



Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía.

UNA MIRADA PSICOANALÍTICA AL IMPACTO DE LA MASTECTOMÍA EN LA IMAGEN CORPORAL DE LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA.

Alumna: María Victoria Mezzetta Pereira.

CI: 4.798.900 -7

Montevideo, Uruguay, Julio 2022.

Tutora: Prof. Agda. Dra. Ana Luz Protesoni.

Revisor: Prof. Lisandro Vales.

ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Fundamentación	6
CAPÍTULO I. Conceptos médicos. Aspectos biológicos.	7
1. Cáncer. Definición.	7
2. Cáncer de mama; etiología y apuntes estadísticos.	8
3. Mastectomía. Definición. Indicaciones. Tipos.	9
CAPÍTULO II. Aspectos psicológicos: Imagen Corporal de la Mujer Mastectomizada.	11
1. Vivencia de Evento Disruptivo y Entorno Disruptivo.	11
2. Impacto psicológico de la Mastectomía: Esquema e Imagen Corporal.	17
3. Identidad Femenina - Aspectos Libidinales de la Sexualidad.	20
CAPÍTULO III. Trabajo de Duelo.	27
1. Trabajo de Duelo - Diferentes teorizaciones desde el Psicoanálisis.	27
2. Duelo Oncológico a partir del cáncer de mama y la mastectomía.	34
Conclusiones.	40
Referencias Bibliográficas	43

Resumen

El presente trabajo está enmarcado dentro del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología - UDELAR. Se desarrolla en modalidad de monografía con modelo explicativo. Su objetivo es dar cuenta del impacto que causa la mastectomía en la imagen corporal de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Se propone reflexionar e informar mediante una mirada psicoanalítica la sucesión de eventos psicológicos que devienen como consecuencia de la enfermedad, desde los cambios corporales y en la sexualidad, hasta el tránsito de múltiples procesos de duelo.

Palabras clave: *Cáncer de mama - Mastectomía - Imagen corporal - Sexualidad - Duelo oncológico.*

Saberse amado da más fuerza

que saberse fuerte.

GOETHE

Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad temida por las mujeres debido a su incidencia y a su alto porcentaje de casos en el mundo. Así también es un diagnóstico vinculado directamente con la muerte, que conlleva al sentimiento de miedo e incertidumbre (De Castro y Ribeiro, 2017).

En cuanto a los procedimientos existentes como tratamiento, se encuentra la mastectomía, que es una cirugía de carácter invasivo, sugerida a modo de indicación médica ante el diagnóstico de cáncer de mama en situaciones donde el estadio de la enfermedad es avanzado, en casos donde se encuentra comprometida alguna otra parte del cuerpo, entre otras posibles situaciones.

Este procedimiento médico podría llegar a causar variados impactos en las mujeres que deben atravesarlo dada la representación de la mama que deviene en tanto símbolo de sexualidad, feminidad, maternidad entre otras connotaciones relacionadas a la identidad y a la identificación en el sentido del ser mujer. Asimismo es frecuente que en algunos casos, genere temores y miedos propios, referidos a la intervención en sí, incertidumbre por lo que pueda suceder dentro de la sala quirúrgica, entre otras tantas reacciones que repercuten en los aspectos psicológicos de la mujer en tanto paciente oncológica.

Numerosas investigaciones tales como las que indican la Organización Breast Cáncer y American Cáncer Society (ACS, 2022) concluyen que la mastectomía es un tratamiento eficaz cuando el tumor en la mama está en estadio avanzado o en ciertas ocasiones donde no sería posible otro tratamiento debido a los efectos secundarios.

Una de las consecuencias principales de una mastectomía es la pérdida de la glándula mamaria, que implica una modificación directa en el esquema corporal, que se podría traducir a cambios no solo en la estructura corporal sino también en el psiquismo, precisamente en la percepción de la imagen corporal. Pero a su vez, significa la extirpación de células cancerígenas que de no extirparse podrían evadirse. Por tanto,

la consecuencia de la pérdida genera un bien mayor para la mujer con diagnóstico de cáncer de mama debido a que constituye en detener el proceso de avance de la enfermedad.

Primeramente, se presenta una introducción a las definiciones de cáncer, cáncer de mama y mastectomía, en tanto aspectos médicos o biológicos y luego se realiza un recorrido por los aspectos psicológicos que se encuentran afectados debido al diagnóstico del cáncer de mama y a la indicación de la mastectomía como tratamiento, en el supuesto de ser considerados como evento disruptivo y entorno disruptivo, respectivamente.

Seguidamente se presentarán los conceptos de esquema corporal e imagen corporal, desde un abordaje psicoanalítico. Se hace pertinente el transcurso por este desarrollo dado el grado de afectación e impacto que la mastectomía podría ocasionar a sus sobrevivientes, tanto en la dimensión orgánica como en los aspectos psicológicos. En relación a la autopercepción de las pacientes que han sido mastectomizadas, es relevante la problematización desde los posibles cambios en su imagen corporal, abordados desde la identidad femenina y los aspectos libidinales de la sexualidad que puede conllevar el procedimiento quirúrgico. Es así que la mastectomía se asume como la extirpación de una parte del cuerpo que puede dar origen a una pérdida. En ese registro se asocia la pérdida a un eventual duelo, por lo tanto, se profundiza en la noción de trabajo de duelo desde un enfoque psicoanalítico y en el proceso de elaboración del duelo oncológico, resaltando dentro de ello, el duelo por la pérdida de una parte del cuerpo, la relación con el nuevo cuerpo y la extrañeza que esto provoca.

Finalmente, a partir de lo expuesto en el desarrollo del trabajo, se intenta reflexionar sobre las aristas mencionadas anteriormente para generar una aproximación a la subjetividad por la cual transcurre la mujer mastectomizada, en reflejo de lo desarrollado a lo largo del trabajo desde una mirada crítica y psicoanalítica. Asimismo, los aportes realizados por los autores trabajados me han llevado a pensar en la importancia que tiene el rol de la Psicología mediante sus profesionales tanto en la práctica clínica como hospitalaria, en referencia a la intervención propicia que atienda procesos por los cuales las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y mastectomizadas atraviesan. En suma, es realmente valiosa la posibilidad de incluir los aspectos psicológicos en el abordaje del tratamiento oncológico, específicamente en la mastectomía y mediante lo expuesto se procura considerar para culminar este trabajo, el porqué de su importancia.

Fundamentación

Desde el ingreso a la Facultad de Psicología en la UDELAR es manifiesto para los estudiantes, que, al final de la carrera de la licenciatura en Psicología, es obligatorio realizar una tesis final de grado para dar culminación al proceso como estudiante y obtener el título como Psicóloga/o, que, en lo personal, es tan anhelado y esperado.

Luego de cursar asignaturas curriculares, optativas y electivas, a la vez que seminarios, prácticas y proyecto, particularmente a partir de mi experiencia en la práctica de formación integral y posteriormente del ciclo de graduación, "Intervenciones en Psicooncología", surge mi interés y deseo por la temática que desarrollará este trabajo. Más allá de los requerimientos del trabajo en sí, de las particularidades de una monografía a nivel académico y de todo lo que conlleva formalmente, me resulta importante lograr disfrutar este proceso. Espero obtener como resultado, un trabajo que dentro de mis posibilidades no sea repetitivo. En suma, que aporte novedosamente y sea verdaderamente útil para la Psicología siendo la temática escogida, de interés para la sociedad.

La elección del tema emergió de manera bastante espontánea y convincente. Luego de vivenciar la práctica en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) y en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), conocí pacientes, a las cuales acompañé y atendí en sus procesos de enfermedad y tratamiento, y particularmente dos de ellas, ambas mastectomizadas desde hacía algunos años, me generaron cuestionamientos al respecto de su realidad a la vez que de su autopercepción acerca de su imagen corporal sobre esa situación que atravesaron.

En tanto modo de afectación y atravesamiento, la experiencia vivenciada me ha llevado a pretender la comprensión acerca de las subjetividades y dolencias de las pacientes. Asimismo, la mirada clínica del impacto psicológico que este acontecimiento abrupto, inesperado y disruptivo les ocasionó, me ha llevado a cuestionar cómo cada paciente a pesar de haber transitado la misma enfermedad (cáncer), el mismo diagnóstico (cáncer de mama) y similar tratamiento (mastectomía), posee distintos modos de vivenciar tales acontecimientos.

Al comenzar la etapa de profundización sobre la temática de interés, los aportes y la guía otorgada por mi tutora, Dra. Ana Luz Protesoni, así como la articulación de la búsqueda y selección bibliográfica realizada, me permitieron lograr el presente trabajo.

CAPÍTULO I. Conceptos médicos. Aspectos biológicos.

1. Cáncer. Definición.

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial según American Cancer Society (ACS, 2022).

Asimismo, el cáncer es una enfermedad que se origina cuando se produce una alteración genética. Dicha alteración impacta en la formación de las células, provocando que sobrevivan células dañadas, generando así el crecimiento de células patológicas. En ciertas ocasiones el cáncer es considerado como un factor hereditario, pero esta concepción no implica que exista herencia directa, dado que se hereda la posibilidad de desarrollar la enfermedad y no la enfermedad en sí (Vázquez, 2019).

Existen actualmente más de doscientos tipos de cáncer y sus diferentes denominaciones (Carcinoma, Linfoma, Sarcoma y Melanoma) dependen del órgano donde se encuentre el tumor (Vázquez, 2019). Los tumores pueden ser benignos, lo cual significa que su crecimiento es lento y que no se extienden a otras partes del cuerpo, o pueden ser malignos, siendo este el caso donde sucede lo opuesto, ya que su crecimiento es veloz y se pueden extender a otras partes del cuerpo, invadiendo tejidos sanguíneos o linfáticos.

El cáncer es una enfermedad curable si se detecta a tiempo, aunque aun así, ni siquiera en algunos casos donde se detecta a tiempo, es posible lograr la cura. A pesar de ello, la prevención mediante chequeos médicos y el diagnóstico temprano, son de gran relevancia para su abordaje mediante tratamiento. Los avances científicos y tecnológicos han mejorado a favor de esto, pero no es condición suficiente para que esta enfermedad logre bajar la alta tasa de mortalidad. A continuación, acercándonos al epicentro del presente trabajo, desarrollo algunas consideraciones respecto del cáncer de mama.

2. Cáncer de mama; etiología y apuntes estadísticos.

El cáncer de mama consiste en el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario. Existen dos tipos de cáncer de mama, el carcinoma ductal, que es el tipo más frecuente, y el carcinoma lobulillar. Ambos son considerados como principales dentro de los existentes (Calzado et al., 2014).

Actualmente en el mundo, el cáncer de mama ocupa el primer lugar dentro de todas las localizaciones de la enfermedad de cáncer para ambos sexos según la organización American Cancer Society (ACS, 2022). De acuerdo a estadísticas emitidas por National Cancer Institute (ACS, 2012), el cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres y es la segunda causa de muerte en esta población.

Mientras tanto, en lo que respecta a la población de mujeres en Uruguay, si bien es alto el porcentaje de diagnóstico de cáncer de mama, se curan al año aproximadamente 1200 mujeres mientras se registran 630 muertes (Vázquez, 2019). La educación en salud sexual y reproductiva es fundamental para la pronta detección de la enfermedad en los casos en que aparecen indicadores que den cuenta de extrañeza en el funcionamiento del cuerpo, pero en ocasiones, la enfermedad se da de modo silencioso y se hace notar cuando el tumor se encuentra en estadio avanzado.

Cuando el cáncer de mama es diagnosticado, la primera indicación médica suele ser el tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia. En otros casos o posterior a dichos tratamientos, se indica la cirugía radical o parcial. Debido a circunstancias médicas, existen situaciones donde la paciente diagnosticada con cáncer de mama no puede ser sometida a tratamiento de quimioterapia, por lo tanto la cirugía es la primera opción. Decidir sobre los pasos a seguir dependerá de cada paciente, evaluándose cada historia de modo particular.

El cáncer de mama es una enfermedad que, como cualquier otra, afecta a toda la persona no solamente al órgano enfermo, y también afecta a su entorno y al relacionamiento con el mismo.

Cuando la indicación médica para intervenir a la paciente es la cirugía de extirpación de la o las mamas, estamos ante la mastectomía y la mastectomía es indicada en diagnósticos comprometidos, lo que significa que es un evento desestabilizador para la mujer que va a ser intervenida.

