****

**Universidad Central de Venezuela**

**Facultad de Humanidades y Educación**

**Escuela de Psicología**

**Departamento de Psicología Clínica Dinámica**

**PROCESOS SUBJETIVOS DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA MASTECTOMIZADAS**

(Trabajo de Licenciatura presentado ante la Escuela de Psicología, como requisito parcial para optar al título de licenciada en Psicología)

 **Tutor: Autora:**

 Antonio Pignatiello Sofía, Hernández Gilbert

CARACAS, ENERO 2013

A mi abuela Alejandrína un tesoro que me dio la vida

A mi mamá, mi papá y mi hermana. Mis tres adoraciones

“Incluso la persona más pequeña puede cambiar el curso del futuro” J.R.R. Tolkien

**AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría agradecer en primer lugar todas las participantes, mujeres sobrevivientes del cáncer de mama quienes poseen una gran tenacidad, valentía y fortaleza. Todas ellas me recibieron con gran cariño. Son ejemplos y lecciones de vida lo que me llevo del relato de cada una de ellas a quienes admiro y ante quienes me quito el sombrero.

También me encantaría agradecer a las fundaciones, Senosayuda y Senosalud, las cuales se dedican a atender de las mujeres con cáncer de mama; su colaboración fue muy valiosa y su interés por esta investigación me impulsó aún más a dedicar mi atención a esta problemática.

A mi tutor, el profesor Antonio Pignatiello quien me motivó a dar lo mejor de mí durante la elaboración de este trabajo y quien desde que lo conocí ha impulsado en mí y en cada uno de sus estudiantes el pensamiento crítico, pudiendo despertar un lado intelectual emocionante, por lo que se ha convertido en una persona significativa en mi crecimiento. A usted profe le tengo gran cariño, aprecio y admiración.

De igual manera quiero dar las gracias a cada uno de los profesores y personas que estuvieron presentes en mi formación profesional. Menciono en este apartado a Mirna, quien hizo posible que me dedicara a esta gran profesión.

Quiero dar muchísimas gracias a los seres más importantes que rodean mi vida. A mi mamá, Evelyn Gilbert, un ser excepcional, que ha estado siempre ahí, ha hecho de todo por mí y a quien atesoro con todo el cariño que pueda existir. A mi papá Orlando Hernández, con quien comparto muchas características, nos parecemos mucho papá, eres un ser especial y te quiero muchísimo, Y a mi hermana, Andrea Hernández Gilbert, amiga incondicional, parte importante de mi vida, te quiero un mundo entero

Por último, me alegra poder dar las gracias a mis compañeros, amigos y amigas, a cada uno de los cuales con orgullo podré llamar colegas, quienes hicieron del pasillo de la escuela un lugar extremadamente grato, con quienes compartí viajes, muchas risas y mucho cariño. A mis cuatro amigas, ustedes saben quiénes son, nuestro vínculo ha durado 5 años y espero que continúe por muchos más, ustedes forman parte importante de lo maravilloso que me regaló esta escuela, las quiero muchachas.

A todos ustedes mil veces gracias!!.

**PROCESOS SUBJETIVOS DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA MASTECTOMIZADAS**

Autora: Sofía Hernández Gilbert

sofiahernandezgilbert@gmail.com

Universidad Central de Venezuela

Escuela de Psicología

**RESUMEN**

La sexualidad es una vivencia personal subjetiva. En las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas ésta puede modificarse al extirparse el seno. Esta investigación de corte cualitativo, fenomenológica, estudió la vivencia e interacción de los procesos subjetivos de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, a través del discurso de 7 mujeres a quienes se les realizó una entrevista semi-estructurada, a la cual se aplicó un análisis de contenido que dio a conocer que en estas mujeres, la sexualidad está al servicio del otro. Así, las afecciones se originan desde lo que percibe la mirada de la pareja, debido a que ellas, construyen la imagen de sí mismas a partir del otro, quien le otorga la valía de su ser.

**Palabras Claves:** sexualidad, procesos subjetivos, cáncer de mama, psico-oncología, mastectomía.

**ÍNDICE**

**Dedicatoria I**

**Agradecimientos III**

**Resumen V**

**I Introducción 1**

**II Marco Referencial 5**

 **2.1** Sexualidad **5**

 **2.1.1** Revisión del concepto de sexualidad **5**

 **2.1.2** Significados de la sexualidad **9**

 **2.1.3** Concepciones de la sexualidad femenina **11**

 **2.1.4** Procesos subjetivos de la sexualidad **13**

 **2.2** El cáncer **18**

 **2.2.1** Cáncer como enfermedad **18**

 **2.2.2** Cáncer de mama **21**

 **2.2.3** Mastectomía **25**

**2.3** El cáncer y la psicología **27**

 **2.3.1** El paciente oncológico y la psicología **27**

 **2.3.2** Psico-oncología **30**

 **2.3.3** El cáncer de mama y las reacciones psicológicas **33**

**2.4** Sexualidad y cáncer de mama  **36**

 **2.4.1** El cáncer de mama y la sexualidad  **36**

**III Marco Metodológico 40**

 **3.1** Propuesta paradigmática **40**

 **3.2** Justificación de lo subjetivo **41**

**3.3** Tipo de método **44**

**3.4** Participantes **44**

**3.5** Contexto **46**

**3.6** Técnicas de recolecciónde datos **47**

**3.7** Procedimiento **47**

**IV Procesos subjetivos de la sexualidad en mujeres con cáncer 51**

**de mama mastectomizada**

 **4.1** Feminidad **55**

 **4.1.1** Concepto de mujer **56**

 **4.1.2** Mujeres en lucha por ser **61**

 **4.1.3** Mujer y maternidad **63**

 **4.2** Vivencias subjetivas alrededor de la mastectomía **67**

 **4.2.1** Reacciones ante la mastectomía **68**

 **4.2.2** La mastectomía y la feminidad **72**

 **4.2.3** Mastectomía e imagen corporal **78**

 **4.3** Vinculación afectiva **86**

 **4.3.1** Relaciones de pareja **87**

 **4.3.2** El papel atribuido al hombre **89**

 **4.3.3** La convivencia en pareja post-mastectomía **92**

 **4.4** Prácticas sexuales **97**

 **4.4.1** Significados de la sexualidad **98**

 **4.4.2** Significados de las relaciones sexuales **104**

 **4.4.3** Percepciones sobre el placer sexual **107**

 **4.4.4** Incidencias de la mastectomía y el cáncer en **110**

la vivencia sexual

 **4.5** La enfermedad **115**

 **4.5.1** El mensaje que lleva el cuerpo **116**

 **4.5.2** Cambia la vida **119**

**V Para concluir: otra mirada a la sexualidad en las mujeres 122**

**con cáncer de mama mastectomizada**

**VI Anexos 129**

**VII Referencias 136**

1. **INTRODUCCIÓN**

El cáncer de mama actualmente se registra en un gran número de mujeres a nivel mundial. Estas mujeres, al ser diagnosticadass, deben iniciar tratamientos oncológicos que pueden incluir sesiones de radioterapia y/o quimioterapia, según el juicio del médico tratante. Otro tratamiento vinculado con las neoplasias mamarias es la mastectomía. Ésta es una intervención quirúrgica que impone la extracción de las formaciones tumorales que se presenten, alterando por consiguiente el aspecto físico de los senos.

Con la mastectomía no sólo se ataca al órgano anatómico. Esta intervención puede suponer un acercamiento al terreno de los significados y representaciones que contiene esta área del cuerpo; en la cual se han depositado referencias sociales asociadas a la feminidad, la maternidad y la sexualidad de la mujer. Sobre esto Díaz (2009) menciona que “la representación que la mujer tiene inscrita de su cuerpo no coincide con la imagen que aparece en el espejo, y que se vive como desconocida, invasora” (p. 158). De manera que esta percepción puede desencadenar sentimientos de depresión, ansiedad, baja autoestima, así como alteraciones en la vivencia sexual. Así, la mujer mastectomizada experimenta la pérdida de una parte de sí misma, que puede desencadenar displacer por su imagen corporal, provocando además efectos negativos sobre su autoestima además de sentimientos discordantes con respecto a su sexualidad.

Investigaciones llevadas a cabo en el campo de la psico-oncología, han encontrado que muchas de las mujeres que han padecido cáncer de mama alegan que la terapia hormonal, los efectos de la quimio y la radioterapia, originan una variedad de síntomas que dificultan el encuentro sexual, se desencadenan el poco deseo y la desmotivación hacia la sexualidad. Por tanto, las afecciones físicas, no le permiten un desempeño sexual satisfactorio. Sobre esto Vázquez, Antequera y Blanco (2010) afirman que las mujeres con cáncer de mama “presentan problemas en su funcionamiento sexual, asociados a sequedad vaginal, a malestar emocional, y a sentimientos negativos relacionados con su imagen corporal” (p. 434).

Por lo general, los estudios que se aproximan a la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, emplean cuestionarios y escalas de sexualidad como instrumentos para la recolección de información; autores como Lumbreras y Blasco (2008) introducen preguntas “de sexualidad para valorar el deseo sexual, cansancio para tener relaciones sexuales, sequedad vaginal, dolor o incomodidad durante la penetración, intensidad del dolor durante la penetración, disfrute de las relaciones, frecuencia y calidad de las relaciones sexuales” (p. 158)

Mediante la recolección de datos sobre el nivel de funcionamiento anatómico, estas investigaciones se centran en la presencia de síntomas físicos y el desempeño sexual, por lo que el acercamiento al problema se hace desde una visión biologicista, en la cual se asocia a la sexualidad solamente con el acto genital, y describiendo a la misma como “la fuerza instintiva y biológica que el ser humano experimenta” (Aller, 1991, p. 50).

Desde una perspectiva mayor, los estudios de género, acompañados por el surgimiento de la subjetividad como corriente de aproximación hacia los individuos y su interacción con el mundo social, han ampliado el concepto de sexualidad. Al hacer referencia a ésta, dichas corrientes teóricas incluyen la presencia de “emoción, ilusión, excitación, fantasía, milagros de la piel, espiritualidad, ternura y respuestas fisiológicas” (Londoño, 1996, p. 21)

A partir de estas consideraciones se describe la sexualidad, como una “experiencia personal e intransferible como parte constitutiva de la subjetividad humana” (Flores, 1996, p. 28). Es por ello que, para realizar una aproximación hacia la sexualidad, es preciso entenderla como una experiencia que engloba una diversidad de significados que se construyen desde la vivencia única y particular de cada individuo

Algunos de los significados que las mujeres pueden atribuirle a la sexualidad incluyen ideas sobre su imagen corporal, la feminidad, la convivencia y la capacidad de procrear (Henson,2002). La aparición del cáncer de mama y la mastectomía pueden generar modificaciones en éstas y otras percepciones, repercutiendo en la vivencia de la sexualidad debido a la incorporación de una nueva realidad de carácter intrusiva, capaz de trasformar la percepción de dichas mujeres. Así, Fernández (2004) resalta que “En el caso de las mujeres con cáncer de mama, como consecuencia de la pérdida de la mama, algunas se sienten menos mujeres o menos femeninas. Se ha identificado una pérdida de actitudes importantes: erotismo y sensualidad” (p.175)

Teniendo en cuenta la percepción de la sexualidad como una vivencia subjetiva que contiene un conjunto de significados conformados por la conjunción de las perspectivas del mundo interno y las representaciones sociales, se reconoce que:

La significación sexual, entendida con amplitud, comprende entonces el significado de la reproducción como posibilidad (reproductividad), de la experiencia de pertenecer a uno de dos sexos (género), de la significación de la calidad placentera del encuentro erótico y la significación de los vínculos afectivos interpersonales (Rubio, 1994, p. 3)

 En este sentido, la reproductividad, la vivencia afectiva, la imagen corporal, el erotismo y el género forman parte de los procesos subjetivos que participan dinámicamente en la vivencia de la sexualidad. Con base en ello, esta investigación presenta una mirada sobre cómo interactúan los procesos subjetivos en la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas

La relevancia que adquiere este estudio está en que el mismo permite realizar un intenso y extenso acercamiento a la realidad que rodea a estas mujeres, dando a conocer el mundo subjetivo en el cual están inmersas, haciendo especial énfasis en la sexualidad, área de la cotidianidad a la cual solo se ha aproximado desde sus características genital y biológica, dejando a un lado el conjunto de interacciones entre la realidad psíquica, la realidad externa y el mundo de las representaciones sociales. Desde estos aspectos se puede conocer cuáles son los procesos que convergen en la vida sexual que permiten entender desde dónde se originan las molestias reportadas por las mujeres mastectomizadas.

Con base en esto, la investigación se enfocó en “identificar la naturaleza profunda de las realidades” (Martínez, 2006, p. 136), mediante un enfoque cualitativo que permite estudiar al individuo de forma integral a través del discurso del mismo. Al definir que esta investigación tiene por objeto conocer los procesos subjetivos de la sexualidad que rodean la realidad de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas, se empleó un diseño de fenomenología, el cual -mediante la atención que ejerce sobre las percepciones de las personas y el significado de un fenómeno- suministró las herramientas necesarias para alcanzar los siguientes objetivos específicos de esta investigación:

* Entender, conocer y comprender, a través del discurso, cómo viven la mastectomía las mujeres con cáncer de mama
* Explorar cómo han experimentado la sexualidad las mujeres mastectomizadas
* Profundizar acerca de las representaciones y significados subjetivos que las mujeres le asignan a sexualidad luego de la mastectomía
* Comprender cómo participan la reproducción, la vivencia afectiva, la imagen corporal, el erotismo y el género como procesos subjetivos en la sexualidad de la mujeres mastectomizadas

Considerando cada uno de los elementos antes mencionados, esta investigación arrojó una serie de hallazgos que, con base en los objetivos, proponen otra mirada de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama, la cual podrá conocerse a través del recorrido por los capítulos que se presentan a continuación.

1. **MARCO REFERENCIAL**

Este capítulo ofrece una revisión de los conceptos, y fundamentos teóricos que se vinculan con dicha investigación. Por ello se hace un recorrido sobre la sexualidad con la finalidad de proporcionar una perspectiva sobre las directrices que orientan este trabajo. Posteriormente se presenta una revisión con respecto al cáncer como enfermedad, además de describir las incidencias psicológicas asociadas a este padecimiento, haciendo especial énfasis en el cáncer de mama. Por último se hace una exposición sobre la confluencia que existe entre el cáncer de mama y la vivencia sexual de las mujeres que padecen tal enfermedad.

* 1. **Sexualidad**

**2.1.1 Revisión del concepto de sexualidad**

La sexualidad es un constructo amplio que contiene una diversidad de aristas. Su contenido aloja una variedad de significados, que pueden estar referidos a las características biológicas, de género, educativas, morales y religiosas, que se le adjudican, según la perspectiva desde la cual se aborde. Haciendo énfasis en las diversas vertientes a partir de las cuales se le puede acceder, se reconoce que existen muchas corrientes conceptuales que han propuesto definiciones sobre la sexualidad.

Entre estas conceptualizaciones la más común, es quizás, aquella que propone el enfoque biologicista, que identifica la sexualidad como una interacción que involucra al sexo, la genitalidad y la reproducción. Aller (1991) explica que la sexualidad es “un componente biológico del hombre, íntimamente vinculado con el proceso de la reproducción” (p.50). Dicho concepto, se limita únicamente, a definir la sexualidad como un acto instintivo, como una conducta que se realiza con el propósito de cumplir con una necesidad biológica que puede permitir, con su práctica, el mantenimiento de la especie.

La propuesta de la sexualidad de los seres humanos desde la perspectiva biologicista, está centrada exclusivamente en la visión de ésta como una función genital, siendo así semejante a la de otras especies animales que se guían por los instintos. Según esto, el acto coital está programado como una conducta de supervivencia para garantizar la procreación. Dicha percepción introduce una visión reduccionista de la sexualidad ciñéndola sólo a la acción del coito, sin considerar la interacción y mundo de significados que se construyen en este intercambio con otro ser social.

Sobre esto, Fernández y Jiménez (1975) han descrito que:

Al reducir la sexualidad a la función genital se está reprimiendo al ser humano, pues una función que implica una totalidad es encerrada en sus genitales. Esta es una manera de parcelarlo, de limitar sus potencialidades como ser transformador y creativo, de coartar su libertad (p.45).

Freud (1905) planteaba a principios del siglo XX que “sustituir el problema psicológico por el anatómico es tan ocioso como injustificado” (p. 1177). Él presentó- desde el psicoanálisis- un marco teórico que se basa en el reconocimiento de la libido, o energía sexual: pulsión innata de los seres humanos que impulsa la búsqueda del placer. De esta manera sugiere que los deseos sexuales representan la fuerza, que desde el inconsciente, dirige el comportamiento humano.

A partir del trabajo con pacientes neuróticos e histéricos, Freud presenta su teoría sobre el desarrollo psicosexual de los seres humanos donde establece que la sexualidad está presente en todo aquello que realizamos, así desarrolla un argumento teórico en que expone que ésta determina las conductas y pensamientos de los seres humanos desde la infancia. Es por ello, que en sus Tres Ensayos para una Teoría Sexual (1905) menciona que:

El neonato trae consigo gérmenes de mociones sexuales que siguen desarrollándose durante cierto lapso, pero después sufren una progresiva sofocación; ésta, a su vez, puede ser quebrada por oleadas regulares de avance del desarrollo sexual o suspendida por peculiaridades individuales. Nada seguro se conoce acerca del carácter legal y la periodicidad de esta vía oscilante de desarrollo. Parece, empero, que casi siempre hacia el tercero o cuarto año de vida del niño su sexualidad se expresa en una forma asequible a la observación. (p. 1197)

 La teoría freudiana, al hablar de sexualidad, revela que, en un primer momento, está se expresa por medio del autoerotismo durante la primera etapa de la infancia. Los infantes están en la búsqueda de la satisfacción por lo que van desarrollando conductas que le permitan la estimulación de las zonas erógenas en pro de la ganancia de placer.

Este placer que se alcanza con la satisfacción de impulsos sexuales es, durante la denominada latencia, reorientado y la energía es desviada de la utilización sexual y orientada a otros fines. Es por ello que la energía sexual en la vida infantil adquiere una nueva meta durante la pubertad, permitiendo que los impulsos sexuales se dirijan hacia la consecución de la descarga genital y la elección definitiva del objeto sexual. Freud (1905) en sus Tres Ensayos para una Teoría Sexual describe que:

Con el advenimiento de la pubertad se introducen los cambios que llevan la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva. La pulsión sexual era hasta entonces predominantemente autoerótica; ahora halla al objeto sexual. Hasta ese momento actuaba partiendo de pulsiones y zonas erógenas singulares que, independientemente unas de otras, buscaban un cierto placer en calidad de única meta sexual. Ahora es dada una nueva meta sexual; para alcanzarla, todas las pulsiones parciales cooperan, al par que las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital (p. 1216)

Así, la energía sexual que orienta el comportamiento de los niños corresponde a lo que Freud denominó como libido, la cual se caracteriza por ser una fuerza que permite medir los procesos y las transformaciones de la excitación sexual. Esta fuerza y el modo como la misma se va desarrollando desde la infancia permite describir cómo se da “la integración de la sexualidad desde el período de la niñez y como ésta conforma la personalidad en su raíz sexual en el adulto” (Rodríguez, 2006, p.506).

La teoría de la libido describe entonces que la sexualidad de los seres humanos se conduce hacia la obtención de un objeto de satisfacción y posee como meta la descarga sexual. Sobre estas dos características de la pulsión sexual Freud (1905) describió que “llamamos objeto sexuala la persona de la que parte la atracción sexual, y meta sexuala la acción hacia la cual esfuerza la pulsión” (p, 1194). Por tanto, el objeto sexual en un primer momento es autoerótico, por lo que es el propio cuerpo la fuente de satisfacción, la cual se alcanza mediante la estimulación de la zona erógena. Sin embargo en un segundo momento, la libido se apuntala hacia un objeto exterior al propio cuerpo produciendo así la elección del objeto.

Esta elección del objeto puede ser de carácter narcisista si se deposita la energía en un objeto semejante a sí mismo, o bien puede ser de carácter objetal: cuando el objeto pulsional catextizado se basa en la semejanza que éste posee al objeto que proporcionó los primeros cuidados.

 Por ende, a partir de la elección del objeto se produce entonces la descarga sexual; ésta se da en el momento en que las pulsiones parciales se integran, de las zonas erógenas al servicio de la sexualidad genital.

Esta pequeña revisión de la teoría de Freud permite ver que la sexualidad no es netamente reductible a la satisfacción fisiológica, sino ella traza la ruta que adquieren las pulsiones del yo y las pulsiones sexuales en beneficio de la pulsión Eros o pulsión de vida, por lo que la sexualidad no solo se atañe al acto sexual sino que tiene connotaciones sobre la estructuración de la personalidad del individuo. Con base a este marco conceptual, el psicoanálisis define la sexualidad:

Como una serie de excitaciones y actividades existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 401)

**2.1.2 Significados de la sexualidad**

En diversos estudios sobre la sexualidad se habla de la misma como una potencialidad del ser humano que posee diversos elementos que trascienden al acto sexual como característica principal de la sexualidad. Para Londoño (1996) el ámbito de la sexualidad va mucho más allá del poder copular, descargar tensiones fisiológicas y prolongar la especie:

Es la posibilidad no sólo de recrearnos con el milagro de la vida, sino experimentar una gama ilimitada de matices emocionales y sensaciones así como de ilusiones, fantasías y ensoñaciones, tanto como momentos creativos y de encontrar fisuras para que puedan emerger capacidades poco presentes en nuestra cultura como la tolerancia, la comprensión y solidaridad; la entrega, la expresión de la percepción y muchas otras dinamizadas por lo afectos (p. 20)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus Actas sobre la Reunión de Promoción de la Salud Sexual, Recomendaciones para la Acción (2000)propone una definición sobre la sexualidad que incorpora diversos elementos, de modo que ésta puede ser concebida desde una perspectiva más holística. Así, se establece que en la sexualidad habitan las manifestaciones de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones, como elementos comunicacionales que expresan quien es el sujeto

 Así la sexualidad constituye un intercambio del ser humano con su entorno social. El individuo se está incorporando a un mundo de conexiones con otra persona, que refleja una serie de elementos que le permiten integrar un conjunto de realidades, sensaciones y emociones que trascienden el sólo contacto de los órganos genitales. Para Cayo, Flores, Perea, Pizarro y Arancena (2003):

La sexualidad posee una serie de significados que la transforman en una dimensión de la conducta y subjetividad humana influida y sometida, a lo largo de toda la vida, a la acción de la cultura (..) le permite asumir funciones de carácter relacional, hedonista y egointegrativas (p. 1)

 Desde esta postura, la sexualidad abarca un amplio espectro de sensaciones, emociones y significados que trasciende el contacto genital, lo que permite vivenciarla como un proceso subjetivo. Es decir, como una experiencia que aloja diversos significados y está construida a partir de la integración del mundo interno en contacto con el mundo social.

 Igualmente la sexualidad, al despertar un conjunto de emociones y placeres, puede representar un aporte benefactor en el terreno de la salud. Más allá de las reacciones bioquímicas que se producen en la aproximación íntima de los seres humanos, la sexualidad puede generar un bienestar integral que se extiende hasta proporcionar una mejor vivencia del mundo psicológico, social y laboral del individuo. Los terrenos de la sexualidad contienen las más ricas posibilidades para los seres de la especie humana, de manera que, quizás en ella reside la clave para la vida más sana y para dinamizar la corriente vital y la calidad de vida (Londoño, 1996)

 Sheppard (2008) describe que “la sexualidad representa un elemento central presente en la percepción del individuo sobre su bienestar y autoconcepto” (p. 178) En este contexto se percibe que el aporte benefactor de la sexualidad también se extiende al campo de salud.

 Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000) a este respecto, ha acuñado el término de salud sexual para referirse a “la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad” (p.6)

De manera tal, que al considerar que la sexualidad repercute en muchas de las actividades y vivencias del ser humano, cuando se habla de salud sexual no sólo se está atendiendo el ámbito de la reproducción y la enfermedades de transmisión sexual, sino que también, se está velando una sana vivencia de experiencia sexual en donde intervienen factores como la planificación familiar, el ejercicio de los derechos sexuales, el respeto, el placer, la comunicación y el curso de las relaciones interpersonales. En torno a esto Flores (1996) propone una definición de sexualidad que permite observar el mundo de interacciones que se produce en ella, establece que la sexualidad es:

Una experiencia personal e intransferible como parte constitutiva de la subjetividad humana(….) en el entramado afectivo-discursivo de la sexualidad se observan que por un lado interviene el ámbito subjetivo en el que intervienen componentes inconscientes, capacidades intelectuales del sujeto, sensaciones, sentimientos y deseos; el otro ámbito de intersección se refiere a los aspectos socioculturales donde interviene las normas, los valores, los roles y los estereotipos (p. 28)

 **2.1.3 Concepciones de la sexualidad femenina**

Tradicionalmente cuando se habla de sexualidad en las mujeres, las tendencias teóricas han sugerido una aproximación moralista que apunta fundamentalmente hacia la maternidad. Para Ibarlucía (1987) “en la mujer, su sexualidad se ha ido fuertemente ligando simbólicamente o imaginariamente a la maternidad” (p.1). Se considera que la sexualidad para la mujer representa la forma de darle perpetuidad a la especie, asignándole el rol de madre como un estigma. Sobre esto Lagarde (1992) describe que “a las mujeres se nos clasifica desde la reproducción y se asigna un destino a nuestro órganos sexuales, a los cuales se nombra como órganos de reproducción” (p.6).

De manera tal, a partir de la cultura y la sociedad, a la feminidad se le ha vetado su conexión con la sexualidad y el placer sexual. Se ha designado a la mujer como símbolo de castidad y su sexualidad queda justificada cuando el acto sexual permite la procreación. Sin embargo desde la misma sociedad esta percepción moral ha encontrado una especie de excepción para el género masculino al que se le permite acercarse a la sexualidad para encontrar el placer, el amor, la satisfacción de impulsos biológicos entre otras cosas, mientras que “las chicas son educadas como miembros de un grupo social minoritario, o que crea en ellas actitudes de dependencia y pasividad, sobre todo se reprime su sexualidad y se las educa con vistas al matrimonio” (Pérez, 2005, p. 297)

Con respeto a ello, ya a principios del siglo XX Freud (1932) comentaba en su Conferencia sobre la Feminidad como a ésta se la ha otorgado un rol pasivo y como había que comprender la elección de objeto de la mujer a partir de su falta, brindándole un mayor poderío al falo; así Freud menciona que “en la mujer sigue participando el efecto de la envidia del pene, pues ella no puede menos que apreciar sus encantos como tardío resarcimiento por la originaria inferioridad sexual” (Freud, 1932, 122).

Este planteamiento contribuye en la percepción de inferioridad de la mujer como ser sexual, además de que se le añade un papel de objeto, por lo que su sexualidad esta en función del otro de quien debe obtener el falo; el cual finalmente alcanza a través del otro: del niño que engendra. Así Irbalucía (1987) comenta que “la mujer en el psicoanálisis es definida por la falta, ella nace naturalmente castrada” (p. 8)

De este modo se construye, se socializa y se crea una imagen de mujer que parte de su conformación biológica, pues su fin es la reproducción, por lo que la sexualidad femenina está ubicada primordialmente en función de la maternidad alienándola del placer sexual. Todo esto habla de una ideal de la mujer, quien se haya escindida, desarrollando su ser a través del otro, a quien dirige su afecto en detrimento de su sexualidad y de la ganancia de satisfacción, debido a que “toda la libido de la mujer se ha de poner al servicio de la maternidad, no del goce de su sexualidad. Es solamente en ese sentido que su sexualidad no le ha de suscitar culpa no vergüenza” (Ibarlucía, 1987, p. 4)

Todos estos elementos intervienen al momento de conformarse la identidad de la mujer como ser sexual, quien incorpora a su mundo mental estas creencias que surgen de la socialización dando forma a su ser. Para Basaglia (1983) la sexualidad de la mujer parte de

Ser considerada cuerpo-para-otros, para entregarse al hombre o procrear, ha impedido a la mujer ser considerada como sujeto histórico-social, ya que su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad esencialmente para otros, con la función específica de la: reproducción. (c.p.Lagarde,1992, p. 11)

Así, considerando que la sexualidad femenina se construye desde la subjetividad la cual posee todo un bagaje social que sitúa a la mujer en la pasividad y la sumisión, su sexualidad queda contenida alrededor de su cuerpo, el cual se convierte en objeto para otros.

* + 1. **Procesos subjetivos de la sexualidad**

Para la Organización Mundial de la Salud (2000) la sexualidad está conformada por elementos que le permiten al ser humano expresarse, por ende la define como:

una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción .Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. (p.6)

Este concepto permite entender que la sexualidad arrastra consigo la manifestación y la expresión de un conjunto de elementos que orientan la forma en que se produce la vivencia sexual. Cada uno de los factores que intervienen en la sexualidad corresponde a símbolos, significados y representaciones que los individuos van elaborando a partir de la integración de los eventos que se producen en el medio social y del mundo interno.

