

Reconstruyendo un cuerpo: Implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas

Yomarie Rodríguez Loyola¹⁷
Jeanette Rosselló González
*Departamento de Psicología
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras*

Resumen

En Puerto Rico son escasos los programas disponibles para trabajar con las emociones de pacientes de cáncer de mamas; particularmente, si se toma en consideración que el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer puertorriqueña. El rol social asignado a la mujer en nuestra sociedad plantea unas consideraciones que pudieran complicar el afrontamiento a esta enfermedad. Estas mujeres frecuentemente han internalizado los estándares de belleza femenina que enfatiza la sociedad. El propósito de este trabajo es realizar una mirada a la imagen corpórea de tres puertorriqueñas sobrevivientes de cáncer de mamas. Se discutirá la imagen corporal que estas mujeres tienen de sí mismas y su relación con los estándares de belleza femenina idealizados por la cultura puertorriqueña. Los resultados revelan que estas mujeres indican insatisfacción con respecto a su imagen corporal, miedo al rechazo y al abandono, necesidad de aprobación social, baja autoestima y dificultades sexuales que se relacionan a la manera en que perciben su cuerpo.

Palabras Claves: *imagen corporal, feminidad, cáncer de mama, emociones.*

¹⁷ Para comunicarse con la primera autora puede escribir al Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico, PO Box 23345, San Juan, Puerto Rico 00931 o al correo electrónico yomarierodriguez@yahoo.com

Abstract

There are very few programs available in Puerto Rico that deal with the emotions of breast cancer patients, particularly taking into consideration that breast cancer is the leading cause of death by cancer in Puerto Rican women. The social role assigned to women in our society presents several considerations that have to be taken into account that could complicate the way women deal with this disease. These women frequently have internalized the standards of feminine beauty that are emphasized by society. The purpose of this article is to provide a view at the body image of three Puerto Rican breast cancer survivors. The body image that these women have of themselves and their relationship with the standards of feminine beauty idealized by Puerto Rican culture will be discussed. The results reveal that these women show dissatisfaction with regards to their body image, fear of rejection and abandonment, a need for social approval, low self-esteem, and sexual difficulties that relate to the way that they perceive their body.

Key words: *body image, femininity, breast cancer, emotions.*

El cáncer continúa siendo uno de los problemas de salud pública más significativos en América y el Caribe. En especial el cáncer de mama es uno de los problemas principales en la salud de la mujer de hoy. El cáncer de seno es el cáncer que se diagnostica más comúnmente (30%) entre las mujeres hispanas de los Estados Unidos; se espera que aproximadamente 11,000 mujeres hispanas sean diagnosticadas con esta enfermedad anualmente (Sociedad Americana del Cáncer, 2003). Según el Departamento de Salud de Puerto Rico (2004) el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer puertorriqueña, representado con un 20%, seguido por el cáncer colorectal, con un 13%. Del mismo modo, representa un 35% de los diagnósticos de cáncer en la mujer, siendo así el diagnóstico de cáncer más común entre la población femenina en la Isla. En Puerto Rico existen una amplia cantidad de centros públicos y privados en donde se atiende la parte física de esta enfermedad. No obstante, a pesar de la alta incidencia de esta enfermedad en la población puertorriqueña, se deja de lado el aspecto emocional de la misma; razón por la cual escasean los programas disponibles para trabajar esta área en las pacientes de cáncer de mamas.

Muñoz (1999), en su trabajo con pacientes de fallo renal permanente, nos plantea que el acercamiento a pacientes con dicha enfermedad se debe comenzar ofreciendo una mirada a los elementos filosóficos-metodológicos, de manera que nos ayude a explicar por qué hay una gran tendencia hacia obviar lo psicológico en el campo de la medicina. Cabe preguntarse, ¿por qué no se le da importancia a los asuntos psicológicos y a lo llamado emocional, en el trabajo realizado en los diferentes hospitales? ¿Por qué en las diferentes unidades de los hospitales hay espacio para diversos servicios, pero están ausentes los profesionales de la psiquiatría, psicología y trabajo social? O quizás la pregunta fundamental sea, ¿por qué la división entre mente-cuerpo, medicina física-psicología o psiquiatría?

Robinson (1986), señala: "*Los griegos inventaron el problema...*" y Eacker (1975) también así lo afirma. Eacker, identifica a Platón (428 ó 427-347 A.C.) como el primero en formular "... *la teoría del dualismo psicofísico con acción recíproca entre alma y cuerpo*". Según Quijano (2003), previo a Platón la concepción dualista estaba cimentada en el animismo órfico. Los órficos eran dualistas y relacionaban la vida de ultratumba con la felicidad y la terrena con el sufrimiento (Rosental, & Iudin, 1985). El alma, encarcelada en el cuerpo, se liberaba con la muerte. Quijano, resalta que Platón lo que hizo fue purificar la concepción del alma de las reminiscencias del materialismo dualístico inherente al animismo primitivo, que aún se hallaba ligado a la doctrina órfica. Influenció además sobre Platón y su dualismo psico-físico, el filósofo Pitágoras de Samos (aprox. 580 - 500 A.C.), una figura enigmática, a la vez gran matemático y un líder religioso, quien trazó una línea divisoria radical entre el cuerpo y el alma (Leahey, 1989). Es en este planteamiento platónico que se identifica el momento histórico en que nace o surge el tradicional problema mente-cuerpo. No obstante, cuando se habla de la relación mente-cuerpo, prácticamente todas las personas lo vinculan al filósofo científico, René Descartes (1596 - 1650). Inclusive se le adjudica la responsabilidad del surgimiento del mismo. Según Halverson (1967) y Eacker (1975), Descartes lo que hizo fue dar principio, mediante sus reflexiones, a la formulación y discusión de una versión más moderna del problema originado por Platón.

Esta división entre mente-cuerpo es parte de la problemática que enfrenta un trabajo tan complejo como el que se plantea frente a un ser humano que es diagnosticado con cáncer de mama. Por lo tanto, es importante considerar el cuerpo como aquel que pertenece a una persona, la cual, además de contener la mente y la enfermedad, debe vérselo en el entorno personal y social. La relación con él, los

contactos personales y los papeles sociales obligan a la persona, su cuerpo, a moverse y a estar de una manera determinada (Muñoz, 1999). El cuerpo y la mente forman un todo que es el ser humano. De este modo, estas mujeres, no sólo se tienen que enfrentar a la enfermedad y los efectos secundarios de sus tratamientos, también deben afrontar los estándares de belleza que enfatiza la sociedad, en donde la cultura predominante establece que la mujer debe ser bonita, delgada y voluptuosa.

No obstante, las mujeres que reciben el diagnóstico de cáncer de mamas por lo general son sometidas a una mastectomía, y a procesos químicos con efectos secundarios que marcan el cuerpo, produciendo pérdida de cabellos, cambios en el tamaño del seno que no es amputado, pérdida o ganancia de peso, pérdida de movilidad en los brazos, linfedema¹⁸, menopausia prematura, entumecimiento o hormigueo en los dedos y pies, pérdida de la oportunidad de tener hijos propios, entre otras consecuencias corporales (Stanton & Reed, 2003). Estos cambios en el cuerpo pueden no sólo impactar la salud física de una mujer sino, también, su salud mental. De este modo, una mujer con un diagnóstico de cáncer no sólo enfrenta cambios que se pueden registrar a un nivel físico, sino también deben afrontar el impacto de dicha enfermedad en su psiquis; impacto que puede ser más arduo de enfrentar y con mayor secuelas a lo largo del tiempo en la vida de una mujer.