El tratamiento debe ser personalizado. Según Álvaro Vázquez (2019):

Existe una máxima en oncología de mama: cuanto menos se hace, a veces, el resultado es mejor, porque si se obtienen iguales resultados haciendo extracciones parciales, para la mujer, desde el punto de vista psicológico y estético, no tiene el mismo significado quedarse con una mama menos que conservar ambas (p. 125).

La realización de una mastectomía y su impacto, dependerá de cada mujer y de cómo asimile la enfermedad, pero sin dudas generará algún impacto en su vida. Será imprescindible buscar la solución más beneficiosa e intervenir si es necesario para sostener y acompañar el proceso de enfermedad con atención psicológica.

3. Mastectomía. Definición. Indicaciones. Tipos.

La mastectomía es una cirugía en la que se extirpa totalmente la mama, incluyendo todo el tejido mamario y en ocasiones otros tejidos cercanos o los ganglios. Cuando el profesional médico opta por este procedimiento, lo considera la opción más apropiada para la paciente (Vázquez, 2019).

Los motivos por los cuales se indica la mastectomía a la mujer que posee un diagnóstico de cáncer de mama, son variados. Cada situación es estudiada de forma particular para brindarle a la paciente el tratamiento que resulte más seguro y conveniente para ella.

Es una intervención extremadamente invasiva, que impacta abruptamente en el cuerpo y en la psiquis de la mujer, donde ese impacto cambia considerablemente la perspectiva general de su vida. Si bien es un procedimiento indicado en diagnósticos delicados y comprometidos como alternativa beneficiosa para la paciente, es importante tener presente que la mastectomía no reduce la probabilidad de que regrese el cáncer a otras partes del cuerpo, incluida la mama opuesta (Vázquez, 2019).

Por lo tanto, la mastectomía según la American Cancer Society (ACS, 2022) es indicada cuando la paciente posee ciertas características que, desde el punto de vista médico, interfieren o la colocan en una posición de riesgo extremo si no se opta por ese tratamiento. A modo de ejemplo, algunos de esos casos donde la mastectomía es indicada por las características dispuestas previamente, sería en situaciones donde la paciente padece otra enfermedad que se agrega al cáncer de mama y no puede ser

sometida a tratamientos de quimioterapia o radioterapia, quedando así reducidas las opciones para ser tratada. También en los diagnósticos de cáncer de mama con estadio avanzado, donde la paciente está expuesta a una situación de amenaza inminente para su vida, la mastectomía es la mejor alternativa. Así también hay tantas otras variantes que predominan.

Existen diferentes tipos de mastectomía. Estos se definen en función de cómo se realiza la cirugía y cuánto tejido se extrae. La intervención quirúrgica conocida y nombrada como mastectomía simple o mastectomía total, será la mencionada en el presente trabajo. Para su entendimiento se obtiene lo explicado por la American Cancer Society (ACS, 2022), que la define como un procedimiento en el cual el cirujano extirpa toda la mama, incluyendo el pezón, la areola y la piel.

Cabe destacar que la mastectomía es un procedimiento que interviene en diversos aspectos a la paciente. No sólo repercute en los aspectos biológicos; dado que técnicamente es la extirpación de una glándula, a la vez que atraviesa a la mujer en otros aspectos debido a que es un procedimiento que genera cambios en su vida y en su entorno. Dichos cambios pueden considerarse en ciertas ocasiones como negativos pero el bien mayor de la pérdida de una mama es interrumpir el avance de un tumor en esa parte del cuerpo e inclusive en sectores cercanos como ser los ganglios, por ende se considera como resultado un cambio positivo al momento de evaluar la indicación como intervención apropiada. Se podría anunciar que el beneficio de la intervención es mayor que la pérdida.

En el siguiente capítulo se profundizará sobre los aspectos psicológicos en los cuales la mastectomía impacta en la paciente con cáncer de mama. Se intentará comprender desde una mirada psicoanalítica, los procesos por los cuales la mujer mastectomizada transcurre y las múltiples vivencias en tanto experiencias, le puede generar tal situación. En suma, cómo repercute y se manifiesta en su vida.

CAPÍTULO II. Aspectos psicológicos: Imagen Corporal de la Mujer Mastectomizada.

1. Vivencia de Evento Disruptivo y Entorno Disruptivo.

El diagnóstico de cáncer de mama como enfermedad y la mastectomía como procedimiento médico, en ciertas ocasiones, podrían generar un gran impacto desde la óptica de lo psicológico puesto que su presencia debe ser asumida por la mujer como padecimiento de enfermedad y la misma enmarca una amenaza para su existencia.

Desde la perspectiva de Benyakar (2002), se entiende al evento disruptivo como evento de orden fáctico dado sus características de evento externo, que implica una amenaza a la identidad y sucede de manera imprevista e inesperada. El diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía en este trabajo, se consideran como eventos disruptivos. Al igual que la definición del evento disruptivo el diagnóstico de cáncer y la mastectomía asumen las mismas características; la enfermedad irrumpe repentinamente en la vida de la mujer, provocando un desorden en la integración psíquica que abarca grandes modificaciones en los mecanismos y defensas ya constituidos (Benyakar, 2002). Los conflictos internos que esto conlleva, podrían denotar por sí mismos cierta desestabilidad psicológica, la cual se manifiesta en la paciente luego de conocer el diagnóstico. Este desequilibrio se suele expresar en reacciones psicológicas como: miedo, shock, ansiedad, entre otras.

Según Benyakar (2002):

La situación disruptiva es una situación que aparece en el mundo externo e irrumpe en el psiquismo, provocando la ruptura abrupta de un equilibrio u homeostasis existente hasta ese momento, tanto en el área individual y/o institucional y/o social. La ruptura de este equilibrio, puede ser transitoria permitiendo una reorganización o permaneciendo como un evento no elaborado ni elaborable (p.3-25).

Mencionada la definición de situación disruptiva, Benyakar (2002) postula a los desórdenes de estrés post traumáticos como desórdenes disruptivos en los cuales la esencia del desorden o del factor desencadenante es la irrupción repentina de una

situación fáctica en el psiquismo humano. Esto provoca una desestabilización psíquica y fisiológica, que en simultáneo desencadena fenómenos de índole diferente.

Es así que se produce la vivencia de lo catalogado como traumático a causa del evento o situación disruptiva. Algo que sucede en el mundo externo impacta en el psiquismo y provoca una ruptura abrupta del equilibrio. No obstante, en este caso, el diagnóstico de cáncer de mama no es un hecho sucedido en el mundo externo, sino en el mismo cuerpo de la mujer. El mundo externo refiere a que se puede percibir una vivencia de ajenidad, de no propio, en tanto no se reconoce como parte de sí a eso que sucede. Por lo tanto, se percibe como exterior al mundo interno, al modo de representación.

Según Protesoni (2019):

El diagnóstico de cáncer suele aparecer de modo disruptivo en la vida de la persona, generando una situación crítica y activando procesos de duelo. Dicha conmoción se anida en la representación social que se ha construido en torno al cáncer como enfermedad grave, seria, que altera la vida al enfrentar a la persona con su finitud. El diagnóstico opera como estresor, vale decir, como un suceso adverso que se desarrolla desde el interior del cuerpo y que produce una vivencia de amenaza vital que lleva al paciente a interrogarse sobre su existencia, (p.4).

Considero pertinente detenerme en lo mencionado por Protesoni (2019), sobre lo expuesto acerca de que el diagnóstico de cáncer de mama opera como estresor. Las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y con indicación de mastectomía o mastectomizadas, manifestaron diversos modos de expresión de estrés bajo esta condición. A partir de un trabajo que he realizado en el CHPR (Centro Hospitalario Pereira Rossell), en el marco de práctica clínica hospitalaria con pacientes en esta situación durante 2019, se pudo observar alteraciones en el comportamiento y en las emociones de mujeres mastectomizadas. Dentro de las reacciones psicológicas se manifiestan vivencias de insomnio, ansiedad, depresión, entre otras que evidencian que el diagnóstico podría ser un elemento estresor para las pacientes.

Las herramientas psicológicas que se encuentren a disposición de la paciente serán fundamentales para el afrontamiento del diagnóstico como evento disruptivo. Tales herramientas o la adquisición de las mismas para afrontar un diagnóstico de cáncer, dependen en primera instancia de la condición en la cual se encuentre la persona. Si ha atravesado anteriormente psicopatologías, si existe un diagnóstico previo o si por el contrario se encuentra en estado de salud mental óptima. Tales condiciones pueden ser propicias para el afrontamiento o puede ser agravante para afrontar tanto al diagnóstico

como a los tratamientos, entre los cuales se encuentra la mastectomía.

Ante el evento disruptivo, las pacientes podrían desarrollar diferentes estrategias de afrontamiento ante la circunstancia. Dentro de ellas se destacan; la capacidad de resiliencia, el nivel de vulnerabilidad, las habilidades para resolver problemas, cómo se autopercebe y qué espera de sí misma, entre otras. En referencia a su entorno, la red humana de contención y apoyo que auspicien de sostén, desde el equipo de salud que la atiende, hasta su familia o vínculos afectivos cercanos, en tanto actores relevantes en el proceso de enfermedad de la paciente, forman parte importante para afrontar el diagnóstico (Monteiro y Dos Santos, 2012).

Desde el punto de vista psicoanalítico, se define el constructo vulnerabilidad como el predominio y ulterior cristalización del modo de funcionamiento psíquico propio del inconsciente escindido (lo irrepresentable), cuyas manifestaciones se expresan clínicamente en el déficit de la actividad fantasmática, en la precariedad de recursos del Yo para afrontar sucesos vitales, y por la tendencia al acto-descarga comportamental o somático (Zukerfeld, 2002).

El constructo vulnerabilidad es diferenciable de la enfermedad: no todos los sujetos vulnerables enferman ni todos los sujetos enfermos son vulnerables. De allí que cualquier enfermedad puede ser "psicosomática" o no serla, dependiendo de las características del funcionamiento psíquico del sujeto (Zukerfeld, 2002).

La paciente que logra expresar cómo se siente, explicitaría qué le genera el evento a nivel emocional y cómo lo representaría. De esta forma, la vulnerabilidad se observa como un indicador de conciencia de enfermedad. El grado de vulnerabilidad podría de ese modo ser evaluado para lograr acercarse al lugar que ocupa tal situación y evento disruptivo para su vida.

Así también, Zukerfeld (2002), desarrolla y expone otra perspectiva de vulnerabilidad, que consta en plantear una continuidad entre diversos grados de vulnerabilidad que pueden aumentar, disminuir e incluso transformarse en su condición opuesta; la resiliencia. Asimismo, define al gradiente que va de una a otra, a partir de tres ejes, funcionamiento mental, recursos del Yo y vínculos intersubjetivos. Desde esta mirada se entiende a la vulnerabilidad como potencial y no como limitante. A partir de los ejes mencionados anteriormente, se comprende que la disponibilidad de herramientas enmarcadas dentro de la perspectiva psicoanalítica, conforman la capacidad adaptativa al evento disruptivo, al afrontamiento de los procesos que se desatan a partir de la irrupción del evento así como también de su entorno.

Zukerfeld (2002) vincula aspectos relevantes de la construcción psíquica a cada eje que define al gradiente vulnerabilidad-resiliencia. El eje que se corresponde con los

recursos del Yo o recursos yoicos, alude a los mecanismos y defensas que definen la manera en que un sujeto evalúa y responde ante los sucesos vitales, y las características de estas respuestas influyen en su condición de mayor vulnerabilidad o mayor resiliencia. Se trata de los mecanismos de defensa y de afrontamiento. Los mecanismos de defensa, dentro de sus múltiples funciones pueden considerarse como indicadores de psicopatología, así mismo también presentan aspectos que contribuyen a lo que podría denominarse saludable. En este sentido las defensas pueden ser consideradas como procesos diferenciados dentro del fenómeno de la adaptación. Se entiende por adaptación a la forma en la que las pacientes interiorizaron la sucesión de cambios que podrían suscitarse ante la mastectomía. Desde esta posición, cuanto más inadecuados o cristalizados sean los mecanismos adaptativos, mayor sería la vulnerabilidad, por lo que la capacidad de resiliencia podría verse afectada. Los mecanismos adaptativos presentados como inadecuados o cristalizados definen a la paciente de modo inflexible con cierta fijación en una reacción, lo cual limitaría sus posibles mecanismos adaptativos pues le costaría encontrar la manera de moverse de ese lugar. Emergen así los mecanismos de defensa aunque podrían no dar lugar a las estrategias de afrontamiento.

