérdidas la reconstrucción afectiva y la resignificación de la vida. En este proceso se dan cambios a nivel tanto psicológicos como psicosociales que permiten ir elaborando internamente la pérdida.

Etimológicamente, según la Real Academia Española, la palabra duelo puede considerarse según una doble perspectiva: 1) del latín duellum “guerra, combate”, es decir, combate o pelea entre dos a consecuencia de un reto o un desafío. 2) Del latín tardío dous “dolor”,

lástima, aflicción o sentimiento, demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.

A partir de estos conceptos, se puede desarrollar los planteos de algunos autores.

Desde la perspectiva psicoanalítica Freud (1917) define duelo como "(...) la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc." (p. 241). Este autor, al hablar de duelo no solo hace referencia a algo visible, sino también a la pérdida de los propios valores, ideales que se puede sentir o tener.

Más recientemente, Grinberg (1983) asevera que el duelo consiste en un proceso dinámico y complejo que involucra la personalidad total del individuo, abarcando todas las funciones del yo y en particular las relaciones con los demás.

Paciuk (1998) coincide con Grinberg (1983) al señalar que el duelo además de desencadenarse por la muerte de un ser querido, puede estar originado por separaciones, pérdidas de cosas, valores o ideales. El duelo se manifiesta en los diferentes planos del sujeto, tanto en lo físico, en lo psíquico, como lo social, ya que la vivencia de la pérdida depende de cada sujeto, de su cultura que lo involucra y por sobre todo, de sus particularidades psíquicas.

El duelo es un proceso normal y necesario por el que todas las personas transitan algún momento de la vida. Estas conceptualizaciones brindan la posibilidad de pensar que con cada paso que avanzamos en la vida perdemos algo, desde las personas, lugares, u objetos, hasta las más inmateriales, pero no por ello menos significativas como la juventud o los sueños e ideales, pudiendo afirmar que cada pérdida va acompañada de dolor, afectando de una manera particular a cada sujeto.

En relación a esto, Rojas- May (2006) plantea que la mayor parte de los pacientes oncológicos independientemente del estadio y del tipo de neoplasia que cursen, viven un proceso psicológico adaptativo denominado "*duelo oncológico*". Este proceso es un conjunto de etapas no necesariamente secuenciales por los que la persona transita durante los meses que siguen al diagnóstico de su enfermedad.

Plantea que el duelo oncológico es no solo muy frecuente, sino que también es adoptado como mecanismo de reconstitución psíquico que permite al paciente estructurar una respuesta a los desafíos de las pérdidas, tanto orgánicas, cognitivas, corporales, sociales y emocionales.

Menciona además que existen varias teorías relacionadas con el duelo oncológico y que

algunas de ellas dividen las etapas de este en cinco: shock, negación, ira, negociación y aceptación:

El estado de shock constituye el momento inicial, donde el paciente se enfrenta a una pérdida, esta puede ser una pérdida acaecida a partir de los propios tratamientos dejando al sujeto indefenso.

El estado de negación se puede presentar como incredulidad, donde el paciente no tiene una comprensión total de su enfermedad, se puede decir que la negación aparece como mecanismo defensivo que permite transitar esos primeros momentos de manera resolutiva.

En el estado de ira el paciente manifiesta irritabilidad, mostrándose a veces inconformista generalmente apela a mecanismo proyectivos depositando su agresión y frustración en el equipo de salud y familia.

La negociación es el momento cuando el sujeto enfermo establece pactos con la vida, promesas u ofrecimientos esperando una curación de su enfermedad, aparecen en este cuarto momento mecanismos mágicos que le permiten a la persona fantasear con una resolución mágica.

Y en la aceptación el paciente consciente de su enfermedad busca asimilar su diagnóstico reconociendo el grado de afectación de lo sucedido.

Es importante destacar que estas etapas descritas están presente, como menciona Rojas-May (2006) frente a un proceso de duelo por una pérdida, pero también están como lo menciona anteriormente Borrego (2003) en el momento del diagnóstico, o sea que están presentes desde el inicio de la enfermedad hasta el final de los tratamientos.

Lo mismo ocurre con las reacciones de ansiedad, depresión, disminución de la autoestima, principalmente cambios que enfrenta al varón a la angustia de castración frente a la pérdida de testículo, requiriendo en muchas ocasiones tratamientos especializados.