Imagen corporal

El término imagen corporal se refiere a cómo una persona se siente y piensa sobre su propio cuerpo, la imagen que tiene de sí en su mente y en su corazón (Stanton & Reed, 2003). La manera en que una persona se siente sobre su cuerpo puede influenciar el modo en que se siente sobre sí misma; la imagen corporal y el valor propio a menudo juegan roles importantes en la psiquis del ser humano que se influyen entre sí. Los medios de comunicación masiva promocionan mensajes que promueven personas jóvenes, delgadas y sensuales, planteando que la imagen corporal sea un aspecto difícil de manejar para las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama. Es de esperarse que posible-

¹⁸ El linfedema consiste en la acumulación de linfa (el fluido que ayuda a combatir las infecciones y enfermedades) en el tejido adiposo que se encuentra justo debajo de la piel. La acumulación de linfa ocasiona hinchazón en algunas partes específicas del cuerpo, generalmente los brazos o las piernas, con una alta cantidad anormal de proteínas del tejido, inflamación crónica, y un aumento en el grosor y cicatrización en el tejido que se encuentra directamente debajo de la piel. Linfedema es una de las complicaciones del cáncer más común así como del tratamiento de este y puede resultar en un problema a largo plazo tanto en términos psicológicos, físicos y sociales.

mente surjan juicios negativos sobre su propio cuerpo. Se ha encontrado que las mujeres con cáncer de mamas tienen una pobre imagen de sí mismas, baja auto-estima y cierta tendencia a percibirse como impotentes, desesperanzadas y muy ansiosas (Holly, Kennedy, Taylor, & Beedie, 2003). No obstante, en la actualidad existen varias técnicas quirúrgicas que proponen "ponerle fin" a las inseguridades y percepciones negativas que surgen con respecto al cuerpo en las pacientes de cáncer de mamas.

Impacto del tratamiento del cáncer de mama: Reconstruyendo un cuerpo

Las técnicas mutilantes quirúrgicas han sido relacionadas al desarrollo de problemas psicológicos en pacientes con cáncer de mama. La mastectomía, el tratamiento tradicional para el cáncer de mama, ha sido relacionado a una amplia gama de dificultades emocionales, incluyendo trastornos del ánimo (Maguire *et al.*, 1978), sentimientos negativos sobre su cuerpo (Spencer, 1996), y dificultades sexuales (Andersen, 1994). Una amplia literatura apunta a que luego de practicar una mastectomía a una paciente, es común encontrar persistentes problemas relacionados a la imagen corporal y dificultades sexuales (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 2000; Yurek, Farrar, & Andersen, 2000).

Técnicas quirúrgicas menos mutilantes, tales como la terapia de conservación del seno (lupectomía), se consideran más beneficiosas en ayudar a la mujer a lidiar y adaptarse a la enfermedad. Desde que la conservación del seno deja el cuerpo de la mujer relativamente intacto, uno debe esperar un mejor resultado psicológico en las mujeres que se les practica este procedimiento que en las que son tratadas con una mastectomía. En investigaciones en que se han estudiado las consecuencias psicológicas, los investigadores han reportado una reducción en los problemas relacionados a la imagen corporal en el grupo de mujeres a las que se les practicó la técnica de conservación del seno (Al-Ghazal, Fallowfield, & Blamey, 2000; Carlsson & Hamrin, 1994; Fallowfield, Baum, & Maguire, 1986). Dado que la imagen corporal puede afectar la autoestima y el ajuste psicológico, esto es un importante hallazgo.

Sin embargo, la conservación del seno no es siempre posible debido al tamaño o localización del tumor (Yurek, Farrar, & Andersen, 2000), razón por la cual es necesario el uso de la mastectomía, la cual puede o no puede ser seguida de una reconstrucción del seno. La reconstrucción del seno es un procedimiento seguro, el cual puede ser

ejecutado utilizando una prótesis, o el mismo tejido de la paciente. No se ha encontrado que este procedimiento altere el promedio de sobrevivencia o interfiera grandemente con el tratamiento de otras enfermedades primarias o secundarias (Callaghan *et al.*, 2002; Georgiade *et al.*, 1985).

Existen datos empíricos que sugieren que a las mujeres que se les practica una mastectomía con una reconstrucción del seno reportan mejores estados emocionales que aquellas a quienes se les practica una mastectomía solamente. Noone, Frazier, Hayward y Skiles (1982), encontraron que un 89% de las mujeres a quienes se les ha practicado una reconstrucción del seno, se perciben a sí mismas como capaces de lidiar con el impacto emocional de la mastectomía. Consecuentemente, las pacientes reconstruidas a menudo describen su operación como una que le ayudó a sentirse más femeninas, completas y "normales" nuevamente (Schain, Wellisch, Pasnau, & Landsverk, 1985). Dean, Chetty y Forrest (1983), también reportaron que una reconstrucción inmediata del seno reduce el diagnóstico de trastornos psiquiátricos; este efecto ha sido notado particularmente entre mujeres que señalan insatisfacción matrimonial.

No obstante, existe un gran debate con respecto a si la reconstrucción inmediata es más beneficiosa que el retraso de la reconstrucción. Los que piensan que es mejor la reconstrucción tardía, acentúan la necesidad de que la mujer sufra la pérdida de su seno amputado, además creen que podría resultar una mayor satisfacción y aceptación cuando la reconstrucción eventualmente haya ocurrido (Winder & Winder, 1985). Sin embargo, Schain, Wellisch, Pasnau y Landsverk (1985), reportaron que las mujeres que habían tenido la reconstrucción a la misma vez que la mastectomía, experimentan significativamente menos recuerdos de angustia sobre su mastectomía que las que lo hicieron después.

A pesar de los hallazgos anteriormente presentados, se han publicado diversos estudios que revelan que no existe una diferencia significativa entre los efectos psicológicos reportados por mujeres que han decidido practicarse una reconstrucción luego de una mastectomía que las que no se la han realizado (Fung, Lau, Fielding, Or, & Wai Chun Yip, 2001; Holly, Kennedy, Taylor, & Beedie, 2003; Noguchi *et al.*, 1993).

Los hallazgos de estos estudios podrían plantear que esta enfermedad trae consigo unas complejidades psíquicas que desbordan el referente físico; no es solo reconstruir un cuerpo, hay que reconstruir la manera en que psíquicamente cada una de estas mujeres asumen su cuerpo frente a un diagnóstico de cáncer de mama.

Impacto en las relaciones de pareja y la sexualidad

Los estudios demuestran consistentemente que tener una mastectomía puede asociarse a una pobre imagen corporal de la paciente y a la falta de interés en la actividad sexual (Avis, Crawford, & Manuel, 2004). Esta pobre imagen de sí mismas puede impactar a la paciente en términos emocionales (aislamiento, negación, rebeldía, coraje, llanto, dolor, confusión, entre otras) y afectar la comunicación con su pareja (Anllo, 2000). No obstante, se ha señalado que los problemas sexuales después del diagnóstico de cáncer son más comunes entre parejas que presentaban problemas sexuales antes del diagnóstico de la enfermedad (Schover, 1991), y entre mujeres quienes le dan mucha importancia a la apariencia y a las sensaciones que pueden experimentar en sus senos (Northouse, 1994).

Sin embargo, la literatura menciona que el pobre ajuste sexual luego del tratamiento de cáncer de mama se debe a una disminución en el funcionamiento de los ovarios. Esta disminución en el funcionamiento de los ovarios puede ocurrir en un 89% de las pacientes de cáncer de mama que han sido tratadas con quimioterapia (Theriault, & Sellin, 1994). A algunas mujeres premenopáusicas con metástasis les remueven sus ovarios quirúrgicamente, mientras que las mujeres posmenopáusicas usualmente descontinúan sus terapias hormonales luego de ser diagnosticadas. Como consecuencia, la disminución del estrógeno puede llevar a atrofia vaginal¹⁹ y a dispareunia²⁰. De este modo, según Theriault y Sellin, algunas mujeres experimentan pérdida del deseo sexual y disminución en la capacidad de lograr un orgasmo.