Como consecuencia de lo mencionado anteriormente, la paciente que ante el evento disruptivo del diagnóstico de cáncer de mama, manifiesta como mecanismo de defensa, la negación, por ejemplo, en cierto modo podría considerarse como mecanismo de defensa saludable y esperable. Demostraría la presencia de la desmentida, debido a que la muerte propia no es representable, por ello una cuota de negación es considerablemente importante en este momento del proceso donde el evento impacta repentinamente en su vida. Desde esta defensa se consolidan los recursos psíquicos para sobrellevar la situación y devenir en una asimilación sana del estar/saberse enferma.

Por el contrario, se considera patológico que la paciente recurra de forma escasa a los mecanismos y defensas, puesto que eso podría devenir en una carencia de herramientas para afrontar el evento. Asimismo en manifestarse y expresarse emocionalmente al respecto. Por tanto, cuando no hay capacidad de mentalización, podríamos estar ante un problema aparente.

En cuanto a los vínculos intersubjetivos del gradiente de vulnerabilidad a resiliencia, Zukerfeld (2002) menciona estudios sobre apoyo social y apego. Los mismos evidencian que la vulnerabilidad puede evolucionar hacia la resiliencia. Es decir, convertirse en funcionamientos transformadores y afrontamientos adecuados, por acción y efecto de nuevos vínculos y ambientes facilitadores, de modo que la red vincular y la percepción subjetiva de sostén es definitoria en el estudio de la

vulnerabilidad puesto que presentan gran importancia en el proceso de afrontamiento.

Por otra parte, los individuos disponen en su psiquismo de factores de riesgo y protectores, que conforman su funcionamiento psíquico. El funcionamiento de riesgo corresponde a escasa o incierta mentalización y se define en términos de vida operatoria, en alexitimia que se traduce en la incapacidad de identificar y describir emociones, o en depresión esencial. Cierta ocultamiento de estos factores permite hablar en términos de un funcionamiento global que definimos como de predominio del inconsciente escindido, predominio que puede culminar en una cristalización o fijación. En tales condiciones, las respuestas del individuo a lo que genéricamente se conocen como factores de estrés, son comportamentales o somáticas; respuestas del orden de la angustia automática, es decir, de la imposibilidad de ligadura representacional (Zukerfeld, 2002).

Así también se ha constatado en la práctica hospitalaria de pacientes con cáncer de mama y mastectomizadas, que conforme dispongan de una red de contención sólida que represente seguridad y apoyo, su capacidad de adaptación a los cambios previstos por la enfermedad y a los procesos que a partir de su irrupción se suscitan, podrían aportar positivamente en su afrontamiento.

De este modo, el entorno genera una atmósfera para la paciente, la cual puede ser propicia y alimentar sus capacidades para mejorar su calidad de vida. No obstante, en otros casos suele suceder lo contrario. Ante una red vincular y de sostén escasa o nula para la paciente, podría verse un tanto descendida su capacidad de afrontamiento.

El funcionamiento de riesgo en la paciente con cáncer de mama y mastectomizada, podría traducirse en la incapacidad de mentalización. Dentro de las variadas funciones que presentan los procesos de mentalización, particularmente en este caso, el énfasis se ubica en la falta de recursos para procesar emociones. Estas se suscitan en consecuencia del evento disruptivo (diagnóstico de cáncer de mama, indicación de mastectomía). Es entonces que, la paciente presenta un funcionamiento de riesgo que se deviene en la aparición de dificultades para elaborar y vivenciar los procesos manifestados durante el diagnóstico y posterior mastectomía.

Sería pertinente conceptualizar la mentalización como término psicoanalítico para comprender la traducción del funcionamiento de riesgo en las pacientes mastectomizadas. Según Fonagy (2015), la mentalización es un modo de actividad mental de índole imaginativa, que le permite al individuo percibir e interpretar su propio comportamiento y el comportamiento de los otros. Esto se traduce en términos de estados mentales a las intenciones, los deseos, las creencias, las necesidades, los sentimientos, entre otros. La mentalización conecta el pasado, el presente y el futuro.

Brinda así, la capacidad de darle un sentido de continuidad a la existencia. Dado que un pensamiento podría conllevar a una acción que otorgaría coherencia fenomenológica favorable para proporcionarle un sentido y un significado a nuestra persona, a nuestra vida. Si la paciente tiene incapacidad de mentalización para procesar emociones, estamos ante la problemática que acaece en no lograr la elaboración de procesos para vivenciar correctamente el diagnóstico de cáncer de mama con posterior indicación de mastectomía. Carecería de intención al momento de realizar una acción que le permita posteriormente a la comprensión de su diagnóstico, elaborar procesos de afrontamiento ante el mismo.

En relación al funcionamiento protector, resulta a la inversa del funcionamiento de riesgo. Según Zukerfeld (2002) la riqueza de la vida fantasmática y la complejidad y fluidez del preconscious, implican procedimientos predominantes que constituyen un funcionamiento inconsciente. Otorgando esto, la posibilidad de respuestas mentalizadas, lo cual se traduce a la disminución de la respuesta somática y deviene, a su vez, en un funcionamiento transformador, puesto que puede modificar la realidad adversa en relación con la fluidez de sus dinamos. Este funcionamiento se puede evidenciar en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y en pacientes ya mastectomizadas, producto de la aparición de comunicación mediante mensajes entre su cuerpo y su psiquis. Traducir o manifestar en palabras lo que el evento genera en la paciente, una vez suscitado el impacto del mismo, se relaciona con experimentar. Se produce entonces un corte que escinde (o separa) al afecto del evento. A partir del corte, la paciente podrá experimentar el impacto del evento y elaborarlo, sucediendo de este modo, la situación opuesta a la que sucede en el funcionamiento de riesgo que tiende a culminar con la cristalización de las respuestas ante la vivencia del evento disruptivo.

El evento disruptivo no perdura en el tiempo, sino que irrumpe y se da en determinado momento o situación como acontecimiento inesperado. Me permito reflexionar que, aunque el evento tiene un impacto de duración acotada, como evento disruptivo en sí, el diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía, traen consigo efectos perdurables en el tiempo. Al manifestarse como vivencia impactante por las áreas que afecta en la vida de la mujer que recibe tal diagnóstico o se expone a dicha intervención, el evento va a encomendar huellas que perduran para siempre. Se reflejaría en el modo de verse o posicionarse ante ella y el mundo desde ese instante disruptivo en adelante.

Cada evento disruptivo es propenso a instalarse en sujetos que traen consigo una historia activa que posee situaciones previas de experiencias de vida (Benyakar, 2002). Si dichas experiencias fueron adecuadamente elaboradas, el panorama podría presentarse de modo más propicio ante la situación actual de evento disruptivo. Pero

en caso de no haber sido correctamente elaboradas, los modos de procesamiento podrían generar una sobrecarga en la situación actual.

La enfermedad de cáncer de mama y el procedimiento médico de mastectomía, en palabras de Narváez, Ramón y Orellana (2014), no solo refiere a la magnitud del diagnóstico en tanto evento disruptivo, sino a la capacidad de la paciente de evolucionar con dicho acontecimiento, tomando esta capacidad como fortaleza, como potencial.

2. Impacto psicológico de la Mastectomía: Esquema e Imagen Corporal.

Se ha definido previamente a la mastectomía como procedimiento de intervención y tratamiento en respuesta al diagnóstico de cáncer de mama. Sin embargo, resulta necesario exponer el impacto psicológico que genera dicha intervención en las mujeres sometidas a la misma.

En una investigación realizada en la universidad Federal de Bahía, Brasil (Freitas y Mendoza, 2010) fueron evidenciadas las alteraciones provocadas por la mastectomía debido al impacto psicológico que genera en las mujeres mastectomizadas, así como se observó la presencia de dificultades en su autoaceptación debido a la mutilación, entre otras alteraciones. Como dato relevante, se expuso que las pacientes que recurren a la reconstrucción mamaria por intermedio de una prótesis, tampoco lograron modificar esa situación de no aceptación. La ausencia de conformidad se manifiesta en ambos casos, tanto en pacientes mastectomizadas que no desean pasar por la reconstrucción mamaria, así como en pacientes que si deciden reconstruirse la mama.

Específicamente en la dimensión de la imagen corporal, la mujer mastectomizada vivencia a la mastectomía como una intervención agresiva que puede traer consigo efectos físicos y psicológicos donde simultáneamente podrían ocasionar sentimientos de inferioridad, preocupación, disconformidad, vergüenza entre otras tantas connotaciones que se vislumbran ante tal eventualidad.

Las repercusiones en la simetría del cuerpo post cirugía pueden conjugarse a un gran impacto en la autoimagen en tanto imagen psíquica y perceptiva de sí misma y así repercutir en la sexualidad de la mujer. No solamente daña su integridad física, también genera una alteración en su cuerpo y en su psiquismo debido a lo significativo de la pérdida de la mama.

En referencia a la imagen corporal, según Freitas y Mendoza (2010):

Son grandes las transformaciones en sus vidas, por el redimensionamiento de su “venir-a-ser” y por el hecho de habitar un cuerpo que refleja una nueva imagen. Todo su ser se ve amenazado desde una perspectiva existencial, lo que parece ser un enfrentar su propia imagen, lo que puede llevarla a la pérdida o disminución de su sentido de sentirse mujer. Ya no es posible pensar que el cuerpo se divide en mental y físico, es decir, hay que verlo en su totalidad (p.1068).

Enfrentarse al espejo y observar el cuerpo mutilado por la mastectomía refleja extrañeza y rareza. Si bien la mama no suele ser expuesta, como sí sucede a diario con otras partes del cuerpo, cuando la mujer se encuentra en esa situación existe una exposición aún mayor por la condición de estar mastectomizada.

He notado en la práctica clínica hospitalaria, que la mayoría de las pacientes con mutilación de la mama, encuentran dificultades para mostrarse en desnudez ante su pareja en el caso de que la tengan, ante un profesional en los controles médicos, e incluso ante la mirada de ellas mismas, puesto que evitan verse en el espejo porque les provoca “impresión” lo que ven. Han manifestado en otras ocasiones, que les genera vergüenza o temor por el impacto que le pueda causar al otro.

Además del sufrimiento que vivencia por la pérdida física o el cambio a nivel de lo denominado visible, suceden vivencias de sufrimiento psicológico para cada paciente sobreviviente de cáncer de mama y mastectomizada. Conforme transcurre el tiempo, la percepción que las mujeres tienen de su imagen, así como de la mastectomía en tanto evento disruptivo, varía significativamente, siendo en algunos casos reflejada en la aceptación y en la adaptación. En otros casos, la tramitación del impacto en la imagen parece estar imposibilitada o enlentecida (Freitas y Mendoza, 2010).

Luego del recorrido efectuado en virtud del impacto psicológico, es preciso mencionar las categorías conceptuales; esquema e imagen corporal, para comprender qué características distinguen a ambas nociones. Sin embargo, no necesariamente se suscitan en ese orden aunque sea de vital importancia entender uno de los constructos para poder interpretar al otro.

Schilder (1958) define al esquema corporal como la imagen tridimensional de sí, que supone la existencia del cuerpo como una unidad tangible. A modo de reforzar tal noción, haré referencia a Dolto (1986), quien analiza psicoanalíticamente la imagen del cuerpo y el esquema corporal de modo comparativo y distintivo, donde el desarrollo que realiza de la imagen corporal excede a mi entender en cuanto a lo trascendente, lo

aportado por Schilder (1958) respecto al cuerpo como esquema corporal.

Según Dolto (1986), el esquema corporal representa al individuo sea cual fuere su edad, su lugar de nacimiento, su residencia o la época y las condiciones en la que vive. Menciona que el esquema corporal será intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo permitiendo de ese modo la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje para con otros y que sin él, el individuo sería un fantasma no comunicable. En síntesis, sin lenguaje con otros y sin comunicación, no existiría esquema corporal que interprete la imagen del cuerpo.

Este constructo psicológico refiere a la experiencia del cuerpo ubicado en el espacio, en el aquí y ahora del lugar que habita, puesto que es la presencia del cuerpo como una realidad de hecho. En cierto modo es nuestro vivir en contacto con el mundo físico.