Por todo lo expuesto, es fundamental que la comprensión de la sexualidad se realice desde una perspectiva integradora que permita entender cómo cada uno de los componentes de la sexualidad conforman un sistema integral, que mantiene vínculos complejos desde donde parten una serie de dinámicas que constituyen la subjetividad en la sexualidad.

Rubio (1994) realiza una propuesta teórica en la que establece que “la sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal” (p. 2)

Estos componentes hacen referencia a las percepciones, sensaciones y construcciones mentales que los individuos han elaborado desde su experiencia, lo que permite establecer que los procesos subjetivos que intervienen en la vivencia de la sexualidad son: la reproductividad humana, el género, el erotismo, la vinculación afectiva. A estos se agrega un quinto factor denominado imagen corporal, el cual se añade luego de considerar que este factor interviene en las vivencias sexuales.

 Al hablar de los procesos subjetivos de la sexualidad, se puede iniciar mencionando la reproductividad como componente de la misma. Esta facultad de los seres humanos se alcanza por medio del acto sexual, por lo que se está incorporando la perspectiva biológica que tradicionalmente se ha asociado a la función de la sexualidad. Lamas (2001) comenta que la reproductividad como potencialidad de la sexualidad hace referencia a “la posibilidad humana de producir individuos que en gran medida sean similares a los que la produjeron, como las construcciones mentales sobre esta posibilidad” (p. 76)

En el caso de las mujeres, esta potencialidad hace referencia a la maternidad, como evento mediante el cual se llega a la práctica de la reproductividad y alrededor de la cual se crea un conjunto de imágenes. Estas imágenes hacen referencia a la construcción de las condiciones económicas, sociales, culturales y jurídicas, las cuales se han asimilado como requerimientos básicos para el ejercicio de la maternidad

Retomando la propuesta los *holones* de la sexualidad, ésta incorpora al género, término que alude a la identificación mental que el individuo ha formado de sí mismo, asumiendo así, comportamientos y acciones en función de la percepción que posee sobre sí. En el ámbito de la sexualidad, el género comprende las prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que “las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatomo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales” (Hierro, 2005, p. 220)

El reconocimiento del género deviene de las construcciones sociales, la cuales se integran a las concepciones del ser, que se hallan en el mundo interno. De la confluencia de estos elementos se desprende la identificación del individuo desde donde se define a sí mismo como perteneciente a la feminidad o masculinidad, evento que “le permite a los individuos organizar su autoconcepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género”(OMS, 2000, p.7), además de orientar la forma en que se expresan los comportamientos, pensamientos, fantasías o deseos sexuales

Por otra parte, se reconoce que el erotismo es una experiencia presente en la vivencia de la sexualidad. Representa un proceso subjetivo que está integrando la percepción corporal, la satisfacción, el placer, la excitación y el orgasmo. Este componente es vinculado con lo pornográfico que comprende la descripción mecánica corporal del encuentro amoroso, razón que ha propiciado el distanciamiento de la feminidad sobre este aspecto que hace referencia a la prostitución. No obstante, el erotismo representa una potencialidad del ser humano que, según Hierro (2005), atañe a “la liberación de la libido, la conservación de la emoción y abarca infinidad de manifestaciones afectivas y estéticas” (p. 232)

La vinculación afectiva, es también presentada como un proceso subjetivo que se despliega al presentarse una conexión con otro, con quien se mantienen diversos vínculos y sentimientos- como el amor- que rodean la vivencia sexual. Rubio (1994) hace referencia a la vinculación afectiva como “la capacidad de sentir afectos intensos por otros, ante la disponibilidad o indisponibilidad de ese otro/a, así como las construcciones mentales alrededor de los mismos” (p. 6). Ésta puede experimentarse a través de las relaciones de pareja en las cuales el afecto circundante es el amor que supone “el contenido supremo de la afectividad, la preocupación por el otro y el olvido de sí mismo en la entrega mutua” (Hierro, 2005, p. 232)

En cuanto a la imagen corporal, ésta no forma parte del desarrollo teórico de los holones de la sexualidad, no obstante, tomando en cuenta el planteamiento de Guillén (1997) quien habla de que “la proyección de la imagen del espejo permite, inicialmente, la identificación de sí mismo; luego, en otro momento, propicia la identificación con el semejante” (p. 228) se hace relevante incorporarla como parte de los procesos que interactúan en la vivencia de la sexualidad, debido a que, ésta constituye la percepción del propio cuerpo, sobre la cual se han incorporado diversos significados que intervienen en la relación que se mantiene con el sí mismo y da a conocer las formas subjetivas que interviene durante el vínculo con el otro; además permite conocer cómo se encuentran la valoración propia y la autoestima.

 En conclusión cada uno de estos componentes forma parte de la subjetividad debido a que están interactuando entre sí, convirtiéndose en los factores mediadores de la forma de expresar, ser y vivir la sexualidad. Permitiendo de este modo, la aproximación hacia las realidades y las dinámicas que dan razón a los comportamientos del ser humano en este ámbito.

* 1. **El cáncer**

**2.2.1 Cáncer como enfermedad**

En términos generales, el cáncer es una enfermedad crónica que se caracteriza por una excesiva producción de células malignas en el organismo. Silenciosamente, se presenta una continua división y acumulación de células dañinas, formando tumores que comprimen, invaden y destruyen el tejido normal.

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (1991), la replicación de las células cancerosas ocurre cuando:

El material genético ([ADN](http://www.cancer.gov/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=45671&version=Patient&language=Spanish)) de una célula sufre una alteración, lo cual produce [mutaciones](http://www.cancer.gov/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=46063&version=Patient&language=Spanish) que afectan el crecimiento y la división normales de las células. Cuando esto sucede, las células no mueren cuando deberían morir y células nuevas se forman cuando el cuerpo no las necesita. Las células que sobran forman una masa de tejido que es lo que se llama [tumor](http://www.cancer.gov/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=46634&version=Patient&language=Spanish) (p.1)

La proliferación en la producción de células malignas representa la característica esencial del cáncer. Hasta el presente, ni la biología ni la medicina han logrado desarrollar suficientes conocimientos sobre los mecanismos que intervienen y determinan los procesos reproductivos de las células anormales. En palabras de Richards (1978) “a diferencia del proceso de reproducción celular, en la proliferación de las células cancerosas pareciera que éstas no ‘saben’ cuando detener la división celular, reproduciéndose así de forma anárquica” (p. 68)

Las células cancerígenas tienen la habilidad de desplazarse alrededor del cuerpo a través de los sistemas sanguíneo y linfático, por lo que pueden aparecer en lugares del organismo muy distantes del punto donde se originan. El proceso de emigración y nueva residencia que adopta la célula maligna es denominado metástasis.

La etiología de la enfermedad oncológica no presenta una definición *per se*. Sin embargo, existen diversas hipótesis que plantean que su aparición y las causas de su desarrollo pueden estar vinculadas a: factores hereditarios, acumulación de mutaciones somáticas y celulares, derivaciones anormales a consecuencia de virus, factores hormonales, inmunitarios y nutritivos. (Valera, 2002)

Existen aproximadamente 100 subtipos de este padecimiento y es por ello que el citado Instituto Americano de Cáncer (1991) ha propuesto las siguientes categorías:

**Carcinoma**: cáncer que se inicia en la piel o en tejidos que revisten o cubren los órganos internos.

**Sarcoma**: cáncer que empieza en hueso, en cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.

**Leucemia**: cáncer que comienza en el tejido en el que se forma la sangre, como la médula ósea, y causa que se produzcan grandes cantidades de células sanguíneas anormales y que entren en la sangre.

**Linfoma y mieloma**: cánceres que empiezan en las células del [sistema inmunitario](http://www.cancer.gov/Common/PopUps/popDefinition.aspx?id=46356&version=Patient&language=Spanish).

**Cánceres del sistema nervioso central**: se inicia en los tejidos del cerebro y de la médula espinal. (p. 1)

La enfermedad oncológica no siempre es fácil de detectar; Silverstein, Silverstein y Silverstein (2006) describen que “dependiendo del tipo de cáncer, los síntomas varían mucho y algunos de ellos pueden ser similares a aquellos que se presentan en el resfriado común, la influenza, la mononucleosis o alguna otra enfermedad” (p. 17).

El diagnóstico del tipo de cáncer y estadio del mismo determinan el esquema de tratamiento a seguir para atacar las células malignas, reducir o acabar las formaciones tumorales y la multiplicación de células cancerosas en el organismo.

En este sentido la ciencia médica ha desarrollado diversos métodos, entre los cuales se puede mencionar, en primer lugar, la cirugía. Este procedimiento pretende, según Valera (2002) “extirpar el tumor primario y las metástasis regionales” (p.22); no obstante, la cirugía sólo puede realizarse cuando el personal médico ha determinado que el tumor localizado es catalogado como operable.

La radioterapia constituye otro método oncológico y es aplicado cuando se determina que el tumor cancerígeno es radiosensible. En ocasiones, es utilizado como tratamiento complementario a la cirugía. Esta terapia está diseñada para combatir las células cancerígenas con radiaciones que atacan las formaciones tumorales, sin provocar daños sobre los tejidos sanos cercanos al tumor.

La quimioterapia, por otra parte, consiste en el suministro de fármacos de alta potencia terapéutica para disminuir el tamaño de los tumores, contrarrestando la producción de células malignas. Otras técnicas empleadas las constituyen los tratamientos hormonales y la inmunoterapia.

Sin embargo, pese a la prevención primaria y la existencia de estos procedimientos, aún se registran cifras muy altas de incidencia del cáncer, por lo que este flagelo se ubica entre las primeras causa de muerte a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, para 2008 “se le atribuyen 7,6 millones de defunciones” (p. 1). Mientras que en Venezuela, se siguen presentando índices considerables de esta epidemiología, según Capote (2006):

El cáncer constituye en Venezuela una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, hasta tanto, que una de cada cuatro personas si alcanza la edad de 74 años, puede padecer alguna de sus variedades y una de cada siete tiene el riesgo de morir por cáncer (p. 1).

El porcentaje de afectados ubica al cáncer como la segunda causa de muerte de la población venezolana, siendo sólo superada por las afecciones cardíacas.

**2.2.2 Cáncer de mama**

Existen referencias de la presencia del cáncer de mama en las mujeres desde hace siglos. Hipócrates en año 450 a.c. hace mención a este tipo de cáncer al atender a una mujer que presentaba flujo sanguíneo por un pezón. Más adelante, en el año 150 d.c, Galeno encontró que sus pacientes presentaban diversos quistes en la zona mamaria, lo que lo llevó a comentar que “muchas veces vimos tumores en las tetas que tenían forma y figura de cangrejo… porque tiene muchas patas en cada parte” (c.p Junceda, 1988, p. 13)

El estudio de este tipo cáncer se fue extendiendo a medida que su patología se hizo más frecuente. Para el siglo II, Leónidas de Alejandría describió que la retracción del pezón representaba un signo importante entre las características malignas del tumor mamario.

La continua aparición de esta afección impulsó el desarrollo de diversas técnicas para el tratamiento y extirpación de los tumores mamarios. A mediados del siglo XVI Marco Aurelio Severo inició una campaña proponiendo la extirpación de los tumores benignos como medida preventiva ante la aparición de células malignas. Conjuntamente con los avances en la cirugía, se aplicó la administración de fármacos como terapia coadyuvante. Durante el siglo XVII se promovió el uso de mercurio, posteriormente la administración de arsénico y luego la aplicación de belladona (Junceda, 1988, p. 15)

El avance de estos estudio se ha extendido hasta nuestros días, cuando la Organización del Cáncer de Mama (1992) ha definido esta patología como **“la presencia de un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias” (p.1). Se considera que la presencia de tumoraciones es consecuencia de los cambios genéticos que sufre la célula mamaria, como estructura que va a experimentar un desarrollo y reproducción acelerados. La modificación que padece la célula mamaria, en ocasiones, es de carácter maligno, pudiendo invadir el tejido sano de las cavidades de los senos, generándose de este modo una anomalía en el organismo.**

El desarrollo del cáncer mamario puede tener origen en diversas zonas del tejido del seno, por lo que se ha formulando una clasificación al respecto. Durán y Vega (2007) han descrito los diferentes tipos de cáncer de seno, presentando en primer lugar al carcinoma ductal *in situ* que se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios; es muy localizado, no se ha extendido a otras zonas ni ha producido metástasis. Un segundo tipo de cáncer de mama lo compone el carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) que se presenta inicialmente en el conducto mamario, pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama llegando a extenderse hacia otras partes del cuerpo.

Existe el carcinoma lobular *in situ*, que se produce en las glándulas mamarias y no es de carácter maligno. Sin embargo, su presencia aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un tumor maligno en el futuro. Se encuentra, además, el carcinoma lobular infiltrante, que comienza en las glándulas mamarias, cuyo desarrollo puede ocupar y destruir otros tejidos del cuerpo. Por último, esta clasificación incluye al carcinoma inflamatorio, cuya aparición es poco común y representa un cáncer agresivo y de rápido crecimiento. (Durán y Vega, 2007)

 El descubrimiento temprano de la enfermedad repercute, en gran medida, en los índices de mortalidad. En la tabla 1 puede observarse la categorización que presenta la Organización de Cáncer de Mama (1992), utilizada para obtener una mejor evaluación y pronóstico:

**Tabla 1**

**Estadios del cáncer de mama**

|  |  |
| --- | --- |
| Estadio 0 | Las células cancerosas permanecen dentro del conducto mamario y no invaden el tejido mamario normal que se encuentra próximo. |
| Estadio I | El tumor tiene 2 centímetros o menos y se encuentra limitado a la mama (los ganglios linfáticos no están afectados). |
| Estadio IIA | No hay ningún tumor en la mama, pero se detectan células cancerosas en los ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo). O el tumor mide 2 centímetros o menos y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares; el tumor mide entre 2 y 5 centímetros y no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares. |
| Estadio IIB | El tumor mide entre 2 y 5 centímetros y se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares. El tumor mide más de 5 centímetros pero no se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares. |
| Estadio IIIA | No se detecta ningún tumor en la mama. El cáncer se encuentra en los ganglios linfáticos axilares que están adheridos entre sí o a otras estructuras, o se encuentra en los ganglios linfáticos cercanos al esternón o el tumor es de cualquier tamaño. El cáncer se ha propagado hacia los ganglios linfáticos axilares, los cuales están adheridos entre sí o a otras estructuras, o se encuentra en los ganglios linfáticos cercanos al esternón. |
| Estadio IIIB | El tumor puede ser de cualquier tamaño y se ha propagado a la pared torácica o a la piel de la mama y puede que se haya propagado hacia los ganglios linfáticos axilares que están aglutinados entre sí o adheridos a otras estructuras, o el cáncer pudo haberse propagado hacia los ganglios linfáticos cercanos al esternón. |
| Estadio IIIC | Puede que no haya indicios de cáncer en la mama o un tumor puede ser de cualquier tamaño y haberse propagado hacia la pared torácica o a la piel de la mama; el cáncer se ha propagado hacia los ganglios linfáticos sobre o debajo de la clavícula. El cáncer puede haberse propagado hacia los ganglios linfáticos axilares o hacia los ganglios linfáticos cercanos al esternón. |
| Estadio IV | El cáncer se ha propagado (metastatizado) hacia otras partes del cuerpo. |

Según cifras internacionales, entre 8% y 9% de las mujeres desarrollan cáncer de mama. Específicamente, en la población norteamericana, se ha establecido que aproximadamente una de cada ocho mujeres desarrolla cáncer de mama invasivo en el transcurso de su vida.

En el contexto venezolano se conoce que esta variedad de cáncer se ubica como la segunda causa de mortalidad, después del cáncer de cuello uterino. Cabe acotar que aproximadamente el 30% de las mujeres diagnosticadas se encuentra en estadios avanzados o metastásicos (Acevedo, Bonilla, Rodríguez y Palacios, 2007).

**2.2.4. Mastectomía: tratamiento del cáncer de mama**

Una vez establecido el diagnóstico en alguno de los estadios mencionados, se debe iniciar el tratamiento con sesiones de quimioterapia o radioterapia según la prescripción del médico oncólogo tratante.

Es común que las mujeres con cáncer de mama deban someterse a la intervención quirúrgica destinada a la extirpación del tumor mamario, denominada mastectomía, la cual consiste en “la extirpación total de la mama, algunos ganglios axilares del mismo brazo de la mama y una pequeña sección del músculo pectoral”. (Durán y Vega, 2007, p. 21).

Esta técnica quirúrgica comenzó a practicarse a finales del siglo I por Celso, quien creía que el tratamiento de los tumores en las cavidades mamarias, podía llevarse a cabo por medio del proceso de “exéresis de los músculos pectorales” (Junceda, 1988, p. 13). Celso presentó la primera categorización del cáncer mamario en estadios, determinando inoperable el grado IV. Para mediados del siglo III, Pablo de Egina añade al tratamiento el raspado de los ganglios axilares.

En el siglo XVII, Fabricio de Acquapedente promovió la realización de la cirugía radical, que consiste en la extirpación de los ganglios axilares conjuntamente con la mastectomía. Tal modalidad quirúrgica se propagó a través de los siglos. Por su parte Halsted y Meyer, en 1890, introdujeron la mastectomía radical como intervención reglada, lo que significaba el advenimiento del tratamiento radical contra el cáncer de mama.

Actualmente existen diversos tipos de mastectomía, dependiendo del grado de intervención que requiere el órgano mamario. Los autores De Val Gil; López; Rebollo; Utrillas y Minguillón (2001) las definen como:

Mastectomía radical: consiste en la extirpación de la glándula mamaria, ambos pectorales y vaciamiento axilar completo. La incisión empleada era vertical, y los resultados estéticos eran pésimos

Mastectomía radical modificada: también denominada mastectomía radical modificada de Patey, en ella se extirpa la glándula mamaria con el pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo. Otro procedimiento es la mastectomía radical modificada de Madden y Auchincloss, en la que se extirpa la glándula mamaria sin pectorales con vaciamiento axilar a poder ser completo. La incisión empleada es horizontal, con lo cual se mejora el resultado cosmético. Es la que más se realiza en la actualidad

Mastectomía simple: Consiste en la extirpación de la glándula mamaria, sin vaciamiento axilar, a través de una incisión generalmente horizontal. Este tipo de mastectomía tiene una indicación o finalidad más paliativa que curativa, es decir, de limpieza en la mayoría de las ocasiones

Mastectomía subcutánea: Se trata de la extirpación de la mayor parte de la glándula mamaria conservando la piel, pezón y areola, sin realizar vaciamiento axilar.

Mastectomía profiláctica: extirpación del tejido mamario como una medida más dentro del marco de la prevención del cáncer de mama*. (*p. 57)

La amputación de la mama por la mastectomía, puede generar secuelas psicológicas que, a su vez, interfieren en los terrenos de la autoestima, la identidad femenina, la imagen corporal y las relaciones afectivo-sexuales de la mujer que la padece.

* 1. **El Cáncer y la Psicología**
		1. **El paciente oncológico y sus emociones**

El diagnóstico de cáncer conlleva un impacto psicológico muy importante. Las personas deben enfrentarse a una enfermedad sobre la que no se posee un método certero de curación. Esto puede incentivar la aparición de fantasías, pensamientos y emociones discordantes. Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quincero (2007) mencionan que existen “ciertos factores psicológicos asociados al cáncer, como la presencia de altos niveles de depresión, indefensión y pesimismo” (p. 53).

Por su parte, Rodríguez (2006) expone algunas de las reacciones psicológicas que pueden observarse en los pacientes diagnosticados con cáncer:

Tienden a interpretar la situación como una amenaza para diferentes aspectos de su existencia: su vida, su integridad corporal, su capacidad. También se dan varias circunstancias que resultan difíciles para los pacientes como la posibilidad de sufrir dolor físico, la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, el tener que modificar roles socioprofesionales, la posible separación de la familia, las hospitalizaciones y pruebas diagnósticas, los tratamientos, la necesidad de comprender una nueva terminología médica, el tener que tomar decisiones en momentos de estrés, la necesidad de depender de otros, la posibilidad de tener que modificar su concepto del tiempo, perder intimidad física y psicológica, etc (p. 29).

 El padecimiento y diagnóstico de la enfermedad oncológica provocan alto estrés en el paciente. Generalmente, la nueva situación que se genera tiene repercusiones sociales y emocionales muy fuertes.

Según Bayés (1991, c.p. Rodríguez, 2006) el cáncer supone, con frecuencia, una situación de estrés, con cuatro características esenciales:

Incertidumbre: el paciente se enfrenta a una situación en la que no sabe qué sucederá en el futuro en relación con su enfermedad, su vida y con el tipo de tratamientos utilizados.

Sentimientos negativos: como miedo, tristeza o ansiedad.

Pérdida de control: la cual genera indefensión y sensación de que no puede influir en los tratamientos.

Amenazas a la autoestima: por cambios en el cuerpo, incapacidad de trabajar, alteraciones de tipo sexual, etc. (p.29)

Tales afecciones, muchas veces van más allá de las preocupaciones por las consecuencias físicas o anatómicas que desencadena la enfermedad. En palabras de Nobles y Brunal (2009):

 La vivencia del cáncer es altamente estresante, debido a que obliga a la persona a enfrentarse con temas tan amplios como la muerte, el sufrimiento, el dolor, el deterioro, la transcendencia, temas en los cuales cada una de las personas afectadas debe encontrar la respuesta y un sentido personal (p. 103)

Son diversos los estudios que han establecido que esta enfermedad acarrea alteraciones psicológicas producto de las preocupaciones, miedos, cambios en el estilo de vida y el consiguiente malestar psicológico del paciente. El miedo puede presentarse como la emoción principal que rodea todo el padecimiento, y puede irse modificando a medida que va progresando la enfermedad. Según Barroilhet, Forjaz y Garrido (2005) los miedos, al inicio de la enfermedad, pueden tener más relación con la intervención quirúrgica o con alteraciones de la imagen corporal. Más tarde, las personas presentan miedo a la recurrencia de la enfermedad. Sin embargo, el miedo a la muerte puede estar presente durante todas la etapas de la enfermedad (p. 74)

Las alteraciones asociadas a los cambios en el estilo de vida, están referidas básicamente al proceso de adaptación que debe desarrollar el paciente al enfrentarse a la reducción de sus niveles de funcionamiento y de su capacidad para realizar las tareas habituales. Por otra parte, el malestar psicológico o distrés que manifiestan se asocia a emociones desagradables, tales como malestar extremo, depresión, ansiedad, crisis de angustia, vulnerabilidad o tristeza.

La depresión y la ansiedad son factores a considerar cuando se está realizando una aproximación psicológica en estos pacientes. Diversos autores dan cuenta de que la depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en pacientes con enfermedades físicas, incluyendo el cáncer (Robles, Morales, Jiménez y Morales, 2009).

Específicamente, en relación con la depresión, puede determinarse cuando se observan emociones y sensaciones disfóricas. Como mencionan Barroilhet et al (2005) “la depresión en el cáncer suele asociarse a pensamientos negativos intrusivos relacionados con temas de enfermedad y muerte, que a la vez contribuyen a que el paciente mantenga estrategias de afrontamiento poco adaptativas y una visión negativa del fututo” (p. 74)

El distrés es otro factor que se presenta con mucha frecuencia en los pacientes oncológicos. Conjuga una serie de emociones que conforman, en términos generales, el malestar que sienten los pacientes. Según Barroilhet et al (2005) el distrés puede definirse como “una experiencia emocional desagradable de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional) social y/o espiritual, que puede interferir con la capacidad de afrontamiento del cáncer, de sus síntomas físicos y su tratamiento” (p. 76).

Para Almanza, Juárez, Silva y De la Huerta (2009) el distrés:

es motivado por diversos factores que van desde la sospecha del diagnóstico de cáncer, el duelo por la pérdida de la salud actual y por pérdidas anticipadas, el miedo a la muerte, la preocupación por los seres queridos, el efecto de diversas modalidades de tratamiento, así como la preocupación inherente al estado de supervivencia por el temor a la recidiva (p.149)

**2.3.2 Psico-oncología: Intervención terapéutica al paciente con cáncer**

La psico-oncología es una rama de la psicología, con un largo desarrollo, que se ha enfocado en ofrecer ayuda psicológica al paciente para atender sus necesidades y ayudarlo a tramitar sus reacciones y emociones, una vez que conoce el diagnóstico de cáncer.

Arbizu (2000) define esta especialización en la psicología como “una disciplina que aplica la psicología en una enfermedad como el cáncer y se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia e investigación” (p. 174).

Para Barroilhet et al (2005), la tarea de la psico-oncología

Se centra en las dimensiones psicológicas, sociales y conductuales del cáncer desde dos perspectivas: en las condiciones psicológicas, sociales y conductuales que influyen en la morbilidad y mortalidad; y en las respuestas psicológicas de los pacientes y sus familiares en cada fase de la enfermedad (p. 72)

La aproximación que se realiza hacia una persona con cáncer está diseñada para tratarlo en su totalidad. El enfoque terapéutico no sólo se centra en la enfermedad, sino también se preocupa por atender las reacciones del paciente, proporcionándole cuidado clínico y emocional.

Canelones (2005) menciona que la intervención psicológica que se realiza en el paciente oncológico debe abordar temas como:

Descontaminar de creencias destructivas el significado de la enfermedad; facilitar la adhesión al tratamiento biomédico, facilitar la expresión de miedos, preocupaciones anticipadas de la persona con el diagnóstico y su familia, prevención y/o tratamiento de estados depresivos, detectar y atender problemas psicológicos, como ansiedad, depresión, dificultades de comunicación entre el enfermo y los familiares, acompañar a la persona en el proceso de morir y a los familiares en el procesamiento del duelo para prevenir complicaciones (p. 1).

Lo que se pretende es promover en los pacientes la adaptación psicosocial a la enfermedad. Esta adaptación corresponde al proceso por el cual aprende a manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener un control sobre los eventos a los que se vincula esta afección

La psico-oncología se vale de diversas técnicas para la atención de los pacientes entre las que se encuentran: la incorporación de herramientas psico-educativas; terapia al paciente y/o a su familia y la terapia grupal. Estos instrumentos se utilizan bajo el precepto de que “la expresión emocional es un determinante de la evolución positiva en la conducta del enfermo ante la enfermedad de cáncer” (Lipowskiz, 1969, p. 1196).

La intervención psicológica puede efectuarse en diferentes etapas de la enfermedad. Los focos a tratar varían para cada una de estas fases, adaptándose a la necesidad del paciente. En este sentido, Rojas (2006) presenta el siguiente esquema de intervención, el cual constituye un protocolo de atención:

I. Fase de Diagnóstico

Objetivo: Facilitar que la paciente y su familia se adhieran correctamente a los protocolos médicos, tengan la información adecuada y se puedan diagnosticar a tiempo eventuales problemas psicológicos- psiquiátricos.

II. Fase de Tratamiento

Objetivo: Controlar y manejar los efectos secundarios psicológicos (angustia, fobia, ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios, etc.) asociados a los tratamientos médicos; orientando también a la paciente y a su familia directa frente a las reacciones emocionales propias de este escenario.

III. Fase Libre de Enfermedad

Objetivo: Ayudar a afrontar mejor las preocupaciones de las pacientes a través de sus preguntas y dudas, estableciendo protocolos de información claros. También proporcionar estrategias para facilitar su reincorporación a la vida cotidiana

IV. Fase de Supervivencia

Objetivos: Facilitar la adaptación a las secuelas físicas, psicológicas y sociales que haya podido provocar la enfermedad. Facilitar la reincorporación a las actividades e intereses significativos para la paciente.

V. Fase de Recidiva

Objetivos terapéuticos: Prevención y tratamiento de psicopatologías. Facilitación de la adaptación al nuevo estado de la enfermedad. Establecer las necesidades emocionales de la familia frente a la recaída.

VI. Fase final de la vida

Objetivos: Colaborar en el control de síntomas físicos como el dolor, náuseas, etc. Detectar y atender dificultades psicológicas y sociales que el paciente y su familia puedan presentar. Acompañar al paciente en el proceso de morir y a su familia en la elaboración del duelo. (p. 196)

El apoyo psicológico en el campo de la oncología puede realizarse a través de estrategias como la facilitación de información, la educación para la salud, la enseñanza de habilidades adecuadas de afrontamiento, técnicas de ventilación de emociones, corrección de pensamientos distorsionados, y la enseñanza de técnicas de control de la ansiedad.