No obstante, es importante darle una mirada al impacto de los efectos no-hormonales en el tratamiento del cáncer de mama, tales como la fatiga, las náuseas y los aspectos psicológicos; como el miedo a la muerte, miedo al rechazo, las posibles dificultades económicas y las responsabilidades familiares. Estos factores por sí mismos pueden proveer una explicación suficiente a los cambios en el deseo y el orgasmo. En algunos casos, la deficiencia hormonal puede explicar sólo indirectamente los cambios en el deseo y el orgasmo, tales como el dolor que se produce debido a la sequedad vaginal, la cual lleva a la

¹⁹ La atrofia vaginal es un síntoma frecuente de la menopausia; la resequedad y el adelgazamiento de los tejidos de la vagina y la uretra. Esto puede llevar a la dispareunia, así como a la vaginitis, cistitis y a las infecciones del tracto urinario.

²⁰ La dispareunia se refiere a la relación sexual dolorosa, tanto para hombres como para mujeres, el dolor puede ocurrir en el área pélvica durante o poco después de concluir la relación sexual. Si este dolor es persistente, la persona puede perder interés en cualquier actividad sexual.

evitación de una respuesta (Anllo, 2000).

Por otro lado, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que el apoyo social es un factor importante en el ajuste psicosocial después de un diagnóstico de cáncer (Meyerowitz, 1980). Los esposos pueden jugar un rol importante en el proceso de recuperación (Northouse & Swain, 1987), mientras que las pacientes sin compañeros pueden ser más vulnerables a mayores niveles de angustia (Ford, Lewis, & Fallowfield, 1995; Weisman, 1979).

Diversas investigaciones sobre la calidad de vida después del cáncer de mama apoyan la necesidad de una intervención postratamiento para lidiar con problemas sexuales (Arana, 1994; Ganz, Coscarelli, Fred, Kahn, Polinsky, & Peterson, 1996; McDaniel, Musselman, Porter, & Reeds, 1995). A su vez estos trabajos demuestran que los problemas relacionados al funcionamiento sexual persisten más allá del primer año después que ha culminado el tratamiento primario y empeoran con el pasar del tiempo, si no son tratados.

A partir de lo anteriormente expuesto, el objetivo principal de este artículo es presentar una mirada a la imagen corporal de tres puertorriqueñas sobrevivientes de cáncer de mamas. Se discutirán los siguientes aspectos: 1) la percepción que éstas tienen sobre su propio cuerpo, es decir la imagen corporal luego del diagnóstico, 2) explorar el impacto de los estándares de belleza en la cultura puertorriqueña sobre su percepción corporal, 3) examinar el miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja, y 4) conocer el impacto del diagnóstico de cáncer de mama en la sexualidad de estas mujeres.

Método

Participantes

Se seleccionaron tres mujeres puertorriqueñas sobrevivientes del cáncer de mama, lo cual implicaba que al momento de su participación no podían estar recibiendo ningún tipo de tratamiento para la enfermedad; tales como radioterapia, quimioterapia u otros. Sin embargo, la participante podía continuar asistiendo a visitas médicas de rutina y realizarse evaluaciones de seguimiento. Estas mujeres debieron de haber recibido el diagnóstico de cáncer de mamá después de cumplir los 21 años de edad. El diagnóstico de cáncer fue sólo en el área de la mama, con una sola ocurrencia. Por otro lado, el tipo de muestreo que se utilizó en este estudio fue circunstancial o por disponibilidad. En un muestreo de este tipo, simplemente se toman los casos que se tienen a mano o que se seleccionan arbitrariamente. La participación en este

estudio fue libre y voluntaria. Esto significa que las participantes tenían la libertad de participar o no participar en el estudio y de suspender su participación en cualquier momento.

Las participantes de este estudio eran tres mujeres sobrevivientes de cáncer de mama residentes del área norte de la Isla. Las edades de las mismas fueron 56, 55 y 37 años de edad. Las tres participantes eran mujeres casadas, dos de ellas tenían hijos. Con respecto al nivel de educación una de las participantes tenía un bachillerato en contabilidad y trabajaba como ejecutiva; mientras que las otras dos habían completado la escuela superior, ingresaron a la universidad pero no completaron la carrera universitaria. Una de ellas era ama de casa y la otra se desempeñaba como asistente administrativo en una organización de salud.

En relación a la edad en que recibieron el diagnóstico de cáncer, dos de las participantes tenían 45 años al momento del diagnóstico, mientras una de ellas lo recibió a los 32 años de edad. Se les practicó a las tres participantes una mastectomía radical, sin embargo no todas recibieron tratamientos co-adyuvantes. De este modo, una de ellas recibió radioterapia y quimioterapia, otra de las participantes sólo recibió quimioterapia y una de ellas no recibió ningún tipo de tratamiento co-adyuvante. Con relación a la reconstrucción del seno amputado una de las participantes optó por no realizarse la cirugía, utilizando en su lugar una prótesis, mientras que las otras dos se practicaron la reconstrucción del mismo. No obstante, una de ellas ha tenido varias complicaciones con la reconstrucción, situación que ha provocado que se le practiquen cuatro cirugías en el proceso reconstructivo; mientras que la otra participante ha optado por no completar el proceso de reconstrucción. De este modo, le falta completar la fase final del proceso en la cual le colocan el pezón al seno reconstruido (refiérase a la Tabla 1).

TABLA 1
Datos Demográficos de las Sobrevivientes de Cáncer de Mama
Participantes de este Estudio

	<i>Sobreviviente 1</i>	<i>Sobreviviente 2</i>	<i>Sobreviviente 3</i>
Edad	55	56	37
Nivel de Educación	Bachillerato	Escuela Superior	Escuela Superior
Ocupación/ Profesión	Directora Asociada	Ama de casa	Asistente Administrativo
Estado Civil	Casada	Casada	Casada
Edad en la que recibió el diagnóstico de cáncer	45	45	32
Mastectomía Radical	Si	Si	Si
Tratamientos co-adyuvantes	Radioterapia y Quimioterapia	Quimioterapia	No
Reconstrucción del seno	No	Si (No se ha reconstruido el pezón)	Si

Procedimiento

El procedimiento de este estudio fue el siguiente: primero se identificaron, a través de la guía telefónica, centros de servicios, hospitales o clínicas privadas en donde se atendían a personas sobrevivientes de cáncer de mama. Luego se estableció contacto con estos centros y se pautó una reunión con la persona encargada del mismo. En esta reunión se le explicó el propósito principal del estudio y se llevó un documento, que contenía información detallada con respecto a la participación en el estudio. Los centros de servicios que estaban interesados en cooperar con el estudio les entregaron copia de esta hoja a sus pacientes. Este documento contenía la dirección y el número de teléfono para comunicarse con el equipo de investigación. Las personas que se comunicaron fueron citadas individualmente a una reunión. En esta reunión se les presentó el estudio y se les invitó a participar en el mismo. Las participantes que accedieron a participar en el estudio de forma voluntaria completaron la Hoja de Consentimiento Informado

que incluía información sobre el propósito del estudio, garantizaba el anonimato y la confidencialidad, y solicitaba la autorización de las mismas para grabar el audio de la entrevista.