Cuando se ve afectado el esquema corporal, sucede un cambio en el cuerpo, se afecta una parte de él, como refiere en el diagnóstico de cáncer de mama, que connota cambios en el cuerpo que se encuentra sano y pasa a estar enfermo o en la mastectomía, que a efectos orgánicos es la mutilación de una mama la cual modifica al cuerpo y su esquema. La paciente probablemente atravesará dolor corporal sumado a la pérdida de una parte de su cuerpo que por naturaleza forma parte de su realidad física. A la vez que enfrentará la situación acompañada del impacto de la imagen corporal que también será afectada. Por último, la afectación del esquema corporal podría provocar cambios en la relación con el mundo exterior, lo que se traduce a quienes forman parte de la vida de la paciente.

Al comprender que el esquema corporal se inscribe como el sustrato fisiológico que da origen a que las pacientes puedan desarrollar su construcción simbólica, siendo entonces intérpretes de la imagen del cuerpo, se puede concebir a la misma como la constitución o la representación psíquica que los sujetos forman mentalmente de su propio cuerpo. Se traduce a cómo el individuo percibe a su cuerpo. Tal autopercepción es posible debido a la sumatoria de experiencias emocionales repetitivamente vividas mediante las relaciones humanas, pero es única para cada individuo y esta es la distinción principal con el esquema corporal. La imagen corporal es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales e interhumanas, (Bover, 2009).

Se relaciona al esquema corporal con la necesidad mientras se asocia a la imagen corporal con el deseo. El deseo busca satisfacerse en la palabra o en imágenes, mientras que la necesidad puede ser satisfecha en el cuerpo (Dolto, 1986).

Así como el esquema corporal y la imagen corporal se modifican por completo ante el

evento disruptivo (mastectomía), también existirán cambios en la percepción del cuerpo. Para comprender más exhaustivamente la noción de imagen corporal y su afectación tras la eventualidad de una mastectomía, se debe entender el impacto que causa sobre la autopercepción. Ante el evento, se modifica la percepción de la imagen, así como del esquema corporal, dejando en evidencia la repercusión de las alteraciones debidas al cáncer, que influyen de forma negativa en la imagen que las mujeres tienen de su cuerpo, además de producir trastornos afectivos y alteraciones en la sexualidad y la autoestima (Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007). Se puede afirmar entonces, que la percepción es parte importante en la concepción de la imagen corporal.

Según Merleau-Ponty (1945) en sus consideraciones sobre la fenomenología de la percepción, los sujetos cuando aseguran su existencia lo hacen siempre implicando un objeto intencional. Es el motivo de querer asegurar su existencia. Sin este objeto, el ser humano no sería un ser pensante, y no habría motivo de construcción psíquica para descubrirse en un lazo vincular (con el objeto) más antiguo que su propia historia.

El constructo de imagen corporal es comprendido en el conjunto de elementos que componen la existencia del cuerpo humano y la percepción de esta implica al cuerpo vivenciado en tanto experiencia de vida. Ante la mutilación de la mama, la percepción del cuerpo en su integridad ya no es posible y esto se debe a que el cuerpo mastectomizado difiere del cuerpo originario por naturaleza. Esto se traduce a la idea de extrañeza que experimentan las mujeres luego de reconocer su cuerpo mastectomizado. En consecuencia, ante el cambio decisivo de su imagen corporal, manifiestan principalmente miedo, sufrimiento y sentimientos de amenaza (Freitas y Mendoza, 2010).

3. Identidad Femenina - Aspectos Libidinales de la Sexualidad.

Los términos identidad en tanto identificación, así como la sexualidad, se abordan en esta sección desde los aportes presentados en la revisión bibliográfica que he realizado, a partir de definir, mencionar y comprender lo relevante de cada uno de ellos en la mujer mastectomizada con cáncer de mama. Dada la vivencia que experimentan las pacientes con dicho diagnóstico y posterior mastectomía, la transversalidad de múltiples cambios dentro de su identidad e identificación femenina tienen estrecho vínculo con su sexualidad.

El psicoanálisis estudia el proceso mediante el cual a partir de un niño indiferenciado se llega a un individuo constituido como hombre o como mujer. No hay en el inconsciente una representación de lo masculino y lo femenino que sea capaz de simbolizar la división sexual. No existe lo femenino como algo dado y establecido ni es válida la idea de la mujer en sentido general. Cada mujer se constituirá así misma a partir de su propia historia y según la red de identificaciones que a lo largo de su existencia pueda construir. Este es un aporte revolucionario de Freud, en un tiempo en que la identidad sexual estaba unida a la diferencia biológica (Navarro, 2007). Desde esta corriente resulta liberador puesto que no especifica lo que es o debe ser una mujer.

Desmontar la categoría mujer le permite precisamente a cada mujer construir según el juego de identificaciones que puedan realizar a lo largo de su vida, la posibilidad de identificación alejándose de cualquier identidad de género predeterminada. Cada mujer deberá debatirse con el lazo que la une a su propia madre para así poder acceder a identificaciones femeninas o maternas (Navarro, 2007).

La categoría mujer se podría considerar una ficción. Por otro lado, la identidad de los individuos se conforma a partir de una primera gran clasificación genérica. Las referencias y los contenidos genéricos, son hitos primarios de la conformación de los sujetos y de su identidad. Sobre ellos se organizan y con ellos se conjugan otros elementos de identidad, como los derivados de la pertenencia real y subjetiva. A su vez, la identidad se nutre de la adscripción a grupos definidos por todo lo que une o separa a los individuos en la afinidad y en la diferencia (Lagarde, 1990).

La identidad de las mujeres es el conjunto de características sociales, corporales y subjetivas que las caracterizan de manera real y simbólica de acuerdo con su experiencia de vida. La experiencia particular está determinada por las condiciones de vida que incluyen, además, la perspectiva ideológica a partir de la cual cada mujer tiene conciencia de sí y del mundo, de los límites de su persona y de los límites de su conocimiento. Considerados tales hechos a partir de los cuales, las mujeres devienen (Lagarde, 1990).

El constructo de la identidad femenina bajo la premisa de enfermedad (cáncer de mama, mastectomía) suele verse afectado. Históricamente la identidad femenina se liga a la maternidad. Este rol se relaciona directamente puesto que, junto con la lactancia, conforman un acto exclusivo del ser mujer. La mujer con cáncer de mama enfrenta una situación mediante la cual procesa gradualmente la pérdida de sus posibilidades como persona productiva. Especialmente en relación a la maternidad o al papel en una relación afectiva o de pareja (Freitas y Mendoza, 2010).

La evidencia de las investigaciones realizadas en este aspecto (Protesoni, 2019)

prueba que la edad cronológica promedio de las mujeres que frecuentemente son mastectomizadas es de 58 años. Lo que indica que estarían fuera del rango de ser reproductivamente activas. No obstante, es preciso mencionar que en ciertos casos, la mujer que aún no experimentó la vivencia de ser madre y deseaba serlo, ante tal evento, se podría sentir limitada y sugestionada. La mama entre otras connotaciones, está relacionada con el acto de amamantar, y ese sentido es otorgado y adjudicado socialmente.

La mastectomía puede interpelar doblemente a la mujer. La mama tiene dentro de sus funciones, la función de amamantar, así como también representa el vínculo madre e hijo desde ese lugar. Su pérdida podría ser asimilada con la pérdida de la función de amamantar. Se destaca que el acto de amamantar no solo se define como modo de saciar al bebé en lo que refiere al alimento sino como estímulo del vínculo madre e hijo.

Por lo tanto, la mastectomía se asocia a la pérdida de las vivencias previas, en casos donde el evento disruptivo ocurre en una mujer que es madre. En aquellas mujeres que no han experimentado la maternidad y la desean, se podría generar un sentimiento de dolor por la imposibilidad de vivir tal experiencia. Aunque en ciertos casos se dé la maternidad luego de una mastectomización, las mujeres pueden concebir encontrándose no aptas para alimentar directamente a través del acto de amamantar. Este hecho causaría disconformidad en ciertos casos. De todos modos, no siempre se presenta como un factor estresor directamente vinculado a la maternidad, pero dada sus repercusiones, es imprescindible mencionarlo para tomarlo en consideración.

Los individuos son dotados de sexualidad desde que nacen y en cada fase están en búsqueda de placer. El cuerpo como cuerpo biológico, pero también manifestado en lo erógeno, en el placer y en la evitación del displacer (Da Costa y Oliveira, 2011).

Desde el psicoanálisis, la sexualidad no puede reducirse a la genitalidad, sino que tiene un lugar de relevante importancia en la constitución del sujeto desde el comienzo de su vida, dando lugar a los aspectos libidinales de la sexualidad que tienen corte transversal con la mujer paciente con cáncer de mama y mastectomizada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) define a la sexualidad como:

(...) un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se

expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (párr. 2).

El cáncer de mama y la mastectomía son eventos vinculados en intimidad con la sexualidad. Ambos afectan todas las dimensiones que abarcan tal concepto. El impacto en la imagen corporal de la mujer con cáncer de mama y mastectomizada podría generar cambios reflejados en lo que conocemos por identidad femenina. Estos cambios abarcan desde modificaciones físicas o de aspecto visibles hasta situaciones manifestadas en lo que podría sentir debido a la pérdida de su identidad, careciendo de identificación con quien solía identificarse. Sin generalizar, se puede afirmar que la mayoría de las mujeres mastectomizadas en cierta medida presentan disociaciones en relación con su nueva identidad (Monteiro y Dos Santos, 2012).

Desde los aportes psicoanalíticos acerca de la identidad, se intenta comprender el concepto en referencia a la identificación. El mecanismo de la identificación tiene un valor central en la historia del psicoanálisis. Sus aportes ayudan a comprender el psiquismo, en tanto para entender el desarrollo psicosexual, la formación de síntomas y la personalidad. Conlleva parte importante en la formación del Yo, el superyó y el ideal del Yo, así como en la formación del carácter y la identidad, donde se da un interjuego constante entre el individuo y el objeto (Bernat, 2021).

Para Freud (1914), la identificación es un mecanismo inconsciente. No obstante, podría presentar componentes preconscientes y conscientes de orden significativo. Denota una apropiación en la cual la identificación se da con un objeto con el cual existe vínculo o lazo afectivo. Esto se podría traducir a la construcción del individuo en estrecha relación con los vínculos que genera. A partir de las identificaciones, el individuo organiza selectivamente sus capacidades, sus deseos y sus patrones de conducta.

Existen identificaciones primarias y secundarias (Freud, 1914). Me detendré en las identificaciones secundarias puesto que es donde se enmarca la identificación sexual a considerar en esta sección. La identificación secundaria según Freud (1914) se concibe en el ideal del Yo. Por tanto, la identificación sexual resulta de la identificación con atributos, cualidades y características, que sean objeto de deseo y de admiración para el individuo. Este, se identifica en los objetos de sus padres, por ejemplo, así como en los representados en la sociedad.

La constitución de la sexualidad es un factor determinante en el grado de afectación de la enfermedad. Potencia el impacto de la mastectomía como pérdida de la mama, así como otros procesos vinculados a la identificación sexual que se encuentran

atravesados ante tales sucesos.

Los aspectos libidinales de la sexualidad los mencionaré desde el término psicoanalítico de "libido", exclusivamente utilizado en conexión con el placer y el deseo sexual. Freud adoptó este término de A. Moll, quien lo menciona para señalar la expresión dinámica de la sexualidad (Sterba, 1944).

Las manifestaciones de la sexualidad en las acciones, actividades, pensamientos y percepciones humanas, son consideradas como la expresión de cierta fuerza o poder. Esta fuerza es la que el psicoanálisis llama libido. La libido y la sexualidad, están entonces íntimamente relacionadas. En tanto energía libidinal según lo expuesto por Sterba (1944), el instinto sexual puede definirse como energía libidinal. Estos son movimientos psíquicos intensos que tienen su origen somático a pesar de ser sentidos y experimentados físicamente.

El psiquismo de cualquier individuo (Freud, 1984), se estructura junto con su desarrollo psicosexual. Es reconocido como un largo recorrido, caracterizado por diversas fases que conducen al infante hacia la vida sexual adulta. Delimita así sus prácticas sexuales, determinantes para el proceso de estructuración psíquica, puesto que influyen significativamente en su personalidad. El desarrollo psicosexual está marcado por sucesivas fases libidinales. Por definición, la libido es la energía psíquica que tiende siempre a la obtención de placer dentro del aparato psíquico (Freud, 1984).