Almanza, et al (1999) aseguran que es posible acercarse al enfermo oncológico desde la corriente psicodinámica debido a que éste experimenta “una amenaza básica a su integridad narcisista, sensación de pérdida de control al percibir la poca influencia que posee sobre los cambios corporales; lo cual a su vez condiciona dependencia y un consecuente miedo al abandono” (p. 210)

El enfoque psicodinámico en psico-oncología pretende evaluar el funcionamiento de los mecanismos de defensa con el propósito de trasformar algunas defensas y reforzar otras para, así, incentivar el fortalecimiento del Yo. En este marco, los autores Almanza, et al (1999), describen que cada una de las fases en las que puede situarse el enfermo de cáncer debe ser abordada de manera que genere un cambio favorable. Se propone que durante la primera fase -de diagnóstico- la terapia se enfoque en el fortalecimiento del Yo y la adaptación a la crisis. En la segunda, la aproximación psicológica deberá abordar las defensas y la necesidad de dependencia.

Para la tercera fase -de recurrencia- se sugiere estar atento a las emociones tales como el enojo, la depresión, ansiedad y/o estrés, así como a la posible presencia de negación como defensa. En la cuarta fase, o fase terminal, la intervención debe basarse en el entendimiento de las transferencias omnipotentes, la defensa contra la pérdida objetal, así como escuchar y atender al paciente para proporcionar una relación de apoyo. (Almanza, et al ,1999)

**2.3.3 El cáncer de mama y las reacciones psicológicas (depresión, ansiedad e imagen corporal)**

La información que reciben la*s* mujeres sobre el padecimiento de cáncer mamario por lo general lleva a la aparición de sentimientos de angustia y miedo asociados a la muerte, a la situación de enfermedad y a los tratamientos médicos. Es posible que aparezcan temores y angustias relacionados con las consecuencias del tratamiento, tales como: la pérdida de la mama, del cabello; variaciones de peso y cansancio, entre otros. Kissane y colaboradores en 1998 (c.p Vázquez, et al, 2010) describen como resultado de sus investigaciones que 54 por ciento de las mujeres con diagnóstico de cáncer tienen ansiedad, depresión o ambas; además de sentirse menos atractivas, presentan un significativo nivel de estrés referido a la pérdida de cabello y a la pérdida del interés sexual

Innumerables investigaciones coinciden en que los problemas que se presentan con más frecuencia, están asociados a la imagen corporal, la autoestima y a la depresión. En la psico-oncología se reconoce que dichas alteraciones pueden ser consecuencia directa de los cambios fenotípicos, producto de la enfermedad.

Raich (1999 c.p. Fernández, 2004) expone que la imagen corporal, es un constructo complejoque incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (p. 156).

En este sentido, el diagnóstico y tratamiento correspondientes provocan una modificación en el aspecto físico que repercute en la percepción del propio cuerpo, al existir una disonancia entre la visión subjetiva del mismo y el cambio palpable producido por la enfermedad. Díaz (2009) explica “la representación que cada sujeto tiene de su cuerpo es única e incide en cómo vive la experiencia de una enfermedad” (p. 156).

La experiencia de cáncer de mama con mastectomía puede tener una fuerte repercusión en el ámbito social de las mujeres. Algunas de ellas, al sentir vergüenza o incomodidad con su propio cuerpo, optan por el aislamiento para no exponerse ante la mirada de los demás. De acuerdo con Vázquez, et al (2010) “el estrés emocional que supone afrontar la enfermedad y la insatisfacción relacionada con la propia imagen corporal, pueden incidir en una disminución de la motivación de las pacientes a la hora de involucrarse” (p. 435).

Luego de someterse a la mastectomía las mujeres sufren una serie de reacciones entre las cuales es frecuente el deterioro de la comunicación con sus seres cercanos y sobre todo con la pareja. Durán y Vega (2007) mencionan que:

Se da la paradoja de que la mujer puede sentirse afectada si el marido la mira al desnudarse, por si tiene sensaciones desagradables, pero también si no la mira, pues se siente rechazada. Todo esto obstaculiza la comunicación entre ambos, lo que puede generar una serie de malentendidos, si no se aclara a tiempo (p.23)

Pueden presentarse, además, otras dificultades en áreas como la sexualidad. El eventual distanciamiento por falta de comunicación con la pareja, además de las angustias asociadas a las fantasías desencadenadas luego de la mastectomía, podrían repercutir en la disminución del contacto con la sexualidad, ya que “estos tipos de tumores afectan partes del cuerpo que están llenas de representaciones subjetivas y culturales que remiten, entre otras, a la feminidad y a la maternidad” (Díaz, 2009, p.156) percepciones que entran en juego en la vivencia de la sexualidad.

Según Fernández (2004) la satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto como la imagen que se tienen de sí mismo, así como la forma de relacionarse con el entorno, razón por la cual el deterioro en la percepción de la imagen corporal, la disminución de la autoestima y el concepto de sí misma, puede afectar el vínculo con el otro, en detrimento de la sexualidad.

* 1. **Sexualidad y Cáncer**

**2.4.1 El cáncer de mama y la sexualidad**

Diversos estudios sobre sexualidad y cáncer de mama refieren que aproximadamente la mitad las mujeres presentan una disfunción sexual que puede extenderse por largo tiempo. Henson (2002) menciona en su investigación que:

La etiología de la disfunción sexual que presenta la paciente con cáncer no ha sido bien estudiada, el problema pareciera ser de carácter multifactorial. En pacientes con cáncer de mama el problema de la sexualidad, como elemento que afecta la calidad de vida de la paciente, aparentemente dependen de la edad de la paciente, el tipo de diagnóstico y el tipo de tratamiento al cual se somete (p. 270)

Específicamente en las mujeres con cáncer de mama mastectomizada se reportan, frecuentemente, dificultades en el ajuste sexual. Según Vázquez, et al (2010) entre las molestias que perciben se encuentra, en un treinta y cinco por ciento de los casos, falta de deseo sexual, mientras que un veintidós por ciento presenta dificultad para relajarse, disfrutar de las relaciones sexuales; dificultades de excitación y dificultades para lograr el orgasmo.

Gran parte de estas alteraciones pueden ser explicadas como consecuencia de los tratamientos aplicados, como es el caso de las terapias hormonales que pueden interferir el desarrollo normal del encuentro coital. Fleming y Kleinbart (2001) mencionan que los efectos secundarios de la quimioterapia, como el vómito, las nauseas, la fatiga, la pérdida del cabello, los problemas con la memoria, la concentración y el aumento de peso, son elementos que pueden incidir en el bajo deseo sexual.

Generalmente, las molestias provocadas por los tratamientos terapéuticos desencadenan cambios en la conducta sexual de las mujeres, observándose una disminución de las relaciones sexuales de hasta doce meses, o incluso cinco años, posteriores a la cirugía (Sheppard, 2008).

Sin embargo, a pesar de que se han descrito alteraciones de la sexualidad luego de la mastectomía, el estudio de Henson (2002) expresa que menos del treinta por ciento de las mujeres que pasaron por una operación de conservación de la mama, reportaron que el cáncer no representó un impacto negativo en sus vidas sexuales. Mientras que más del cincuenta por cierto de mujeres con mastectomía total aseguró haber experimentado un impacto negativo en su vivencia sexual, luego del diagnóstico. Estos datos parecieran indicar que se puede salvaguardar el mundo de representaciones que contiene el órgano mamario si se preservan en el cuerpo partes del seno.

Las causas psicológicas más comunes de la disfunción sexual en las mujeres mastectomizadas, según Fleming y Kleinbart (2001), están asociadas a “la tensión emocional de vivir con estrés, con los síntomas físicos relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer, con la ansiedad relacionada al desempeño sexual y el miedo al rechazo o abandono por parte de la pareja” (p. 216)

Sheppard (2008) describe que las mujeres con cáncer de mama sometidas a una mastectomía perciben “la experiencia como una grave agresión sobre la feminidad y hacia la percepción de sí misma como mujer” (p. 263). De esta manera, según los hallazgos de Fernández (2004), “En el caso de las mujeres con cáncer de mama, como consecuencia de la pérdida de la mama, algunas se sienten menos mujeres o menos femeninas. Se ha identificado una pérdida de actitudes importantes: erotismo y sensualidad” (p. 175)

En el amplio campo de la psicología, la sexualidad ha representado un área de vasto estudio el cual se inició, en gran medida, luego de la presentación de la teoría psicoanalítica freudiana en cuyos postulados se reconoce a está como una energía que direcciona el comportamiento humano; de acuerdo con Pérez (2005) “Las actitudes y los comportamientos sexuales son la expresión de toda la personalidad, y por tanto, son un excelente revelador de la personas, sus valores, de sus actitudes profundas hacia los otros y hacia sí misma, de sus miedos y sus angustias “ (p.293).

Estas concepciones han dado origen al desarrollo del término salud sexual el cual abarca un espectro mayor a la simple consideración del bienestar fisiológico de los seres humanos, siendo presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un área integrada por

El placer, la comunicación, los afectos y en sus manifestaciones se conjugan los elementos socioculturales e históricos como aspectos intrínsecos a la condición humana, de manera que es una realidad intrínseca a la condición humana en todo momento de la vida. Toda persona es un ser sexual, independientemente de la edad o estado civil (CIPD, 1994, p.65).

Este reconocimiento que se hace en torno a la sexualidad permite entender que ella está presente en gran parte de la cotidianidad de los seres humanos, hecho por el cual su estudio se torna pertinente ya que permite comprender y analizar las expresiones comportamentales y formas de pensamiento presentes en los individuos.

Ahora bien, partiendo de estas concepciones, se puede comprender como el influjo de la sexualidad en el comportamiento humano nace de la interacción de componentes internos y externos que se encuentran en constante dinamismo dentro de los individuos, por lo que la sexualidad es construida en la subjetividad. Este señalamiento permite conjeturar que, como componente de la vida, la sexualidad puede presentar variaciones, algunas de las cuales están determinadas por las vivencias tales como el cáncer de mama, afección médica que desencadena una diversidad de modificaciones en la cotidianidad de las mujeres, lo que pudiera implicar modificaciones en el ritmo de vida.

Considerando que el cáncer de mama registra en la actualidad un gran número de mujeres afectadas, además de incluir entre sus tratamientos la extirpación total o parcial del seno, órgano al cual los procesos de socialización y sistema de representaciones han otorgado significados asociados a la sexualidad, pareciera pertinente que esta investigación se enfoque en realizar una aproximación a la realidad, vínculos y subjetividades que se articulan en torno a la sexualidad de las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas.

**III MARCO METODOLÓGICO**

* 1. **Propuesta Paradigmática**

La presente investigación se ubica dentro del paradigma emergente el cual considera que “El comportamiento humano, a diferencia de aquel de los objetos físicos, no puede ser entendido sin hacer referencia a sus propósitos y significados” (Guba y Lincoln, 1994, p. 105)

Esta perspectiva describe una dialéctica que propone alcanzar el conocimiento por medio de la observación, participación e interpretación de la realidad, sin considerarla estática y reductible, sino -por el contrario- reconociendo que en la realidad participan e interactúan elementos del mundo externo, así como elementos que provienen del mundo interno y personal de los sujetos y eventos que están en constante movimiento dentro ella.

En palabras de Martínez (2004), la epistemología del paradigma emergente supone que “el conocimiento será siempre el resultado o fruto de una interacción dialéctica, de un diálogo entre ambos componentes: imagen o estímulos físicos de la realidad exterior y contexto personal interior, objeto y sujeto” (p. 43).

 Siguiendo esta línea de pensamiento vale destacar que el paradigma emergente comprende un enfoque cualitativo en el cual se reconoce que la realidad y los elementos que se mueven en ella son heterogéneos, por lo que los datos son descritos e interpretados en función de los significados que le han sido otorgados. Sobre los datos con los que trabaja en las investigaciones cualitativas, Guba y Lincoln (1994) afirman que:

Las realidades son aprehendidas bajo la forma de múltiples construcciones mentales intangibles, basadas en lo social y en la experiencia, de naturaleza local y específica (a pesar de que sus elementos sean compartidos por muchos individuos, y por muchas culturas), su forma y contenido también dependen de las personas individuales o de los grupos que elaboran estas construcciones. (p.110)

Reconociendo que para establecer un acceso al conocimiento y la realidad se deben considerar las elaboraciones mentales, el contexto y los elementos físicos del mundo, se puede definir que la aproximación que se hace al objeto de estudio dentro de esta investigación está orientada bajo los parámetros antes expuestos, debido que su lógica dialéctica permite comprender los fenómenos en su propia naturaleza, permitiendo, así, alcanzar el conocimiento en su expresión real, la cual no requiere de artificios y delimitaciones para dar explicaciones estandarizadas de su ocurrencia.

Así, la realidad puede ser conocible mediante el estudio de la construcción de la misma, ésta surge del análisis de las múltiples interacciones que se dan entre las acciones, posiciones, funciones y significados que se van entrelazando y que dan forma a aquello hacia lo cual está enfocada la investigación.

**3.2 Justificación de lo Subjetivo**

Dentro de la metodología cualitativa y el paradigma emergente se reconoce- como se mencionó anteriormente- que es la lógica dialéctica la que permite interpretar de forma integral y coherente la realidad, aceptando la confluencia de elementos del mundo personal y del contexto en la expresión de dicha realidad. De manera que cuando se habla de dialéctica se está en reconocimiento de que las entidades que forman parte de la realidad confluyen y se entrelazan, por lo que todo estímulo físico, imagen o perspectiva de la realidad viene impregnadas de significados y vínculos otorgados por el sujeto y un objeto interconectados.

 Martínez (2008) describe que “todo conocimiento tiene un sujeto pues se da siempre en un sujeto activo, y, por tanto, todo conocimiento será también y siempre subjetivo. Personal, aun cuando tenga componentes que vienen del objeto exterior” (p. 43). De acuerdo con esto, el conocimiento y la realidad son subjetivos debido a que se compone de elementos que trae consigo el individuo, quien no es otro que el sujeto que piensa, habla e investiga, y de elementos del objeto que representa aquello que está allí, es lo conocido.

De manera que la subjetividad representaría aquello que puede ser interpretado y descrito, además de ser aquello que se obtiene del estudio y la observación de medio; por ende, sería la subjetividad la entidad que rodea a los datos cualitativos y representa la expresión dialéctica a la que se refiere el paradigma emergente.

 Al hablar de subjetividad González (2000) la describe como

Un sistema complejo de significaciones y sentidos subjetivos producidos en la vida cultural (….) hemos definidos dos momentos esenciales en la constitución de la subjetividad, individual y social, los cuales se presuponen de forma recíproca a lo largo del desarrollo. La subjetividad individual es determinada socialmente, pero no por un determinismo lineal externo, desde lo social, hacia lo subjetivo, sino en un proceso de constitución que integra de forma simultánea las subjetividades social e individual. El individuo es un elemento constituyente de la subjetividad social y simultáneamente se constituye en ella

En el marco de la psicología, esta propuesta de aproximación hacia la realidad y el conocimiento pareciera ser acertada ya que colinda con la visión biopsicosocial que esta disciplina posee sobre el sujeto, admitiendo así que éste se constituye de factores tanto internos como externos que le permiten construir su estructura.

A propósito de la subjetividad Freud, a principios del siglo XIX, hablaba en sus Estudios Sobre la Etiología de la Neurosis, sobre las series complementarias en las que reconoce la existencia de factores endógenos y exógenos como elementos intervinientes de las expresiones de los síntomas. Por su parte, Lacan, en su inserción al psicoanálisis, hace una descripción del sujeto como influenciado por un otro y reconoce el valor de la subjetividad -o como él describe, intersubjetividad- como aquello circundante en el individuo y el medio:

Lo subjetivo no está del lado del que habla, lo subjetivo es algo que encontramos en lo real (…) lo subjetivo aparece en lo real en tanto supone que tenemos enfrente un sujeto capaz de valerse del significante, del juego del significante. Y capaz de usarlo del mismo modo en que lo usamos nosotros: no para significar algo, sino precisamente para engañar acerca de lo que ha de ser significado (Lacan, 1984, p.265-266)

Este estudio ratifica que lo subjetivo es aquello que se debe alcanzar durante la realización de la investigación, así inmerso en el mundo de la psicología, admite que son los individuos quienes construyen su realidad conjuntamente con la sociedad. De este modo, lo que se desea alcanzar en esta investigación es destacar, observar e interpretar; en otras palabras, acceder a la subjetividad que ocupa la sexualidad –como aquel universo o fenómeno que se desea conocer- en la forma de interacción del individuo y sus sistemas de representaciones, de valores éticos y morales, que por mantenerse dinámicamente vinculado a los significados, objetos y expresiones del medio, direccionan los comportamientos individuales y colectivos.

**3.3**  **Tipo de Método**

La vivencia de la mastectomía como tratamiento del cáncer comprende una realidad personal subjetiva cuya naturaleza puede ser entendida desde la perspectiva de las mujeres que presentan esta condición. Así, esta realidad “puede ser captada desde el marco referencial del sujeto” (Martínez, 2008, p. 137).

 A partir de esta consideración se ha de abordar la realidad a través del método fenomenológico, perspectiva que permite observar, comprender y estudiar los fenómenos tal y como son percibidos por el sujeto, quien se encuentra inmerso en una realidad en la que se ha estructurado un conjunto de significados a partir de su propia experiencia. La fenomenología es la corriente metodológica que permitió acceder a la realidad, por medio del testimonio narrativo de las participantes, facilitando el acceso a las experiencias y percepciones que poseen las mujeres con cáncer de mama mastectomizadas.

**3.4. Participantes**

La selección de las personas que formaron parte de esta investigación se llevó a cabo a través de la definición de una muestra intencional. Se parte de una muestra de máxima variación la cual permitió escoger a siete participantes que cumplían con los criterios siguientes:

* Con diagnóstico de cáncer de mama, preferentemente, en periodo de libre tratamiento
* Mujeres con mastectomía, con antecedentes quirúrgicos de, por lo menos, un año
* El tipo de mastectomía no constituyó un elemento excluyente, por lo que estas mujeres podía haber experimentado mastectomía parcial o radical
* Con o sin antecedentes de reconstrucción

A cada entrevistada se le otorgó un seudónimo en cumplimiento del acuerdo de confidencialidad, presentando así, en las siguientes líneas, los datos relevantes de estas personas:

Amanda: ama de casa, 52 años, casada y con tres hijos. Oriunda de Caracas y residenciada en Guarenas, estado Miranda. Casada desde hace 25 años, pertenece al orfeón de la parroquia de Guarenas. Hace seis años se sometió a mastectomía parcial con reconstrucción inmediata.

Beatriz: profesional, 53 años, divorciada y con dos hijos. Nacida en Colombia y residenciada en El Cafetal, Caracas. Actualmente no tiene pareja; sin embargo, reporta haber mantenido una relación sentimental, durante el tratamiento, con su ex marido, luego de estar divorciada del mismo. Presenta mastectomía radical desde hace 14 años, con reconstrucción desde hace cinco.

Clara: profesional, 42 años, casada, tiene una hija. Proveniente de Caracas y residenciada en Alto Prado. Clara había sido diagnosticada de menopausia precoz a sus 29; no obstante, tres años después de este diagnostico tuvo a su única hija, quien ahora tiene 9 años. A los 39 años se sometió a una mastectomía radical y hace 3 meses se realizó la reconstrucción.

Dalila: profesional, 36 años, casada, vive en Las Acacias, Caracas. Dalila tuvo varios abortos, además de ello, los efectos de enfermedad no le han permitido tener hijos, por lo que ahora está pensando en la adopción. Se realizó una mastectomía radical en mama izquierda y una mastectomía parcial en mama derecha, con reconstrucción inmediata hace tres años.

Elvira: jubilada, 49 años, vive en concubinato. Oriunda de Caripito, Edo. Monagas, y residenciada en parroquia Altagracia, Caracas. Elvira tiene una hija y nietos; además, es divorciada y fue víctima de violencia doméstica. Desde hace 12 años mantiene una relación sentimental con un hombre 12 años menor que ella. Presenta mastectomía parcial en mama izquierda desde hace cinco años

Fernanda: Bachiller, 49 años de edad, soltera y con pareja, no tiene hijos. Proveniente de Caracas, es habitante de Catia. Fernanda relata que fue abandonada por su pareja al ser diagnosticada. A pesar de ello, ha podido establecer diversas relaciones sentimentales luego de la mastectomía. Desde hace seis años tiene mastectomía radical en mama derecha, sin reconstrucción

Gladis: profesional con incapacitación laboral; de 42 años, casada, residente de Prados del Este, Caracas, tiene un hijo de seis años. Comenta que su pareja actual la ha acompañado durante todo su padecimiento y, desde hace año y medio, presenta mastectomía radical; ella menciona que entre sus planes está realizarle la reconstrucción lo más pronto posible.

**3.5 Contexto**

El contexto de la investigación es diverso debido a que la realidad de la mastectomía desencadena reacciones y estructuras particulares en cada una de las mujeres participantes. El ambiente que se propuso durante la aproximación hacia las mujeres mastectomizadas es de carácter comprensivo, debido a que se brindó un espacio para la expresión de su vivencia, situación que permitió descubrir las estructuras significativas asociadas al comportamiento dentro de la sexualidad.

El contacto con las participantes se realizó a través de instituciones sociales de atención oncológica, pública y privada. Los encuentros se realizaron en espacios públicos, según el criterio de las entrevistadas.

**3.6 Técnica de Recolección de Datos**

La recolección de datos se realizó a través de una entrevista semiestructurada, herramienta psicológica que facilitó el acceso al discurso y a la narrativa de estas mujeres, desde la cual se recopilaron los datos a partir del diálogo no estandarizado, libre y no directivo.

Las entrevistas proporcionaron una aproximación a su realidad en referencia a su vida cotidiana y el mundo de significados que rodean su sexualidad. Por medio de una guía de preguntas (Ver anexo2) se pudieron conocer los fenómenos subjetivos, a través de intervenciones enfocadas en el diálogo como método de aproximación.

**3.7 Procedimiento**

Basados en las teorías y planteamientos expuestos en el marco referencial se llevó a cabo un conjunto de entrevistas cuyo propósito fue recabar información referente a los significados, concepciones y valoraciones que las participantes poseen sobre la sexualidad.

Por ello se elaboró, durante la primera inmersión en este campo de estudio, una guía de tópicos (ver anexo 1) en los cuales se alude a diversos aspecto de la sexualidad. A partir esto, se realizaron dos entrevistas a mujeres que en su vivencia habían estado muy cerca a esta experiencia y a quienes se contactó a través de contactos claves

Posteriormente, se trascribieron ambas entrevistas y del análisis de las mismas, aunado a los elementos teóricos revisados para la investigación y la supervisión del tutor, se elaboró el guión de entrevista (Ver anexo 2) el cual recolecta información relativa a: datos demográficos, feminidad y género, reproducción, imagen corporal, vinculación afectiva, sexualidad, erotismo y placer sexual, así como también se elaboró un conjunto de pregunta dirigidas a explorar la vivencia de la enfermedad, la mastectomía y la incidencia de ambas en la sexualidad. Cada uno de estos tópicos, al igual que cada una de las preguntas, se realizó con base en los objetivos de la investigación, pudiéndose así conocer, entender, y comprender, a través del discurso, cómo viven la mastectomía las mujeres con cáncer de mama.

En este punto, se procedió a establecer contacto con las participantes. Para la selección de éstas se consideró el tiempo transcurrido desde la realización de la mastectomía. Las entrevistadas debían tener, al menos, un año de haberse sometido a la operación, además de encontrarse en intervalo libre de tratamiento. Vale destacar que el tipo de mastectomía no fue un criterio excluyente para la selección de las participantes, por lo que se pudo recopilar los testimonios de mujeres con mastectomía radical y parcial, con y sin reconstrucción.

El contacto con las entrevistadas se realizó a través de diversos medios. En primer lugar a través de la fundación Senosayuda, institución abocada a la atención y prevención del cáncer de mama. Ante ésta se consignó una carta (ver anexo 3) en la cual se solicitó colaboración para contactar a mujeres que hubieran pasado por esta experiencia. Posteriormente, se llevó a cabo una reunión con la Lic. Blanca Siso, psicóloga de la fundación, quien facilitó los números telefónicos de algunas voluntarias y pacientes psicológicos.

De igual manera, se emitió una carta solicitando colaboración al Instituto Oncológico Luís Razetti. No obstante, debido a algunos trámites burocráticos y lapsos de respuestas prolongados, no se pudo contactar a mujeres vinculadas a la Institución.

También se usó la red social Facebook como medio de aproximación a esta población, a través del grupo de la fundación Fundaseno-Mi Grupo de Apoyo, dedicada a la lucha contra el cáncer de mama. En esa página se publicó una nota solicitando la colaboración de participantes para la realización del trabajo de investigación, obteniendo dos respuestas positivas. A continuación se presenta la notificación que se posteó en dicho portal electrónico:

Hola, soy estudiante de Psicología. Estoy realizando mi tesis y necesito entrar en contacto con mujeres que hayan sufrido cáncer de mama y tengan por lo menos un año de haberse realizado la mastectomía. Requiero realizar unas entrevistas en la que conversemos sobre la sexualidad. La información tendrá solamente fines académicos. Si saben de alguien que tenga disposición para participar en mi trabajo, le agradecería mucho ponerse en contacto conmigo. ¡Gracias!

Otro medio que se empleó para hacer enlace con las posibles participantes, fue a través de un contacto clave, quien facilitó el número telefónico de una persona que reunía los criterios para la investigación.

La investigación contó con la intervención de siete mujeres a quienes se les solicitó firmar un consentimiento (ver anexo 4) para autorizar el uso de la grabadora y de los datos obtenidos. Cabe mencionar que cada una de estas participantes ha mantenido contacto con instituciones que ofrecen servicios psicológicos, específicamente Beatriz, Clara, Elvira, Fernanda y Gladis afirman haber participado en sesiones de terapia psicológica.

Cada una de ellas participó en una entrevista cuya duración osciló entre una y dos horas, y en la cual se formularon -y posteriormente, transcribieron- las preguntas que permitieron conocer sus realidadesy vivencias en el plano de la sexualidad y la mastectomía. Así, se compiló la experiencia subjetiva a través del discurso, del cual emergen “los conceptos verbales que, en cierto modo, cristalizan o condensan el contenido de la vivencia” (Martínez, 2008, p. 53).

A partir de los testimonios se realizó un análisis cualitativo de los datos aportados, herramienta que facilitó la reconstrucción, de acuerdo a las relaciones semánticas y sintácticas, de la significación que adquiere el mundo simbólico de cada una las participantes, y que da paso a la comprensión de su realidad**.** Con la revisión del material aportado por las entrevistadas, se recogieron las unidades de significados –segmentos del discurso que son analizados- a las cuales se les asignó una codificación. Está codificación se formuló bajo un esquema denominado “flujo libre”, el cual consiste en “seleccionar el inicio del segmento y hasta que se encuentre un significado, se determina el final del segmento” (Hernández, Fernández y Batista, 2010, p. 449)

Posteriormente, se evaluaron las propiedades de cada segmento, con referencia a la base teórica y los objetivos del estudio. Con ello se estableció el conjunto de categorías preliminares en las cuales se agrupaban diversos significados que giran en torno a la problemática de la investigación.

 Las categorías en este primer conjunto fueron agrupadas y clasificadas conforme al tipo de información y vinculación que brindaban entre ellas, lo cual se realizó luego de determinar el tema central de cada una de las unidades temáticas. A partir de este momento, el estudio de los datos consistió en analizar el discurso de los entrevistadas con respecto a lo que las misma significan. Esto dio paso a la creación de cinco dimensiones que reúnen los conceptos, percepciones, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, y experiencias, en que describen la naturaleza de los datos

El análisis de datos continuo, una vez identificado los significados contenidos en el discurso de las participantes. En este punto dio paso a la contrastación, proceso en el cual se relacionaron los resultados de aquellos estudios similares con la información recabada en este estudio, hecho que permitió el surgimiento de nuevas directrices para la interpretación de los datos recolectados. Así, se inició el proceso de teorización, el cual consistió enla organización, la interpretación y la presentación de los hallazgos de la investigación, los cuales se presentan en capítulo siguiente.

**IV. PROCESOS SUBJETIVOS DE LA SEXUALIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA MATECTOMIZADAS**

Con la finalidad de realizar una aproximación a la vivencia subjetiva de la sexualidad en mujeres que han tenido que enfrentarse al cáncer de mama y la mastectomía, se recopiló el testimonio de siete participantes, quienes han vivido esta experiencia. El propósito: entender, conocer y comprender la incidencia de dicha experiencia, en su subjetividad.

Con base en esto, se desarrolló un análisis cualitativo de los datos aportados. El mismo consistió en el reconocimiento de las unidades de significación contenidas en el discurso de las participantes, colocando sus narraciones en concordancia con las bases teóricas y los objetivos del estudio.