Inmediatamente después de completar la hoja de consentimiento, las participantes llenaron una Hoja de Datos Demográficos. Esta hoja recogía información personal, como: edad, estado civil, ocupación/profesión, entre otra información, con el objetivo de describir a la muestra en términos sociodemográficos. Finalmente, se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada con cada una de las mujeres seleccionadas para participar. La duración de la misma fue de aproximadamente dos horas. Esta entrevista incluía preguntas que cubrían las siguientes áreas: vivencia ante el diagnóstico (por ejemplo, ¿cómo te enteraste que tenías cáncer de mama?, ¿qué pensaste?, etc.), información sobre el cáncer (por ejemplo, ¿conocías sobre la condición al momento del diagnóstico?, ¿cuáles son las causas de la enfermedad?, etc.), bienestar psicológico (por ejemplo, ¿cómo esta experiencia te afectó emocionalmente?, ¿qué sentimientos se generaron en ti a partir de esta experiencia?, etc.), bienestar físico (por ejemplo, ¿cómo te sentías con respecto a tu cuerpo?, ¿tu imagen corporal ha sido afectada a partir de esta experiencia?, ¿tu sexualidad se vio afectada a partir de esta experiencia?, etc.). Al finalizar la entrevista, se elaboró un resumen verbal de los puntos más importantes y sobresalientes de la misma.

Finalizadas las entrevistas, se procedió a realizar un análisis de contenido con la información obtenida. Para llevar a cabo el análisis de contenido se grabó el audio de las entrevistas y se transcribió el contenido de las mismas. Para el establecimiento de las categorías de análisis se llevó a cabo con la información transcrita un análisis entre jueces. De este modo se establecieron las siguientes categorías: percepción de la imagen corporal, impacto de los estándares de belleza femenina de la sociedad puertorriqueña en la percepción corporal de una paciente de cáncer de mama, miedo al abandono por parte de sus parejas a partir del diagnóstico de cáncer de mama y los efectos sobre la sexualidad de la paciente. Es importante tener presente que en este tipo de análisis lo que se interesa fundamentalmente es el estudio de las ideas, significados, temas o frases, y no las palabras o estilos con que éstas se expresan.

Resultados

A continuación se presentan los resultados, por medio de la elaboración de cuatro categorías principales, las cuales son: 1) la percepción que éstas tienen sobre su propio cuerpo, imagen corporal luego del diagnóstico, 2) el impacto de los estándares de belleza en la cultura

puertorriqueña sobre su percepción corporal, 3) miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja, y 4) el impacto del diagnóstico de cáncer de mama en la sexualidad.

Percepción de la imagen corporal luego del diagnóstico de cáncer de mama

Son muchos los estudios que señalan que la percepción de la imagen corporal es una de las áreas que representa mayor dificultad para una mujer luego del diagnóstico de cáncer de mama. Esta dificultad es más evidente cuando a la mujer se le practica una mastectomía radical. Esto se evidencia en la *Sobreviviente # 2*, quien expresa lo siguiente:

“Yo lo que me pensaba era que me, que la piel ay me iban a cortar ahí, me iban a cortar ahí, que me iban a hacer como ese roto ahí feísimo y yo me lo imaginaba de cincuenta formas, y eso como que me tenía la mente ‘ay Dios me van ahí, ay Dios mío no voy a tener piel’...”.

No obstante, la misma participante expresa ideas que parecían contradictorias, pues en otro momento señala con respecto a la mastectomía lo siguiente:

“...fijate el que me dijeran que me iban a sacar el seno a mí eso no me molestó, sabes porque como que yo dije ‘me sacan uno, tengo uno’. Viéndolo desde el punto positivo, bueno tenemos dos manos, si se nos quita una, nos defendemos con la otra, tenemos dos ojos si se nos daña uno todavía vemos con el otro”.

Otra de las participantes (*Sobreviviente # 1*) señala que el médico le dio la opción de practicarse una reconstrucción, sin embargo ella decidió no realizarse la cirugía. Del mismo modo, menciona lo bien que pudo manejar esta situación y cómo la misma nunca ha afectado su imagen corporal.

“Recuerdo que el doctor me dijo ‘te puedes hacer la reconstrucción’ y yo le dije ‘no, no me interesa’. Entonces, en mi memoria estaba repitiendo aquella frase, la que le había dicho de mi esposo ‘tú eres algo más que una teta’. Y entonces, le dije a él ‘mira me voy a hacer la mastectomía’, ‘a pues está bien, chévere’. Y eso para mí fue, yo odiaba los brasieres, toda mi vida he odiado

los brasieres y yo me decía ‘Dios mío esto es una solución a mi problema de brasier que no me tengo que preocupar tanto por tener brasier puesto’. Feliz, yo camino sin mi tecla, este, le hemos puesto hasta nombre la hemos bautizado, se llama Sofía y mis hijos, pues para todos ellos fue algo como normal. Y yo misma personalmente nunca me he preocupado porque me falte”.

Por otro lado, la percepción corporal en algunas de las participantes también se vio afectada por los efectos secundarios que traen consigo las terapias co-adyuvantes (radioterapia y/o quimioterapia). Por ejemplo, veamos lo que señala la *Sobreviviente # 2* con respecto a esto:

“Pero que pasó que un día cuando me voy a peinar se me olvida y cuando me metí la peinilla así según entré la peinilla así hasta acá así fue, como si me hubiese pasado una rasuradora, y eso me puso, me dio como que una cosa adentro de mí que yo me puse bien nerviosa, ‘Ay, Dios mío’, y entonces yo no me quería tocar la cabeza, eso fue traumático, pero poco a poco se me fue cayendo, por la mañana cuando yo me levantaba en la almohada había mucho pelo, y mucho pelo...”.

“...ay pero que mal uno se siente y eso en los primeros tratamientos, y es como el trauma de que no tienes el pelo, y tú no sabes cómo bregar con eso y el medicamento te está haciendo, trabajándote todo el cuerpo y tú te sientes tan, y tan, y tan mal que uno lo que parece es un zombi”.

“Entonces, si pasas por el lado de un espejo, entre todo ese revolú que uno tiene en la cabeza de que me siento mal, y cuando me veo en el espejo, me veo peor, eso es terrible, eso es bien traumático... Tenía peluca y a pesar de que yo tenía el trauma ese, pero yo quería aceptarme como era, o sea eso está ahí y yo no le puedo huir a eso aunque me ponga cien pelucas debajo de ahí está mi cabeza sin pelo...”.

En las citas anteriores vemos como estas mujeres tratan de lidiar con su condición aceptando lo que les está pasando, sin embargo la caída de cabellos como parte de los efectos secundarios de la quimioterapia es una situación bien difícil y traumática para ellas. De la misma manera, la pérdida excesiva de peso durante el tratamiento era otro factor que contribuía a su malestar con respecto a cómo percibían

su cuerpo. Veamos en la siguiente cita lo que señala la *Sobreviviente # 2*:

“...y entonces pero rebajé mucho, el primer mes rebajé 15 libras, entonces, yo pesaba más o menos, el *size small* me quedaba grande y entonces eso me ponía peor todavía, entre el pelo y que estaba tan flaquita, ¡ay no!”.

Incluso una de las participantes (*Sobreviviente # 3*), señala que los estragos en el cuerpo de una mujer con cáncer de mama son tan intensos que pueden llevarla a pensar que pierde su feminidad, su sentido de ser mujer.

“Si, si, este, uno con un diagnóstico de cáncer pierde un poquito la perspectiva. Obviamente, pues tus sentimientos tienen que verse afectados y uno piensa pues como dije al principio uno piensa que va a dejar de ser mujer o uno se va a ver fea...”.

Como se puede apreciar, las reacciones frente al diagnóstico varían de una persona a otra, no obstante se puede notar que el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama tiene un impacto en la manera en que estas mujeres perciben su cuerpo. Es así como vemos que algunas mujeres a través de la enfermedad reafirman su estabilidad emocional y autoestima; mientras otras se angustian y se cuestionan su valor como mujeres, debido al deterioro físico que enfrentan.