9. ANSIEDAD Y DEPRESION

Cuando irrumpe el cáncer, cada persona dispone de un espacio psíquico previo organizado de forma estable o inestable, en equilibrio o en desequilibrio. Con esta plataforma previa los sujetos reaccionan ante cualquier suceso vital al que debe enfrentarse y ello determinará las reacciones emocionales que en mayor o menor medida contribuirán a cierto grado de bienestar o malestar. En ocasiones de la vida como el ser diagnosticado de cáncer y transitar

por una serie de tratamientos, el experimentar diversos cambios y pérdidas trae aparejado una ruptura del equilibrio.

El cáncer testicular pone en peligro la salud física y psicológica del hombre; pudiendo aparecer, dependiendo de las características de la persona una serie de alteraciones psíquicas y emocionales, como ansiedad, depresión, problemas en las conductas basales (sueño, alimentación), pesadillas, problemas de comunicación y malestar acompañado a veces con fantasías de culpabilidad.

La ansiedad y la depresión, son estados muy frecuentes en los hombres diagnosticados con esta enfermedad. Estos deberán enfrentarse con las repercusiones psíquicas del impacto que causa la enfermedad y por lo tanto a las experiencias de pérdidas que produce la misma.

La ansiedad es definida según el DSM-IV-TR (2001) como: “la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo” (p.284)

Valadez, Galindo, Álvarez, Alvarado, González (2011) plantean que:

la presencia de la ansiedad constituye una constante en la vida del paciente con cáncer, conllevando dificultades adicionales en la calidad de vida. La ansiedad es una reacción emocional vivida de manera intrapsíquica, que surge ante las situaciones estresantes externas o internas, de alarma, pudiéndose manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales. (p.131)

Retomando a Valadez-Téllez L, et al. (2011) toman como referencia en su trabajo investigaciones de Sifaka et al (2008) sobre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular mediante un diseño transversal, utilizando Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) y escala de ansiedad de Hamilton (HARS). Con una muestra de 50 pacientes en seguimiento y 50 sujetos controles, encontraron como resultados niveles leves de depresión y ansiedad en el grupo en seguimiento.

El número de estudios sobre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular es escaso en comparación con otros procesos oncológicos. La ansiedad es clínicamente significativa durante el periodo de tratamiento, pero no es concluyente su presencia en el periodo de seguimiento en los estudios revisados.

Los pacientes más jóvenes con cáncer testicular tienen mayor riesgo de presentar estas manifestaciones psíquicas ya que los diversos tratamientos existentes como la quimioterapia, radioterapia y cirugía radical, además de producir ansiedad, producen

alteraciones y pérdidas corporales muy significativas. Además, cuanto más joven la persona, mayor afectación emocional, en tanto debe enfrentar profundos cambios en su proyecto vital masculino.

Estas vivencias pueden afectar directamente a la evolución de la enfermedad, puesto que tienen como consecuencia un peor control del dolor y menor adherencia a los tratamientos.

Entiendo que la ansiedad en los sujetos que transitan por el cáncer testicular, puede manifestarse a nivel biológico, como imaginario.

Ansiedad imaginaria en cuanto a la falta de recursos internos a la hora de adaptarse a los distintos cambios que se van produciendo desde el momento de la pérdida de salud en estos sujetos. En consecuencia, de esto aparece la ansiedad a nivel corporal, en tanto malestar o síntomas fisiológicos que acompañan manifestándose a nivel somático.

Por otro lado, y en cuanto a la depresión como otro de los desórdenes psicológicos presentes en los hombres con diagnóstico de cáncer testicular, el DSM IV (2001) caracteriza la depresión mayor como “un estado de ánimo deprimido o pérdida de placer o interés en casi todas las actividades”, en el que se manifiestan sentimientos “malestar, desesperanza y desánimo, como si estuviese en un pozo” (p.391).

En este sentido se puede decir que se está ante una implosión del yo, por lo cual considero que la depresión está asociada a lesiones narcisistas, a una pérdida de la autoestima. No es extraño entonces pensar que el yo del sujeto corra riesgo de colapsar. En estas condiciones el sujeto se angustia y se mortifica.

Bleichmar (1988) por su parte establece distintas vías de acceso a esta manifestación psíquica como: depresión por acción de la agresividad, por la culpa, por trastornos narcisistas, por angustias persecutorias, por identificación, por déficit yoicos y por el efecto de la realidad externa.

La depresión por efecto de la realidad externa podría pensarse que se ajusta más a los pacientes con cáncer testicular, depresión que refiere a aquellas situaciones en que la realidad resulta apabullante, la que tiene un papel decisivo en los sentimientos de impotencia y desesperanza propios de la depresión. Una realidad vivida como abrumadora y que el sujeto no sería capaz de soportar y elaborar.