Fue así como se pudieron agrupar los conceptos, percepciones, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, y experiencias, en cinco dimensiones que congregan un conjunto diverso de categorías y contenidos, siendo estos los elementos que describen la naturaleza de los datos. Para visualizar la organización y dirección que sigue el desarrollo de tales dimensiones y categorías, insertamos el siguiente diagrama:

Vivencias subjetivas en torno a la mastectomía

Mastectomía e imagen corporal

La mastectomía y la feminidad

Valor dado a las lolas

La mirada del otro

Trauma

Valor de la maternidad

Valor simbólico del seno y la pérdida

Valoración de sí mismo sin un seno

Impacto de la cicatriz

Evasión del significado de la pérdida

Encuentro con una realidad lejana

Reacciones ante la mastectomía

Mujer multifuncional

Ser mujer requiere la valía del otro

Madre como referente

Valor negativo

Valor positivo

Mujer y Maternidad

Mujer en lucha por ser

Concepto de ser mujer

Feminidad

Las prácticas sexuales

La opinión de la pareja

Pérdida del apetito sexual

Incidencias de la mastectomía y el cáncer de mama en la vivencia sexual

Percepciones sobre el placer sexual

Significados de las relaciones sexuales

Significados de la sexualidad

Convivencia en pareja post mastectomía

El papel atribuido al hombre

Significado de las relaciones de pareja

Experiencia que se da en pareja

El orgasmo

Sensación de satisfacción

Acto de expresión de afectos

Parte de la cotidianidad

La sexualidad femenina, sexualidad masculina

No solo es sexo, son afectos

La sexualidad requiere de otro

Fantasías de abandono

Valoración de la pareja

Posee una participación equitativa

Tarea difícil

Intercambio de afectos

Faceta de la vida

Vinculación

Componte psicosomático

Dar sentido

El mensaje que lleva el cuerpo

La enfermedad

Hay algo que modificar

Cambia la vida

Cuidarse a sí misma

***Gráfico 1***. Diagrama de dimensiones, categorías y contenidos del análisis de datos

Así, en primer lugar, se presenta la dimensión de feminidad; ésta recaba los significados que las mujeres poseen sobre su propio género. Los datos que arroja esta dimensión permiten conocer de qué manera se produce la identificación con el género y, por ende, aporta información sobre la representación que poseen de sí mismas.

Posteriormente, se ofrece un recorrido sobre la mastectomía, a través de la recopilación de relatos que hacen referencia a experiencias personales y cotidianas que hablan de la incidencia de la extirpación de un seno sobre el ritmo de vida. De esta manera, el lector encontrará la dimensión denominada vivencias subjetivas en torno a la mastectomía, la cual proporciona una perspectiva sobre cómo es incorporada esta experiencia en la subjetividad de las entrevistadas.

 El análisis de datos continúa con la presentación del segmento llamado vinculación afectiva. Este apartado surge de los testimonios de las participantes, los cuales hacen mención a las relaciones de pareja como componente fundamental de la sexualidad. Aquí, se concentran los significados, valoraciones y experiencias que giran en torno al establecimiento de vínculos afectivos, de características amorosas, con otro. Además, se proporciona un reflejo de la visión que tienen estas mujeres sobre esta faceta de la vida, luego de haberse enfrentado a la mastectomía.

 Con miras a realizar un mayor acercamiento a las vivencias subjetivas de la sexualidad en mujeres mastectomizadas, se creó una dimensión denominada prácticas sexuales. Ésta contiene un conjunto de categorías que refieren a los significados, creencias y concepciones sobre las relaciones sexuales, sexualidad y placer sexual, así como datos que describen la vivencia de estas mujeres en cada una de estas áreas. En este segmento podrán observarse los reportes de las participantes sobre los efectos e implicaciones que posee la mastectomía sobre la vida sexual y la sexualidad.

Finalmente, este capítulo presenta una aproximación a las incidencias, efectos y significados que ha tenido el cáncer de mama en la subjetividad de las participantes. En este punto se resalta el valor que las mujeres le otorgan al padecimiento de cáncer, mostrándose, así, un conjunto de relatos que dan a conocer las creencias y las percepciones que adoptan estas mujeres una vez que han atravesado por esta experiencia.

Todas estas dimensiones pueden apreciarse, desglosadas, en las siguientes líneas, las cuales pretenden describir y dar a conocer cómo son los procesos subjetivos de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas

* 1. **Feminidad**

A fin de comprender la realidad de estas mujeres, resulta relevante iniciar con la forma en que se ubican respecto a su feminidad. Tomando en cuenta el argumento de Guillén (1997) quien describe que “la construcción de la feminidad sólo puede ser comprendida con base en los procesos subjetivos que están implicados en la emergencia de un cuerpo que se vive, se imagina y se representa sexuado” (p. 229), es preciso indagar en los significados, las valoraciones y los sentimientos que las participantes otorgan a la feminidad. Al profundizar en esta área se puede conocer, además de la identificación con el género, la identidad sexual de las participantes; dichas percepciones constituyen los elementos referenciales que orientan y direccionan el comportamiento y los roles que ocupan frente a la sociedad y los otros.

El estudio de esta información permitió desarrollar un conjunto de categorías en las cuales se sistematizan los testimonios y relatos que describen las realidades, los procesos e imágenes mentales que se inscriben dentro del ser mujer

Acceder a este conocimiento ofrece los elementos para comprender los procesos que giran alrededor de la sexualidad, debido a que permite entrever cómo es la identificación con el género pudiéndose, así, acercarse a las representaciones que las entrevistadas poseen sobre quiénes son, qué hacen y qué quieren dentro de lo que implica la feminidad .

**4.1.1 Concepto de ser mujer**

El discurso de las participantes aporta datos que dan a conocer la valoración y el significado que poseen respecto a la mujer, así como las implicaciones de pertenecer a dicho género.

Se puede destacar cómo para algunas de las entrevistadas ser parte del género femenino está asociado a un conjunto de valoraciones positivas. Para Amanda, Beatriz, Elvira y Clara, el valor de la mujer se obtiene en función del nivel de habilidades y capacidades que posee, conjuntamente con el grado de ocupación que tiene dentro de la sociedad. Según Elvira y Clara, parte de lo *“hermoso”* y *“maravilloso”* que tiene el ser mujer está vinculado a la capacidad de desempeñarse adecuadamente en diversas funciones sociales que la destacan como un ser que desempeña múltiples roles de manera adecuada:

Mira, ser mujer creo que, después de Dios, es lo mejor que hay. Este, nosotras somos capaces de hacer múltiples funciones con un solo abrir y cerrar los ojos: damos a luz, llevamos durante nueve meses un bebé dentro de nosotros, amamantamos… Por lo general la mujer es la más centrada en las relaciones, la que más, la que lleva la batuta. Ahorita ha cambiando más; antes la mujer era como más sumisa, más a lo que el hombre dijera, más entregada a lo que le dijeran. Ahorita la mujer tiene ganas de trabajar, de ser profesional, de ser madre, y de ser amiga, amante. (Elvira, p. 7)

Si hacemos ver son muchas cosas, muchas cosas, porque está la parte de realizarse por la parte educativa, por la parte laboral, el hecho de tener un hijo, no necesariamente casarse porque eso no implica que puedas o no puedas ser madre, pero es mucho, abarca muchas, muchas cosas... (Clara, p. 3)

Además de la multifuncionalidad, se observa cómo describen a la mujer como poseedora de un lado emocional, el cual está presente en su forma de actuar y de relacionarse con el medio. En torno a esto, Beatriz agrega que las féminas poseen una gran capacidad afectiva: “Tiene un corazón así, muy grandote, que atiende muchas cosas al mismo tiempo; para mí, eso es una mujer” (Beatriz, p. 2). Por su parte, al hablar de la emocionalidad, Dalila añade que la misma está presente en la mujer a la hora de establecer vínculos con otros:

Ser mujer es, tiene que ver incluso con la feminidad (…) Es como tener la sensibilidad, como tener la sensibilidad. Lo asocio más a la parte mental que a lo físico; claro, uno tiene unas características: la forma del cuerpo de la mujer es muy diferente a la del hombre, hay muchas diferencias. Sin embargo juega mucho la parte mental, y eso es importante (…) La manera con la que te relaciones con las demás personas que es más, tú te identificas como mujer porque hacen actividades, piensan cómo, lo que pasa es que no sé cómo explicarlo… Es como complejo describir que eso es ser mujer. Yo lo asocio mucho con la sensibilidad, también con la maternidad, como tú te relaciones con los demás, con tu entorno pues… (Dalila, p. 2)

Para algunas participantes el concepto que tienen del género femenino está en función del otro, lugar ocupado por la sociedad y el hombre. En el caso de Amanda, el valor de la mujer está asociado al vínculo que mantiene con respecto al hombre, de manera que destaca cómo el valor de la mujer está dado por la demanda que los hombres poseen con respecto a ellas:

El significado que tiene la mujer es de muchas cosas. Es algo tan hermoso, tan bella, porque, fíjate, el hombre siempre depende de la mujer, los hombres dependen de la mujer (…) la mujeres se mueve para todo, yo no digo que no habrán hombres, pero como yo digo, ustedes sin la mujer no son nada. Porque es verdad: muchas veces hay hombres que dependen de la mujer, yo conozco casos en que ese señor depende de su esposa, sea si se mueve o no se mueve, ¿Me entiendes? (Amanda, p. 3)

Las entrevistadas se refieren a esta visión de la mujer como individuo cuyas conductas y acciones están al servicio del otro, cuando emplean frases que denotan que la pareja, los hijos y el trabajo, son un foco de principal atención en sus vidas. Así observamos que Beatriz dice: “Muchas veces lo que hice fue quizás más abocarme a los demás que a mí misma (…) bueno que no importa que si había que hacer algo por alguien yo lo hacía a pesar de alguna cosa que tenía para mí misma” (Beatriz, p.3).

Por su parte, Clara afirma: “Yo dependía y todo era con mi esposo, con mi esposo y nunca hacía cosas yo sola” (Clara, p. 3). En tanto que Elvira, expresa: “Mi hija me llamaba y yo paraba lo que estaba haciendo y salía corriendo adonde estaba mi hija” (Elvira, p. 6)

Todo lo expuesto hasta ahora coincide con el reconocimiento que hace Lagarde (1992) sobre cómo “en el mundo patriarcal, la mujer es un ser cuyo sentido de la vida es para los otros, esa mujer es de los otros, no es dueña de sí, sino que pertenece en propiedad a otros”. Ante esto Gladis, quien se introduce en el terreno de las representaciones sociales y concepciones culturales, expresa que ser parte del género femenino significa tener *“todas las de perder”* puesto que se encuentra socialmente limitada por los roles y estereotipos, de los cuales no se puede desviar, de manera que incorporauna valoración negativa al hecho de ser mujer:

Yo nunca estuve de acuerdo con haber nacido mujer (risas) porque para mí nosotras tenemos todas las de perder, todas la etiquetas, si tienes dos novios ya te etiquetan, si no haces oficio te etiquetan de floja, si sales a la calle y llegas tarde entonces qué estabas haciendo, entonces yo nunca he estado de acuerdo con esa manera de cómo se ve a la mujer y cómo se ve a los hombres (Gladis, p.3).

Clara -también- asoma la existencia de una valoración negativa asociada al hecho de ser mujer. Para ella, las féminas tienen que atravesar diversos procesos y situaciones que no son agradables; para ella, ser mujer se emparenta con el sufrimiento: “Desde que uno se hace señorita, desde allí es, como digo yo, uno empieza el calvario, porque después que uno se desarrolla, listo” (Clara, p. 2)

Otro aspecto alusivo a la construcción del significado de ser mujer se observa con la relevancia de la figura de la madre. Amanda y Fernanda mencionan las vivencias de la madre para describir, validar y construir el significado que posee la condición femenina:

Yo siempre he sido una persona que he admirado, bueno, admiraba mucho a mi mamá, porque mi madre quedó huérfana a los 14 años y le toco muy duro en la vida (…) era una mujer muy sabía y bueno nos enseñó muchas cosas. Mi mamá para mantenernos ella trabajaba en unas casas de familia y mira, nos levantó a los siete hijos, nos dio estudio. Lo que nos dio nos lo dio con bastante esfuerzos y siempre he tenido ese pensar de la mujer, la mujer es una joya muy valiosa (Amanda, p. 5)

Tú mencionas que la mujer es lo más maravilloso, ¿Siempre has pensado eso en tu vida?

Siempre, siempre, desde que sé que mi mamá es mujer, desde que salí de ella, pienso que sí, mi mamá es muy buena. He conocido mujeres extraordinarias (Fernanda, p. 10).

La influencia de la madre está ligada al ritmo de vida que ellas, como mujer, deben ejercer. En el caso de Beatriz, su visión del género femenino lo presenta como un “superhéroe”, que nace, en parte, de lo visto en la madre: “La superhéroe era mi mamá (…) quien asumía todo el rol de la casa, la que llevaba los pantalones siempre era mi mamá. De pronto, puede ser, de pronto, puede ser por eso la posición en la vida” (p. 4).

Elvira también comenta que observar el rol que desempeñaba la madre contribuyó en su forma de ver, vivir y percibir a la mujer como un ser desvalorizado que está al servicio de los otros:

Yo antes pensaba, inclusive una de mis creencias más aferradas, las más aferrada a mí por lo que recibí y aparte de lo que te comenté al principio de la pareja que me maltrataba mucho, que yo había nacido para sufrir; eso era lo que yo había visto de mi mamá. Mi mamá tiene 80 años, tuvo 51 años de matrimonio y que sí le montó cachos, que si le faltó el respeto. Si bien a nosotros como hijos nunca nos faltó nada, siento que mi mamá sufrió muchas cosas y yo iba por el mismo paso… (Elvira, p. 10)

Este último testimonio resalta cómo la figura de la madre y la valoración negativa que se construye en torno a la mujer pudieran estar asociadas. Además, da a conocer que ser mujer equivale a sufrimiento. La imagen de la madre interviene en la construcción del concepto de mujer, pues el perfil que proyecta la progenitora es el ejemplo más cercano y directo que aporta información sobre qué es una mujer. La presencia de este hecho se asocia al planteamiento de Lagarde (1992) quien explica que:

 “…en la relación del hijo con la madre que se va aprendiendo de qué se trata la mujer (…) es difícil separar la primera imagen de las posteriores en la vida, y aunque se tengan 50 años, se sigue descodificando a las mujeres a partir de esa primera imagen” (p. 21)

A partir de todo lo expuesto, es preciso resaltar que la confluencia de las representaciones sociales, las vivencias y las creencias, dan forma al concepto que las entrevistadas poseen sobre ser mujer. De igual modo, se destaca que el valor que se le otorga al género femenino surge a partir del reconocimiento del otro, por lo que pareciera que para las participantes todavía el lugar y la importancia que ocupa la mujer dentro de la sociedad requiere ser legitimado a partir de acciones que le faciliten demostrar sus múltiples capacidades, dispuestas al servicio de las necesidades de otros.

**4.1.2 Mujeres en lucha por ser**

El rol con el cual la mujer de desenvuelve dentro de la sociedad está descrito por las entrevistadas a través del auto concepto en el cual, de acuerdo a sus relatos, se destacan a sí misma como seres empoderados y autosuficientes. Así, esta categoría reúne contenidos de un grupo de participantes en los que se puede ver cómo, para obtener el título de mujer, es necesario exhibir comportamientos que les permita ser valoradas. Por ello, Clara plantea que ser mujer implicar *“echar pa´lante como sea”,* creencia que la impulsa a adoptar una actitud exigente para mantener el control y el orden de su vida: “Muy exigente, soy una persona muy exigente, me gusta las cosas bien hechas, trato de no delegar, trato de hacer las cosas por mi cuenta”. (Clara, p. 3)

Para Beatriz, la importancia que tiene la mujer está representada como un “superhéroe”, personaje que se asocia con la capacidad de poseer múltiples poderes y que es reconocido, públicamente, por su habilidad para ocuparse de todo; de este modo Beatriz dice que como mujer ella es “un superhéroe (risas), como te dije soy una mujer trabajadora, y muy guerrera, soy de las que no me quedo en nada sino que hay que hacer y seguir adelante” (Beatriz, p. 2).

Por su parte, Dalila agrega que ella se percibe como “luchadora cien por ciento”, mientras Fernanda habla de sí misma como:

Me describo como mujer, mira, echada pa´lante, luchadora, no me he parado ante las adversidades, de verdad que no, no me detengo ya que siempre busco sacarle la chicha a cualquier obstáculo. De verdad, hay que seguir, hay que avanzar; uno no se puede estancar en ay, ay, ay, no lloro sobre la leche derramada, hay que buscar la solución (Fernanda, p. 10).

En cada uno de estos testimonios se ilustra el concepto que las mujeres poseen sobre sí misma. Éste se encuentra asociado al desarrollo teórico que presenta Freud sobre el complejo de castración en el cual se encuentra inmersa la mujer. Así, las participantes se describen como mujeres multifuncionales, comportamiento que les permite llenar esa representación psíquica sobre ellas como un ser con carencias. Esto ha sido importante para Gladis para quien lo femenino está definido por un conjunto de conductas, que describe a la mujer como un ser contemplativo:

En parte yo pienso, esa es mi opinión, por qué, por qué dejamos de ser mujer para ocuparnos de lo que los hombres dejan de hacer (…) Entonces yo siempre he pensado que el mundo es muy injusto con las mujeres. Y a mí, yo particularmente, soy una persona de hacer cosas en la calle, o sea, andar en la calle, me gusta las inversiones, me gusta la plata, tener las cosas, estar cómoda, o sea, no espero que me lo den, yo lo busco, mi mamá de hecho me decía, “bueno si tú te vas a comprar, como es eso, tú tienes que esperar que un hombre te compre la casa” y yo digo pero por qué, si a mí me gusta una casa, busco la manera y me la compro, y digo que tengo mi casa y no tengo ningún problema con eso (…) pero a mí me gusta tener mis cosas, soy muy independiente, no me gusta depender de que me den las cosas, no nací ese día, como dice. Y esa actitud, esa manera de ser es poco femenina, eso es algo que yo estoy trabajando ahorita con una psicólogo, que ella me dice que tengo que sacar más mi lado femenino, tengo que ver, que disfrutar que si de ver adornitos, hay mujeres que pasan todo el día metida en un cosa donde vendan perolitos, para mí eso es perder el tiempo, ok, porque yo voy compro tres cositas y listo” (Gladis, p. 8)

De manera que el énfasis que hacen estas mujeres por describirse a sí mismas como altamente independientes y autosuficientes, responde a la necesidad de sentir el reconocimiento del otro, debido a que son, justamente estas características, las que le otorgan valía como ser. Este hecho permite retomar el comentario que realiza Serret (1989), en cuanto a la identidad femenina, en el cual describe que:

Desde el punto de vista sobre la feminidad se expresa claramente en la tesis sobre la castración y la llamada envidia del pene que describen procesos universales a través de los cuales las mujeres constituyen su identidad a partir de una carencia que las coloca en una perenne situación de inferioridad respecto a los “otros” que sí están dotados. (p. 3).

Se observa entonces que en las entrevistadas está configurado un estado de carencia, de falta simbólica, que las coloca en una situación socialmente vinculada a la inferioridad. Por tal motivo, requieren exhibirse como un ser funcional a fin de contrarrestar esta idea de desigualdad.

**4.1.3 Mujer y maternidad**

Para cada una de las entrevistadas el rol de la maternidad es una condición inherente a la mujer. Amanda, Fernanda, Elvira y Dalila plantean que brindar la vida a otro ser humano representa una característica distintiva al momento de describir a la mujer. Así para Beatriz ser madre “es mi rol principal” (Beatriz, p. 3)

Para Amanda la maternidad es inherente a ser mujer: “El ser mujer es una cosa muy hermosa; tienes hijos, amamantas, que es una cosa muy hermosa” (Amanda, p. 3). Por su parte Dalila habla de la maternidad como potencialidad de la mujer: “Ser mujer es, tiene que ver incluso con la feminidad, para algunas pudiera ser incluso que ser madre es una condición” (Dalila, p. 2). Igualmente hace mención a esto Fernanda al describir que: “La mujer tiene el don de amamantar, el don de dar vida por sí sola, por sí misma” (Fernanda, p. 8).

 A pesar de estar presente la maternidad cuando se habla de la mujer, las entrevistadas dejan saber que ser madre no es la única dimensión definitoria. Clara explica: “Nos podemos desempeñar teniendo hijos o no teniendo hijos, o sea” (Clara, p. 2), a lo que Dalila agrega: “Yo no he podido ser madre pero me siento mujer” (Dalila, p. 2). De manera que es preciso mencionar que desde el discurso de la mujer se está promoviendo el crecimiento y cambio de la perspectiva social que por muchos años “definía a la mujer sobre la base de su supuesta naturaleza, naturaleza que obedece al cumplimiento cabal de nuestra función como madres” (Londoño, 1992, p. 15)

Otra aproximación que se ofrece sobre la maternidad está referida al hecho de que esta experiencia de vida involucra una gran responsabilidad. Clara describe: “Mira, es una responsabilidad muy grande, es muy difícil, no la parte de criar sino de orientar hoy en día a un niño” (Clara, p. 4). Asimismo, Amanda señala que representa una entrega incondicional: ”Madre es una responsabilidad muy grande, porque madre no es solamente llevarlo en tu vientre, parirlo y atenderlos hasta cierta edad. Madre es darle el ejemplo a tus hijos, enseñarle los valores, apoyarlos” (Amanda, p. 6)

En el caso de Gladis, la maternidad incluye como condición ejercer un rol proveedor debido a que esta faceta implica condiciones que garanticen el mejor escenario para la protección del niño:

Para mí la maternidad, de hecho le huí mucho tiempo. Para mí la maternidad es un gran compromiso. Yo no soy de las que ve, ¡ay, qué lindo, el bebecito!, como muchas que nos embarazamos es por esa cuestión de tener bebés. Yo como siempre, me gusta mucho el ajedrez, siempre pienso en las consecuencias, no hago las cosas a la ligera soy muy calculadora (…). Entonces cuando yo ya tenga un hijo tengo que estar graduada, con casa, con carro y con un sueldo porque qué pasa si el esposo me deja, qué pasa sí… Pueden pasar muchas variables, muchas cosas, hasta que a mi esposo le pase algo y se muera, entonces yo me quedo sola, con un niño, dependiendo, y no solamente yo sino un niño. Para mí ser madre es tener una responsabilidad enorme en las manos. Que un hijo pase por algo que tú no quieres, que pase eso, duele; si me duele que me pase a mí, imagínate que le pase a un hijo. Entonces es una cuestión también de sobreproteger a ese niño que viene en camino, de darle lo mejor” (Gladis, p. 6).

Es también reconocido por las participantes que la maternidad está rodeada de un componente afectivo importante. En palabras de Elvira: “Ser madre es ternura; ser madre es protección; ser madre es cuidados; ser madre es regalarle al mundo un pedazo de ti” (Elvira, p. 3). Incluso Dalila y Fernanda, quienes debido a la enfermedad, entre otras cosas, no pudieron tener hijos, poseen la creencia de que la maternidad corresponde a una experiencia incomparable dentro de la vivencia de la mujer.

 Según Dalila, ser madre comprende una faceta primordial de la mujer: “Yo pienso que eso es como lo máximo, es como el estado ideal, quizás cuando completas como ser humano y que puedes dar vida” (p. 2). Esta creencia la llevo a recurrir a los avances médicos para poder experimentar la maternidad. Así comenta:

Cuando yo me iba a someter al proceso de quimioterapia yo hice la fertilización in vitro, y tengo mis óvulos fertilizados, o sea con el propósito que cuando yo superara esta situación pudiera tener bebé, pero se me ha complicado un poco las cosas, este… para mí la maternidad es lo máximo, aun cuando no he sido mamá, pero para mí, yo pienso que eso es lo más maravilloso que le puede pasar a una mujer. (Dalila, p. 3)

 Es la misma Dalila quien, luego de haber pasado por la mastectomía y el cáncer de mama, ilustra cómo en estas circunstancias la prioridad es la propia vida, hecho que la lleva a modificar su percepción sobre la maternidad, estableciendo que ésta puede alcanzarse aún cuando no esté presente la función biológica de la reproducción:

Sí es extraño, porque yo siempre he querido tener mis bebés y amamantar, y ya , imposible, ¿sabes?, esa parte digamos que no la voy a poder disfrutar, pega ¿sabes?, pero es como, hay situaciones de viva que uno no puede cumplir ciertas cosas, pero puede haber otras maneras y una puede adaptarse a las circunstancias (Dalila, p. 8)

La maternidad representa también la capacidad de entregarse incondicionalmente a otro. En Fernanda esta percepción está muy presente cuando habla de la maternidad, vivencia que no ha podido experimentar y sobre la cual construye su significado a partir de lo que ha observado en su entorno:

No te puedo hablar de algo que de verdad no experimenté nunca, no puedo, sería irresponsable de mi parte. Pienso que soy hija, sé lo que una madre siente por sus hijos. Mi hermano tuvo un accidente de tránsito hace muchos años, yo siempre digo que yo hubiese preferido que alguien me llevara a mí para no ver a mi madre cómo sufrió cuando se hubiera muerto. Ver a mi hermano en la urna, o sea, es el dolor más grande que una madre puede haber. He podido ver, o sea, primero está el hijo y la madre como mujer se anula totalmente ante la presencia de un hijo; o sea, ella se anula como persona para darle paso a un hijo, sea como sea ese hijo, en las condiciones que se encuentre, del estatus que se encuentre, como sea, una madre da su vida incondicionalmente por un hijo.

E: ¿Y tendría alguna definición la maternidad?

La maternidad, no, no puedo, no porque yo no podría opinar así porque yo nunca la ternura… Dice que a quien no le dan hijos el diablo le da sobrinos. He experimentado la ternura de tener un bebé recién nacido en los brazos, o sea, he estado en los partos de mis cuñadas, y es compartir un poco, sentir esa emoción, y si eso lo siento yo qué sentirá la que lo está pariendo. La experiencia más hermosa y más espectacular que puede experimentar un ser humano, yo pienso que eso está por encima de todo, es un amor, es la combinación de los sentimientos, de pasión de vida, o sea todo, miedo, porque es miedo, tener una criatura en tus brazos es miedo de cómo lo crío, de que me le pase algo, o sea, de que sea lo mejor, de darle lo mejor, de que tenga la mejor educación. Un conglomerado de todos los sentimientos juntos pienso yo que es la maternidad, todos los sentimientos es eso (Fernanda, p. 11).

La narración de Fernanda, quien cuenta que en la madre existe una *“total anulación”* de sí misma, además de ofrecer *“su vida incondicionalmente por un hijo*”, indica que dentro de la maternidad es esencial permanecer completamente disponible para el hijo, con lo que se observa nuevamente la concepción de la mujer como ser al servicio del otro, asignándole así, una posición de subordinación ante sus demandas. En este punto es preciso destacar que las participantes describen la maternidad como un deber, función o labor que ejerce la mujer, que compete al cumplimiento de rol que le ha sido asignado. De allí que la misma no corresponda, necesariamente, al cumplimiento de un deseo.

* 1. **Vivencias Subjetivas Alrededor de la Mastectomía**

Conocer la vivencia de la mastectomía forma parte de la realidad que se desea comprender. A partir de ello se incorporó en la guía de entrevistas diversas preguntas cuyo propósito es recolectar el testimonio de las participantes sobre los significados, emociones, percepciones y conceptos que se forman de la experiencia de la mastectomía.

Es importante destacar que durante la entrevista las participantes hablaron espontáneamente sobre los hechos y la circunstancias que formaron parte de la enfermedad, lo cual motivó que su relato correspondiera a la narración de cómo asumieron el proceso de diagnóstico, tratamiento y cirugía. Esto refleja la necesidad de expresarse y ser escuchadas respecto a lo que ha sido esta vivencia.

En este segmento se agrupan testimonios que dan a conocer los eventos de naturaleza subjetiva cuyos contenidos permiten observar la incidencia y la significación que posee la mastectomía sobre diversas áreas de la cotidianidad. Estos datos refieren la construcción que las entrevistadas hacen sobre los sentimientos, reacciones y pensamientos que despiertan la ausencia de un seno.

* + 1. **Reacciones ante la mastectomía**

Las mujeres que son diagnosticadas de cáncer de mama por lo general deben someterse a una mastectomía, cirugía que supone la extirpación total o parcial del seno. Este diagnóstico resulta sumamente impactante para las entrevistadas, quienes hablan de sus reacciones ante este padecimiento, y las concepciones que tenían en torno este procedimiento médico.