Impacto de los estándares de belleza femenina de la sociedad puertorriqueña en la percepción corporal de una paciente de cáncer de mama

El impacto de los estándares de belleza femenina de la sociedad puertorriqueña en la percepción corporal de una paciente de cáncer de mama es otra de las áreas que las participantes señalan como uno de sus mayores preocupaciones. Nuestra cultura establece que la mujer debe ser bonita, delgada y voluptuosa. Como se ha señalado anteriormente, las mujeres que reciben un diagnóstico de cáncer de mama por lo general son sometidas a una mastectomía y a procesos químicos que tienen efectos secundarios que marcan su cuerpo. Razón por la cual existe una doble presión para esta población: el riesgo que representa esta enfermedad para su vida versus cumplir con lo que se espera en términos físicos con respecto a la mujer. La mayoría de las veces la mujer opta por beneficiar su salud, sin embargo, es inevitable que se enfrente a cómo su imagen corporal está a tono con los estándares de

belleza femenina idealizados por su cultura.

A continuación veamos lo que señala la *Sobreviviente # 3* con respecto al énfasis que hace la cultura puertorriqueña en relación al área de los senos y cómo esto impacta su sentido de ser mujer.

“Como todas las mujeres o como la gran mayoría de las mujeres uno piensa que uno va a dejar de ser mujer porque pierde un seno, y yo creo que más que cualquier otra cosa las mujeres al ser tan vanidosas pues tenemos eso siempre en mente, es pues por la alta competencia que hay en a nivel comercial, en la televisión, en la ropa, pues todo eso destaca a que el área más importante de la mujer sean los senos”.

Del mismo modo, esta participante señala el miedo al rechazo y a la burla de parte de las demás personas en la sociedad debido a la pérdida de su seno.

“...uno piensa que va a dejar de ser mujer o uno se va a ver fea, o la gente te va a mirar y se van a reír de ti...”.

“Eh, y al día de hoy yo puedo entender que en aquel momento yo tenía unos miedos más que por mi vida misma, sino por el exterior por como los demás me iban a ver...”.

Se puede observar en las citas anteriores como la idealización de lo que es una mujer en la cultura a la cual ésta pertenece tiene un considerable impacto en el modo en que ésta se percibe a sí misma. Por ejemplo, vemos cómo una de las participantes indica que su miedo principal ante el diagnóstico no se debía a la posibilidad de perder su vida, sino al modo en que los demás la iban a percibir. También las participantes enfatizan sentimientos de minusvalía y temor al juicio por parte de otras personas.

Miedo al abandono o rechazo por parte de sus parejas a partir del diagnóstico de cáncer de mama

Esta categoría trata de conocer otra de las áreas que es de gran impacto, según lo señalado en la literatura, para una mujer que ha recibido un diagnóstico de cáncer de mama. El miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja es un aspecto común que suele expresarse en esta población principalmente, no por el riesgo a la amenaza a la salud de esta persona, sino debido a los cambios a nivel corporal que

la enfermedad despliega en el físico de una mujer. Veamos lo que señala la *Sobreviviente # 3* con respecto a lo que experimentó por miedo al abandono de su pareja:

“Eh, y en cierto momento pues eso a mí me afectó en el hecho de que pues yo, muchas señoras pierden sus esposos por x o por y, así que uno lo primero que piensa es a lo mejor mi esposo me abandona. Este, porque ya no va a ser lo mismo, ya yo no voy a verme igual”.

Otra de las participantes señaló que pensaba en dos posibles opciones con respecto a su relación de pareja; que su pareja la iba a abandonar o si decidía quedarse con ella iba a ser por pena.

“...uno piensa que... que tu esposo se va a ir del lado tuyo o si se queda se va a quedar con pena”.

No obstante, las participantes de este estudio mencionaron que aunque es cierto que pensaban que sus parejas las abandonarían, el experimentar esta situación le da una oportunidad a la mujer de confirmar si esa persona verdaderamente le ama o no.

“... hoy en día puedo decir que por ejemplo ninguna mujer debe de tener miedo por perder un seno o de sentirse triste por su físico porque el que va a estar al lado de uno, va a estar al lado de uno como quiera”.

“si surge que te quedaste sin tu pareja que sepas que no se acaba el mundo no tenemos por qué pasar por una, por un diagnóstico de cáncer ya es suficiente como para tener que también asumir la, la culpa y la responsabilidad de que tu pareja te abandonó porque te dio cáncer, pues, o sea yo he aprendido a que el que se va en un momento como ese una de dos, o se fue queriendo a la persona y se fue con miedo porque no sabía asumir su rol o simplemente nunca estuvo ahí, y el que no estuvo ahí no hace falta”.

En las citas anteriormente presentadas se puede resaltar que no sólo una mujer con un diagnóstico de cáncer de mama enfrenta el miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja, sino también puede presentar ambivalencia con respecto a cuál es su verdadero motivo si se queda a su lado. Igualmente, puede experimentar culpa y asumir la responsabilidad por lo que pueda suceder si se disuelve la

relación de pareja. Todas estas reacciones parecen ser comunes en la manera en que una mujer percibe su cuerpo luego del diagnóstico de cáncer de mama.

Impacto del diagnóstico de cáncer de mama en la sexualidad de la mujer

Existen varias investigaciones que señalan que la sexualidad de las pacientes de cáncer de mama es una de las áreas que más se ve afectada luego del diagnóstico, durante y después del tratamiento para la condición (Anllo, 2000; Avis, Crawford, & Manuel, 2004; Theriault, & Sellin, 1994). Veamos lo que señala la *Sobreviviente # 1* con respecto a este tema en particular:

“Eh, en el sentido de, del deseo, de estímulo y eso pues, yo podía estar sin ningún tipo de actividad sexual porque en mí no había ningún tipo de deseo, desearlo en término de, pero yo comenzaba la actividad sin ganas y lo más feliz, y nunca se afectó la relación con mi esposo ni nada de eso después del cáncer. Y hasta el día de hoy gracias a Dios, tú sabes...”.

En la cita anterior se puede ver cómo esta mujer señala que no tenía ningún tipo de deseo sexual, incluso informa que comenzaba la actividad sin ganas, sin embargo luego podía continuar la actividad sin ningún problema. No obstante, esta misma mujer señala más adelante:

“...yo vine a descubrir pues que era una consecuencia de las quimioterapias, pues por un tiempo mucho, pasaron quizás un par de años antes de yo saber que la razón por la cual yo no me sentía tan animada sexualmente era a consecuencia de este, o sea, yo me decía, pues debe ser algo que me está pasando por un tiempo en lo que me acostumbro o que sé yo, pero después fue que vine a descubrir que eso era una consecuencia de, tú sabes que en ese aspecto en particular yo no tenía información, no sabía que era una consecuencia de la quimioterapia”.

Como se puede discernir esta mujer vincula la falta de deseo sexual a una consecuencia como resultado de la quimioterapia. No obstante, indica que prefería no hablar con su pareja sobre el tema y luego de mucho tiempo es que decide preguntarle a su médico, es así como se anima a comunicarle a su esposo lo que le estaba pasando:

“Pero después de pasar un tiempo, o sea yo pensé pues que quizás, que era un “side effect” del medicamento, yo me imaginaba tantas cosas pero no le buscaba la respuesta, hasta que un día decidí preguntar y eso fue al, al oncólogo. [Silencio]. Entonces, me explicó... Entonces, se lo pude comunicar a mi esposo, porque como yo no sabía las razones pues nunca se lo decía”.

“...entonces al él ver que yo no me activaba, pues, por decirlo de alguna manera, pues este él se quedaba callado, me dejaba quieta, porque pensaba que era que me sentía incómoda o algo por el estilo y, entonces, después de casi como dos años fue que vinimos a hablar sobre el tema”.