El cáncer de mama y la mastectomía inciden directamente en la libido en tanto aspectos libidinales de la sexualidad. Los tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia, indicados en ciertos casos ante la presencia del cáncer de mama, tienen como efectos secundarios la falta del deseo sexual, entre otros; y el deseo sexual se asocia a la libido. Asimismo, la intervención quirúrgica (mastectomía) causal de impacto en la imagen corporal, repercute en la actividad sexual. La mama constituye una zona placentera en tanto zona erógena, para la mayoría de las mujeres.

La sexualidad se ve afectada por el cáncer de mama y sus tratamientos, entre los cuales se encuentra la mastectomía. El Doctor Santiago Cedrés (2019), afirma que es posible que la paciente presente deseo sexual y logre tener un orgasmo. Se destaca la comunicación como fundamental, tanto de la paciente con su vínculo íntimo y con su pareja en caso de que la tenga, así como por parte del equipo médico tratante para exponer con debida confianza y tranquilidad, las posibles consecuencias de la enfermedad con su sexualidad. Sin lugar a dudas, cada paciente tendrá una vivencia respecto a su sexualidad, que se dará de manera diferente y única. Pero el conocer acerca del tema, sentirse apoyada y acompañada, hará de su vida sexual un tanto más placentera. El afecto, las instancias de compañía y demostraciones de cariño, generan

emociones y sentimientos de goce que no necesariamente tienen que ver con un encuentro sexual. Reforzar estas instancias y brindar seguridad a la paciente para con ella misma, será efectivamente un apoyo en su sexualidad.

Procedo en esta línea de desarrollo, para mencionar los aportes más relevantes, brindados por un estudio realizado en España (Vázquez-Ortiz, Antequera y Blanco, 2010) que investiga el ajuste sexual en mujeres mastectomizadas. Se evidencia que no existen diferencias entre mujeres mastectomizadas y mujeres sanas en lo que refiere a la excitación y a la satisfacción sexual. Tampoco existen en referencia a tener relaciones sexuales o a lograr tener orgasmos, ni en lo concerniente al autoconcepto físico. Sin embargo, se notaron diferencias puesto que el 50% de las mujeres mastectomizadas, tras la cirugía, comenzaron a percibir preocupación para reanudar o generar relaciones sexuales por miedo al rechazo de la pareja. Hecho que denota un descenso en el interés sexual.

Es elevado el número de mujeres que no recibe caricias en su pecho por parte de la pareja luego de ser mastectomizada. Esto tiene relación estrecha con su desnudez y su valoración negativa en lo que respecta a su atractivo físico. Dicha situación se da en reiteradas ocasiones por la falta de comunicación y de sincerarse en la pareja, ya sea porque la mujer asume que su pareja no desea hacerlo o en el caso de la pareja, por temor a causar un momento desafortunadamente incómodo para la paciente.

Los datos evidencian la sensación de la mujer en relación a su pareja, el no deseo por parte del otro ante el cuerpo mutilado o el miedo de ese otro a manifestar inseguridades sobre tocar a la mujer mastectomizada. El doctor Santiago Cedrés (2019), que expone esta dialéctica entre la paciente y su pareja, asegura que es de vital importancia la comunicación entre ambos para lograr una vivencia psicosexual sana y plena.

Por último, la investigación aborda conceptos que he mencionado en otros apartados de este trabajo, acerca de la duración de las alteraciones en la sexualidad y en la imagen corporal post mastectomía. Se comprueba que dichas alteraciones, perduran transcurrido el primer año desde la mastectomía, en los casos donde no existe intervención psicológica.

Con frecuencia en la práctica hospitalaria en el CHPR (Centro Hospitalario Pereira Rossell), las pacientes en consulta, narraban sus vivencias en torno a la mastectomía y entre las frases mencionadas, pude precisar algunas tales como: “vió que dicen que sin seno no hay paraíso”, “siento que me falta algo”, “ya no parezco una mujer”, entre otras tantas que aluden dejar por sentado el hecho de la existencia de un simbolismo (en general idealizado) respecto a la mama, que sólo aporta inseguridades a la mujer

debido a su extirpación.

Estudios realizados a mujeres mastectomizadas demostraron que el comportamiento de esas mujeres sobre la realidad vivida es el reflejo de una cultura que privilegia lo bello y lo perfecto. Priorizando a las personas que son aparentemente sanas y sin secuelas visibles de enfermedades. De esta forma no se trata de la mama que la recubre solamente, sino que para muchas mujeres perder la mama es perder la vida e implica un dolor que traspasa las cuestiones de orden médico, (Freitas y Mendoza, 2010).

Representa la importancia de poder reconstruir su aceptación, que vuelva a sentirse deseada y con una vida plena. Es una de las apuestas de la psicooncología en esta temática. Las representaciones sociales vinculadas a este evento disruptivo son causales de este dolor manifestado ante la pérdida de la mama.

Una representación social tiene carácter práctico. Las representaciones sociales en tanto sistema de interpretación, se presentan como una vía de acceso a los procesos de construcción de la identidad y de la memoria del individuo. Se entiende la identidad como una construcción permanente individual y colectiva. En ella se presentan elementos contradictorios que se mantienen en tensión y lucha. Estos elementos permiten la configuración de aspectos de la vida biológica, material y social que permiten a los individuos identificarse y diferenciarse. La identidad constituye el sostén del psiquismo y nos constituye como individuos (Costas s/f).

En referencia a la simbología de la mama según Costas (s/f), la noción de representación social como forma de pensamiento construida comunitariamente mediante procesos de comunicación grupal, denota a la representación social como construcción conceptual. La mama es considerada social y culturalmente como una representación de lo femenino. Un símbolo de deseo, en tanto zona erógena y dentro de una espiral de complejidad.

Dado el recorrido teórico realizado, se explicita entonces que; la enfermedad de cáncer de mama como evento repentino y la mastectomía indicada de modo abrupto, podrían causar en las pacientes diagnosticadas con dicha enfermedad, una serie de cuestiones que impactarían en su posicionamiento como mujer. Se traduce atrayente y femenina, o la madre que amamanta, entre otras tantas.

CAPÍTULO III. Trabajo de Duelo.

1.Trabajo de Duelo - Diferentes teorizaciones desde el Psicoanálisis.

La concepción del trabajo de duelo desde el Psicoanálisis, es a considerar de gran importancia en este trabajo. Asimismo, para el trabajo en la clínica, en tanto específicamente dentro del abordaje a pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y mastectomizadas. Bajo esta premisa, podría comprenderse de suma relevancia puesto que permite elaborar estrategias de intervención ante los procesos de duelo enmarcados en la enfermedad de cáncer, procesos necesarios de incluir para la tramitación de un trabajo de duelo beneficioso para la paciente. De todos modos, un trabajo de duelo patológico (o complicado), es una variante que puede suceder. Contemplarlo, podría resultar importante para intervenir en pro de revertirlo o al menos intentarlo.

Existen numerosas teorizaciones acerca del concepto de duelo y cada corriente incorpora una mirada distinta y valiosa.

Desde el psicoanálisis, procuro brevemente en este trabajo, acercar las concepciones del duelo, mediante las conceptualizaciones de Freud en primera instancia, luego de Lacan quien complejiza y se contrapone a lo propuesto por Freud y finalmente mencionaré a Allouch, quien está orientado e identificado con la obra Lacaniana en cierto modo, pero donde crítica lo expuesto por Freud y Lacan reformulando una nueva noción de duelo. Considero enriquecedoras estas nociones para comprender el duelo ante el diagnóstico de cáncer de mama y el duelo por la mastectomía a la vez que simultáneamente van a acaecer tantos otros procesos de trabajo de duelo mientras transcurren los eventos mencionados.

Es posible afirmar luego del recorrido bibliográfico realizado hasta aquí, que a partir de la enfermedad de cáncer de mama y del procedimiento de la mastectomía, se suscitan de diversas maneras, procesos de duelo. Este fenómeno sucede porque la mujer que

vivencia tal enfermedad y tal indicación médica, está perdiendo consigo una parte de sí misma.

Antes de dar paso a las teorizaciones de los autores psicoanalíticos seleccionados, el término duelo definido de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española (RAE, s/f), se define como: “Dolor, lástima, aflicción o sentimiento, así como también: Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien”.

Para el psicoanálisis la pérdida comienza cuando la realidad nos da cuenta de que el objeto no existe más. Una vez que el individuo resulta ubicado como parte del efecto de esa pérdida, su realidad se modifica a partir de la ausencia ocasionada por tal pérdida. Al encontrarse inmerso en esa nueva realidad y verse determinado por ella, es necesario el proceso de reacomodación, el cual podrá realizar al intentar traducir la carga pulsional colocada hasta el momento en el objeto perdido, asimismo inscribir esa ausencia en el registro de lo real y de ese modo lograr elaborar el duelo.

La definición de Freud (1917) para el duelo es:

La reacción ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. Bajo estas mismas influencias surge en algunas personas (...) la melancolía en lugar del duelo.

Esta descripción del duelo es considerada como fenomenológica y a pesar de haber obtenido algunas críticas, como más adelante mencionaré en parte las realizadas por Allouch (1997), en rasgos generales, se mantiene tan vigente como inaugural.

Posteriormente a la definición de duelo, Freud (1917) en su obra *Duelo y Melancolía*, describe al trabajo de duelo como proceso normal que resulta del retiro de la libido del objeto perdido para recuperar las funciones normales del Yo. Duelo de objeto perdido que no siempre corresponde a la pérdida física de un individuo, debido a que también puede referirse o entenderse al objeto perdido como una parte del cuerpo, una condición, sea real o ideal, entre otras posibles asociaciones.

Como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, el diagnóstico de cáncer de mama conlleva una pérdida y se traduce como la pérdida de la condición de estar sana debido al hecho de padecer una enfermedad. Por lo tanto, desde ese momento se significa una pérdida y en consecuencia un duelo. Asimismo, se dan otras pérdidas que acompañan a la paciente y suscitan distintos trabajos de duelo que pueden incluso superponerse unos con otros. En el caso de la mastectomía, es un procedimiento que consta de la extirpación de la mama y sin dudas se involucra la pérdida de una parte del cuerpo a nivel físico y psicológico. Explicado entonces, bajo la concepción

Freudiana, la pérdida (en este caso la pérdida de la mamá) conlleva un trabajo de duelo.

Así también Freud (1917), realiza otro aporte que suma en este análisis y me refiero a su mención sobre las fases del trabajo de duelo. Como primera fase se encuentra la de negación, en la cual el individuo se niega a sí mismo o le niega a su entorno la pérdida. Fase de estrecha relación con el diagnóstico de cáncer o la noticia de la mastectomía a modo de intervención, puesto que es frecuente en las pacientes con este diagnóstico, que presenten cierta tendencia a negar la enfermedad por no poseer capacidad de afrontamiento de la condición de estar enferma.

Le sigue la fase de ira, que refiere al estado de descontento por la pérdida, en la que se intenta buscar una solución a pesar de saber que esto es imposible de ser logrado. El diagnóstico de cáncer de mamá en ciertas ocasiones, causa reacciones que denotan sentimientos de ira en las pacientes, hacia la situación e incluso hacia ellas mismas donde se transmiten sentimientos de culpa, entre otras reacciones. En el caso del tratamiento, es asociado con la búsqueda de solución, pero en el caso de la mastectomía, cuando la paciente lo sabe previamente, en el mejor de los casos entiende que es imposible la conservación de la mamá, por lo tanto dicha situación puede causar sentimientos de enojo.

La siguiente fase es la del dolor emocional, en donde el individuo experimenta una gran tristeza por la pérdida y donde se pueden vivenciar episodios de depresión. Esta fase es parte del proceso de duelo tanto para el diagnóstico de cáncer de mamá, así como ante la pérdida de la mamá una vez sucedida la mastectomía. Comienza una nueva etapa en la vida de la paciente quien atraviesa cambios psíquicos, físicos y psicológicos, que la acompañan a su vez en el proceso de duelo por la pérdida.