Cada una de las entrevistadas, a través de frases como “No, en lo absoluto no sabía” (Beatriz, p. 9), “No es lo mismo que tu saber de una amiga que vivirlo tú” (Clara, p. 10), “Claro, uno piensa que eso le pasa a los demás y en las películas”(Fernanda, p. 21) “Sí había escuchado a personas que.., yo nunca pensé que a mí me iba a dar cáncer, todo en la vida es posible (…) nunca me habían hablando de mastectomía” (Amanda, p. 11), señalan que tenían una idea superficial con respecto de la enfermedad antes de atravesar por esa experiencia. En el caso de Elvira y Dalila, poseer información previa sobre el cáncer de mama no las llevó a considerar que, eventualmente, fueran protagonistas de este padecimiento

Yo sí sabía del cáncer de mama, de hecho en mi familia antes que yo hubo una prima que la operaron en el 2007, cuando a mí me estaba operando de la cervical a ella la estaban operando de cáncer de mama y después me enteré que tenía dos primas más. Pero pensar en mí, nunca, que eso me fuese a dar, de hecho tanto que ni siquiera me cuidaba, de ir a un médico hacerme la mamografía de hacerme el autoexamen, ni pendiente, yo andaba por la vida *light* porque yo decía que a mí, ni mi familia, nunca me iba a dar cáncer (Elvira, p. 12)

Sabes que uno dice, no eso a mí no me va a pasar, o sea, hasta que a ti no te afecte, o le afecte a otra persona llegada a ti, uno no tiene conciencia lo que es un error. Yo recuerdo que antes participaba en caminatas por eso, pero digamos no lo llegue a concientizar hasta que me pasó, y de conocer otro caso y el mío, de estar pasando por esa situación (Dalila, p. 8).

 Se puede afirmar que el cáncer y la mastectomía son realidades que se perciben muy distantes, ya que no se tiene *“conciencia”* sobre su relevancia en la vida de las mujeres. Este hecho pudiera estar ligado al temor que existe en torno a la enfermedad, por lo que se decide mantener “fuera de la conciencia” todo pensamiento que gire alrededor del cáncer.

Conocer el diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía tuvo gran impacto en la vida de las entrevistadas quienes indican que, con su padecimiento, se inició una serie de tratamientos y cuidados que no les permitía conectarse, inicialmente, con el significado de no tener un seno. Prueba de ello se tiene en Beatriz, quien luego de realizarse la mastectomía debió seguir un conjunto de indicaciones médicas que no le permitieron conectarse con aquello que significaría en su vida la extirpación de un seno:

Fue así como que no puedes digerirlo, no lo digieres porque dices qué pasó aquí, nada más el asunto de la operación no puede ni pensar, lo que te decía, tienes que ir gradualmente, ah me operaron, ah entonces viene el médico o viene la enfermera, viene la de la terapia respiratoria, viene el otro y entonces tú dices como qué ¡oh-oh¡ ¿qué pasó aquí?, o sea te quedas en nada, por lo menos yo me quedo así, ¿qué pasó?, ¿ahora qué?, mientras vas pensando que no tienes un seno. Ay, si me lo veo, no me lo veo, qué hago, cómo hago, cómo ando, no sino que era inmediatamente la cicatriz, cuidar la cicatriz, la terapia respiratoria, entonces ese es el ¡oh! ¡Oh!. Tienes que vivir un hoy, no puedes vivir más allá, no puedes pensar un poquito más allá, ni un poquito más acá, sino que hoy tengo una cicatriz y hoy tengo que soplar la bolita esta para recuperar que no estoy respirando bien, hoy, era un hoy, hoy, hoy… (Beatriz, p. 10).

Con referencia a este punto, Fernanda señala que al enterarse de la enfermedad *“no tuvo tiempo”* de analizar qué impacto tendría la mastectomía en su vida, relatando así cómo dedicó su atención a una secuencia de actividades prescritas, las cuales devienen en una carrera de obstáculos en la que no hay lugar para pensar o sentir:

Yo lo cuento, yo lo comparo con una carrera de obstáculos, o sea, primero enterarme, ok me dejó mi pareja cuando le dije que tenía cáncer, ok, me dejó, la operación que es la otra semana. ¡Ajá¡, después de la operación te quedaste sin seno, ajá, conseguiste un medicamento, ajá, pero estás sin seno pero, ajá, la quimioterapia, conseguir la quimioterapia, ajá, son 3 millones de bolívares cada 21 días, (…) En varios sitios me dieron apoyo para la quimioterapia, después que si te tienes que cortar el cabello, entonces que si lo efectos colaterales de, o sea, yo no tuve tiempo de pararme ¡Ay, tengo cáncer!, no, ¡Ay me dejó, oye me dejó¡, o sea yo no tuve chance de pararme, en ninguna de estas cosas, tuve que ir saltando, saltando, saltando, no podía, me paraba si me caía, no, tenía que seguir, todo eso se va acumulando” (Fernanda, p. 10).

Sobre el mismo punto habla Clara, quien, luego de someterse a la mastectomía, colocó distancia con respecto a los sentimientos que posee en torno este evento:

Te soy honesta: al principio, con la primera operación, no era que me rechazaba, era que me sentí impotente, me sentía impotente y uno siempre se dice, cónchale por qué a mí, por qué me está pasando esto, y esos fueron los primeros días de la primera operación. Yo no me di chance o mejor dicho no tuve chance de lamentarme ni de ponerme a llorar, no soy de ponerme a llorar por los problemas y tirarme en la cama, porque así no se soluciona. Yo lo que hice fue tomar acción y ponerme para mi esposo, para lo que había qué hacer (Clara, p.5)

Cada una de estas citas expone cómo Amanda, Beatriz, Clara, Dalila, Elvira y Fernanda, al enfrentar al diagnóstico de cáncer de mama y la mastectomía se pusieron en contacto con una realidad lejana ante la cual quedaron desprovistas de herramientas que les permitieran asimilar las múltiples sensaciones y emociones que acarrea dicha experiencia.

Este hecho pone de relieve la presencia de los mecanismos de defensa que entra en funcionamiento durante el primer acercamiento a la enfermedad. Así se observa la presencia de la evasión, herramienta que les permite colocar el afecto en un lugar oculto y distante, con lo cual focalizan su atención en la realidad concreta que representa esta vivencia.

En el caso de Amanda, vivir la experiencia no significó, aparentemente, un cambio en su ritmo de vida:

No me afectó para nada, no para nada, cuando me recuperé ya me fui para la calle, ya me fui hacer mi vida, hacer mis cosas, me entiendes, para nada, para nada,. No me afecto, no tuve que ir a un psicólogo, porque hay gente que tiene que ir a un psicólogo, manejé mi parte yo sola, yo misma me controlé (Amanda, p. 15)

 Por su parte, Clara se aferró a su rutina cotidiana o, como ella llama, su vida normal:

Cuando tenía las quimios yo sabía que no podía tomar sol, pero yo tenía un niña, entonces que hacía yo, íbamos para la playa, yo me la pasaba con mi sombrerote grandote (…) yo llevé mi vida normal (…) yo no deje de hacer mis cosas durante el proceso ni cuando estaba recibiendo las quimios, no, yo seguí mi vida normal. (Clara, p. 10)

Cabe señalar que las participantes muestran en sus discursos dificultad para articular las emociones y sentimientos que giran en torno a la vivencia de la enfermedad y la mastectomía. Esto se evidencia con la carencia y necesidad de un espacio para la subjetivación en el que se otorgue a esta experiencia un significado subjetivo que permita elaborar dicho acontecimiento desde un punto de vista propio.

* + 1. **La mastectomía y la feminidad**

Son diversos los significados, las valoraciones y los sentimientos que se desencadenan debido a la mastectomía, acontecimiento que, a su vez, repercute sobre la construcción de la identidad femenina de las entrevistadas

 Durante las entrevistas las participantes comentaron lo que representa para una mujer no tener un seno: en su percepción, esta operación comprende una “*amputación”* en la que se está retirando algo más que un órgano. Ello se refleja en el caso de Elvira, quien, según, había perdido una parte de sí misma:

No te niego: yo me sentí mutilada. Eso fue como que la… la… Me había quitado un pedazo de mí, y realmente fueron 40 centímetros de mí que no me hacen falta y sí, eso, estoy viviendo, y estoy viviendo mejor porque no tengo la enfermedad, pero en el momento fue terrible (Elvira, p. 5).

Al hablar de esto, Clara expresa: “Coye es una amputación, una mastectomía es lo que te digo, es fuerte, es una marca que te queda allí ya para el resto de la vida” (Clara, p. 12). Fernanda agrega que la extirpación de un seno está asociada a un impacto trascendental en la vida de las mujeres: “Pero pienso que es un *shock* traumático, postraumático, y recontraumático para una mujer” (Fernanda, p. 24)

Un aspecto que se encuentra ligado a la mastectomía y su incidencia en la feminidad lo constituye la valoración de sí misma como mujer, que se adquiere a partir de la ausencia de un seno. A excepción de Amanda, las entrevistadas indican que, al no tener un seno, la mujer se encuentra en una posición de minusvalía.

A esto se refiere Dalila cuando expresa: “Sentirte que no vayas a tener un seno, no es como un dedo, sino que parte como del ser mujer, ¿Sabes?” (Dalila, p. 8), para añadir: “Me sentía como, como en desventaja, me sentía muy vulnerable” (Dalila, p. 9),

En esta misma línea de pensamiento, Elvira describe que, al no tener un seno, la mujer siente que la han desprendido de su belleza y su función maternal:

La mastectomía es como arrancarte, por ejemplo, las mujeres que no han dado a luz, es como arrancarte una parte de tu maternidad, en lo que forma parte de tu feminidad, de tu belleza porque por algo Dios te puso a ti dos tetas (…) Pero yo pienso que como es cruel, la mastectomía es muy cruel, es como que, si… Cruel, cruel. (Elvira, p. 15)

Beatriz hace énfasis en que la mujer mastectomizada se encuentra, desde su perspectiva, desvalorizada, hecho que la llevó a reformular la concepción que tenía en torno a la mujer:

Si yo te he dicho que la mujer es *superwoman*, verdad la *superwoman* necesita fuerzas. Con la mastectomía será radical o parcial, no tienes ya la misma fuerza, entonces como mujer estás disminuida ya; como mujer te tienes que replantear tus metas; como mujer te tienes que ver que voy a hacer ahora; como mujer tienes que ver si tienes hijos o no porque te tienes que someter a unos procedimientos, la quimios y las radios te pueden afectar la parte de los ovarios y te tienes que someter a uno procedimientos. Sí te afecta, hay que plantearse muchas, muchas cosas, a raíz de una mastectomía. Pero en el caso particular mío fue, ¡coye¡ me quitaron la fuerza, no tengo esa fuerza para ser *superwoman*, y te empiezas a replantear y pensar ¿oye valió la pena ser *superwoman*? (Beatriz, p. 14).

En este aspecto, también coincide Elvira, quien expresa que luego de la mastectomía, aparece en la mujer la sensación de encontrarse “incompleta”:

Yo no me imagino sin un seno. Yo me imagino que uno se debe sentir, si me siento, si en algún momento me sentí incompleta por el pedazo que me quitaron, imagínate cómo me hubiese sentido sin todo un seno (Elvira, p. 13)

A partir de lo expuesto puede plantearse que para las mujeres los senos son el área que, simbólicamente, sintetiza toda la feminidad, sus virtudes y lo que, como mujer, “vale” para otros. La mastectomía le resta parte de sí a las participantes aún cuando se reconocen como mujeres autosuficientes y empoderadas. No tener un seno pareciera inducir, automáticamente, a la desvalorización.

Para las entrevistadas, una de las áreas más afectada en el plano de la feminidad es la “coquetería”, esa capacidad de lucir bien, arregladas y agradables para sí mismas y el entorno. Elvira ilustra este aspecto al mencionar “pero yo soy demasiado coqueta; entonces no, yo no me imagino sin un seno”.

Un ejemplo particular es el caso de Gladis: “El lado femenino que como tal me define, como las mujeres, es que me gusta arreglarme, ser coqueta, me gusta lucir bien; de repente gustarle a los hombres, arreglarme para ellos” (Gladis, p. 5). Para ella, es la coquetería la que contiene su valor como fémina, motivo por el cual el impacto de la mastectomía fue contundente:

Entonces sí toca mucho la parte femenina, o sea, es un poquito traumático en ese aspecto, y durante este tiempo de espera es desesperante, desesperante no ponerte una blusita que a ti te gusta, estar arreglando la situación para que más o menos se vea; te sientes incómoda, te incomoda, no es así tan fácil, tan llevadero… (Gladis, p. 5)

En torno a este aspecto, los testimonios de Amanda y Fernanda resaltan que el nivel que se posea de coquetería hace que la incidencia de la mastectomía en la noción de feminidad sea mayor o menor, e incluso traumática.

Eso sí le afecta (….) Sí, sí hay mujeres a las que les afecta, hay muchas mujeres que no, pero si hay las que les afecta, la mujer tipo coqueta, la mujer que viven de su cuerpo, sí les afecta; la mujer que vive solo de eso sí le afecta, porque no tener una parte es algo que, oye, tú nunca te vas a esperar que a ti te van hacer eso, ¿ves? (Amanda, p. 14)

“Para una mujer que crea, que quizás viva de la apariencia, de lo que son, para mí, pienso que eso debe de ser traumático, para mí tiene que ser traumático para una mujer” (Fernanda, p. 24)

 Es preciso contrastar en este punto los relatos de Amanda y Fernanda quienes expresan que luego de someterse a mastectomía no se vio afectada su feminidad, hecho que permite observar la distancia que ellas colocan entre la ausencia de un seno y su feminidad, manteniendo así en el inconsciente todo referente psíquico y emocional que pudiera desencadenar dicha experiencia.

Particularmente Amanda, al hablar de la feminidad y la mastectomía, pareciera que evade y reprime los pensamientos y sentimientos que posee sobre esto, por lo que no ha podido elaborar ningún vínculo entre estos aspectos:

E: El cáncer de mamá se relaciona con un órgano el cuerpo que está conectado con la feminidad. ¿Qué piensa sobre esto?

¿Qué pienso?.. No sé, no sé qué decirte (…) mira, lo que pasa es que yo tengo mi vida tan ocupada que tengo así el tiempo para una cosa, el tiempo para otra cosa y hay veces que no me pongo a pensar. (Amanda, p. 14)

Otro planteamiento es el de Fernanda, quien señala que su feminidad no se vio afectada por la mastectomía ni por la enfermedad. Deja entrever que su principal atención estaba en la extirpación del seno, como tratamiento que le garantizaba seguir con vida. Por ello, no se ha planteado de qué manera su feminidad entra en contacto con la falta de un seno aún cuando, como se vio líneas atrás, puede destacar que hay cierto número de mujeres que se ven comprometidas su feminidad:

Yo particularmente, como te digo, a mí no me afectó. Vuelvo y te repito: no te puedo hablar de algo que no me ha afectado pues, o sea, a mí no me afectó. A mí tenían que quitármelo porque tenía cáncer y listo, pero de sentirme yo menos por eso, de sentirme que me iban a menosquerer, que me iban a menospreciar, nunca lo he sentido. No, o sea, yo sigo siendo yo: yo por mi esencia, por mi persona, yo puedo, yo en ningún momento ¡no yo no soy!, no, no, no, nunca (..) Nunca me afecto que yo me deprimí porque no tenía un seno, que yo iba a ser menos mujer por eso (Fernanda, p. 22)

 La visión de la mastectomía como evento que representa un daño, herida o circunstancia que afecta negativamente la feminidad, resulta atenuada cuando, ante esta enfermedad, se admite que la prioridad es la vida. Este planteamiento es ilustrado por Dalila y Elvira al asegurar que, cuando por causa de una enfermedad está en riesgo la propia vida, esta última se convierte en el principal centro de atención:

 Dalila reafirma el valor de la vida, incluso en una circunstancia como ésta:

La cuestión es que sí está en juego tu vida, ¿sabes?, cuando tú te aferras a vivir, si te la tienes que quitar, te la tienes que quitar. Yo lo pensé así. Claro, es algo que tiene que ver con mi feminidad, que a lo mejor no voy a poder verme bien, que a lo mejor no voy a poder amamantar. No voy a vivir eso, ¿sabes?, pero es la vida, es mi vida, ¿sabes?, si eso, si están en juego tu vida, si está en riesgo, es como una cuestión de prioridad, que es para ti más importante, esto o vivir. (Dalila, p. 8)

En el caso de Elvira, la toma de decisiones es ineludible si se trata de seguir con vida

Yo sé que era una cuestión de si quería vivir o si no, porque ¿para qué tú quieres tener una manzana podrida si en la cesta se puede podrir a los demás?, si, además, el cáncer de mama es de los cáncer que más rápido camina, que más rápido invade, que produce metástasis (…) Entonces, es si una de las soluciones es quitar el seno hay que quitarlo, si me lo tiene que quitar, si me dicen “mira Elvira, tienes que quitarte la oreja”, sí yo soy muy… Me gusta andar con mis zarcillos, pero si me dicen que me tengo que quitar la oreja, que de eso depende mi vida, me la quito (Elvira, p.13)

Se refiere a esto Beatriz cuando justifica que si la opción es aplicar una mastectomía, cuya implicación es, por lo menos, extirpar un seno, este procedimiento médico es aceptable ya que se está protegiendo la vida atacando la enfermedad:

Yo le decía a un médico en una conferencia que él dio, que él decía, “¡cónchale! pero es que a veces tenemos que quitarle el seno a las mujeres”, yo le decía bueno, pero si usted nos quita el seno y nos deja viva, es preferible a que nos quite medio seno y entonces la cosa se riegue si se medio complique. Entonces uno se muera, o quede uno malo. (Beatriz, p. 10)

Los relatos citados ponen en evidencia que las mujeres reconocen que sí existen temas de la feminidad, como la valoración que adquiere la mujer o el desprendimiento que sienten de su coquetería, que entran en juego cuando se someten a una mastectomía. No obstante, estos aspectos parecieran ser costos que trae consigo la mastectomía, los cuales requieren de la intervención de los mecanismos de defensas para que sea tolerable, ya que esta pérdida representa la posibilidad de seguir viviendo. De esta manera, las mujeres entrevistadas -quienes ha reconocido en segmentos anteriores la importancia y el valor que tiene la mujer, además de resaltar lo maravilloso que comprende ser parte de este género- destacan que la prioridad, ante todo esto, es mantenerse con vida.

* + 1. **Mastectomía e imagen corporal**

En todas las entrevistadas se refleja el hecho de que, al no poseer un seno, la apariencia, la imagen corporal y la percepción de su propio cuerpo se ve modificada. En términos generales, cada una de estas mujeres narra que, anteriormente, se sentían conformes con la imagen de su cuerpo.

 Clara comenta que cuidar su cuerpo y su aspecto físico es parte de su cotidianidad:

Siempre he estado muy pendiente de mi, soy de las personas que piensa que el cuerpo es mi templo y que si yo quiero estar bien conmigo misma pues tengo que cuidar mi cuerpo, y siempre lo he aceptado como es, lo que quiero mejorar, le he puesto y lo he hecho, este y me siento bien, me siento bien (Clara, p. 5)

Al describirse a sí misma Beatriz relata que se ha sentido cómoda con su imagen corporal: “Hermosa, bella preciosa, soy muy alegre” (Beatriz, p. 3). Por su parte Dalila menciona que anteriormente estaba a gusto con su aspecto físico: “bueno antes de la operación yo me sentía bien con mi cuerpo, me sentía, no es un cosa así pero me sentía bien, y con mis senos igual”. (Dalila, p. 3)

Dicha imagen se fue transformando al someterse a los tratamientos de quimio, radio y la mastectomía, generando en ellas rechazo y desagrado sobre la cicatriz que deja el seno mastectomizado. Respeto a esto, Beatriz comenta que ubicarse frente al espejo le resulta difícil debido a que el reflejo no es agradable, por lo que ha adoptado una conducta de evasión:

Y cómo es que, y de pronto puede evitar la mirada, o no te ves en el espejo, de repente no te ves en el espejo, ok, porque es de impacto, estás amputada, porque no tiene otro nombre eso es una amputación, porque no es bonito, no quedas bonito (Beatriz, p. 12)

Gladis hace énfasis en este aspecto: ve la mastectomía como una marca “*horrible”,* por lo que ahora los senos constituye el área denigrada en comparación con toda su anatomía:

Hay mujeres que, con el seno pequeño, no se le nota; con cualquier cosita que se pongan allí, la blusa ancha, ni siquiera. Pero en mi caso, por ejemplo, donde el seno era, o es, bastante prominente, o sea la diferencia se nota, por más que yo trate de cumplirlo, ¡horror!, o sea, horrible (Gladis, p.2)

Asimismo, habla de que el seno mastectomizado no es tolerable para la vista, por lo que busca escindir así la visión de sí que le muestra el espejo:

Bueno, ahorita no me veo mucho, me veo la cara, de aquí para abajo casi no me veo. (…) Si, bueno, yo por lo menos, la parte fea, uno trata de no vérsela mucho. Entonces yo por lo menos, lo que es relacionado con la mastectomía, yo me toco, me palpo, me doy masajitos si es que de repente el sostén me molestó, pero no es que me quedo viendo así como, ¡ay, qué linda estoy! (Gladis, p.6)

En este orden de ideas, Clara habla del rechazo a verse el seno que aparece luego de la mastectomía: “No te puedo negar que no me gustaba verme el seno con la cicatriz, no te lo puedo negar, no me gustaba” (Clara, p. 5)

En el caso de Dalila, parte de la angustia que le generaba la extirpación del seno se asociaba a la marca que le pudiera generar en su cuerpo

Entonces, claro, yo todavía no estaba como muy clara de cómo iba a quedar y a raíz de eso el médico me dice una masectomía (sic) radical y vas a quedar, yo pensaba que uno quedaba así como liso, pero no, eso queda hundido y yo no sabía eso, claro yo me impresioné mucho cuando vi esas fotografías y claro, eso impresiona, y yo no quería quedar así. (Dalila, p. 3)

Dentro de cada una de estas citas se puede notar un desagrado y una percepción negativa de la cicatriz puesto que esta representa una huella o marca indeleble que ha dejado la enfermedad en el cuerpo y en la psique. A partir de este hecho surgen conductas de evasión que buscan aminorar los auto reproches y el impacto emocional que representa la ausencia de un seno.

Por otro lado, al hablar de imagen corporal y mastectomía es necesario reconocer que existe un primer acercamiento al espejo, en el cual se pueden generar reacciones de llanto y dolor al observar que ha sido retirado parte del seno. Comenta Elvira que al verse por primera vez al espejo la embargó un sentimiento de tristeza: “Cuando yo llegué a mi casa, que me vi frente al espejo, que me vi el seno más pequeño y con una deformación por aquí y hueco, ahí sí yo lloré, lloré a gritado ¿sabes?” (Elvira, p.4).

 Para tolerar este sentimiento de tristeza, Beatriz elabora todo un planteamiento en el cual no tener un seno pareciera generar un impacto más soportable que la mastectomía parcial, en la que el seno queda *“amorfo”,* por lo que esta imagen repercute, con mayor intensidad, el concepto de sí misma. No obstante, admite que existe un malestar luego de que se produce una intervención sobre el seno, apareciendo así juicios y pensamientos que disminuyen la autoestima:

Porque si te quitan un pedacito es parcial, es algo ya ahora amorfo, y eso es más impacto en la sexualidad a no tenerlo. Es lo que yo he podido observar, que no lo tengas bueno, tú dices ya no está; pero que te conviertan eso en algo amorfo, ¡ah, no! te quitaron el pezón, y no, no es el pezón sino que te quitaron un pedazo por aquí. Entonces… cómo me visto, cómo me pongo el vestido también es parte de la cosa. Es más solventable con un cuello de tortuga o por lo menos con una camisa hasta aquí arriba, pero no es cuándo y si yo me veo en el espejo, oye qué monstruo y te empiezas a decir cosas, que también te las puedes decir sin el seno porque esta amputado, porque es importante, es muy muy importante (Beatriz, p. 14)

En el caso particular de Fernanda, relata que al verse sin un seno se mostró impactada por la cicatriz. Sin embargo, parece emitir la respuesta emocional se reduce a una expresión: “¡Berro!”.

En el momento en que me fueron a hacer la cura, R. me dice: “Bueno F,. te voy a quitar la cura”. Yo le digo no le pares, ¿Tú crees que me voy a poner a llorar por mi teta? A ver, yo quiero verme la cicatriz. Estaban las enfermeras y las dos se quedaron así, como qué le pasa, o sea que, cuando me la quito yo dije ¡berroo! Y cuando me la vi ¡berro! Son como 200 punto de aquí, Dios mío, o sea, no todo el mundo toma la misma actitud; otra a lo mejor que se queda sin un seno, y la cicatriz, que la cicatriz queda un hueco o queda negra, no, pero la cicatriz mía ni se ve, yo tengo todo esto recto acá. (Fernanda, p. 9)

A lo que más adelante agrega: “Pero bien, me veo en el espejo, ya tantos años, ya es normal, pero nunca tuve aversión por eso” (Fernanda, p.13).

Estas citas permiten ilustrar cómo, debido al impacto que ocasiona la falta de un seno, en estas mujeres no llegan a operar herramientas defensivas que permitan responder ante los pensamientos y sentimientos que desencadena esta situación. Esto se debe a que las participantes se hallan frente a una experiencia traumática en la cual hay una “falta de abreacción de la experiencia, la cual persiste en el psiquismo como un cuerpo extraño (…) el conflicto psíquico impide al sujeto integrar en su personalidad consciente la experiencia que le han sobrevenido (defensa)”. (Laplanche y Pontalis,1996, p. 449). Por este motivo existe una dificultad para establecer una representación psíquica de la pérdida de un seno, hecho que le impide asimilar el componente afectivo que acompaña a esta vivencia.

Continuando con la observación de los datos en torno a la imagen corporal y la mastectomía, se destaca que esta cirugía implica una “*incomodidad*” ligada a la vestimenta y al encubrimiento de la falta de un seno, comportamiento comúnmente adoptado frente a la sociedad como respuesta ante la ausencia del seno.

A esto se refiere Beatriz al relatar las molestias que puede acarrear las técnicas que emplean para que no sea notoria la mastectomía: “El rollo era para los trajes de baños (…) era cómo vamos a la playa, y cómo voy hacer yo, no se me vaya a salir la prótesis por allí guindando” (Beatriz, p. 12).

Sobre esto, Gladis hace mención a la existencia de temor y vergüenza ante otro que pueda observar las cicatrices que deja la intervención:

No porque es una incomodidad, en mi caso. Hay otras personas que yo veo que no le paran, pero en mi caso es una incomodidad, o sea, no puedo ir a una playa; si voy tengo que estarme tapando, tengo que estar poniéndome cosas para rellenar. Te molesta, porque tienes el sostén y tienes cosas adentro y eso te presiona, te molesta, te marca. Una está operada, te quitan todo esa parte y tú quedas afectada (Gladis, p. 3).

Para Fernanda, es en aquellos momentos en que oculta la falta de un seno cuando percibe el mayor desagrado y rechazo por la cicatriz inherente a la mastectomía, dando paso a una expresión de rabia por encontrarse frente a esta situación:

Pero lo que pasa es que cuando voy para la playa. Yo voy mucho a la playa, me fascina, me la paso yendo para la playa, hay unas playas en Chuspa espectaculares. Entonces, claro, cuando me voy a poner el traje de baño, que si se cae, que si se nota, entonces me estoy bañando, y el traje de baño tiene que ser largo, entonces, coye, digo, ¡Nazareno, tú no estás oyendo¡ pero cónchale qué rabia que me falta una teta, le digo así tapate los oídos, no es que esté denigrando sino que, mira vale, por aquí corre sangre. Tampoco que yo sea de cartón piedra, sí me afecta, por supuesto que me afecta en ciertos momentos que me quiero comprar una blusa, que me quiero comprar una camiseta, entonces no puedo, tiene que ser algo cerrado, por lo menos ahorita tengo puesto una prótesis que me consiguieron en Fundaseno ( Fernanda, p. 13).

Dalila, quien reconoce la molestia y lo desagradable de las cicatrices que le dejó la enfermedad y la mastectomía, hace énfasis en que la percepción que posee de su cuerpo forma parte de la imagen que ella trasmite al otro, por lo que prefiere *“no pararle”* a su aspecto físico cada vez que está expuesta ante un tercero.

Tengo varias cicatrices, tengo una cicatriz en la espalda grandísima. Bueno, yo hago natación y trato de no, ¿sabes?, trato de no pararle a eso porque sino, más bien mucha gente ni se da cuenta. Yo pienso que cuando tú estás así, como ¡ay!, entonces la gente como que… Es cuestión de actitud también. (Dalila, p. 8)

La vergüenza que despierta la mastectomía irrumpe incluso en el modo de acercamiento hacia la pareja ante quien se procura ocultar la imagen del seno mastectomizado. Sin embargo, este sentimiento no impide que se produzcan encuentros románticos y sexuales, momentos en los cuales estas mujeres se valen de diversas herramientas para mantener oculto el nuevo aspecto que posee el seno.