Los planteos anteriores pues unen depresión, ansiedad y angustia al proceso de enfermar y las plantean como resultante de la combinación entre enfermedad y tratamiento. A estos factores se unirán las características de personalidad del sujeto, el vínculo que tenga con su

cuerpo biológico.

Comprendo que las reacciones emocionales y los mecanismos defensivos ante la enfermedad oncológica, estarán determinado no sólo por las condiciones del medio del individuo, que forman una constelación; desde las condiciones médicas (información masiva que se tiene que asimilar, afrontamiento de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos.) las condiciones de apoyo familiar y social, las creencias personales, etc. sino también por el tipo de personalidad del paciente.

10. CONCLUSIONES

De acuerdo a la bibliografía consultada, se ha podido visualizar que los planteos de diferentes autores coinciden en que el factor psíquico influye en el cuerpo biológico y en la aparición de las enfermedades. A su vez, las enfermedades tienen también su influjo en el estado anímico y en el funcionamiento psíquico del sujeto. Desde el modelo teórico que presenta el Psicoanálisis, la Psicopatología y la Psicopatología-Psicoanalítica, tratan de comprender al sujeto y su enfermedad en una forma global concluyendo que las emociones y la mente cumplen un rol importante, donde la alteración biológica afecta a lo emocional así como las emociones inciden en la evolución de los procesos biológicos.

El cáncer testicular como enfermedad oncológica suele desestabilizar la vida de los sujetos. Éstos pueden experimentar muchas pérdidas a nivel personal, familiar, roles, alteraciones en la imagen corporal, entre otras. Todos estos cambios influyen en la percepción que tiene los pacientes sobre la enfermedad y el concepto de vida y muerte.

Entonces, una vez que aparece la enfermedad lesiona al organismo biológico e instala el dolor y el padecimiento psíquico.

Es notorio que el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer testicular conlleva a tener que lidiar con la enfermedad y las fantasías de dolor, muerte y miedo que esta genera. Enfrentar este diagnóstico y la propia enfermedad hace que aparezcan desajustes emocionales y psíquicos en la vida cotidiana del paciente, desde la relación con su cuerpo hasta la desestabilización de sus proyectos de vida tanto personales como de pareja.

Desde el modelo médico proponen tratamientos y terapéuticas centradas en la afección, que si bien en la mayoría de los casos tiene un buen pronóstico si se sigue el tratamiento, este cáncer necesita de una cirugía con extirpación de uno o ambos testículos, así como tratamientos como quimioterapia. El (CT) amerite o no cirugía cobra una significación particular en función del órgano afectado.

Esta intervención prioriza la vida del paciente, no obstante, produciría según la literatura expuesta a lo largo de este trabajo consecuencias traumáticas y dolorosas en tanto enfrenta al hombre a la mutilación del cuerpo. En tal sentido produciría angustia vinculada a vivencias de pérdidas de una zona corporal investida de significaciones particulares y subjetivas, ya que los testículos tienen un valor psico-simbólico, tanto para el sujeto como para la construcción de la masculinidad a nivel socio-cultural.

El cuerpo humano, en tanto construcción determinada por la cultura (Le Breton) cobrará diferentes significaciones en función de ella y producirá distintas vivencias de dolor, sufrimiento y horror. En el ámbito social, se discrimina y se valora aquello que hace diferente a un hombre de una mujer, y viceversa. La mera incapacidad y/o mutilación de los atributos sexuales en el varón sobredimensionan los efectos de padecer un cáncer.

De la lectura de los materiales se desprende la posibilidad que tienen los sujetos de contraer consecuencias emocionales que giran en torno a vivencias de ansiedad, transitando por experiencias depresivas, a las que se suman temores frente a la posibilidad de infertilidad y conflictos de pareja. Cada varón transitara la experiencia de enfermar, o de perder una parte de su cuerpo de manera particular en función de cómo se vincule con cada parte de su cuerpo biológico.

En tanto esto repercute en la sexualidad de los sujetos autores como Reyes (2013) y Borrego (2003) coinciden en plantear que algunas de las secuelas pueden ser la afectación de la función sexual, generando fantasías de infertilidad e impotencia sexual.

Los procedimientos médicos, en tanto producen cambios a nivel corporal, propician la necesidad que el sujeto transite por diversos duelos, por las distintas pérdidas que ocasionan los tratamientos, por ese cuerpo dañado, por ideales narcisistas y por un modo de vida que ya no será igual.