“Teníamos [relaciones sexuales], pero, este, entonces él pues tomaba la iniciativa. Pero le extrañaba que el que yo no la tomara pero que no preguntaba, porque él entendía pues que quizás era que yo me sentía mal o lo que fuera. Pero después de un tiempo fue que entonces, no, no es que como consecuencia de las quimioterapias pues se quita ese aspecto del deseo, etc. Quizás el mismo hecho de que el seno es, quizás es una de las áreas que más es de estímulo para la mujer y eso. Y nada, muy bien”.

Es importante destacar como en las citas anteriormente presentadas se ve la falta de comunicación entre la pareja; ante la situación que esta mujer está enfrentando prefiere no dialogar con su pareja, y no es hasta varios años después que decide hablar sobre el tema. Por otro lado, no es hasta el final que trae un elemento psicológico como el posible causante de su falta de deseo, esto es cuando señala “Quizás el mismo hecho de que el seno es, quizás es una de las áreas que más es de estímulo para la mujer y eso”. A través de este señalamiento se puede observar como esta mujer señala la pérdida de su seno como una posible razón para la falta de iniciativa sexual con su pareja.

Otra de las participantes (*Sobreviviente # 3*) informa que no era su pareja quien rechazaba la intimidad, sino que era ella misma quien se negaba a tener relaciones sexuales con su pareja por miedo a que la viera desnuda.

“Se vio afectada [la sexualidad] por mí, no por, por porque recibiera algún rechazo de parte de él [esposo] sino porque yo misma rechazaba la situación porque yo por un momento dado me rehusaba a que él me viera de esa manera. Eh, obviamente es un, es un área donde para las parejas es bien importante, en donde, pues una, aunque nunca he recibido un rechazo por parte

de él, ni aún con la mastectomía y mucho menos después de haberme reconstruido”.

En términos generales se puede observar con relación al impacto de la enfermedad en la sexualidad de la mujer que existen varias consecuencias tales como: falta de deseo, problemas de comunicación y rehusar a ser observada desnuda. Cada uno de estos efectos, ya sean debidos a efectos secundarios de los tratamientos o reacciones emocionales de la mujer frente a su cuerpo, tienen un impacto en la calidad de vida de estas mujeres y en su manera de desenvolverse sexualmente.

Reflexión sobre el Análisis Realizado

El propósito principal de este artículo era presentar una mirada al cuerpo de tres mujeres puertorriqueñas sobrevivientes de cáncer de mamas. Específicamente pretendíamos explorar los siguientes aspectos: 1) la percepción que éstas tienen sobre su propio cuerpo, imagen corporal luego del diagnóstico, 2) el impacto de los estándares de belleza en la cultura puertorriqueña sobre su percepción corporal, 3) examinar el miedo al abandono o rechazo por parte de su pareja, y 4) conocer el impacto del diagnóstico de cáncer de mama en la sexualidad de estas mujeres.

Los resultados merecen ser reflexionados a la luz de lo que los servicios de salud en Puerto Rico se han planteado como lo más importante en el tratamiento de mujeres pacientes de cáncer de mama. En Puerto Rico existe mucho énfasis en la prevención, diagnóstico temprano, cirugías que eliminan el tumor, cirugías reconstructivas y tratamientos co-adyuvantes en la lucha por la cura del cáncer de mama. No obstante, este fuerte auge deja de lado el hecho de que no estamos trabajando con una enfermedad sino con una persona que tiene una historia y un modo particular de asumirse frente a los avatares que la vida le plantea; en este caso en particular el cáncer. Entonces, ¿de qué se trata?, ¿de qué estamos hablando? De un cuerpo con cáncer o de cómo se conforma psíquicamente para cada cual su propia corporalidad. Las entrevistas a estas tres mujeres puertorriqueñas permiten hacer un recorrido que facilita la diferenciación entre estos dos elementos cruciales en el tratamiento de una mujer con cáncer de mama.

Con relación a la percepción de la imagen corporal cada una de las participantes informó que, de un modo u otro, se vieron impactadas en esta área, una reafirmando su estabilidad emocional y autoestima, mientras otras experimentando mucha angustia e insatisfacción por su imagen corporal. Es importante resaltar la *sobreviviente #1*, la cual demuestra mucha seguridad en sí misma y satisfacción con su imagen

corporal, a pesar de que no se sometió a una reconstrucción del seno. Este caso evidencia que el trabajo con pacientes de cáncer no se trata meramente de trabajar con un cuerpo, sino que hay otros componentes que hay que tomar en consideración. Por otro lado, se puede observar cierta dificultad para lidiar con los cambios que experimenta el cuerpo, en aquellas que han decidido practicarse una reconstrucción del seno. Lo que más informaron estas mujeres como angustiante en el proceso son los efectos secundarios que traen consigo las terapias co-adyuvantes; entre ellos la pérdida de cabellos y la de peso. Estos resultados son consistentes con varios trabajos en la literatura que señalan el gran impacto que tienen los efectos secundarios de los tratamientos en la imagen corporal de una mujer con un diagnóstico de cáncer de mama (Ashing-Giwa, *et al.*, 2004; Avis, Crawford, & Manuel, 2004; Stanton & Reed, 2003). Por otro lado, estas mujeres informan consistentemente sentimientos de inadecuación, tales como “verse fea”, “dejar de ser mujer”. Estos sentimientos denotan un impacto en la manera en que estas mujeres asumen su feminidad, basando la construcción de su género en las características físicas distintivas de la mujer.

El impacto de los estándares de belleza femenina en la sociedad puertorriqueña sobre la imagen corporal de las pacientes de cáncer de mamas, tiene un efecto importante en la manera en cómo estas mujeres se perciben a sí mismas. Algunas de las participantes, mencionaron el énfasis que hacen los medios de comunicación en la imagen perfecta de la mujer, en especial destacaron cómo estos acentúan el área de los pechos femeninos. Estos ideales planteaban para estas sobrevivientes la idea de sentirse menos mujeres (mujeres incompletas), por no cumplir con los estándares de belleza femenina. Además, las participantes mencionaron el miedo a ser observadas por otros [“que los demás se den cuenta de mi falta”] y el temor a que otras personas se burlen de ellas. Estos resultados son consonantes con los presentados en la literatura en donde se señala el silencio, la vergüenza y el estigma de las sobrevivientes con relación a expresar y demostrar abiertamente a la cultura que son pacientes de cáncer de mama (Ashing-Giwa *et al.*, 2004; Polinsky, 1994). También, se observa cierta tendencia de las sobrevivientes a darle mayor importancia a lo que otras personas podrían pensar de ellas con relación a su cuerpo, y de este modo restarle importancia a su salud física. Es así como se puede apreciar el gran peso que ejerce la sociedad sobre la manera en que una mujer con cáncer de mama se percibe a sí misma, acepta y maneja la enfermedad.

Otro de los temas examinados en este artículo es el miedo de la paciente de cáncer de mama al abandono o rechazo por parte de su

pareja. La mayoría de los investigadores están de acuerdo que el apoyo social es un factor importante en el ajuste psicosocial después de un diagnóstico de cáncer (Meyerowitz, 1980). Es así como los esposos pueden jugar un rol importante en el proceso de recuperación de una paciente de cáncer de seno (Ashing-Giwa *et al.*, 2004; Northouse & Swain, 1987). De igual manera, se ha reportado que las pacientes sin compañeros sentimentales pueden ser más vulnerables a mayores niveles de angustia durante el proceso de cáncer de mama (Ford, Lewis, & Fallowfield, 1995; Weisman, 1979). Incluso un estudio realizado por Hannum, Giese-Davis, Harding y Hatfield (1991), demostró a través de un análisis de correlación, que la angustia psicológica de las pacientes de cáncer de mama se relacionaba más al ajuste marital que a aspectos inherente a la paciente misma.