Por último, se encuentra la fase de aceptación, en donde se asume que la pérdida es inevitable. En esta etapa no debe confundirse la aceptación con el olvido, puesto que aquí lo que sucede con el individuo es que cambia su visión ante el acontecimiento de estar sin el objeto amado, pero no lo olvida. Cuando se entiende por terminado el trabajo de duelo, el individuo es capaz de investir de modo libidinal a otro objeto, otorgándole así la capacidad de amar y ser amado en consecuencia. Traducida la fase de aceptación al trabajo de duelo por el diagnóstico de cáncer de mamá, se entiende que aquí la paciente asume la condición de encontrarse enferma asimilando los cambios que le ocasiona la enfermedad en sí misma. En cuanto a la mastectomía, dicha fase se refiere a la paciente que procesa y tramita mediante la aceptación que ha perdido la mamá.

Conforme se suscitan las fases del trabajo de duelo, (Freud,1917) se está ante un

trabajo de duelo normal. Esto implica la aparición de un nuevo objeto que sustituye al objeto perdido. Se retira la libido de los objetos para replegarse en el Yo y luego la redirecciona a otro objeto.

Freud (1917) , afirma que una vez que finaliza el trabajo del duelo, el Yo se vuelve libre. El Yo libera su libido del objeto perdido, a partir de lo cual estaría en disposición de buscar un objeto capaz de sustituir al perdido.

El trabajo de duelo es un proceso caracterizado en las vivencias de los seres humanos que afrontan pérdidas. La multiplicidad de experiencias permite identificar características dentro de un duelo. Se encuentra la preocupación del sujeto que sufrió la pérdida por un lado, así como la falta de interés por el mundo exterior, debido a que la atención está fija en el objeto que perdió. Dichas características se resignifican en la vida cotidiana de las personas, en este caso de las pacientes que vivencian un duelo por mastectomía, tras la pérdida de la mama, por ejemplo, que trae consigo la pérdida de su identidad.

Retomando a Freud en Duelo y Melancolía (1917), se establece que no es factible reducir algo tan complejo como el trabajo de duelo a una magnitud cronológica. Dicha afirmación se refleja en cada paciente mientras realiza su propio proceso, donde para cada mujer el proceso se dará de distinta manera en cuanto a fases y duración, dónde inclusive se encuentra la posibilidad de que pueda acompañarlas durante el resto de su vida.

El duelo primeramente suele manifestarse como dolor y angustia. Será cada paciente en sus propios tiempos y plazos quien hará un trabajo de duelo según sus sensaciones displacenteras al respecto de tal acontecimiento.

Freud en Inhibición, Síntoma y Angustia (1926), aduce que la inhibición se presenta como limitante en la realización de las funciones del Yo y refiere a que la misma no puede ser patologizada. Por lo cual, el proceso de trabajo de duelo no se considera como patológico y deben respetarse los tiempos del individuo para lograr, por ejemplo, volver a sus actividades cotidianas. No es algo que suceda de un instante a otro. Lo sano es asumir que lleva tiempo, pero que no puede ser medido con exactitud, puesto que se genera así, la idea de establecer plazos “saludables” para cada etapa.

El duelo que se considera como trabajo normal según Freud (1926), requiere al Yo para tareas psíquicas específicas. Sin embargo, es una tarea deficiente debido a que se ve obligado a limitar el gasto, puesto que no puede el Yo estar en todos lados al mismo tiempo. Entonces, para Freud (1917), el trabajo como condición ineludible para la elaboración de un duelo, se da en el aparato psíquico donde se transforma la energía psíquica que llega al mismo con el fin de evitar un duelo patológico. Si se

estanca la libido según su teoría, las consecuencias van a derivar en la ausencia de elaboración psíquica para la persona, en nuestro caso para la paciente con cáncer de mama. Según el autor, este trabajo consiste en sobre invertir los recuerdos vinculados al objeto perdido de manera tal que por un tiempo, en este caso la paciente diagnosticada con cáncer de mama, se ocupe principalmente de este proceso. Entre tanto, el trabajo de realidad deja en evidencia que aquello amado ya no existe.

En resumen, el trabajo de duelo es un proceso dinámico que posee diferentes fases y manifestaciones por lo cual las maneras de tramitar el trabajo de duelo pueden ser variadas. Confronta al individuo con el objeto perdido. El duelo tiene que ver con el dolor y es a causa de una pérdida. Es la pérdida de un otro, en casos donde la pérdida es de un ser querido, pero aquí la particularidad del duelo es que no se refiere al duelo por la pérdida de un otro sino de una parte de sí mismo, ya sea por la pérdida de una condición, por perder ciertas funciones, ante la pérdida de posibilidades o ante el hecho de perder una parte del cuerpo, entre otras tantas.

Continuando con las teorizaciones psicoanalíticas del duelo, Lacan (1958), en su aporte a la noción de duelo en el Seminario VI, El deseo y su interpretación, no sólo complejiza la noción de duelo propuesta por Freud, sino que la concibe de una manera diferente.

En primer lugar, Lacan (1958) dirá que el duelo no es un trabajo, sino que es una función. La función del duelo para este autor consiste en subjetivar la pérdida para darle sentido; que el individuo logre poner en palabras el dolor que acarrea tras esa pérdida. Debido a ello, el autor señala que, para que haya duelo, el individuo necesariamente tiene que tener la condición de pérdida o faltante.

Lo que posiblemente nos permita dar una articulación más a lo que nos es aportado en Duelo y Melancolía (Freud, 1917), es que, si el duelo tiene lugar y se nos dice que es en razón de la introyección del objeto perdido, para que él sea introyectado hay posiblemente una condición previa; ésta es que él esté constituido en tanto objeto y que, desde ese momento, la cuestión de la constitución en tanto objeto no esté posiblemente pura y simplemente ligada a la concepción de las etapas co-instintuales como nos son dadas (Lacan, 1958).

Lacan (1958), argumenta que el duelo tiene una función estructurante para el psiquismo y adviene como posibilitadora del trabajo de duelo. No se trata de sustituir al objeto por otro sino de reconocer la falta que provoca la muerte en lo real para cambiar su relación con el objeto. Utilizar los recursos simbólicos ante el objeto como irremplazable, para luego lograr recordar, representar y sentir la pérdida.

Se puede decir que la noción de duelo para Lacan (1958) complejiza la noción de Freud respecto a este concepto. Debido a que Lacan (1958) resalta la importancia no solo de la pérdida del objeto en sí, sino de aquello que con la pérdida, se pierde del sujeto. En el supuesto de la mastectomía en tanto pérdida de una mama, no es solo la mama como tal lo que la mujer pierde, sino también conlleva a la pérdida de una parte de sí misma y de lo que significa para ella esa parte en sí misma.

Los recursos en el psiquismo de los cuales disponga la paciente, serán en el orden de lo simbólico, los que generan la clave para reconocer la falta. En el caso de la mastectomía, ante la falta de la mama, es necesario para la paciente volver a representarse en su concepción y percepción de imagen corporal para lograr sentir la pérdida, procesarla, aceptarla y cambiar su relación con el objeto que perdió en una envoltura de lo simbólico debido a que en lo real es imposible recomponerse.

Para finalizar mencionaré lo que propone Allouch (1996) acerca del duelo, donde lo presenta como la cesión de aquel trozo de sí que se lleva la muerte, "llevándose consigo un trozo de sí" (Allouch, 1996, p.38).

Sigue la línea de lo expuesto como noción de duelo por Lacan (1959) en tanto reconoce como gran aporte llamar al duelo como "función de duelo", en lugar de, "trabajo de duelo" y así lo conceptualiza para teorizar al respecto sobre su propia noción de duelo. No obstante, considera finalmente que tanto Lacan como Freud, no profundizan en sus obras acerca del duelo, motivo por el cual se presenta a modo de crítica y reformula los conceptos de ambos autores mencionados.

Cabe destacar que Allouch (1996) reconoce los aportes de Freud en relación a la noción del trabajo de duelo expuesta en su obra *Duelo y Melancolía*, pero considera que el autor en la mencionada obra propone dedicarse a indagar sobre el fenómeno de la melancolía más que del duelo en sí. Allouch (1996) critica algunas cuestiones presentadas por Freud, como ser que el duelo sea considerado un proceso normal, ya que para él no hay normalidad en el duelo sino patología. Por otro lado, critica que el objeto perdido se logre sustituir a modo de demostración de que el individuo en trabajo de duelo ya lo tramitó de modo esperable, puesto que entiende que el objeto no es sustituible por otro. Para finalizar, critica que tras la pérdida del objeto, el individuo sea considerado desde el principio de no alteridad sin reconocer a un otro.

Se podría mencionar entonces como una de las principales críticas a la teoría freudiana del duelo según lo expuesto sobre Allouch (1996), la falta de consideración sobre los aspectos narcisísticos del duelo. Es decir, no toma en cuenta el hecho de cómo el individuo vivencia esa pérdida en relación a su identificación. Por otra parte, plantea que referirse al trabajo de duelo, lo hace un proceso relacionado al orden de lo

económico; el cual responde de sacar la energía y ponerla en otro objeto suponiendo que ambos objetos deberían tener las mismas características. De ser así, se perdería totalmente lo subjetivo.

La muerte (Allouch, 1996), que en este caso se considera a la muerte como la pérdida, confronta al individuo con un vacío en sus representaciones mentales. Quien está de duelo atraviesa su pérdida suplementando la misma con lo que identificamos del dicho: “un “pequeño trozo de sí”; he aquí, hablando con propiedad, el objeto de ese sacrificio de duelo, ese pequeño trozo ni de ti ni de mí, de sí; y por lo tanto que tú y yo siguen siendo, en sí, no distinguidos” (Allouch, 1996, p. 9-10).

Para Allouch (1996) se está de duelo por alguien o por algo que al morir se lleva con él, un pequeño trozo de sí. Esto refiere a que el individuo puede saber a quién o qué es lo que ha perdido, pero no identifica aquello que ha perdido con él.

Según Allouch (1997):

Vale decir: el duelo se puede clasificar como una de las experiencias posibles de la pérdida de la realidad. O dicho de otro modo: en la experiencia del duelo, la realidad ya no le sirve de pantalla a algo real (p.74).

Acorde con lo expuesto por Allouch se condice con los aportes de Lacan, en referencia a la elaboración del duelo a partir de eventos que son del orden de lo fantasmático. Se conoce en psicoanálisis a lo fantasmático como un modo de percibir la realidad con capacidad de producir un significado nuevo sobre los objetos. Traspasa el orden de lo real e ingresa al orden de la interpretación. Se les atribuye a los objetos un deseo, un sentimiento o una intención. No está puesto en el otro únicamente, como sucede en el caso del duelo ante la pérdida de un ser querido, sino que produce un sentido sobre un elemento que puede constituir su matriz en uno mismo, lo cual entiendo sucede en el caso de quienes padecen cáncer de mama y se someten a ser mastectomizadas, donde la matriz está constituida en una misma.

Las pacientes que poseen capacidad de dotación de sentido ante la situación que se le presenta, sea el diagnóstico de cáncer de mama o el tratamiento de mastectomía, serán quienes incorporen cambios en su vida para transformar lo que no está. Se genera un nuevo significado en este caso a raíz del proceso de duelo.

En síntesis y en relación a lo expuesto, cada paciente hará su duelo según sus recursos psíquicos, los cuales corresponden a su organización en tanto a estructura, funcionamiento psicológico y representación del objeto perdido. Asimismo, implica el grado de afecto, identificación y pertenencia que tenga para consigo misma y para con el objeto perdido (la mama). Atravesar un duelo dejará cambios para toda la vida, sea

cual sea el duelo que haya atravesado o esté en proceso de atravesar. Se duela el padecer la enfermedad y se duela el ser sometida a la realización de una mastectomía, donde ambos eventos se llevan una parte de sí misma. El duelo será normal si es subjetivante y será patológico en los casos donde sea de-subjetivante.

Las acepciones de la noción de duelo pueden referirse a la lucha entre dos. Esa lucha dentro del Yo entre una parte que impone la prueba de realidad y la necesidad de separarse del objeto escindido; con la parte del deseo del Yo de querer seguir junto al mismo, estar unido al objeto, no aceptando de cierto modo, su pérdida.

2. Duelo Oncológico a partir del cáncer de mama y la mastectomía.

El duelo oncológico (Lluch, Almonacid y Garcés, 2013), no sólo se refiere al duelo por la pérdida relacionada con la muerte de una persona por enfermedad de cáncer, sino por todas las pérdidas que se producen a lo largo del transcurso de la enfermedad.