Si bien es cierto que estos cambios se esperan, y es necesario que el sujeto los asimile para adaptarse a la realidad, también lo es que los mismos pueden ser abordados de forma tal que no se conviertan en situaciones de mayor dificultad.

Como toda labor monográfica, he tenido que seleccionar y recortar autores y perspectivas, lo que denota una cierta intencionalidad. No obstante ello, los enfoques que se han expresado, van ampliando la comprensión sobre el tema y abriendo interrogantes que se podrán seguir investigando en el futuro.

Cabría más adelante tratar de estudiar qué pasaría con estas variantes de género como los (Homosexuales- Trans) ya que la literatura no aparecen investigaciones ni estudios sobre

secuelas emocionales y psíquicas, ni sobre aspectos vinculares o prospectivos en estos varones que debido a su identidad sexual mantienen vínculos psico-simbólicos con el órgano, diferentes a los que tienen los varones heterosexuales.

Aquí en esta monografía se presentó una revisión de lo que la literatura informa sobre los aspectos psicológicos movilizados en casos de cáncer testicular en varones homosexuales. A su vez es material indispensable para pensar cualquier intervención psicológica en este tipo de casos anteriormente mencionados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alizade, A. M. (2000). *Duelos en el cuerpo. Los Duelos y sus Destinos, Depresiones Hoy*. Tomo II, (pp. 27 – 33). Montevideo: APU
- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). *Intervención Psicológica en personas con cáncer. Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207
- American Cancer Society Recuperado de: <http://www.cancer.org/>
- Anzieu, D. (1987). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Barlocco, B., Cuesta, J., Vogel, E. y Carbajal, M. F. (2006) *Cuando la vida está amenazada: Curso de Psicología médica en el ámbito hospitalario. Salud Militar*, 28 (1), 50-53.
- Bleichmar, H. (1988). *La depresión: Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós
- Bonet, J. (2013). *PINE. Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones* (1 ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones B.
- Borrego (2003) *Tumores propio del varón. En M, Die Trill Manual de Psico - oncología*. (pp 241-247) Madrid: Editorial Ades.
- Definición de Cáncer- Sociedad Española de Oncología Médica.
<http://www.seom.org/en/información-sobre-el-cáncer/que-es-el-cáncer-y-como-se-desarrolla>
- Cáncer Testicular Recuperado de: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/genitourinario/testiculo?showall=1>
- Casas de Pereda, M., et.al (1982). Agresividad e imagen del cuerpo. En *Revista Uruguaya de psicoanálisis* (61) .Recuperado de <http://www.apuguay.or g/apurevista/1980/1688724719826107.pdf>
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer: IV ATLAS DE INCIDENCIA DEL CANCER EN URUGUAY [Incidencia del Cáncer en Uruguay. Periodo 2007-2011](#)
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer V ATLAS DE MORTALIDAD POR CANCER EN EL URUGUAY 2009-2013 BARRIOS, E; MUSETTI, C. et al Comisión

- Chiozza, L. (1986) *¿Por qué Enfermamos?* Bs Aires: Libros del Zorzal.
- De Cristoforis, O (2006). *Cuerpo, vínculo y lenguaje en el campo psicosomático*
Buenos Aires: Lugar
- Dolto, F. (1986). *La Imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós
- Dolto, F y Nasio, D (1987). *El niño del espejo*. Buenos Aires: Ed. Gedisa.
- DSM IV. (2001). *Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Espinosa, L. (2000) *Duelo y Pérdida corporal /Trabajo presentado II Congres d Atenció Primaria I Salut Mental* Recuperado de http://www.revistahospitalarias.org/info_2001/01_163_04.htm
- Fernández, A. (2004). *Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos*. *Psico-oncología*, 1(2-3) (pp169-180) Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120169A/16214>
- Fonseca, C (2005) *Reflexionando sobre la construcción de la masculinidad en el Occidente desde una postura crítica Bajo el Volcán*. 5 (9) (pp. 135-155) Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Puebla, México. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/286/28650908.pdf>
- Freud, S. (1912) *Nota sobre el concepto de lo inconsciente en psicoanálisis*. Tomo XII
- Freud, S (1915) *Pulsiones y destinos de Pulsión*. En L. Ballesteros (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. V)* España: Editorial Biblioteca Nueva (1972).
- Freud, S. (1917 [1915]). *Duelo y melancolía*. *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos 27 Aires: Amorrortu editores. S.A
- Freud, S (1920) *Mas allá del Principio de Placer*. En L. Ballesteros (Traduce) *Obras Completas: Sigmund Freud (Vol.V)* España: Editorial Biblioteca Nueva (1972)
- Freud, S (1923) *El yo y el ello*. Capítulos IV y V en: *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, tomo XIX.