En las entrevistas realizadas a las participantes de este estudio se puede observar consistentemente el miedo a ser abandonadas o rechazadas por sus parejas, debido a los cambios físicos que experimentaron en sus cuerpos. Estos resultados son frecuentes en la literatura, en donde se señala que el desfiguramiento del cuerpo de la mujer lleva a problemas en el ajuste marital después del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama (Anllo, 2000; Henson, 2002; Mak Wai Ming, 2002).

Otro aspecto importante que se destacó en las entrevistas a estas mujeres puertorriqueñas fue el sentimiento de ambivalencia que experimentaban con respecto al verdadero motivo de su pareja para permanecer a su lado, después de un diagnóstico de cáncer de mama. Observamos que había cierta tendencia a pensar que la pareja permanecía a su lado por pena o lástima. Algunas sobrevivientes informaban que el experimentar el diagnóstico de cáncer de mama era una buena oportunidad para poner a prueba la fortaleza de la relación. Este aspecto en particular ya se ha observado en otros estudios, en los cuales las parejas indican que su relación se ha fortalecido después de sobrevivir juntos a la experiencia de cáncer de mama (Carter, Carter, & Siliunas, 1993; Lichtman & Taylor, 1986). Finalmente, estas tres mujeres entrevistadas informaron sentimientos de culpa y responsabilidad debido a las dificultades que podrían surgir en la relación de pareja debido al diagnóstico de cáncer. Todos estos aspectos surgen como secuelas de las implicaciones que tiene el cáncer de mama en la manera en que una mujer percibe su cuerpo luego del diagnóstico.

La última categoría que trabajamos en este artículo trataba sobre el impacto del diagnóstico de cáncer de mama en la sexualidad de estas mujeres. A través de las entrevistas encontramos lo que es ampliamente reseñado en la literatura, que señala que la vida sexual de las sobre-

vivientes de cáncer de mama se ve enormemente afectada después del diagnóstico de cáncer (Ashing-Giwa *et al.*, 2004; Berger & Bostwick, 1994; Mak Wai Ming, 2002). Entre los aspectos más importantes, las participantes concurren con la literatura (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, & Wyatt, 1998; Schover, 1994; Theriault, & Sellin, 1994) cuando mencionan la falta de deseo e interés en las relaciones sexuales como un efecto secundario producido por la exposición a las terapias co-adyuvantes. La mayoría de las investigaciones señalan que uno de los efectos de la exposición a la quimioterapia y radioterapia es la disminución en el funcionamiento sexual. No obstante, las mujeres entrevistadas señalan factores psicológicos que afectan su interés en la actividad sexual, entre ellos el miedo a ser observadas desnudas, miedo a ser rechazadas en el acto sexual, ambas debido a los cambios en la apariencia física. La literatura señala que la mutilación del seno puede hacer a una mujer dudar de su atractivo, a su vez representa una amenaza a su identidad sexual. Esta noción negativa sobre su imagen tiene efectos en la intimidad de la sobreviviente con su pareja (Berger & Bostwick, 1994).

Finalmente, se recogió a través de las entrevistas a estas sobrevivientes un aspecto importante en la relación de pareja, el cual se refiere a la comunicación. Se destaca cierta dificultad de las sobrevivientes a entablar una conversación con su pareja con respecto a lo que estaban experimentando en relación a su sexualidad, en algunos casos transcurrieron dos años entre el diagnóstico de cáncer y la primera conversación de la pareja sobre el tema. Es importante señalar que, a pesar de que estos hallazgos se han confirmado con la literatura actual, son muy escasos o ninguno los estudios que tratan de reflexionar sobre el ¿por qué una persona no se atreve a hablar con su pareja de lo que le pasa?, ¿por qué prefiere permanecer en silencio?, ¿por qué es más fácil recurrir a explicaciones químicas?, ¿por qué evitan hablar de lo que les perturba?, ¿qué tiene que ver esto con la manera en cómo cada una de estas mujeres asumen psíquicamente su sexualidad, su corporalidad? Reflexionar sobre cada una de estas preguntas es un trabajo que a través de los años se ha dejado de lado en el trabajo con sobrevivientes de cáncer de mama, sin embargo, plantean interrogantes que son válidas y muy complejas de contestar.

A la luz de los hallazgos podemos ofrecer unas recomendaciones. Estas recomendaciones se mueven principalmente en el ámbito de la reflexión, es una invitación a pensar el trabajo de las últimas décadas con pacientes de cáncer de mama. El énfasis en la parte física, como el tumor, su remoción, la reconstrucción, entre otros aspectos, han marcado las alternativas de cura del cáncer de mama. No

obstante, este énfasis desmedido no hace conciencia de que cuando se trabaja con una condición, en este caso el cáncer, no estamos hablando de una enfermedad sino de una persona que en un momento dado se las tiene que ver con una enfermedad. Sin embargo, esta persona tiene su propia historia, su propio modo de asumirse frente a las situaciones que atraviesa. Igualmente, para una persona su cuerpo, aquello que se puede palpar, no necesariamente corresponde al modo en que este es conceptualizado psíquicamente. Es por ello que diversos estudios han encontrado que no hay una diferencia significativa en la calidad de vida de aquellas mujeres a quienes se le ha practicado una lupectomía versus una mastectomía, entre aquellas que se han reconstruido el seno y las que utilizan una prótesis, etc. (Dorsal, Maunsell, & Deschenes, 1998; Holly, Kennedy, Taylor, & Beedie, 2003; Holmberg, Omne-Ponten, Burns, Adami, & Bergstrom, 1989; Lasry, 1991).

Estos hallazgos merecen ser reflexionados; el trabajo con cáncer no debe asumir que la solución está únicamente en el nivel físico, químico u orgánico. Es necesario tomar en consideración el aspecto psíquico de una persona con cáncer, de lo contrario la cura con respecto a la enfermedad sería parcial, ya que se dejaría de lado una dimensión que es indivisible de la constitución humana, aquella que hace referencia a la complejidad cuerpo-mente. Incluso en el trabajo con pacientes de cáncer no es sólo tomar en cuenta la dimensión psíquica, sino también hay que mirar las particularidades de cada cual. Con esto nos referimos a que el cáncer puede asumir un significado particular para cada persona, y no conocer que como esto se juega en la subjetividad de la persona, puede traer escollos en la manera en que se asume la cura hacia la enfermedad. Es decir, mastectomizada o no, reconstruida o no, el impacto de la enfermedad en la manera en que cada una piensa su cuerpo a partir de este diagnóstico es indescifrable. Este impacto más bien tiene que ver con cada cual, con quiénes son ellas y cuál es su historia, en vez de con la enfermedad misma. Es por ello que el trabajo con pacientes de cáncer de mama se debe dirigir a la realización de más estudios que traten de explorar estos planteamientos. A su vez, los centros de tratamiento oncológico deben rescatar una mirada más compleja y holística a la enfermedad del cáncer de mama.

Sin embargo, antes de concluir es necesario tomar en consideración ciertos aspectos que no se han trabajado en este artículo, por ejemplo el de incluir una muestra más amplia para confirmar estos hallazgos preliminares. También, podría estudiarse la población masculina que le es diagnosticado cáncer de mama, en particular porque esto permitiría observar similitudes y diferencias en el modo en que se vivencia el diagnóstico de esta condición según el género del paciente. De

la misma manera, este artículo denuncia la necesidad de que en Puerto Rico se estudien más a fondo las problemáticas que aquí se han planteado.

Finalmente, sería importante explorar las siguientes preguntas, ya que a través de este estudio no se pueden contestar las mismas: ¿qué se entiende por belleza?, ¿cuán importante era para esa mujer su imagen corporal antes del diagnóstico?, ¿cómo era su vida sexual antes del diagnóstico?, ¿cómo era su relación de pareja?, ¿cómo era la comunicación entre la pareja antes del diagnóstico? Es necesario hacer una mirada más profunda a la relación entre cuerpo y cáncer de mama, y a partir de allí establecer que el cuerpo para una persona no es sólo aquello que hace referencia a una dimensión física; de manera que esta conceptualización debe incorporar la dimensión psíquica de la corporalidad femenina y el impacto de la sociedad en ella.