En el caso de Gladis, siente mucha vergüenza de que su pareja pueda observar la apariencia que ha adquirido el seno, razón por la que ha ideado tácticas para mantener su seno fuera de la vista del otro:

Uno le da pena, se trata de cubrir, uno bueno, hace mil malabares para tratar de que el esposo no se dé cuenta, por lo menos yo fui así(…) Nunca mi esposo nunca me has visto con mi seno, bueno el doctor se lo mostró recién con la operación pero yo trate de tapármelo porque no me gusta, he tratado de cubrir, uso topcitos, uso, me relleno allí con otro sostén, busco la manera de que no se vea, esa soy yo (Gladis, p. 2)

Sobre esto Beatriz comenta que no se presenta completamente desnuda durante el contacto sexual. En su narración deja entrever que debe existir, primero, un vínculo importante antes de mostrarse sin un seno frente a una pareja:

Si de pronto tú dices si estás conociendo a alguien tratas como de evitarlas cosas, la cosa tiene que ser así como muy seria para yo mostrar ¡wao! que yo realmente no tengo un seno (…) no me quito el sostén, que es lo que, que es lo que he oído yo, y lo que podemos hacer. Y o opté porque no me quito mi sostén, ahora si llega la otra persona, oye no yo tengo una cuestión. (Beatriz, p. 15)

Estos argumentos indican que al hablar de la mastectomía, para estas mujeres es tolerable conversar y reconocer, en términos conscientes, los efectos que acarrea, en el aspecto físico, está operación, a la vez que escinden el correlato emocional.

Así, la conducta de encubrir el seno, destacada en párrafos anteriores, pareciera también ocultar todo aquello que se cruza por la mente al no poseer un seno. Esto sucede debido a que la ausencia del seno es asimilado como una pérdida simbólica de la feminidad. Es así como las participantes reafirman, a partir de este hecho, una imagen de sí que las posicionan como un ser que se haya en falta.

De este modo, surge la reconstrucción como elemento importante que permite lidiar con la imagen del seno, las secuelas en el aspecto físico y los sentimientos que se presentan con la mastectomía. Para las entrevistadas, a excepción de Fernanda, la reconstrucción representa una solución estética importante que les permite mantener un acorde nivel de autoestima y una aproximación positiva hacia su propio cuerpo.

Hace referencia a esto Dalila al describir que la reconstrucción ha sido una herramienta importante al momento de relacionarse con su cuerpo, permitiéndole sentirse conforme con su imagen y consigo misma:

La cirugía estética que ayuda mucho para no sentirse como si uno estuviera mutilada (…) A mí me dio una recaída. Entonces, decidieron hacerme una masectomía (sic) radical en el izquierdo y en la mama derecha una masectomia (sic) parcial (…) El doctor ofreció la oportunidad de hacerme un reconstrucción de las mamas inmediatamente en la operación, o sea, en la misma operación me iban hacer la reconstrucción, por eso, pienso yo, que eso fue un factor importante que me ayudo a sobrellevar la situación. (…) Y yo, cuando a mí me hicieron esta operación, para como yo iba a quedar quedé bastante conforme y eso me ayudó mucho a sentirme un poco, a sentirme mejor sobrellevar mejor las cosas (Dalila, pp. 3-4)

Pensar en la reconstrucción le ha permitido a Gladis tolerar esa imagen *“horrible”* que tiene de sus senos, siendo este procedimiento la fórmula que le facilita solventar la falta de un seno:

Quizás lo bueno es que yo he utilizado mucho que esto es temporal, ¿sabes?, yo le digo a él (la pareja) bueno imagínate, yo que nunca me quería tocar los senos ni nada y ahora me veo obligada a ponerme los senos así, me van a quedar chévere, me van a quedar lindos (….) Hay quienes recomiendan esperar hasta 5 años, yo no voy a esperar tanto, yo ya tengo 1 año y algo, gracias a Dios, estoy bien, estoy sana, ya todos los exámenes que me he hecho, yo pienso hacerme mi reconstrucción… Los médicos la autorizan y yo me la hago. Entonces una vez que tú te haces tu reconstrucción tú quedas normal, con tu prótesis, así como otra persona que se puso prótesis y, o sea, no hay ninguna diferencia. (Gladis, p. 2)

 La reconstrucción comenzó a tener importancia para Beatriz luego de 11 años, cuando observó que, para otras mujeres, *las lolas* representaban un elemento importante.

Yo me hice la reconstrucción muchos años después porque empezaron avanzar realmente los cirujanos y empezaron a ponerse que si las lolas, las lolas, las lolas, ¡me hago las lolas o las lolas¡ (risas) o sea, tengo que ponérmelas, oye no, entonces me llamaban las amigas, mira ¿y tú no te las vas poner?, ¿yo?, ¡no, un no rotundo!, no me hablaran de eso, yo era feliz, entonces después bueno, ya uno me voy a operar porque ya hay unos procedimientos más seguros, han avanzado. Para mí es el momento también. (Beatriz, p. 12)

Es pertinente destacar que parte del aliciente que gira en torno a la reconstrucción es el valor dado por otras mujeres y por los otros a las *“lolas”* como emblemas de la feminidad, la coquetería y del atractivo sexual. Asimismo, estos últimos relatos evidencian la importancia del juicio y la valoración que otorga el otro para la autoestima, la imagen corporal y la percepción de sí mismo, por lo que parte de la motivación que está presente alrededor de la reconstrucción es el deseo –y la fantasía- de aceptación por parte del otro.

* 1. **Vinculación afectiva**

La sexualidad va de la mano del establecimiento de vínculos afectivos con otros. Desde aquí, se articulan diversos sentimientos, los cuales forman las relaciones de pareja como respuesta a la necesidad humana de contar con la compañía de otra persona y entrar en contacto con la satisfacción sexual. Además de reconocer la vinculación afectiva como componente de la sexualidad, es preciso destacar que los estudios que vinculan al cáncer de mama, la mastectomía y la sexualidad, describen que una de las áreas en la que esta experiencia marca una gran incidencia es en las relaciones de pareja.

A partir de estas consideraciones, se presenta esta dimensión, en la cual se recopilan los datos que permiten conocer la valoración que asignaron las entrevistadas a las relaciones de pareja, el desarrollo vínculos amorosos y su incidencia en la sexualidad. De igual modo, en este apartado se destacan los estereotipos, los roles y los patrones que debe ejercer cada género dentro de la relación sentimental. Igualmente, en esta dimensión se describen los efectos que las participantes refieren en sus relaciones amorosas, una vez sometida a la mastectomía.

**4.3.1 Relaciones de pareja**

 La afectividad, los sentimientos y la presencia del otro constituyen un aspecto de la vivencia de la sexualidad. Al hablar de sexualidad, las participantes otorgan gran importancia al establecimiento de una relación sentimental, expresando lo que significa ser parte de una relación de pareja.

En este aspecto, Dalila destacó que tener una relación de pareja forma parte los eventos personales de los que se compone la vida, siendo aquélla el mantenimiento de un vínculo interpersonal que se caracteriza por la intercambio de sentimientos:

Las relaciones de pareja es una faceta importante en la vida del ser humano, evidentemente hombre o mujer, porque es como cuando tú te llegas a complementar con una persona. Te sientes apoyada, te sientes como que estar juntos, puedas estar acompañada de esa persona, que puedas compartir momentos buenos, que puedas compartir momentos malos, ¿ves? Yo creo que eso es como el estado ideal del ser humano en general, de una persona que esté contigo, independientemente que estés casado o que sea de sexo, lo importante es que tú te sientas identificado y que se complementen, con los intereses, que haya afecto, respeto, todo eso (Dalila, p. 4)

Elvira agrega que el intercambio de sentimientos, el compartir y la “*compenetración”* que existe en las relaciones de pareja, son resultado de la interacción entre dos personalidades que buscan acoplarse:

Las relaciones son, al principio un intercambio de vamos a ver cómo eres tú, vamos a ver cómo soy yo, pero ya una vez que tú llegas a eso ya es como compenetrarse. No es que sin él no vivo porque yo soy completa, pero me encanta vivir con él. (Elvira, p. 9)

Para caracterizar estas relaciones, las participantes señalan que dentro de ellas debe existir respeto, cariño, apoyo, comunicación, entre otros factores. Con base en esto, Amanda afirma que no sólo se está en pareja cuando se produce la relación sexual, sino que ésta requiere de otros elementos como la comunicación:

Una relación de pareja no es solo sexualidad. Una relación de pareja es... Hay muchas personas que piensan que eso es lo que mantiene a la pareja, la relación, la relación sexual. Para mí no, porque la comunicación entre la pareja es importante. Siempre que haya la comunicación, siempre se funciona bien. Yo lo veo así, no que solamente sea puro relación sexual, porque tú no vas a estar todo el tiempo en eso, no. Yo digo que la relación de pareja significan muchas cosas, eso, el trato que tengan, la sinceridad que hay entre las dos personas, no me gusta esto de ti, no me gusta, o sea ser sincero en cuanto a eso, eso es lo que yo considero una relación de pareja (Amanda, p. 8)

Al hablar de su experiencia, todas las entrevistadas destacan haberse sentido satisfechas dentro de una relación de pareja, alcanzándose esto a través de la comunicación, el respeto, el cariño y el amor mutuo. En este aspecto, Fernanda brinda una imagen sobre cuáles son las interacciones que se producen dentro de una relación de pareja:

De todo un poco: un poco de locura, de pasión, alegría, es como todo, altos y bajos, como la receta, todo no puede ser un panal de miel, tiene que haber separación para extrañar, frío para estar al lado de la persona, calor para respetar el espacio, está caliente, está haciendo calor quédate ahí, vamos a... Ese tipo de cosas tiene que haber en una relación, frío para estar juntos, calor para respetar el espacio de cada quien, lágrimas para poder resecarlas y poder disfrutar de sonrisas y alegrías, es un compendio de muchas cosas de la relación. (Fernanda, p. 14)

No obstante, es preciso indicar que, aún cuando señalan sentirse satisfechas en la relación de pareja, la experiencia les ha enseñado que formar parte y convivir como pareja requiere de trabajo y esfuerzo ya que no siempre es “*un panal de miel”*.

Clara expresa que mantener una relación de pareja no ha sido siempre fácil. Reconoce que parte de esta vivencia fue cometer errores, a partir de los cuales aprendió que en una pareja existen dos individualidades, las cuales son seres independientes que comparten un mutuo aprecio:

Mira, vivir en pareja es muy difícil empezando por ahí, hay que ceder mucho. Yo llevo 20 años con mi pareja, se dice fácil pero es toda una vida (….) una relación de pareja buena es donde estén todo esos punto presentes, donde haya respeto, comunicación, respeto tanto personal como en el espacio, privacidad, porque mucha gente… Uno comete mucho errores como es el hecho de que seas mi pareja entonces ya me perteneces y todo lo que tú hagas, y todo lo que tú pienses, todo, me lo tienes que comunicar; todo me lo tienes que participar y ese es un error muy grande porque nadie le pertenece a nadie, pero eso se aprende es con el tiempo y viviendo en pareja y la mejor forma de vivir en pareja, lo ideal es eso, mira, respetándose, respetándose su espacio como persona (Clara, p. 6)

Cada una de estas citas ponen en evidencia como mantener un vínculo afectivo con el otro es parte fundamental de la cotidianidad, que permite estar en contacto con el cariño, el amor y el apoyo, aun cuando como vivencia no siempre es perfecta e ideal. De esta manera, integrarse en una relación de pareja está asociado a una *“tarea difícil”* en la cual se produce un intercambio afectivo que puede generar un estado de satisfacción y comodidad sentimental, cuyo valor la permite calificar a ésta como *“estado ideal”* dentro de la vida de los seres humanos.

**4.3.2 El papel atribuido al hombre**

Parte de los elementos que dan forma al concepto que elaboraron las entrevistas con respecto a la relación de pareja, corresponde a identificar el papel que ejerce el hombre dentro de éstas. Se observó que algunas de las entrevistadas, para describir sus percepciones de lo que implica una relación de pareja, aluden a sus experiencias, resaltando en ellas las actitudes y comportamientos que sus maridos o parejas adoptan dentro de la relación.

Beatriz comparte la visión que posee sobre el género masculino cuando, al hacer referencia a las relaciones de pareja, describe que, como mujer empoderada, abarca todos los roles -sean estos asociados a lo femenino o a lo masculinos- por lo que no percibió al marido como el jefe de la familia, de manera tal que la figura masculina no representaba, necesariamente, el sustento del hogar:

Precisamente por yo ver que las mujeres somos superhéroes, que somos lo máximo, para mí realmente la figura del hombre es así, como bueno, un compañero (…) Porque siempre pienso que, nunca los vi como si él fuera el sustento, de que él fuere el que proveyera la provisión para la casa, de que él tenía un rol fuerte en la pareja, sino que más bien, yo soy así y como tú seas, chévere. (Beatriz, p. 4)

Por su parte, Gladis comenta que para ella la relación de pareja implica la participación equitativa de ambas partes, en la que ella, como mujer, no se muestra sumisa ante el hombre, quien es el ente que procura *“aminorar”* sus capacidades como ser independiente. Ante ello, construye un concepto de pareja en la que resalta la equidad de los roles, mostrando que el hombre debe compartir el mismo grado de responsabilidades que la mujer:

Mira, yo pienso que una relación de pareja, yo lo veo como un, va sonar un poco frío y va sonar muy realista, pero yo pienso que una relación de pareja va más allá que el enamoramiento; una relación de pareja tiene casi que llegar a un contrato, como lo que es un matrimonio, un contrato, donde las personas tiene que aprender a convivir, a negociar, a ceder (..). Yo, para mí la relación de pareja es 50/50, (….) Si vamos a estar en una relación es 50 y 50, lo que tú hagas no me debe de perjudicar a mí, lo que yo haga no te debe perjudicar a ti, debemos estar de acuerdo en lo que vamos hacer, llegar a un acuerdo, y yo siempre estoy en eso (…) Y a veces yo me he visto que la mayoría de los hombres lo subestiman a uno. Cuando yo tenga ese ímpetu de lograr las cosas, de pedir un crédito y comprarme un apartamento en Cumbres de Curumo, “¡estás loca!”, no sé, lo subestiman a uno, y cuando yo lo logro dice “coyee”, buscan la manera de ver la fallas para así aminorizar eso, se competitiva, eso es complicado (Gladis, p. 9)

 El relato de Amanda deja entrever de qué manera su pareja se va acoplando a ella, quien, pareciera, lleva las directrices de la relación, con lo que permiten distinguir la presencia de una jerarquía dentro de las relaciones de pareja:

Mi esposo me ha sabido llevar, yo he sabido llevar a mi esposo. Cuando no me gusta algo se lo digo. Pero mi esposo en ese sentido es más penoso, yo soy como muy volada, yo le digo las cosas, ¡pa, pa, pa!, así, porque esa es la forma que el sepa que te sentiste bien o no te sentiste bien. Esa es mi forma de pensar y yo se lo digo y él “¡tú hablando lo que no es!”, yo le digo no, no, no, es porque uno tiene que ser sincero, no me gusto tal cosa, a mí no me gusta así, a mí me gusta así, una tiene que ser así, hasta en la relación de pareja (Amanda, p. 9)

En estas intervenciones se hace referencia, nuevamente, a la identificación que hace la mujer con la falta simbólica lo que la coloca en un posición de subordinación, motivo por el cual desarrollar actitudes de empoderamiento, en respuesta al persistente sentimiento de que su ser se encuentra recluido en el deseo del otro, así, no se inhibe en mostrar su valor como ser individual, que posee capacidades iguales o superiores a los hombres, sin dejar de lado su feminidad frente a una relación de pareja, la cual está presente en el componente afectivo que acompaña a la misma.

**4.3.3 La convivencia en pareja post-mastectomía**

 Las categorías anteriores que describen el significado de las relaciones en pareja en la realidad de las participantes, permite contextualizar esta categoría, en la cual se recopilan las experiencias de las entrevistadas dentro de sus relaciones de pareja, pudiendo así comentar la incidencia de la mastectomía en el ritmo de la misma, además destacaron el comportamiento de sus parejas ante esta nueva apariencia.

 En primer lugar, se hace relevante el valor e importancia que adquieren las relaciones de pareja luego de haber experimentado un cáncer de mama. En el caso de Gladis y Beatriz, la mastectomía repercutió en la percepciones que tenían en torno a las relaciones de pareja y los roles que ambas partes poseen sobre ella, permitiendo formular cambios en la concepción que se tiene sobre este estado.

En el caso de Gladis, observar el apoyo que le ha brindado su pareja durante la enfermedad, le ha permitido reconsiderar su visión sobre las relaciones pudiendo ahora ceder espacios, además de mostrar mayor atención hacia su pareja.

Si, ahorita la valoro muchísimo más, yo antes, como me decía mi anterior esposo, “ tu todo es, si cualquier cosa, terminamos”, o sea, yo me sentía tan autosuficiente que si estaba, estaba y si no estaba, no estaba(…) pero ahorita sí, quizás por la pareja que tengo que ha sido maravillosa, entonces yo he estado como más concentrada en negociar un poco(…)cuidar un poco la pareja porque esta pareja si vale la pena que yo lo cuide, una persona que ha sido excepcional conmigo, con mi hijo sobre todo, demasiado, entonces ahí uno tiene que empezar a ceder, y por supuesto también después de la enfermedad, como yo digo si es una persona que me ha dado todo el apoyo que me ha tratado bien, que yo soy muy quisquillosa en eso, de que si yo veo que me tratan mal no voy a estar con esa persona. (Gladis, p.8)

Beatriz, quien es divorciada y no posee pareja actualmente, comenta que luego del proceso de enfermedad y la mastectomía, ha podido observar el valor que tiene el hombre en la pareja:

Pienso que, nunca los vi (a la pareja) como si él fuera el sustento (…) Mas en eso si pienso que estaba equivocada, o quizás si me hubiese gustado tener un esposo que respetarlo como hombre, como las responsabilidades que tenía como esposo, como padre, como hombre ¿ves? (Beatriz, p. 4)

 Al hablar de las relaciones de pareja y la mastectomía, las entrevistadas resaltan que las actitudes de apoyo que recibieron por parte de sus maridos o parejas fue un factor importante que les permitió sobrellevar la ausencia de un seno y la enfermedad. Clara hace referencia a esto al mencionar que su esposo “ha entendido la situación, ha sabido llevarla, ha tenido paciencia” (Clara, p. 6). Por su parte, Dalila describe que “mi esposo en ese aspecto me ha comprendido” (Dalila, p. 5), pudiendo afirmar que para sobrellevar la mastectomía es de gran importancia la presencia de la pareja: “También si a tu pareja no le causa, no es, digamos para él un problema pues eso también ayuda muchísimo” (Dalila, p. 4)

Verse sin un seno despertó en Elvira y Dalia el sentimiento de minusvalía con respecto a su género, motivo por el cual llegaron a pensar que no estaban aptas para formar parte de una relación de pareja.

Así, Elvira comenta que el sentirse *“incompleta”* la llevó a proponerle a su pareja no continuar con su relación:

Pero en el momento fue terrible y yo decía, porque yo le dije a mi pareja cuando tenía como 10 días de operada que se fuera. Yo me desperté a media noche llorando, “¿te duele algo?”, no, no, no, porque siempre estuvo pendiente de mi, “¿te duele algo?” no, no me duele nada simplemente quiero que agarres tu cosas mañana y te vayas, y empecé a decirle que él merecía estar con una mujer entera y así (…) y para el momento fue para sentirme como que, desvalorizada, yo no valía que él estuviera conmigo, que se buscara a alguien que realmente estuviera completa, porque esa era la palabra, que estuviera completa (…) me monté una película negativa en mi cabeza. (Elvira, p. 5)

En el caso de Dalila, la mastectomía irrumpía en los planes que tenía con su pareja, con lo cual se hallaba en *“desventaja”* como mujer, por lo que no merecía formar parte de una relación de pareja:

Cuando yo fui diagnosticada, y que una de las parte que más me preocupara era el hecho de que no podía ser madre y mi esposo siempre ha sido una persona que ha querido tener hijos, yo tuve una conversación con él, yo le dije mira me está pasando esto, yo no sé cómo voy a quedar, quizás yo no pueda ser madre, yo te quiero muchísimo y yo no te puedo atar, no puedo atarte porque yo estoy pasando por esto, y me sentía como, como en desventaja, me sentía muy vulnerable, cónchale no lo podía retrasar, eso era un proyecto de vida que nosotros queríamos hacer juntos (Dalila, p. 9)

De manera que la mastectomía está asociada a la desvalorización de la mujer, juicio que produce en ellas una percepción de inferioridad, por lo que se construye en la realidad psíquica la imagen del rechazo, hecho que las llevó a pensar que no merecían el cariño de sus parejas. Así, proyectaron sus inseguridades hacia otra persona, a quien le atribuían parte del juicio y rechazo que ellas tenían sobre sí.

Alrededor de la mastectomía y las relaciones de pareja, aparecen en las entrevistadas las fantasías de abandono. Cada una de ellas habló de esta fantasía al mencionar la existencia de una estadística que describe que, en un gran porcentaje de los casos, las mujeres son abandonadas por sus parejas. Se evidencia que esto les origina temores para enfrentarse a esta situación. Tal planteamiento es ilustrado por Elvira quien afirma que los comentarios que generan esta situación desencadenan inseguridades ante la relación de pareja:

El temor que sentía en mí, que no va querer nada conmigo, de ser rechazada; las historias que yo escuchaba en el hospital, porque esa es otra cosa que afecta muchísimo; el entorno, todo lo que escuchas alrededor, una paciente que tenía 26 años mastectomizada, el hombre la dejo. Era una niña, imagínate yo que soy una vieja. Te empiezan con a salir los fantasma que tu habías tenido ya y lo habías controlado, pero que estaban ahí, y por muy segura que yo sea siempre va haber algo que te va sacar de tu seguritu. (Elvira, p. 12)

Cabe resaltar el caso de Amanda, quien expresó que la posición del esposo no le permitió desarrollar preocupaciones dentro de la pareja:

Mi esposo me lo demostró desde el principio que se enteró de la enfermedad, desde el principio me lo dijo, vamos a luchar juntos, como hemos seguido siempre juntos, por todos estos años que tenemos juntos, y yo te voy a ayudar a salir de esto. (Amanda, p. 16)

 Sin embargo, se observó en su discurso que el temor de ser abandonada estuvo, de manera inconsciente, presente para ella. Ante la angustia de esta situación, Amanda maneja su temor hablando con su pareja, a fin de conocer su reacción al respecto:

A mí y a él no nos afecto porque incluso yo le hablé y le dije acuérdate que, yo soy muy clara, pero yo le digo a él me van quitar una teta, sabes que los hombre a veces siente un rechazo a una mujer, yo digo que cuando el hombre realmente no quiere a su esposo, verdad. Mi esposo me dijo que si yo estaba loca, que como yo pensaba eso en vez de pensar en la enfermedad, es que hay que hablar de todo, hay que ser sincero, sincerarse con todo, por qué, porque yo se que pasa eso, entiendes, he conocido personas que le ha pasado eso, que sus esposos la han rechazado, al saber que tiene esa enfermedad, las han dejado, o sea no las han apoyado, y tu sabes que para esta enfermedad se necesita de mucho amor y de mucho apoyo familiar. (Amanda, p. 2)

 Por su parte, Clara describe que con la mastectomía aparece un conjunto de inseguridades en torno a la pareja

A pesar de que él está allí, entonces es como que uno entra en duda. ¿Por qué él estará conmigo? ¿Por lástima, por compromiso, por la niña? ¿Qué irá a pasar cuando esto termine? ¿Me irá a dejar? ¿Hasta cuándo irá a aguantar?, ¿ves? (Clara, p. 10)

En Dalila, también aparecieron las dudas sobre por qué su marido se había mantenido con ella: “Él me dijo quería seguir conmigo y bueno yo pensé será por lástima, (…). Eso sería horrible, que esté con una persona en la noche, que sea porque “voy a estar con mi pareja por…”. (Dalila, p. 9)

 Lo expuesto hasta ahora permite reconocer que la mastectomía despierta en las mujeres un sentimiento de minusvalía, tal como se mencionó en el segmento de feminidad. Esta percepción da origen a inseguridades y angustias que se extienden al ámbito de la relaciones de parejas, llevando a estas mujeres a experimentar ansiedad de separación y la fantasía de abandono.

 Vale resaltar el caso de Fernanda en el cual si hubo abandono. Cuenta que la pareja que tenía al momento de ser diagnosticada no quiso continuar con la relación: “Mi pareja me dejó el día que le dije que tenía cáncer, se fue. Después de 7 años, más nunca ni una llamada; más nunca un cómo estás, ni un cómo sigues “ (Fernanda, p. 6)

Este evento sucedió antes de que Fernanda se sometiera a la mastectomía, por lo que no percibió está separación como un rechazo asociado a la falta de un seno: “No hubo ese rechazo; la persona que me dejó, chao. Yo tuve cáncer, o sea chao, chévere ok, él nunca me vio ni operada, de hecho más nunca lo vi” (Fernanda, p. 12). Sin embargo, luego de someterse a la mastectomía, la ausencia de un seno no le impidió desarrollar lazos afectivos con otros hombres con quienes ha establecido relaciones formales:

Tuve a otra persona en mi vida después de eso, pero bueno una persona que tenía un compromiso pero que nunca, nunca me rechazó por mi condición, sus palabras fueron yo no te conocí con 2 senos, así que no me extraña verte con uno. Tengo una pareja actualmente exactamente desde el 2006, ya vamos a cumplir 6 años, ahorita en diciembre, o sea, no le ha importado mi condición (Fernanda, p. 6)

Para Beatriz, la experiencia de la mastectomía avivó los sentimientos que poseía sobre su ex esposo:

A mí me habían hecho la mastectomía y una semana y pico después yo tuve relaciones con el papá de mis chamos. Claro, no fue que empezamos muy frecuente porque él se iba, venía y entonces era te llevo para la quimio, te traigo para la casa. (Beatriz, p. 15)

Estas citas indican que a partir de la pérdida de un seno, la afección que esta experiencia genera dentro de la pareja está permeada por la calidad de la relación. Por tanto, tomando en cuenta los testimonio de Fernanda y Beatriz, así como la realidad de cada una de las entrevistadas, es relevante mencionar que la mastectomía no implica, ineludiblemente, la separación de las parejas, por lo que no representa un factor que impide el desarrollo de vínculos afectivos hombre-mujer. Los lazos que cimientan una relación de pareja, trascienden la imagen corporal y la relación genital.

* 1. **Las prácticas sexuales**

Con miras a establecer un acercamiento sobre las representaciones y significados de la vivencia sexual de las mujeres sometidas a mastectomía, se recopilaron datos que dan a conocer, y permiten comprender, la construcción subjetiva que elaboraron en torno a la sexualidad, el sexo, las relaciones sexuales y el placer sexual, con lo cual se obtiene un reflejo de la realidad que atraviesan estas mujeres.

Sus relatos dan cuenta de los eventos subjetivos y las experiencias en las que reconocen y revelan de qué manera ha incidido la mastectomía en sus vivencias y representaciones mentales sobre las prácticas sexuales.

**4.4.1 Significados de la sexualidad**

 Para realizar una aproximación a la sexualidad, se elaboraron preguntas que permitieron conocer el significado que ésta posee para cada una las entrevistadas. Se recopilaron conceptos, significados y descripciones que tienen respecto a la sexualidad, pudiéndose reconocer, en términos generales, que comparten concepciones similares.

Al hablar de sexualidad, algunas de las entrevistadas comentan que la misma comprende *“muchas cosas”,* entre las que se incluye el acto sexual, sin que éste sea el único elemento que la define. Sus testimonios indican que la sexualidad incluye la presencia de comportamientos y gestos que permiten expresar la emotividad y el afecto que se experimenta.

Este planteamiento es ilustrado por Clara, Gladis, Beatriz y Fernanda al exponer que entre las actitudes que forman parte de la sexualidad se encuentra el coqueteo, la atracción, la seducción y las caricias. Sin embargo, se reconoce que todas estas actitudes están asociadas, implícitamente, al acto sexual:

En su opinión, Clara expone que la sexualidad mal puede ser definida, exclusivamente, como el acto sexual:

Está la parte sexual; está la parte de atracción, de seducir; las caricias; el amapucheo, o sea, abarca mucho, muchas cosas. La sexualidad es muy amplia, o sea, yo no pienso que sea solamente el acto en sí, sino todo lo demás; la misma personalidad en ese momento, la actitud que uno toma cuando su pareja. Eso es sexual. (Clara, p. 7)

Para Fernanda la sexualidad implica una experiencia amorosa: “O sea, ese coqueteo, ese juego, cuando vamos hacer el amor” (Fernanda, p. 15).

Beatriz añade que la sexualidad es un compendio de emociones que se desencadenan cuando se está en contacto con otra persona: “Va más allá, más, es atracción, ese sentimiento de cómo que hay una emoción que se te… que está en ti en el momento que estás con otra persona” (Beatriz, p. 6).