- Freud, S. (1996). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras Completas (14) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1925)

- Galindo, O, Álvarez, A. Alvarado, A. Salvador (2012) *Aspectos psicológicos de las afectaciones sexuales en el paciente con cáncer testicular* Rev Mex Urol 2012; 72(5):256-263 Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2012/ur125h.pdf>

- Galindo, O, Álvarez, A. Alvarado, A. Salvador (2013) *Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento*. 10 (1) (pp.69-78). Recuperado de GAMO 10 (3) Recuperado de: <http://oncología-305-articulo-de-ansiedad-depresion-pacientes-con-cáncer-90024242>

- Grinberg, L. (1983). *Culpa y depresión*. Buenos Aires: Paidós

- Kimmel, S. (1997). *Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina*. En *Ediciones de la Mujer*. 24. México: Isis Internacional.

- Korovsky, E (1993) *Psicosomática Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J (1972). *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. En Escritos 1. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

- Lacan, J. (1977) *El seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales*. España: Seix Barral.

- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Le Breton, D. (1999) *Antropología del dolor*. Recuperado de: https://pendientedemigracion.ucm.es/info/especulo/numero15/a_dolor.html

- Minello, Martini, N. (2002) *Los estudios de masculinidad* Estudios Sociológicos. XX (sep.-dic), ISSN 0185-4186 Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59806009>

- Moguillansky, C. (2000). *El papel de las creencias en las pérdidas y el duelo. Los Duelos y sus Destinos. Depresiones hoy. Tomo I*, (pp. 45 -53). Montevideo: APU

- Morosini, I (2013) *La envoltura psíquica. Psicoanálisis & Intersubjetividad* Recuperado de http://www.intersubjetividad.com.ar/website/articulo.as_id=255&idd=7

- Nasio, J-D. (2008) *Mi cuerpo y sus Imágenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Otero; Rodado, J. (2004) *El enfoque psicoanalítico de la patología psicosomática*. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=282> HYPERLINK
- Paciuk, S. (1998). *Duelos depresivos y duelos reparatorios*. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (88) (En línea) (88). Recuperado de <http://www.apurug> HYPERLINK "<http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719988806.pdf>
- Raich (1996) *Trastornos de la Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide (27-64)
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española*.
- Reyes, A. (2013) *El cáncer Testicular en los Hospitales Públicos de la comunidad autónoma de Madrid: Supervivencia. (Tesis de Doctorado)*. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina. Recuperada de: <http://eprints.ucm.es/21311/1/T34455.pdf>.
- Rojas-May, G (2006) *Hablemos de Duelo Oncológico* Recuperado de: <http://hablemosdepsicooncologia.blogspot.com.uy/2014/02/hablemos-del-duelo-oncologico.html>
- San Miguel, M^a Teresa (2002) *El psicoanálisis: una teoría sin género. Masculinidad/feminidad en la obra de Sigmund Freud. La revisión de Jean Laplanche, aperturas psicoanalíticas, Revista Internacional de Psicoanálisis/ (16) Julio2015*. Recuperado: en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=280>
- Scharf, Becky (2005). *Psicooncología: abordaje emocional en Oncología*. 9 (2) (pp64-67) Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/832/83209205.pdf>
- Schilder, P. (1987). *Imagen y apariencia del cuerpo humano: estudio sobre las energías constructivas de la psique*. México: Paidós
- Solana, A. C (2005) *Aspectos psicológicos en pacientes supervivientes*. 28 (3) Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300009&script=sci_arttext
- Tato, G (1999). *Cuando el Cuerpo Habla. Enfoque Psicosomático del enfermar*. Montevideo: Ediciones Trilce.

- Tratamientos del Cáncer Testicular
<http://www.geosalud.com/Cancerpacientes/testiculo/testiculotx.htm>

- Torres. (2011) *El cuerpo habitado*, revista *Replicante*, México, Recuperado de: <http://revistareplicante.com/el-cuerpo-habitado>

- Valadez,T. Galindo,O.Alvarez,A.Gonzalez.Robles,R y Alvarado,S(2011).*Ansiedad y depresión en pacientes con cancer testicular en tratamiento y seguimiento. Una Revisión* GAMO10 (3) Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-ansiedad-depresion-pacientes-con-cancer-90024242>