Por otra parte, el proceso de duelo oncológico, según Protesoni (2021):

A esa situación crítica hay diversos autores que describen que algunas pacientes entran en un estado de shock, dado por la imposibilidad de integrar el evento adverso a una cadena de significantes y articular los afectos con las representaciones. En condiciones psíquicas donde funcionan mecanismos de autorregulación, es posible que en algún momento se inicie un proceso de metabolización que algunos autores llaman “proceso de duelo oncológico” (p.53).

Las pacientes con cáncer de mama que han sido mastectomizadas, al momento de suscitarse el evento adverso de la mastectomía, podrían iniciar un proceso de duelo oncológico, en este caso ante la pérdida de la mama. Dicho proceso sería posible en pacientes que dispongan de condiciones favorablemente acordes respecto de su funcionamiento en referencia a los mecanismos de autorregulación.

Por otra parte, diversos aspectos se consideran enmarcados en el duelo oncológico y ellos son los que se presentan en la comunicación de noticias para la paciente, las cuales tienen en ciertas ocasiones una connotación negativa porque implica comunicar

una pérdida, ya sea de funciones corporales, de una parte del cuerpo, entre otras variantes.

Por estas razones, en la disciplina conocida como psicooncología, que según Arbizu (2000), es la disciplina que aplica la psicología en una enfermedad como el cáncer y se desarrolla en diferentes áreas, por ejemplo, en el área asistencial, el duelo es un proceso habitual y frecuente de abordar.

Asimismo, en el proceso de duelo oncológico se suceden pérdidas y esto en palabras de Protesoni (2019) se traduce así:

Durante el proceso de duelo oncológico aparece una sucesión de pérdidas, aquella referida al estado de salud, el cuerpo sano, la integridad, la seguridad sobre el porvenir, la confianza en sí mismo y en los demás, la vivencia de plenitud y control. Se genera un estado de persistente inseguridad, impredecibilidad y alerta. Se tiende a catalogar el diagnóstico de cáncer como evento traumático por el corte biográfico que genera y la confrontación que ocasiona a la persona con la experiencia límite de la vida: la muerte (p.5)

En el marco de este trabajo, lo expresado anteriormente por Protesoni (2019), se traduce en el caso de la paciente mastectomizada como la pérdida de la mama. Asimismo a la sucesión de pérdidas que se generan a causa del mencionado procedimiento, así como también en referencia al cáncer de mama como enfermedad. Las pacientes oncológicas y en este caso en particular, las pacientes mastectomizadas, se encuentran expuestas a enfrentar numerosos procesos de duelo. En cada fase del tratamiento oncológico, la paciente debe procesar cambios que son generadores de pérdidas y dichas pérdidas traen consigo un duelo.

Sobre el duelo oncológico, según Camps y Sánchez (2013), el cáncer es una enfermedad que cuestiona a quien la padece y a su entorno. Cuestiona el presente, el pasado y el futuro de la paciente. Diluye sus proyectos debido a que rompe con lo que la paciente consideraba tener asegurado y que parecía darle sentido a su vida. Es un proceso catalogado como doloroso donde se producen múltiples pérdidas que provocan distintos procesos de duelo.

Se destaca que no todos los duelos oncológicos evolucionan de manera normal ni

tienen una resolución satisfactoria, así como también lo definen como un proceso doloroso e inesperado en respuesta a una pérdida significativa (Camps, Caballero y Blasco, 2013). No se traduce a un trastorno mental, sino a un proceso vivencial de dolor, pero reconocen que si el duelo es insuficientemente elaborado puede dar lugar a la aparición de alguna psicopatología. Dichos autores mencionan que el duelo enmarcado en el duelo oncológico, puede considerarse según la forma en que transcurra como duelo normal, duelo patológico o duelo anticipado.

Tales formas de transcurrir el duelo (normal, patológico o anticipado), intentaré explicarlas en base al cáncer de mama y a la mastectomía para profundizar así en los aspectos considerados relevantes en el presente trabajo. Para hacerlo, utilizaré a modo de apoyo, lo aportado por los autores que definen las formas de transitar el duelo, así como también lo observado en la práctica hospitalaria con pacientes enfermas de cáncer de mama y mastectomizadas.

Desde una mirada psicooncológica, el duelo normal enmarcado en el duelo oncológico (Camps, Caballero y Blasco, 2013), se entiende como aquella situación en que la respuesta a la pérdida se considera proporcional a la misma con carácter predecible de sus síntomas y desarrollos sin superar su duración en el transcurso de dos años. Mencionan dichos autores complementando la definición de duelo normal, que éste último tiene manifestaciones tales como sentimientos de culpa, irritabilidad, temores de padecer otra enfermedad o la misma en otra parte del cuerpo. Asimismo, en síntomas somáticos que se presentan con rasgos depresivos o ansiosos. Los autores que han investigado acerca de las fases del duelo normal, han diferenciado unánimemente, tres fases que se presentan diferenciadas según el momento de su aparición e intensidad.

Acorde a Camps, Caballero y Blasco (2013). tales fases del duelo normal se definen como fase inmediata o de shock, que se suscita como la fase de inmediatez al diagnóstico en donde la paciente suele negar, rechazar e incluso no creer lo que le comunican. Luego se define la fase intermedia o fase de preocupación, en el momento en el cual la paciente se presenta deprimida. Seguido de un estado de rabia o ira resultante del desarrollo entre aceptar lo que le está sucediendo y recordar su estado previo al diagnóstico. A modo de finalizar con las etapas del duelo normal, mencionan dichos autores, la fase llamada tardía o de resolución, en donde finalmente la paciente se adapta a la nueva situación y comienza la aceptación. Aquí la paciente en duelo tiene capacidad de recordar el pasado de modo placentero, establece nuevos vínculos y despierta interés por ciertas actividades que hasta entonces había omitido.

Respecto a lo mencionado sobre duelo normal, según lo percibido en la práctica hospitalaria en las situaciones acerca de la paciente con diagnóstico de cáncer de mama y mastectomizadas, las pacientes efectivamente atraviesan en el transcurso de la enfermedad, dichas fases manifestando reacciones psicológicas y somáticas de similares características a lo expuesto anteriormente. Sus capacidades de afrontamiento son variables y repercuten e influyen en la duración del proceso.

Retomando los modos de presentarse el duelo dentro de duelo oncológico, mencionaré al duelo patológico, el cual ocurre al momento de fracasar el proceso mental de adaptación para hacer frente a una pérdida irremediable (Camps, Caballero y Blasco, 2013). Es imprevisible en cuanto a duración, adoptando diversas formas de manifestarse. Se presenta como duelo complicado en ocasiones donde la paciente en algunos aspectos manifiesta un duelo excesivo o en ocasiones donde, por el contrario, el duelo tiene características de duelo ausente. Asimismo, un duelo psiquiátrico puede significar otra forma de manifestarse el duelo patológico y es en los casos donde la paciente presenta desde síntomas psicóticos a ideas suicidas. El duelo patológico según Camps, Caballero y Blasco (2013), se manifiesta a nivel clínico, en casos de negación prolongada respecto del diagnóstico. A su vez, en casos de hiperactividad sin sentimiento de pérdida, en ideas delirantes y paranoicas referidas a la enfermedad, alucinaciones, comportamientos autodestructivos, pérdida de relacionamiento social, tanto de manera total o prolongada en el tiempo, entre otras.

Es importante considerar que los factores anunciantes de un posible duelo patológico son en ciertas ocasiones no visibles. Será fundamental la evaluación y el abordaje de las pacientes admitiendo la presencia de vivencias previas en torno a su historia de vida, dado que puede aumentar el riesgo de transcurrir un duelo patológico en aquellas pacientes que dispongan de experiencias con pérdidas traumáticas, en pacientes que previamente hayan atravesado un diagnóstico de cáncer, entre otros factores que pueden repercutir negativamente.

A modo de culminar con las formas de presentarse el duelo en el marco del duelo oncológico, se encuentra el duelo anticipado. Para Camps, Caballero y Blasco (2013), el duelo anticipado es la reacción presentada por la paciente de manera adelantada cuando una pérdida se percibe como inevitable. Se refiere a una forma de duelo normal y finaliza cuando se da la pérdida.

En cuanto a lo expuesto por los mencionados autores respecto a sus consideraciones sobre el duelo anticipado, en el caso de las pacientes mastectomizadas, es frecuente notar el transcurso de este proceso de duelo anticipado en los casos donde se les indica el tratamiento previo a su realización. En ciertas ocasiones las pacientes ingresan al quirófano con un panorama de enfermedad complicado debido a la gravedad del tumor y desconocen lo que va a suceder allí. Por tanto, el duelo anticipado no es vivenciado como tal, al menos no sucede así en referencia a la pérdida de la mama.

El duelo anticipado no es el único proceso que podrían vivenciar las pacientes. Se encuentra también el duelo corporal, enmarcado dentro del duelo oncológico. El duelo corporal según Lluch, Almonacid y Garces (2013), genera cambios en el cuerpo y en la imagen de las pacientes indistintamente si es durante el cáncer de mama o en la mastectomía. Estos cambios se suscitan provocando reacciones emocionales de pérdida, disminución de la autoestima y depresión. Las cirugías radicales ocasionan pérdidas en la funcionalidad del cuerpo, precisamente del sector extirpado, a su vez que generan secuelas externas que deterioran la imagen de la paciente como ocurre en el caso de la mastectomía.

El duelo corporal es un proceso en el cual se manifiestan una sucesión de etapas; shock, negación, ira, depresión, negociación y aceptación. Es una experiencia natural de vivenciar el dolor y es consecuente con la pérdida de un miembro del cuerpo. Como sucede en la mastectomía ante la pérdida de una mama, así como alude a la pérdida de funciones corporales (Lluch, Almonacid y Garces, 2013).

La expresión del dolor psicológico, es vivenciada por la paciente a nivel interno, mediante pensamientos o emociones que le generan sufrimiento y se evidencian a partir de la pérdida. Desde el punto de vista externo, el dolor psicológico se reconoce en lo expresado socialmente y tendrán gran influencia las variables tales como la edad, el nivel cultural, el tipo de personalidad, las creencias, entre otras. Estas variables determinarán la duración y la intensidad de la respuesta emocional, sea cual sea (Lluch, Almonacid y Garces, 2013).

Los cambios serán generadores de extrañeza sobre el cuerpo en tanto esquema corporal y en la percepción de la autoimagen corporal. La relación con el nuevo cuerpo a partir de los cambios se manifiesta conforme a la adaptación respecto de la pérdida y en consecuencia al proceso o a los procesos de duelo que la mujer realice. La paciente comienza a dar un nuevo significado a lo ocurrido. Así también, intenta conducir el

sufrimiento emocional, donde busca solucionar problemas específicos relacionados para obtener el control de los cambios producidos en su cuerpo (Lluch, Almonacid y Garces, 2013).

Desde que la paciente comienza a transitar la enfermedad hasta que se encuentra con la extrañeza, enfrenta acontecimientos que le generan sufrimiento porque su proyecto de vida se siente amenazado y el lograr ajustarse a la nueva realidad implica indudablemente una adaptación.

Respecto del impacto psicológico que provocan los cambios en el cuerpo, eventualmente en la paciente con diagnóstico de cáncer de mama y mastectomizadas, según Lluch, Almonacid y Garces, (2013):

Para comprender el impacto psicológico provocado por los cambios producidos en la autoimagen del paciente, debemos tener presente la definición de estrés agudo y aplicarla a la situación de pérdida. El estrés agudo es un tipo de reacción emocional provocada por una situación personal fuertemente ansiógena en la que aumentan los estímulos que provocan ansiedad y en muchas ocasiones las posibilidades de supervivencia quedan comprometidas. Cuando en nuestro entorno existen demandas por encima de nuestras posibilidades y nos encontramos en una situación de amenaza, una parte de nuestras defensas psíquicas se desestructuran, aparecen una serie de conflictos interpersonales en las que el sujeto pierde la capacidad de relacionarse, la seguridad en sí mismo, la posibilidad de tomar decisiones de forma adecuada (déficits interpersonales) y en definitiva se produce un cambio en su modo de mostrarse a los demás y de conocimiento de sí mismo (transición de rol) (p.186).