En relación a este punto, el testimonio de Gladis explica que cuando se hace referencia a la sexualidad se incluye el contacto físico y el encuentro sexual:

Para mí la sexualidad es tener una relación íntima con alguien, uhm, para mí la sexualidad es, este, yo digo poder desinhibirte con esa persona, poder disfrutar de las caricias, del acto sexual, o sea, para mí eso es la sexualidad (…) La sexualidad, ahí está incluido el sexo, entonces ahí está incluido el sexo, entonces ahí tiene que ver, quizás no el acto exclusivo del sexo, pero sí tiene que haber caricias, sí tiene que haber otras cosas, algo más íntimo, porque tú te vas a desnudar (Gladis, p. 11)

La visión que brindan estos relatos permite resaltar que el concepto que tienen estas mujeres de sexualidad no comprende únicamente el sexo, aún cuando se reconoce éste como parte fundamental. Al hablar de sexualidad femenina, se hace énfasis en la presencia de sentimientos, percepciones, comportamientos y emociones.

El testimonio de Dalila hace referencia a esto cuando incluye la identidad de género y la personalidad como componentes de la sexualidad:

La esencia, lo que caracteriza a un hombre y a una mujer, es la manifestación más pura de lo que es el género, tanto del hombre como de la mujer, y de llegar a complementarse con una pareja (…) sexualidad tiene que ver más con comportamiento, actitudes, este, hasta en la forma de ser, ¿sabes?, no necesariamente tiene que ver con el acto sexual (Dalila, p. 5)

Elvira profundiza aún más en este aspecto, admitiendo que la sexualidad involucra el conocimiento de sí mismo como ser sexual, que posee deseos, actitudes, pensamientos y sentimientos que intervienen en el encuentro sexual:

Porque la sexualidad no son solamente relaciones sexuales; la sexualidad es querer a ti mismo, con tu cuerpo, darte permiso a sentir lo que quieres sentir, poder determinar en un momento dado qué no quieres y qué sí quieres. Eh, no hace falta penetración para tener sexualidad, tranquilamente con unas caricias, sentirte plena, sentirte plena en una relación (Elvira, p. 10)

De manera tal que, para que las mujeres puedan hablar de sexualidad debe existir, como parte fundamental, el cariño y el afecto entre dos personas quienes comparten un encuentro sexual y emocional. Este señalamiento se puede observar en las intervenciones de Clara y Beatriz cuando relatan el significado que posee de la sexualidad:

Es algo muy bonito porque se compenetran dos personas y uno empieza a conocerse más. Aparte de eso también sale muchas reacciones que normalmente uno no las conoce y se viven muchos sentimientos que, en otro momento, no se experimentan (Clara, p. 6)

La sexualidad tiene que ser, en mi caso era, ¡es!, una... Un gran afecto que existe entre dos personas, ok, que llega a un punto en que se convierten en uno solo, para ponerlo en unos términos más bonitos. Pero tiene que ser eso, tiene que haber realmente una relación que nos una, muy fuerte, en el amor, ese gran sentimiento que hace que resuelva todas las cosas en el mundo. Entonces hay ese encuentro que luego implica convertirse en uno solo (Beatriz, p. 6).

La afectividad y los sentimientos hacia otra persona dentro de la sexualidad son fundamentales para Beatriz, quien descarta a las relaciones sexuales ocasionales, como eventos que pertenecen a la vivencia de la sexualidad:

En el amor, en el amor. Si, porque la sexualidad luego tú dices, por ejemplo no sé si ves las series norteamericanas, no que, *Grey´s Anatomy* para ponerte uno, ¡no tenemos sexo el enfermero con la doctora, y luego vente vamos un momentico y nos metemos en el cuartico y tenemos sexo!. No, eso no es para mí, para mí es realmente, es una atracción, hay unas maripositas por aquí que me hacen cosquillitas (..) Va más allá, más esa atracción, ese sentimiento de cómo que hay una emoción que se te, estas emocionada tú tas ajam, entonces si llega un momento en que de verdad estás con la personas que amas, que quieres, que es lo que quiero reforzar que se entienda que es con la persona que amas. De resto no, si etas en un fiesta, en una rumba y la cosa, no. (Beatriz, p.6)

 Cada uno de estos testimonios resalta que la sexualidad implica establecer un contacto con el otro, en el cual se establece una expresión de mutuo cariño que facilita *“la compenetración de dos personas”*, es decir, que trasciende la práctica del sexo. El énfasis e importancia que se le da al componente afectivo hace referencia al valor moral con el cual se aproximan las féminas hacia su sexualidad.

Un reflejo de esto se encuentra en el testimonio de Elvira quien recuerda que este ámbito de su cotidianidad se mantenía negado, por lo que llegó a sentir culpa durante los primeros acercamientos que mantuvo con su sexualidad:

Te digo que anteriormente yo no me daba permiso, ya sex, esa equis, ya yo no pensaba más nada porque, bloqueada, pero por eso, porque mi familia ha tenido mucho tabú que se hable de sexo, y a las mujeres que son así son una prostitutas y las mujeres ¡no, no se te ocurra¡. Entonces te enseñan ese poco de cosas y cuando tú ya llegas a grande ¡ajam! ¡Qué hiciste¡ Entonces empiezan esos sentimientos de culpa. (Elvira, p. 10)

En el caso de Clara la sexualidad se haya contenida en la vivencia de pareja, siendo éste el único espacio donde puede manifestarse la sexualidad:

No, antes era más distinto, eso te lo estoy diciendo ahorita por todo el tiempo que tengo con mi pareja. Pero antes, o sea, no pensaba así, no porque, primero no tuve como así, cómo te digo, eh, guías, alguien que me orientara, en esa parte, no tuve. Mi mamá era muy cerrada, todo eso no se hablaba. Papá falleció y yo quede huérfana a los nueve años. Ella no volvió a hacerse de esposo. Soy la única hembra. Son seis varones, entonces imagínate todo eso era caca, eso no se toca. (Clara, p.7)

 Por su parte, Fernanda comenta cómo recibió información sobre la sexualidad a través del colegio y de amigos, debido a que en su hogar esto no formó parte de su formación:

Desde que yo era pequeña, a mí nunca se me habló del tema de sexualidad. O sea, yo me desarrollé y yo no sabía qué era eso; sabía por las amiguitas; yo no sabía nada de eso, porque a mí nunca me hablaron nada de eso, de pene, vagina, ovulo, ovario, no, lo fui aprendiendo con mis compañeros, luego en el liceo, en puericultura, que me daba pena. (Fernanda, p. 16)

Los testimonios expresan el significado que estas mujeres han construido sobre la sexualidad femenina, el cual parte de una visión moral, en la que debe existir una serie de condiciones que permita aproximarse, adecuadamente, a la práctica sexual. Para ellas, esta experiencia en las mujeres debe ir más allá de la ganancia de placer. Esto pone en evidencia la argumentación de Jiménez (1991):

La vida de la mujer está profundamente marcada por la moral sexual, no sólo porque se valora a partir de los principios de la misma: santa o pecadora, pura o impura, honesta o deshonesta, sino porque ella es un pilar fundamental de su transmisión y perpetuación. (p.2)

Cabe destacar que varias entrevistadas establecen diferencias en la sexualidad de hombres y mujeres: Beatriz plantea que las diferencias se hallan en que, para el género masculino, la sexualidad implica, casi exclusivamente, el encuentro sexual:

Ellos son diferentes, ellos, yo pienso que su parte reptil está más desarrollada, y ellos piensan es en el deporte, el periódico y el sexo, no sé por qué, si eso es algo biológico, o algo cultural, pero sí, ellos están más pendiente de eso (...) Ellos si están pendiente de eso y creo que si tú dejas a un hombre tres meses sin sexo le da un *yeyo*, una cosa. (Beatriz, p. 7)

De manera similar, Gladis enfatiza que para los hombres la sexualidad es una práctica genital: “El hombre está dispuesto todos los días, todos los días. Por ejemplo, el hombre tiene una erección en la mañana, nosotras no”. (Gladis, p. 12).

Por su parte, Fernanda añade que la sexualidad del hombre está referida al acto sexual y que responde a una necesidad fisiológica: “Obviamente, los hombres piensan en el sexo de una manera muy diferente que la mujer, o sea, obviamente un hombre no puede estar un año sin tenerlo”. (Fernanda, p. 16)

 Cada una de estas expresiones manifiesta que la visión de la sexualidad masculina se haya genitalizada, muy vinculada al sexo, y contenida dentro del bienestar fisiológicos que éste proporciona. Esta perspectiva demuestra que los estereotipos y roles de la sociedad -tradicionalmente machista- forman parte de las representaciones e imágenes mentales presentes en la construcción de significados. Si bien reconocen una sexualidad en la que el sentimiento es una condición esencial, al hablar del género masculino prevalecen los preceptos que mantienen las sociedades patriarcales. De allí que no reconocen esos otros aspectos de la sexualidad en la vivencia de los hombres.

 No obstante, esta línea de pensamiento no es compartida por Clara y Amanda quienes al comentar la diferencia de la sexualidad entre ambos géneros establecen que ella se produce en función de las vivencias subjetivas, las cuales permiten que cada individuo interprete la sexualidad desde el conocimiento y la experiencia que posee:

Clara describe que la sexualidad de cada individuo responde a las características personales: “Los hombres, tanto hombres como mujeres, en general, cada cabeza es un mundo y cada quien tiene su manera de ver las cosas” (Clara, p. 7).

En referencia esto, Amanda comenta:

Yo creo que eso depende de cada quien. Acuérdate que somos personas diferentes, sentimos diferentes, yo pienso que eso es como algo íntimo de cada quien y ese es mi pensar, no sé si estoy equivocada, si a lo mejor estoy errónea, no, no sé qué decirte. (Amanda, p. 10)

Así, esta creencia que alega que “*Cada cabeza es un mundo”* nos refiere que la interpretación de la sexualidad en cada individuo se establece con base en la experiencia personal –de la cual parten las diferencias entre hombres, mujeres- y de cada persona en particular

**4.4.2 Significado de las relaciones sexuales**

 En la sexualidad, el mundo de las relaciones sexuales es una parte importante de la misma. A partir de tal premisa se pudo rescatar el significado que tienen, a través del discurso de las entrevistadas.

 Los encuentros sexuales son, en primera instancia, eventos que constituyen parte esencial en la cotidianidad de las personas. Al respecto, Dalila indica:

Es una faceta, digamos primordial, porque parte también de la vida en pareja, o sea, como el compartir con la pareja, sabes. Es importante, es realmente importante, pero no es lo más importante. Es importante y es como parte de la misma compenetración con la pareja (Dalila, p. 7).

Gladis manifiesta que las relaciones sexuales son un condicionante que permite expresar la vinculación afectiva entre dos personas:

Una relación sexual la veo como algo íntimo, o sea, tú puedes tener 20 amigos, pero tú vas a tener tu pareja con quien tú intimas. Lo sexual está ligado a la intimidad, a tocarnos, a besarnos, a hacer el amor, a estar en un sitio tranquilo, donde nadie nos moleste; eso para mí es la sexualidad, es algo íntimo, privado, donde las personas van a conocer más de su cuerpo, de lo que sienten, de su pasión, de todo eso. (Gladis, p. 14)

 Beatriz comparte esta percepción y agrega que, como fémina, la forma adecuada de aproximarse a las relaciones sexuales es cuando representan una expresión de amor en pareja:

Tú puedes consolidar una relación donde puedes amar a un persona (…) Pero realmente para mí la relación es parte de la vida cotidiana de una pareja, es parte de tu andar y de unas personas que se aman. (Beatriz, p. 8)

No obstante, la misma Beatriz señala que las relaciones sexuales se pueden dar como encuentro ocasional entre dos personas, ante lo cual no se debe experimentar culpa. Desde su perspectiva plantea que llevar a cabo encuentros sexuales de manera casual trae para la mujer la presencia del juicio moral:

Porque tú también puedes vivir en una casa donde, ay, vino un amigo y se te quedó un tiempo porque él vivía en Japón y no quiere pagar hotel. Entonces, ay, me puedo quedar en tu casa y no pasa nada, ok y no debiera pasar nada. Ahora, si pasó, bueno, noche de rumba, de pasión (risas) tampoco las cosas son Ave María purísima ni Dios te salve María, ni todo así rígido, porque sí, hay situaciones donde pasaron cosas y pasaron cosas. Nada, nada de estarse sintiendo mal por ese tipo de cosas. (Beatriz, p. 8)

Al hablar de las relaciones sexuales se nota la importancia que éstas tienen en la cultura y la sociedad. Al respecto, Fernanda plantea que las relaciones sexuales dirigen, en gran medida, el comportamiento de las personas, por lo que señala que los roles y comportamientos que los individuos ejercen en la sociedad se dan en función del acercamiento que estas conductas proporcionen respecto al sexo:

Pienso que ocupa un 95%, por no decir el 99%. Yo pienso que la gente camina es por sexo, más nada, o sea si es que es verdad. O sea, tú vas a una fiesta y una persona y te volteas y ves a una persona y te gusta, o sea para qué es, o sea para tomar café. Oye, donde te cortas el pelo tú, quien te lo corta, no, no, no es para eso, es todo un fin, así de sencillo. Y es como que todo gira, porque te tienes que poner la media así, que si la faja esa, la *body* para que se te vea el cuerpo más bonito, porque quieres que se te vea el cuerpo más bonito, para complacerte a ti misma para verte más bonita, para complacer al otro, para que otro te vea y pensar en la cama, y así de sencillo. Es lamentable pero es así. (Fernanda, p. 17)

 Se pone en evidencia que las relaciones sexuales forman parte importante de la vivencia de las personas, con capacidad de ser el volante que dirige la conducta de los individuos. No obstante, llevar a cabo un encuentro sexual comprende la expresión de un componente afectivo, siendo éste una expresión de amor que permite la *“compenetración”* entre ambos miembros de una pareja. El acercamiento se produce con base en una concepción moral de la sexualidad, ya que otro tipo de aproximación pudiera repercutir con la imagen casta con la cual se describe a la mujer. Este hecho permite recordar el análisis de Flores y Paradas, (2005) para quienes “un sentido moral punitivo, está fuertemente identificado al deseo sexual y este deseo sexual para el mundo femenino regresa contra su propio deseo, por el apartamiento de la sexualidad femenina a la reproducción”.(p.212)

**4.4.3. Percepciones sobre el placer sexual**

Las entrevistadas brindaron su opinión sobre el placer sexual, siendo éste la conjugación de sensaciones, emociones y reacciones fisiológicas que se exploran a través de la sexualidad.

Al observar el discurso de las entrevistadas se encontró que el placer sexual se explica como un evento satisfactorio en el que salen a relucir una variedad de sensaciones agradables.

Para Elvira el placer es alcanzar un estado de saciedad: “Es el placer sexual (risas) yo pienso que cuando tú estás pleno, para mí sería plenitud, plenitud ahí no cabe otra cosa que, no, no, porque yo pienso que cuando tú tienes placer sexual ya a niveles completos” (Elvira, p. 10). En el mismo orden de ideas, Dalila expresa que el placer sexual: “Es como la satisfacción, cuando te sientes satisfecha, te sientes complacida, te sientes bien” (Dalila, p. 6). De igual forma, Amanda afirma que: “El placer sexual, es como una relajación que tú tienes en la intimidad con tu pareja, eso es lo que yo entiendo” (Amanda, p. 10)

Gladis comparte estas percepciones e incluye presencia del afecto y la atracción hacia otra persona como parte fundamental del placer sexual:

Para mi es divertido, para mi es, si la pareja a ti te gusta realmente y tú disfrutas del acto sexual, es como si descargaras, es como si, ahh, sintieras un alivio, es no sé, tratar de compenetrarte más con tu pareja. Para mí yo lo disfruto mucho, es muy divertido, uno lo disfruta. (Gladis, p. 12)

 Para alcanzar este compendio de sensación es importante, para algunas mujeres, que dentro del placer sexual esté presente el orgasmo, que representa la máxima expresión del estado de satisfacción que se puede alcanzar dentro de la exploración sexual. En este aspecto cabe retomar el testimonio de Gladis quien describe que el orgasmo hace que la experiencia sexual sea total: “lo ideal es que uno pueda alcanzar el orgasmo para sentirte completo, para sentirte, oye, yo también disfruté del acto sexual” (Gladis, p. 12)

Por tanto, Gladis asevera que el orgasmo es un acompañante primordial del placer sexual:

¿Y la mujer puede sentir placer cuando ocurre este momento de no llegar al orgasmo?

Claro. Tú sientes placer, pero pareciera que falta algo, eso es lo que yo pienso, o sea, la idea es que tú sintieras placer hasta culminar como es debido tu acto sexual y sentir ese relax, ese descanso que te da el orgasmo. (Gladis, p.12)

 Al hablar de esto, Clara también otorga un lugar importante al orgasmo cuando se está experimentando el placer sexual. Incluso agrega que la ausencia de éste puede estar asociado a la disconformidad que se está percibiendo de la relación sexual y la pareja, con lo cual describe que el disfrute y el placer sexual están asociados a los sentimientos y sensaciones que se posee hacia el otro:

El placer sexual es llegar, sentirme conforme conmigo misma y culminar pues, culminar eso que se inició para mi ese es el placer (…) bueno porque si yo no siento placer, si yo no llego al orgasmo, es porque no estoy a gusto con las caricias, con lo que la persona me está dando, entonces no está funcionando como debería de ser porque entonces hay una sola persona como quien dice disfrutando, la otra parte no lo está haciendo. (Clara, p. 8)

 Estas citas muestran una clase de determinismo entre el orgasmo y las relaciones sexuales. Por ende, la experiencia del placer sexual se encuentra en función al encuentro sexual. Empero, las entrevistas tienen relatos que hablan de que no existe una relación causal entre el sexo, el placer sexual y el orgasmo, por lo que existe un conjunto de entrevistadas que no comparte lo expresado en líneas anteriores.

Para reflejar esto, se puede iniciar con el testimonio de Dalila, en el que expresa que existe otra variedad de cosas inmersas en el placer sexual que no solo atañen a la relación sexual:

Yo a lo mejor no tengo una relación sexual pero puedo disfrutar de una caricia, sabes, hasta de un, la fragancia, o sea, son muchas cosas que entran en juego para sentirlo no necesariamente tiene que llevar implícito una relación sexual, claro, es lo máximo. (Dalila, p. 7)

 Ofrece su opinión al respecto Elvira, quien destaca que las sensaciones que despierta el placer sexual no requieren exclusivamente de la relación sexual, debido a que la satisfacción que forma parte del placer sexual puede percibirse por medio de diversos elementos de la sexualidad:

Es lo que comprende la sexualidad, porque es lo que te decía ahorita no hace falta un orgasmo, una penetración para tú sentirte pleno, sexy, es algo, a veces hasta con una mirada. (…) Entonces simple y llanamente tú puedes sentirte pleno porque tu pareja te diga, mira hueles divino, me encanta tu piel, tú ya te sientes como que más, cuando hay un gusto (…) De hecho tú puedes con una carcajada sentir un orgasmo, un placer, con una imaginación de equis, de repente estás viendo una película y algo te trajo a la memoria algún momento en tu vida, donde te sentiste chévere, contenta feliz. Eso te puede hacer sentir una satisfacción tan grande como un orgasmo, a veces un abrazo, el saber que tienes, que estas allí, que estas disponible para mi es suficiente placer. (Elvira, p. 11)

Enfatiza en este aspecto Fernanda que, a partir de su experiencia, puede asegurar que el orgasmo y el placer sexual pueden prescindir del encuentro sexual:

bueno en una oportunidad pude tener un orgasmo sin tocar a la persona para nada, o sea, no tuvo que haber nada, ningún contacto sexual ni una relación sexual, nada (…) Estábamos sentados así, en la cama, yo estaba así, él estaba sentado así, de frente, estábamos así, no nos estábamos tocando, y fue algo, o sea, fue excelente, no sé cómo explicarlo, simplemente pasó, que a mí me dicen “no, eso no puede ser”, si puede ser, sí puede ser, claro que sí, yo lo viví. (Fernanda, p. 17)

 Estos tres últimos testimonios presentados proponen que la exploración de sexualidad, así como el acercamiento que se realiza hacia cada uno de los componentes de la misma, como lo son: las caricias, el afecto hacia el otro, entre otros, dan paso al conocimiento de sí mismo como ser sexual; conocimiento que permite aproximarse al placer sexual como un compendio de sensaciones satisfactorias cuya manifestación no depende exclusivamente de sexo o la relación sexual. No obstante esta comprensión que describe este conjunto de participantes sobre el placer sexual no representa una posibilidad para todas las mujeres entrevistadas, quienes describen que para que el placer sexual es indispensable la presencia del acto sexual.

**4.4.4 Incidencias de la mastectomía y el cáncer de mama en la vivencia sexual**

El desarrollo de las categorías anteriores da paso al desarrollo del siguiente apartado, el cual describe la vivencia subjetiva de las participantes en torno a la vida sexual; permite comprender de qué manera la mastectomía y la enfermedad influye sobre el placer sexual, las relaciones sexuales, y las relaciones de pareja, siendo además eventos de la cotidianidad, componentes de la sexualidad.

Cuando se habla de mastectomía y vida sexual, las entrevistadas explican que luego de pasar por esta vivencia se inicia un tratamiento hormonal cuyos efectos secundarios repercuten en la vida sexual. Así, comentan que luego de la mastectomía, su vida sexual se ha modificado a causa de la disminución del apetito sexual que produce el tratamiento.

Comenta sobre esto Dalila, quien afirma que la disminución del deseo sexual comprende el área que han visto más afectada:

Mi vida sexual ha tenido un cambio pero, más que todo, por la parte hormonal, no por la parte física, porque en ese aspecto nosotros no hemos tenido problemas. A mí porque la parte del libido está en cero, y yo he hablado mucho con la doctora y ella me dice que bueno nada, que ese es el costo, ese es el costo (Dalila, p. 5)

En este punto, es válido destacar el testimonio de Elvira en el cual ilustra la diversidad de procesos y realidades que, con la enfermedad y la mastectomía, se pueden experimentar, y que cuestionan las visiones simplistas. Así, en primer lugar explica cómo llegó a sentir rechazo hacia el marido, recalcando que tal situación se presentó mientras recibía tratamiento, pudiendo posteriormente restituir su vida sexual la cual en un inicio estuvo rodeada de temor y vergüenza. De igual modo esta experiencia le proporcionó a Elvira poner atención al cuidado recibido

Hubo un tiempo, evidentemente cuando yo recibí el tratamiento quimios y radio que me pegó muchísimo, este, hay como una inapetencia, hay como un déjenme en paz, déjenme tranquila, hay como un, porque el cuerpo empieza a emanar el olor a la quimio. Se vuelve muy fuerte, yo hacía así y sentía que olía a químicos, el olor de mi pareja me molestaba, el sudor, que si está sudado porque estaba sudado y si estaba bañado porque el olor a jabón me molestaba, de hecho él estuvo casi 3 meses durmiendo en un colchoneta porque no lo soportaba al lado de mí, me vi muy, muy afectada esa parte, pase como 6 meses sin relaciones, sin relaciones de ningún tipo, no quería ni siquiera que me abrazara , se lo toleraba porque él carajo estaba ahí, me recogía la cama, me recogía la ropa, me la lavaba, me hacía la comida, y salí a trabajar y me traía el sustento, y le lleva la manzanita y esto, los detalles de él, pero yo no quería absolutamente nada, fue después terminé las radioterapias , accedí a tener relaciones sexuales con él.

¿Y cómo es el reinicio a todo esto de la sexualidad?

 Este, con mucho temor de lastimarme, sabes, cónchale el seno, la cuestión no sé que más, y a mí también, yo tenía miedo que me tocara, que quisiera ver mi seno, de no satisfacerlo, de que fuese a perder el interés.

Posteriormente relata cómo, a pesar de haber experimentado estas preocupaciones con respecto al desempeño sexual y las incidencias de la mastectomía y la enfermedad en las relaciones de pareja, esta experiencia la ayudó a acercase más a su sexualidad, a escuchar sus deseos, pudiéndose conectar con las sensaciones y emociones que ella, como ser sexual, puede experimentar. Así, contrario al estereotipo sobre la incidencia de la mastectomía como evento que produce malestar dentro del ámbito sexual, Elvira hizo un cambio positivo a partir del pasaje por la enfermedad.

Sí varía. Por lo menos, en mi caso, me puse más intensa. Disfruto más porque tengo tiempo. Anteriormente yo no tenía tiempo porque era a la carrera, ven, sale, estoy cansada como tú pretende que yo llegue cansada a tener relaciones. Ahorita no estoy cansada, lo que sí es que cuando estoy cansada me doy mi espacio, tengo chance. Llego y cuando nos encontremos o cuando sea el momento estamos los dos juntos, no como antes que era yo estoy cansada, estás cocinando y entonces había que terminar eso. Era de parte mía, que yo era como muy rígida. Ahora no, ahora hasta apagamos la cocina, porque apagamos la cocina, se cocina después. Antes yo no podía apagar la cocina, ¡coye que ya va, hay que hacer esto¡ y si no mira compramos la comida en la calle, pero vamos hacerlo que vamos hacer. Para mí si cambió (Elvira, p. 18).

Merece también resaltar la experiencia de Fernanda, quien señala que existe en ella una trasformación *“drástica”* en torno a su sexualidad, debido a que ha percibido que su deseo sexual ha disminuido considerablemente, al punto de pensar que su sexualidad es “*nula”:*

Me hicieron bloqueo hormonal. Afecta la vida sexual drástica y espantosamente. Pierdes todo tipo de apetito, de deseo, de ganas, de nada. Nunca sabes si es peor el remedio que la enfermedad. Yo estaba en quimioterapia y mi vida sexual era activa; después de la quimioterapia, después del bloqueo hormonal, se fue en picada. (Fernanda, p. 6)

La preocupación que siente Fernanda en torno al cambio que ha presentado su sexualidad, la ha llevado a preguntarse cuáles son las causas de su inapetencia sexual:

Yo a veces pienso “oye será que yo no estoy enamorada, será que si yo me enamoro nuevamente volverán las ganas, será que las cosas estarán realmente, serán los ovarios”, pero es esto y si afecta de verdad, afecta, es algo que te pone en neutro, o sea, no hay manera que tú tengas un ápice de apetito, de excitación, de ganas, o sea como que esa parte hubiese muerto, así tal cual. Si te digo tengo relaciones esporádicas pero, o sea trato de dar lo mejor de mí, pero sin sentir algo. Te lo voy a decir: comparado como era mi vida sexual antes, activa 100%, ahora es esto así. No es fácil, no es fácil, y pierdes. (Fernanda, p.7)

Contrario a los testimonios anteriores que relacionan este hecho con los tratamientos, Fernanda todavía está intentando lograr explicación a la disminución del deseo sexual, ante lo cual ha podido elaborar que la inapetencia sexual es el resultado de cambios en la vinculación afectiva hacia el otro.

Sin embargo, cuando Dalila y Beatriz hablan de la incidencia de la mastectomía en su vida sexual, comentan que esta circunstancia representa una modificación positiva de la misma, ya que ahora están más conectadas con la afectividad que envuelve a las relaciones sexuales y las relaciones de pareja:

Más a donde vamos es que nuestra sexualidad mejoró, por lo menos en mi caso mi vida mejoró totalmente porque la salud se fue de una parte física a una parte emocional (Beatriz, p. 16)

En mi caso sí ha había una disminución bastante significativa. Sin embargo, no ha habido problema en cuanto a los sentimientos de la persona, porque yo siento que mi esposo me quiere y yo lo quiero a él, en eso no ha afectado, pero sí en esa parte sexual que es muy importante en la pareja, eso sí de verdad me ha afectado muchísimo ¿ves?, esa parte de compartir con tu pareja, de vivir esa intimidad (Dalila, p. 9)

 Por otro lado, cabe mencionar que cuando se habla de sexualidad, placer sexual y las relaciones sexuales que se producen luego de la mastectomía, las entrevistadas consideran que la afectación de estas áreas está altamente vinculada a la reacción de la pareja.

Así, Clara relata que depende de la personalidad y la comprensión de la pareja que ésta se sienta cómoda con el tipo de sexualidad que ella puede brindar luego de la mastectomía

Cuando uno está viviendo este proceso son cosas que no son necesarias y depende, claro, yo sé que eso depende de la pareja que uno tenga a su lado. En el caso de mi esposo él, pues, lo entendió. Claro, al principio se sentía incómodo por los rechazos pero ya luego, al ver los síntomas, cómo estaba, cómo me ponía, pues él aceptó la situación y la hemos manejado (Clara, p. 2).

Cuenta Amanda que en su relación matrimonial no se presentaron cambios dentro de la sexualidad, debido que el marido no se mostró afectado por la situación. De allí que sugiere que es a partir de la opinión del otro desde donde se produce el nexo con la sexualidad:

Claro, eso depende, yo creo, que de la pareja, del hombre. Hay hombres que, cómo te digo, que no pueden vivir sin eso. Hay otros que bueno, yo en ese particular me respeto mucho, ¿ves?, pero llevamos una vida normal, totalmente, la vida de nosotros no cambio absolutamente en nada, nada, nada (…) y depende del hombre; yo pienso que eso depende del hombre (Amanda, p. 2)

 Gladis hace alusión a esto al destacar que la opinión y la receptividad que tenga la pareja ante la vivencia sexual determina el ritmo de la experiencia sexual y la intimidad que se da post mastectomía:

todo depende de cómo te vea la pareja, eso depende del hombre pienso yo. La mujer, como uno está obstinado y de mal humor, es posible que de cierta forma uno contribuya a eso, porque a veces uno está que no quieres que te hablen, que no quieres que te vean, como uno dice, tengo el feo para arriba, alto (…) Entonces de repente uno contribuye en eso, pero más también depende muchísimo del hombre, depende muchísimo de ese amor que te tenga la pareja (Gladis, p. 22).