REFERENCIAS

- Al-Ghazal, S. K., Fallowfield, L., & Blamey, R. W. (2000). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36, 1938 - 1943.
- Andersen, B. (1994). Surviving cancer. *Cancer*, 74(4, S1), 1484 - 1497.
- Anllo, L. M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 241-248.
- Ashing-Giwa, K. T., Padilla, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A., Clayton, S., Williams, I., & Hills, D. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: A qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 408 - 428.
- Arana, F. (1994). *Efectos de un programa educativo sobre aspectos relacionados con el cáncer en una muestra de pacientes de oncología*. Disertación doctoral inédita, Centro Caribeño de Estudios Postgraduados Instituto de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.
- Avis, N. E., Crawford, S., & Manuel, J. (2004). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.

- Berger, K., & Bostwick, J. III (1994). *A woman's decision*. Los Angeles, CA: Quality Medical Publishing.
- Callaghan, C. J., Couto, E., Kerin, M. J., Rainsbury, R. M., George, W. D., & Purushotham, A. D. (2002). Breast reconstruction in the United Kingdom and Ireland. *British Journal of Surgery*, 89, 335-340.
- Carlsson, M., & Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 15(5), 418-428.
- Carter, R. E., Carter, C. A., & Siliunas, M. (1993). Marital adaptation and interaction of couples after a mastectomy. *Journal of Psychosocial Oncology*, 11(2), 69-82.
- Dean, C., Chetty, V., & Forrest, A. (1983). Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet*, i, 459-462.
- Departamento de Salud de Puerto Rico (2004). *Cáncer de mama*. Accedido el 15 de octubre de 2005 en <http://www.salud.gov.pr/>
- Dorsal, M., Maunsell, E., & Deschenes, L. (1998). Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 83, 2130-2138.
- Eacker, J. N. (1975). *Problems of philosophy and psychology*. Chicago: Nelson-Hall.
- Fallowfield, L., Baum, M., & Maguire, G. (1986). Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal*, 293, 1331-1334.
- Ford, S., Lewis, S., & Fallowfield, L. (1995). Psychological morbidity in newly referred patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(2), 193-202.
- Fung, K. W., Lau, Y., Fielding, R., Or, A., & Wai Chun Yip, A. (2001). The impact of mastectomy, breast conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 71(4), 202-206.
- Ganz, P. A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M. L., & Petersen, L. (1996). Breast cancer survivors: Psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*, 38, 183-199.

- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, *16*, 501-514.
- Georgiade, G., Riefkohl, R., Cox, E., McCarthy, K., Siegler, H., Georgiade, N., & Snowwhite, J. (1985). Long term clinical outcome of immediate reconstruction after mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, *76*(3), 415-420.
- Halverson, W. H. (1967). *A concise introduction to philosophy*. New York: Random House.
- Henson, H. K. (2002). Breast cancer and sexuality. *Sexuality and Disability*, *20*, 261-275.
- Holly, P., Kennedy, P., Taylor, A., & Beedie, A. (2003). Immediate breast reconstruction and psychological adjustment in women who have undergone surgery for breast cancer: A preliminary study. *Psychology, Health & Medicine*, *8*(4), 441-452.
- Holmberg, L., Omne-Ponten, M., Burns, T., Adami, H. O., & Bergstrom, R. (1989). Psychosocial adjustment after mastectomy and breast conserving treatment. *Cancer*, *64*, 969-974.
- Lasry, J. C. M. (1991). Women's sexuality following breast cancer. En D. Osoba (Ed.), *Effect of Cancer on Quality of Life*. (pp. 215-228). Boca Raton, FL: CRC Press, Inc.
- Leahey, T. (1989). *Historia de la psicología* (7ma ed.). Madrid: Editorial Debate.
- Lichtman, R. R., & Taylor, S. E. (1986). Close relationships and the female cancer patient. En B. L. Anderson (Ed.), *Women with cancer: Psychological perspectives* (pp. 233-256). New York: Springer-Verlag.
- Maguire, P., Lee, E., Bevington, D., Kuchemann, C., Crabtree, R., & Cornell, C. (1978). Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*, *279*, 963-965.
- Mak Wai Ming, V. (2002). Psychological predictors of marital adjustment in breast cancer patients. *Psychology, Health & Medicine*, *7*, 37-51.
- Mc Daniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R. & Reeds, D. A. (1995). Depression in patients with cancer: Diagnosis, biology, and treatment. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 88-99.

- Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments. *Psychological Bulletin*, 87, 108-131.
- Muñoz, A. (1999). Aspectos psicosociales en el paciente con enfermedad renal permanente. En E. A. Santiago & J. O. Ruiz (Eds.), *Trasplante de órganos* (pp. 186-197). México, DF: JGH Editores.
- Noguchi, M., Kitagawa, H., Kinoshita, K., Earashi, M., Miyazaki, I., Tatsukuchi, S., Saito, Y., Nonomura, A., Nakamura, S., & Michigishi, T. (1993). Psychological and cosmetic self-assessments of breast conserving therapy compared with mastectomy and immediate breast reconstruction. *Journal of Surgical Oncology*, 54, 260-266.
- Noone, R., Frazier, T., Hayward, C., & Skiles, M. (1982). Patient acceptance of immediate reconstruction following mastectomy. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 69(4), 632- 638.
- Northouse, L. L. (1994). Breast cancer in younger women: Effects on interpersonal and family relations. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 16, 183-190.
- Northouse, L. L., & Swain, M. A. (1987). Adjustment of patients and husbands to the initial impact of breast cancer. *Nursing Research*, 36(4), 221-225.
- Polinsky, M. L. (1994). Functional status of long-term breast cancer survivors: Demonstrating chronicity. *Health Social Work*, 19, 165-173.
- Quijano Cabrera, A. E. (2003). *La Psicología Oncológica: Aspectos y acercamientos psicológicos de y hacia la persona enferma con cáncer*. Disertación doctoral inédita, Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras, Puerto Rico.
- Robinson, D. N. (1986). *An intellectual history of psychology*. Madison: The University of Wisconsin Press.
- Rosental, M. M., & Iudin, P. F. (1985). *Diccionario filosófico*. Bogotá: Ediciones Nacionales.
- Schain, W., Wellisch, D., Pasnau, R., & Landsverk, J. (1985). The 'sooner the better': A study of psychological factors in women undergoing immediate versus delayed reconstruction. *American Journal of Psychiatry*, 142(1), 40-46.
- Schover, L. R. (1991). The impact of breast cancer on sexuality, body

image, and intimate relationships. *Cancer Journal for Clinicians*, 41, 112-120.

- Schover, L. R. (1994). Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 16, 177-182.
- Sociedad Americana del Cáncer (2003). *Datos y estadísticas del cáncer en los Hispanos/Latinos 2003-2005*. Accedido el 15 de febrero de 2006 en <http://www.cancer.gov>.
- Spencer, K. W. (1996). Significance of the breast to the individual and society (Review). *Plastic Surgical Nursing*, 16(3), 131-132.
- Stanton, A. L., & Reed, G. M. (2003). *The breast cancer notebook: The healing power of reflection*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Theriault, R. L., & Sellin, R. V. (1994). Estrogen-replacement therapy in younger women with breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 16, 149-152.
- Weisman, A. (1979). *Coping with Cancer*. New York: McGraw-Hill.
- Winder, A. E., & Winder, B. D. (1985). Patient counseling: Clarifying a woman's choice for breast reconstruction. *Patient Education and Counseling*, 7, 65-75.
- Yurek, D., Farrar, W., & Andersen, B. L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in post-operative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 679-709.