Estos cambios dados ante el duelo corporal, podrían generar conflictos de índole interpersonal que pueden ocasionar desde la pérdida de seguridad, incapacidad de relacionamiento, falta de iniciativa en toma de decisiones o carencia en la asertividad de las mismas. Asimismo, incertidumbre, miedos, entre otras tantas reacciones emocionales. Desde el punto de vista psicológico son manifestadas a causa de las pérdidas que se suscitan. Así también repercute en la paciente y en el entorno de la misma.

¡UBUNTU!

Yo soy porque nosotros somos.

Conclusiones.

En el presente trabajo intenté entender, reflexionar y plasmar analíticamente desde una mirada psicoanalítica, los procesos psicológicos que se desatan a partir de la mastectomía en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Así también, dar cuenta de los procesos de duelo y de reelaboración psíquica que impactan en la reorganización vital de las sobrevivientes.

El tema elegido en este trabajo a pesar de la relevancia que tiene en la actualidad debido a su incidencia, ha sido escasamente abordado según los antecedentes bibliográficos disponibles, al menos desde la mirada psicoanalítica.

Se constata luego del recorrido de revisión bibliográfica realizado, el beneficio que implicaría la intervención psicológica en la paciente mastectomizada. Se hace necesario el proceso de trabajo psicológico considerando las diversas aristas de la problemática en torno a la vivencia del evento, los mecanismos de defensa y afrontamiento que la paciente posee, su grado de vulnerabilidad y capacidad de resiliencia. Asimismo comprender y asumir que la enfermedad y la mastectomía conlleva infinidad de pérdidas, físicas y psicológicas. El proceso de duelo otorga un significado especial para cada paciente según sea asumida su identidad e identificación ante su propio cuerpo autoimagen corporal.

El cáncer de mama a nivel mundial, es una enfermedad considerada de gran prevalencia en las mujeres. Pertenece a las enfermedades que actualmente representan una alta tasa de mortalidad para dicha población, siendo para ellas, la primera causa de muerte en el mundo y la segunda causa de muerte en nuestro país. Sucede sin aviso previo, sin importar edad, lugar de residencia, condición económica, clase social, etc. No obstante, a pesar del panorama desalentador, se constató que existen avances tecnológicos y científicos que aportan herramientas apropiadas para

su diagnóstico, tratamiento y posible cura. Los datos permiten dimensionar la enfermedad y reflexionar acerca de la importancia y relevancia de la temática.

Dentro de las conclusiones debe incluirse que el diagnóstico se constituye como un elemento estresor ante la nueva realidad de las pacientes. Diversos autores sostienen que esto podría implicar una infinidad de reacciones psicológicas que necesitan de cuidados para un tránsito sano de la enfermedad y una consiguiente reorganización psíquica tras tal evento.

Asimismo, la enfermedad de cáncer de mama representa socialmente ser una enfermedad grave, otorgándole así la idea de amenaza para la vida de quien la padece. Se concluye que este factor opera de modo negativo en ciertas ocasiones. Genera reacciones psicológicas tales como el miedo o la incertidumbre debido a que enfrenta a la persona con su finitud.

En relación a las representaciones sociales, se reflexiona que los conceptos vinculados a la identidad femenina y al ajuste sexual, generan un impacto que repercute significativamente en la paciente, ocasionando huellas en su vida, en la cual se ve obligada a realizar una reorganización de orden vincular. Esto implicaría nuevas formas de comunicarse con el otro y nuevas formas de concebirse desde la sexualidad.

Profundizar e investigar acerca del impacto psicológico en la imagen corporal que la mastectomía le ocasiona a las pacientes con cáncer de mama, resultó relevante y enriquecedor. La mastectomía implica una pérdida corporal que va más allá de lo visible y lo tangible, puesto que modifica e impacta en la autoimagen, la autopercepción y la sexualidad.

En referencia a la mastectomía como cirugía agresiva y radical de la mama, se puede entender que, ocurre mayoritariamente en casos donde la paciente presenta un diagnóstico de cáncer de mama complicado o en estadio avanzado. Por ello, considero pertinente mencionar que a pesar del gran impacto que genera en múltiples aspectos de la vida de la mujer, así como los cambios suscitados en la imagen corporal, su indicación es oportuna puesto que genera un beneficio mayor. Resulta destacable reflexionar que, la mastectomía cuando es efectuada conlleva en numerosos casos a detener el avance de la enfermedad.

Dada mi experiencia en calidad de estudiante/practicante en la práctica dentro del Centro Hospitalario Pereira Rossell, considero estar en concordancia con lo expuesto en las investigaciones. El abordaje de los aspectos psicológicos de pacientes oncológicos está presente, al menos en el plano teórico, pero parece resultar escasa la

intervención llevada a la práctica en referencia a estos aspectos. Es importante como derecho humano, facilitar los tratamientos psicológicos en el proceso de la enfermedad y después de la misma siempre que sea necesario. También el reconocimiento de asociaciones de oncología y de psicooncología para calificar beneficiosamente la atención de las pacientes.

Mediante el acercamiento, el trabajo en equipo y el compromiso, entre otros factores necesarios, entiendo posible lograr los objetivos y desafíos como profesionales de la salud en materia de intervención y abordaje de pacientes mastectomizadas con cáncer de mama.

Se pudo constatar mayoritariamente en todos los aspectos que fueron desarrollados en este trabajo, que la paciente al formar parte de un entorno necesita del otro y ese vínculo con el otro poder incidir favorable o negativamente en el afrontamiento y transcurso de la enfermedad. Esto se refleja desde el momento del diagnóstico en tanto evento disruptivo, puesto que impacta e irrumpe en la paciente y en su entorno, hasta en los diferentes procesos que debe atravesar a causa de la enfermedad. Por ejemplo, los referidos a las pérdidas, tanto físicas como funcionales, así como también en referencia a las pérdidas emocionales y los cambios en su sexualidad.

Es oportuno expresar que serán las pacientes quienes transformen la realidad que transitan donde asumirán permanencias y pérdidas. Comprendo que, poder traducir esa pérdida de forma discursiva, por ejemplo mediante el acto de poner en palabras, es una característica esencialmente humana y al hacerlo hará que cobre sentido o significado.

Finalmente la elaboración de mi tesis final de grado, me ha llevado a comprender que el duelo implica una nueva forma de concebir la realidad. Aquí me permito compartir una reflexión para dar cierre final al trabajo. Es acerca de la importancia de acompañar y sostener a la paciente para facilitarle el proceso de duelo ante las numerosas pérdidas que experimenta. Pérdidas causadas por los cambios significativos que se expresan y manifiestan de modo notorio en ciertas ocasiones, y silenciosamente en el interior de su ser en tantos otros momentos. La pérdida genera una acción psíquica única y particular en cada paciente, dependiente de su historia, de sus vínculos. El trabajo de duelo en esta enfermedad no solo implica aceptar la nueva realidad en calidad de sobreviviente al cáncer de mama, implica producir sentido sobre la misma.

Quise unificar los aportes más relevantes referentes a la afectación y repercusión del impacto en la imagen corporal en la mujer mastectomizada con cáncer de mama, desde lo psicológico conjugado con lo oncológico. Espero haberlo logrado.

Referencias Bibliográficas

Allouch, J. (2006) *Erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Buenos Aires: Literales.

American Cancer Society, 2020. *Cómo el cáncer y el tratamiento pueden afectar a la sexualidad*. Publicado el 01 de Febrero de 2020. Recuperado el 27 de Julio de 2022 en

<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad/como-el-cancer-afecta-la-sexualidad.html>

American Cancer Society, 2020. *Qué es el cáncer*. Publicado el 20 de Noviembre de 2020. Recuperado el 27 de Julio de 2022 en

<https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/que-es-el-cancer.html>

AMSSAC, 2000. *Definiciones Básicas*. Publicado en S.F. Recuperado el 27 de Julio de 2022 en

<https://www.amssac.org/biblioteca/definiciones-basicas/>

Arbizu, J.P. (2002) *Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento*. San Navarra 2000; 24 (Supl. 1): pp. 173-178.

Benyakar, M. 2002. *Salud Mental y Desastres. Nuevos Desafíos*. Revista Neurología y Neuropsiquiatría; 35 (1): n/mar: 3-25. Tel Aviv, University.

Breast Cancer, 2022. *Mastectomía*. Publicado el 04 de Julio de 2022, 10:45. Recuperado el 27 de Julio de 2022 en

<https://www.breastcancer.org/es/tratamiento/cirugia/mastectomia>

Bernat, M (2021). *Sobre el mecanismo de la identificación*. Publicado el 21 de Junio de 2021. Recuperado el 29 de Julio de 2022 en

<https://www.centroeleia.edu.mx/blog/sobre-el-mecanismo-de-la-identificacion/>

Bover, J. (2009) *El cuerpo: una travesía*. Colegio Universitario, IES Argentina.

- Caballero C. y Belasco A. (2013) *Comunicación y Duelo. Formas del duelo*. En Camps, C y Sánchez, P. *Duelo en Oncología. Sociedad española de oncología médica* (pp. 17-34). Sociedad Española de Oncología Médica.
- Calzado, C., Calzado, B., De la Torre Rosés, M., Dorado, L., y Nicó, M (2014). Aspectos actualizados sobre cáncer de mama. *Revista Información Científica*, 83 (1), 131-143
- Cedrés, S. (2019). *Jornada científica sobre la sexualidad y el cáncer de mama*. Sociedad Uruguaya de Sexualidad. Montevideo, Uruguay.
- Costas, M. (s/f). *Representaciones Sociales*. Universidad Nacional de Tucumán.
- De Castro, E. Ribeiro, C. (2017). *Tratamiento em psicooncologia*. Propsico. Ciclo 1. Vol. 4.
- Dolto, F. (1986) *La imagen inconsciente del cuerpo*. Biblioteca de psicología profunda. Ediciones Paidós.
- Fonagy, P. (2015). *Uso de la mentalización en el proceso Psicoanalítico*. Ciencias Psicológicas 2015; 9 Número Especial: pp. 179 - 196.
- Freitas R. Mendoza R. (2009) *Concepção de corpo em Merleau-P Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas onty e mulheres mastectomizadas*. Universidad Federal da Bahia, El Salvador.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En Obras completas, Tomo XX (pp. 73- 174). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En Obras Completas Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. *Obras completas*, XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1958). *Seminario 6: El deseo y su interpretación*. Clase 1: 12 de Noviembre de 1958.
- Lagarde, M. (1990). *Identidad Femenina*. CIDHAL (Comunicación, intercambio y desarrollo humano en América Latina). A.C México.
- Lluch, A. Almonacid, V. y Garcés, V. (2013). Cáncer e imagen: el duelo corporal. En Camps, C y Sánchez, P. *Duelo en Oncología. Sociedad española de oncología médica* (pp. 183-196). Sociedad Española de Oncología Médica.

- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenología de la percepción*. Ed. Planeta Agostini.
- Monteiro, V. y Dos Santos, M. (2011). *Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada?*. Rev. Esc. Enferm USP 2012; 46 (4) :1001-8.
- Narváez, G. Ramón, M. y Orellana, J. (2015). *Reacciones emocionales y comportamientos en pacientes con cáncer de mama mastectomizadas en el Hospital*. Editorial Cuenca.
- Navarro, M. (2007). *Psicoanálisis y femineidad. El vínculo madre e hija*. Cuestiones de género. V.2 pp.169 - 178.
- Protesoni, A. (2021). *Esquemas desadaptativos tempranos, creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida, relacionadas con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama*. Tesis de doctorado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.
- Protesoni, A. (2019). *Cáncer: trauma, estrés y crecimiento*. Montevideo, Uruguay.
- Real Academia Española, 2022, Definición de Duelo. Publicado 28 de Julio de 2021, recuperado el 27 de Julio de 2022 en <https://dle.rae.es/duelo>
- Sebastián, J. Manos D. Bueno M. y Mateos N. (2016). *Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial*. Historia y Grafía, Universidad Iberoamericana, año 23, núm. 46.
- Sterba, R. (1944). *Los Instintos*. Revista de Psicoanálisis. 02 (02), pp. 257-264.
- Vázquez, Á. (2019). *Nadie se salva solo. Reflexiones, prevención y tratamiento del cáncer*. Ediciones de la Banda Oriental.
- Vázquez, J. Antequera, R. Blanco A. (2010). *Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama*. Psicooncología, Vol. 7, Núm. 2-3. PP. 433-451.
- Zukerfeld, R. (2002). *Psicoanálisis, vulnerabilidad somática y resiliencia*. IV Congreso Argentino de Psicoanálisis, Rosario.