De este modo, colocan parte de la responsabilidad en el otro, describiendo que *“depende de la pareja”* que existan cambios dentro de las vivencias de la sexualidad, por lo que en ellas el contacto y la construcción que elaboran de su sexualidad parte de otro individuo, quien dictamina y dirige el desarrollo de ésta. De manera tal, que no es la enfermedad *per se* la que produce afecciones dentro de la sexualidad, sino que es la reacción que muestra la pareja, el elemento determinante a la hora de reconocer una modificación dentro de la vivencia sexual.

* 1. **La enfermedad**

Durante las entrevistas apareció, de manera reiterada, la enfermedad como evento principal dentro del testimonio de las participantes. Se observó que luego de hacer la introducción a la entrevista, comenzaron por hablar de sus experiencias en torno al cáncer, pudiendo así centrar sus relatos, durante los primero minutos, en todo lo concerniente a la enfermedad. Este hecho refleja la necesidad de relatar su historia como sobrevivientes de cáncer, pudiendo así expresar una diversidad de sentimientos que engloba esta experiencia.

 Al hablar del cáncer, el discurso de las entrevistadas aporta una variedad de datos sobre las reacciones, emociones, situaciones y pensamientos que se producen respecto a esta enfermedad. Sin embargo, este segmento hace referencia al cáncer de mama y la incidencia del mismo en los esquemas, las representaciones e imágenes mentales que las entrevistadas construyen a partir de esta vivencia. Debido a esto, dan a conocer la posición con la cual se muestran frente su padecimiento. Así, los datos contenidos aquí reflejan la injerencia de algunos procesos psíquicos en las trasformaciones de conceptos y análisis mentales que lleva a estas mujeres a funcionar de manera adaptativa y funcional, una vez han atravesado la enfermedad.

**4.5.1 El mensaje que lleva el cuerpo**

 Cuando las entrevistadas relatan su experiencia como pacientes oncológicos comentan que la aparición de esta enfermedad no es un evento fortuito, sino que responde a una manifestación, a través del cuerpo, de las emociones y los sentimientos que no se elaboraron adecuadamente.

 Se puede exponer en este punto el testimonio de Elvira quien da a conocer su creencia sobre el componente psicosomático que rodea a la enfermedad:

El cuerpo grita lo que el alma calla, esto es, te decía que las enfermedades son más que todo, excepto los virus. Pero hay enfermedades que nosotros nos creamos ¿cómo nos lo creamos?, guardando rabias, aparentando, no hay más difícil que mantener una pelota llena de aire en una piscina hundida, el cansancio es más grande, empieza a darte esos síntomas, a manifestarse en distintas formas. Qué es el cáncer, científicamente el cáncer son células que debieron morir y no se murieron, comienzan a reproducirse alborotadamente, contagian, se revolucionan dentro del organismo y empiezan a armar peo; esa es la definición del cáncer científicamente. Pero cómo hace cuando uno siente tristeza, o un sentimiento de culpa, empiezas como a cerrarte; el sentimiento empieza a cerrarte, empieza a asfixiarte, empiezas a dejar de respirar tú y al tú dejar de respirar empiezas a matar células dentro de ti, o dejar que la células funcionen y dejen de hacer lo que tenga que hacer, al ellos olvidarse qué es lo que tienen que hacer, y va a empezar a agotarse y viene el cáncer. Así de sencillito. (Elvira, p. 14)

Elvira al momento de elaborar dentro de su aparato psíquico el advenimiento de su enfermedad, procura construir una explicación del por qué a ella le tocó vivir un cáncer de mama, pudiendo así fabricar argumentos que le permite funcionar en el medio, siendo está la herramienta que le da la motivación para enfrentar los temores e incertidumbres que se generan al tener cáncer.

Pienso que, por lo menos en mi caso, esa creencia que yo tenía de que yo nací para sufrir, esto es lo que me toca, porque el carajo hasta golpes, y yo viendo esa película. Mi cuerpo quería que yo lo escuchara de alguna forma, un rechazo, en el peor de lo casos te da un infarto y te mueres para el carrizo, o un derrame cerebral y te mueres. En mi caso, gracias a Dios fue un cáncer detectable a tiempo y curable, y que me permitió además de todo crecer, de poder decir a estas alturas de mi vida “mira no me conviene”. (Elvira, p. 15)

En torno a este aspecto, Gladis, al momento de dar sentido a su afección, asegura que la causa de su enfermedad está en la negación y represión de sus afectos y emociones:

Yo digo si a mí me dio cáncer fue por algo interno que yo no manejo (…) Si a mí me dio cáncer no es por la comida, no es por la falta de ejercicio, no es por la falta; puede ser por estrés, por no descansar, por el temperamento, por, de repente por la parte que pasé de la separación, por la ruptura del hogar, por tanto que había luchado; por fin tenía mi hogar, se rompió, volví a quedar otra vez con un hogar desbaratado, eso fue, creo yo, lo que me afecto, o sea que viene de la parte interna.( Gladis, p. 19)

 En el caso de Clara, se despertó una gran angustia al pensar que su enfermedad se produjo a partir de procesos psíquicos que carecen de representación, hecho que significa una responsabilidad muy grande, no tolerable, por lo que la racionalización que elabora pretende dar explicación médica a la aparición del cáncer:

Hay mucha gente que, bueno, que con la cuestión del cáncer, que si fue el esposo, que si fue el estrés, que si eso fue por lo padres, el resentimiento.(…) Porque eso es falso, eso lo traes, eso te va pasar y te pasó, o sea, dime tú, un niño de un año qué resentimiento puede traer, (…) Que si tu problema fue en el seno izquierdo pero tú sabes que lo que se refleja en el seno izquierdo viene del lado derecho, pero el lado derecho son los resentimientos contra tu mamá, tu papá, tú esto, tú que aquello, que como tú fuiste huérfana no tuviste afecto, tú esto. O sea, que me arrojó mi parte médica, o sea, tuve una alteración hormonal, fui a hacer mi chequeo que me tocaba, y consiguieron el nódulo, tenía un cm. como que medía, me hicieron la biopsia, arrojó positivo, entonces todas esas cosas que pasan, que hizo en mí; discutí con mi esposo, le eché la culpa a mi esposo, porque uno siempre busca un culpable, entonces la culpa la tenía él, yo me la vivo pidiéndole disculpa porque la verdad que fueron unos días de agresividad total, y si tú vienes a ver, bien sea cierto o no, ¿quién sabe la verdad en el fondo?, es que no sé sabe, son muchas cosas, y mira yo no le puedo echar la culpa a él, ni a él, ni a mi mamá, ni a mi papá. No, no puedo, no puedo, y yo eso lo entendí estando ahí en la clínica viendo a ese niño cómo lloraba, había otro niño de 4 años, había una niña de 5 añitos, yo decía “pero ven acá Dios mío, cómo hay personas que le quiere hacer ver a uno que la culpa la tiene tu pareja, por lo menos en mi caso, que la culpa la tuvo tu mamá, y estas criaturitas de Dios que están empezando a vivir, quien tiene la culpa”. Es el organismo, o sea, eso es algo que está en uno, algunos lo tenemos, a otros se nos desarrolla, a otras no. (Clara, p. 18)

 La interpretación que presentan las entrevistadas sobre el padecimiento de la enfermedad describe que el cáncer posee características psicosomáticas, por lo que destacan que su aparición está asociada a vivencias personales que no han sido elaboradas adecuadamente en el aparato psíquico. No obstante, la conducta de descifrar el mensaje trae consigo la enfermedad; permite entrever que las participantes procuran dar una explicación lógica a la aparición del cáncer, lo cual implica que, dentro del aparato psíquico, se está produciendo un proceso de elaboración que no ha concluido.

Todo esto responde a los procesos que se desencadena luego de un trauma en el cual “el Yo, al desencadenar la señal de angustia, intenta evitar ser desbordado por la aparición de la angustia automática que caracteriza la situación traumática en la que el yo se halla indefenso” (Laplanche y Pontalies, 1996, p. 451). Así, las participantes muestran una búsqueda por dar sentido a su vivencia, como medio que pretende atenuar el temor y la ansiedad que produce el padecimiento de cáncer.

**4.5.2 Cambia la vida**

Las entrevistadas coinciden en identificar que luego de haberse sometido a la mastectomía y el cáncer de mama, la posición que adquieren frente a la vida se ve modificada. Así, describen cómo la enfermedad las llevó a observar que en su historia existía algo de debía cambiar, por lo que construyen la imagen de que, para poder sobrevivir a la enfermedad, es necesario que dentro de ellas ocurra una modificación como acción garante de la superación del cáncer.

Describe Elvira cómo después de enfrentar la quimioterapia, las sesiones de radioterapia y la mastectomía, entendió que debía realizar un cambio en de su rutina diaria, por lo que ha aprendido que debe prestar mayor atención a sí misma:

Es que yo creo que te varía todo, el concepto de madre, de todo, todo. ¿Cómo puedo yo atenderte si no me atiendo yo? Ése fue el insight mío, (….) ¿En quién tú confías más, en alguien que se cuida o en alguien que no se cuida? Qué te dicen en el avión cuando te subes, si usted, si el avión sufre una descompensación y, llevas a un niño o un anciano a tu lado, colócate el oxigeno tú para que se lo pueda colocar a él, porque si se la coloco primero a él y yo me desmayo, ni él ni yo. Entonces es algo clarísimo pero que cuesta aprenderlo. Yo lo aprendí con este trancazo: si yo no me cuido no puedo cuidar a los demás (…) Debes ser primero tú, aprender eso para después poder concentrarte en los demás. Es como que tomes realmente la rienda de tu vida (Elvira, p. 18)

De forma similar, Gladis afirma que haber atravesado por esta enfermedad le ha permitido reformular diversos aspectos de la vida: “Y he tratado de bajar un poco el ritmo porque antes lo hacía, aunque él no quisiera, y le pasaba por encima a la gente. Ahorita no, ahorita concilio” ( Gladis, p. 18). En el caso de Beatriz, fue a partir de la vivencia de la enfermedad que aprendió a reconocer las virtudes que rodean la cotidianidad:

Soy muy agradecida por la vida, muy, muy agradecida, cada día y trato de acotar. Todo eso lo aprendí a raíz del cáncer, de acotar todo al día de hoy, disfrutar el día de hoy y estar en contacto con lo que sea como venga. (Beatriz, p. 3)

Clara describe que el pasaje por la enfermedad le ha enseñado a dedicar más tiempo al cuidado y la atención hacia sí:

Porque ahora me dedico más tiempo para mí. Antes no lo hacía, antes era trabajo, trabajo, trabajo, y casa, casa y trabajo; ahora no, ahora comparto más con mis amistades, hago cosas que a mí me gustan que antes yo no lo hacía, ves por ejemplo, estos 3 años yo he estado yendo al gimnasio, si quiero ir a ver una película voy, si quiero ir a almorzar con una amiga voy, si me quiero comer un helado me voy y me como mi helado, antes no, yo no me permitía esas cosas (Clara, p. 3).

En este punto se observa que las mujeres, luego de haber sobrevivido al cáncer, han modificado parte de su comportamiento. Es preciso resaltar que tal modificación está asociada a la concepción de la mujer como ser para otros, pues el discurso de las participantes habla de “la feminidad definida por una posición subjetiva que implica ser objeto del deseo de un hombre” (Guillén, 1997, p. 203).

La enfermedad representa, entonces, el eslabón que les permite abandonar la necesidad de mostrarse poderosas y autosuficientes, para ahora de entrar en contacto con una posición esencialmente instintiva, afectiva, transformadora y creadora. Así, abandonan un poco la posición de ser para otro y centran su energía hacia el cuidado de sí misma, conducta que les permite escuchar y responder a las demandas afectivas, además de ocuparse de su vida.

Es pertinente acotar que todas las entrevistadas, a excepción de Amanda, se han aproximado a la terapia psicológica, por lo que tal elaboración pudiera ser producto del análisis personal o *insight* que se alcanza a través de la terapia

**V. PARA CONCLUIR: OTRA MIRADA SOBRE LA SEXUALIDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA MASTECTOMIZADAS**

La presente investigación se enfocó en conocer la realidad circunscrita en la vivencia del cáncer de mama y la mastectomía, haciendo especial énfasis en su incidencia en la sexualidad.

La aproximación se realizó sobre la perspectiva de la sexualidad, fundamentándose en la propuesta teórica que brinda Rubio (1994), para quien la “sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a los cuatro holones (o subsistemas) sexuales, a saber: la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal” (Rubio, 1994, p. 2).

Para este estudio, además de reconocer la participación de cada uno de estos elementos, se agregó el *“holón”* de la imagen corporal debido a que la mastectomía implica la modificación del aspecto físico.

A partir de esta premisa teórica, se rescató, por medio de entrevistas, el discurso de siete mujeres, quienes hablaron de las experiencias, anécdotas, pensamientos, creencias y sentimientos que poseen sobre la mastectomía, el cáncer y su sexualidad.

Los relatos que componen el análisis hacen referencia a experiencias y realidades particulares, eventos que permiten conocer, comprender y reflexionar sobre la vida psíquica y la subjetividad de las entrevistadas.

Sus narraciones aportan datos respecto a la construcción de significados que cada una de ellas elabora en torno a la reproducción, la vivencia afectiva, la imagen corporal, el erotismo y el género; vivencias que ponen de relieve la dinámica que rodea a los procesos subjetivos de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas.

Adentrarse en este último aspecto obliga a hacer una aproximación que permita conocer la posición que ellas asumen frente a su género.

Para las entrevistadas, ser mujer no es únicamente una condición fisionómica innata; es un distintivo que se adquiere al demostrar su valía ante otros. La mujer está frente a una lucha por ser, debido a que está al servicio del otro, quien, como sujeto especular, le da sentido a su ser. Tal como ilustra Ibarlucía (1987), “la mujer va adquiriendo significantes de estar y ser para otros; al servicio de otro: hombre, del hijo, y toda ella al servicio de los demás” (p. 2). Esta perspectiva respecto a su género la lleva a desarrollar una identificación con el objeto fálico, motivo que la conduce a desempeñar múltiples capacidades y habilidades a fin de demostrar su poderío ante la sociedad para, posteriormente, alcanzar su valía a través del reconocimiento que otorga el otro.

A partir de esto se observa que la construcción que realizan las participantes sobre sí mismas surge de la mirada del otro. Sobre esto, Lagarde (1992) expone que:

Para vivir, las mujeres tienen que hacerlo desde un cuerpo construido para otros seres, en el sentido de cuerpo con subjetividad. Pero la construcción de la persona mujer, pasa por magnificar el cuerpo sobre cualquier cosa. Las mujeres están hechas para tener en el centro de ese cuerpo destinado a los otros. (p. 7)

Al ser la mastectomía un procedimiento que modifica la representación que se tiene sobre el cuerpo, es posible entender cómo para estas mujeres la vivencia de la pérdida de un seno es una marca que trasciende la ausencia física de una parte del cuerpo; es una intervención médica que se percibe como una pérdida simbólica que implica el desprendimiento de la feminidad.

Este hecho lleva a las entrevistadas a posicionarse en la falta, ubicándose en un plano disminuido, en *“desventaja”, a*l momento de demostrar su poderío ante los demás. Por ende, esta merma simbólica de la feminidad significa perder aquella valoración y reconocimiento que brinda el otro, con lo que se genera una imagen de rechazo en la realidad psíquica, pudiendo desencadenarse fantasías e ideas de abandono, debido a que la ausencia de reconocimiento puede –incluso- hacerle perder el cariño y el afecto de la pareja.

La percepción de ser para y de los otros es un significado altamente arraigado en las entrevistadas, extendiéndose incluso a la elaboración del concepto de sexualidad femenina. Es por ello que, al entrar en contacto con su sexualidad, no pueden dar rienda a su deseo, su erotismo y su placer. Esto motiva que, al hacer referencia a su vivencia sexual, surja como condición primordial la presencia de un afecto hacia el otro. Tal circunstancia indica una sexualidad femenina de carácter moral, razón por la cual “la sexualidad deber ser contenida, inhibida y ser puesta bajo la conveniencia de la oportunidad, es decir, la sexualidad en la mujer tiene que estar legitimada por el amor” (Flores y Parada, 2005, p. 214). Nuevamente reluce que el deseo femenino, organizador de la identidad, es el deseo por los otros.

Considerando estos elementos, parece relevante recomendar la incorporación, en los servicios oncológicos y las fundaciones abocadas a la atención y prevención del cáncer de mama, de talleres y charlas que permitan ahondar en el tema de la sexualidad y la feminidad, que promueva el intercambio y desarrollo de una intersubjetividad que permita a estas mujeres conectarse con las emociones, los sentimientos y los pensamientos que rodean la vivencia de la sexualidad. De esta manera, se brindaría un espacio para el reconocimiento de sí mismas como seres sexuales con una pulsión sexual que desea alcanzar la ganancia del placer.

 Las mujeres que participaron en este estudio reconocieron que las repercusiones de la mastectomía y el cáncer de mama sobre las prácticas sexuales son, en parte, percibidas a través de las reacciones, comportamientos y actitudes que han demostrado sus compañeros sentimentales. En consecuencia, sostienen, que la aparición de afecciones en la vida sexual, luego de la mastectomía, *“depende del hombre”*. Esto deja entrever que más allá de las molestias que originan las secuelas del tratamiento -disminución del apetito sexual, la resequedad vaginal, dolores genitales, entre otras afecciones hormonales que se dan alrededor del sexo- parte de la angustia que sienten se da en torno a la mirada del otro una vez que se ha perdido el seno, otorgándole gran importancia a la respuesta que tenga la pareja ante esta serie de eventos. En definitiva, este hecho determina que perciban o no, un cambio o una alteración en su sexualidad.

Para las entrevistadas, el lugar que se le otorga a la pareja dentro de la vivencia sexual depende, además del vínculo afectivo, del amor y la compañía, de la valía que le proporcione el otro, a su condición de mujer. En sus discursos –salvo una excepción- indicaron que sus parejas asumieron un rol protector, comprensivo, además de mantenerse firme en la relación; circunstancia contraria a lo reportado en algunos estudios y estadísticas, en las que se describe un alto porcentaje de abandono. Por ello, es recomendable desarrollar un estudio sobre la vivencia subjetiva de la sexualidad, con relación al cáncer de mama y la mastectomía, que incluya el testimonio de las parejas, esposos y cónyuges que las acompañan a lo largo de esta experiencia, con el propósito de rescatar la realidad que se inscribe en ellos una vez que experimentan esta vivencia.

Asimismo, vale resaltar que la vivencia de la mastectomía y el cáncer forman parte de un evento traumático. Estas mujeres se enfrentaron a una realidad que se percibía lejana, y ante la cual se encontraron sin herramientas defensivas. Por ello dedicaron su atención a la realidad objetiva que rodea a la enfermedad y a la operación, como son los tratamientos y cuidados post operatorios, entre otros. No crearon una representación psíquica sobre esta realidad, con lo que se produce una ausencia de la subjetivación a la vez que una necesidad de alcanzarla. Así, el aparato psíquico se fija en lo traumático para tratar de asimilarlo.

Esto último puede compaginarse con lo expuesto por Laplanche y Pontalis, (1996) al describir el trauma psíquico como “un aumento tan grande de excitación de la vida psíquica, que fracasa su liquidación o su elaboración por los medio normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos duraderos en el funcionamiento energético” (p. 448). Por ende, que las participantes hablen espontáneamente de todos los acontecimientos que rodearon su enfermedad y la mastectomía, constituye un esfuerzo de la psique por otorgarle un sentido a dicha experiencia, con lo cual se expone en las participantes una elaboración de la vivencia que todavía no ha concluido.

Es importante señalar que las participantes han descrito que, una vez obtienen el diagnóstico de cáncer, reciben indicaciones del entorno médico y familiar que hacen referencia exclusiva a la realidad concreta que acarrea la enfermedad. Esto contribuye a que aíslen el componente emocional que surge en torno a la pérdida del seno.

Por ello se recomienda proporcionar a estas personas espacios para elaborar y responder a la realidad psíquica que se desencadena a partir del diagnóstico, extendiendo la atención más allá de los cuidados físicos que contempla la enfermedad, ya que se observó que, al enfrentar la enfermedad, *“no les da chance”* de elaborar la situación, debido a que hablan de la pérdida del seno como una cadena de eventos en los cuales no se integran pensamientos, están distanciándose del aspecto emocional, lo que refleja que se aproximan a la enfermedad y la mastectomía tratando de otorgar sentido a su padecimiento.

Esto responde al proceso de elaboración que se continúa dando en estas mujeres quienes, por los momentos, han concretizado que está experiencia ocurre porque, su cuerpo está respondiendo a procesos psíquicos que no fueron incorporados adecuadamente en su psique. Es esto último lo que las llevó a considerar que existe en ellas algo que hay que cambiar; una acción que deben realizar para seguir viviendo.

Este “algo” que deben modificar recae, precisamente, en el concepto de feminidad y sexualidad, lo que implica cambiar hábitos, costumbres y formas de pensar respecto a sí misma. La enfermedad y la mastectomía las obliga a ocuparse de sí, distanciándose de la concepción de sí como objeto para otros. Ahora, son ellas quienes deben recibir atención, pudiéndose acercar a su deseo.

No obstante, vale acotar que las participantes forman parte de grupos de apoyo y asociaciones dedicadas a la lucha contra el cáncer, por lo cual han mantenido contacto con profesionales de la psicología, participando –incluso- en sesiones de terapia psicológica. Por ende, esta interpretación que realizan sobre su enfermedad, así como cada uno de los relatos que ofrecen, pudieran corresponder a elaboraciones e *insight* que han desarrollado a partir del análisis psíquico personal.

Semejante realidad hace recomendable aplicar un estudio que permita conocer qué sucede con aquellas mujeres que padecen de cáncer de mama, han sido mastectomizadas y no han estado en contacto con alguna institución o profesional de la psicología que las acompañe a lo largo de esta vivencia, a fin de precisar de qué manera se vive la sexualidad, la mastectomía y la enfermedad

A partir del acercamiento que este estudio realiza sobre la realidad de cada una de las entrevistadas, es pertinente resaltar -a modo de conclusión- que la piedra angular en la incidencia de la mastectomía en la vivencia de la sexualidad, se halla en el significado que ellas han construido con respecto a la misma como vivencias que se dan en función del otro. Si se toma en cuenta el planteamiento freudiano de que es a partir de la sexualidad que se construye, en cada sujeto, las cualidades, aptitudes y esquemas, es posible observar que, más allá de las implicaciones del cáncer de mama, la mastectomía, los efectos colaterales que poseen los tratamientos y el impacto de la cicatriz que deja la extirpación del seno dentro de la vivencia sexual, el problema de estas mujeres está en que la expresión de su pulsión sexual, se encuentra desligada de la ganancia de placer, por lo que la pulsión sexual queda subordinada, reprimida y destina a permanecer al servicio de los otros.

A modo de cierre, es oportuno mencionar el conjunto de limitaciones a las que se enfrentó esta investigación. En primera instancia, se reconoce que la mayoría de las entrevistadas poseen parejas formales, o bien no han experimentado el abandono de ésta como parte de la vivencia de la mastectomía. Por ello, no se pudo acceder al testimonio sobre la vivencia de la sexualidad en mujeres cuya historia registre el abandono como consecuencia de la ausencia de un seno.

Asimismo, cabe puntualizar que el padecimiento de cáncer de mama y el diagnóstico de la misma, se encuentran comúnmente en mujeres cuya edad está cercana a los 40 años. No obstante, existen reportes del padecimiento de la enfermedad en mujeres que poseen una edad inferior a los 35 años de edad. En este estudio, al realizar contacto con las mujeres que han pasado por esta experiencia, no se logró detectar a mujeres que se ubiquen dentro de este rango de edad.

Es pertinente descartar las posibles aplicaciones que puedan surgir a partir de este estudio. Tomando en cuenta la atribución que estas mujeres hacen del padecimiento de esta enfermedad como respuesta corporal a eventos que producen malestar psíquico y que no haya representación simbólica, esta investigación sirve de punto de partida para elaborar estudios que aludan al componente psicosomático que estas mujeres reconocen en el padecimiento de cáncer. También se sugiere incorporar al estudio de la sexualidad, el cáncer de mama y la mastectomía, una aproximación a las percepciones y subjetividades que envuelven a las parejas y acompañantes amorosos de las mujeres que atraviesan por esta experiencia.

**VI ANEXOS**

**6.1 Anexo 1 : Tópicos de las Entrevistas Preliminares**

¿quién eres tú?

en la parte física, ¿existe algún cambio con la mastectomía?

Los senos, la seducción, la mastectomía

¿Qué es la sexualidad?

¿ cómo se vive la sexualidad?

Explorar maternidad

Explorar vinculación afectiva

Explorar erotismo y placer sexual

El papel de la imagen corporal

Rol de la mujer

Explorar impacto de la mastectomía

Explorar significado de los senos

Explorar vivencia de la feminidad

**6.1 Anexo 2: Guión de Entrevistas**

**Datos demográficos**

Quisiera tener la oportunidad de conocerte, para ello te invito a que me cuentes ¿quién eres tú?

Edad Estado Civil lugar de nacimiento

Profesión/ ocupación / nivel de instrucción Dirección

Número de hijos con quien vive

**Presentación**

Hola, la entrevista de hoy forma parte de una investigación donde me interesa conocer sobre la sexualidad femenina, me reúno contigo porque sé que sufriste de cáncer de mama y te realizaron una mastectomía y he notado que los médicos y el personal de salud parecieran no hablar sobre la sexualidad y la feminidad temas que he encontrado influyen en el ritmo de vida de las personas y quisiera que hablemos de eso en ti. Sé que la experiencia de cada persona es única e importante y por ello me gustaría que hablemos de los diferentes aspectos de tu sexualidad esperando que el conversar de estos temas pueda servir para ayudar a otras mujeres que han pasado por esta experiencia. Así me gustaría saber:

**Feminidad y género**

Para ti¿qué significado tiene ser mujer? (explorar patrones y estereotipos culturales )

Todo esto que planteas ha sido siempre así para ti

¿De qué manera te describirías a ti misma como mujer?

**Reproducción**

¿dentro del ser mujer que es para ti qué es ser madre? (explorar el concepto de maternidad y vivencia de la maternidad)

**Imagen Corporal**

¿Cómo te ves a ti misma frente al espejo? (explorar importancia de la imagen corporal en aspecto de la vida, trabajo, pareja, etc.)

 Esta visión de ti misma ha cambiado con el paso del tiempo?

**Vinculación Afectiva**

¿De qué manera ves las relaciones de pareja?

En tu vida, ¿te has sentido satisfecha con tus relaciones de pareja? ¿por qué ha sido?

**Sexualidad**

¿Qué es para ti la sexualidad? (la sexualidad no abarca únicamente las relaciones sexuales, ¿qué más puedes incluir?)

¿La sexualidad es distinta para hombres y mujeres? (explorar el significado de sexualidad femenina

Todo esto que has planteado sobre la sexualidad ¿se ha mantenido constante en ti?

**Erotismo y Placer sexual**

¿Qué es para ti el placer sexual? ¿has sentido el placer sexual ? ¿Has sentido un orgasmo?

Cuando se habla de orgasmo y el placer sexual ¿estos son exclusivos de la relación sexual?

¿Existe alguna diferencia entre hombres y mujeres con respecto a placer sexual?

En ti. ¿el placer sexual se ha modificado?

Para ti como mujer que significan o que son las relaciones sexuales

**2do parte de entrevista**

Tu recibiste el diagnóstico de cáncer de mama, me imagino que a partir de allí te hiciste varios tratamientos y te sometiste a una mastectomía; a propósito de ello me gustaría que hablemos cómo esto ha influido en tu manera de ver, sentir y vivir la sexualidad

¿Habías escuchado o conocido algo con respecto a la mastectomía antes de que se sucediera esto? (explorar imaginario de la mastectomía)

El cáncer de mama se relaciona con un órgano importante para la sexualidad femenina, ¿tú qué crees de esto?

¿Cómo ves la mastectomía desde lo que implica para una mujer?

¿Cómo te ves ahora en el espejo?

Luego de recibir el diagnóstico de cáncer, ¿afectó esto tu vida sexual? (explorar la sexualidad desde el diagnostico hasta ahora)

 ¿Qué ha pasado en cuento a tus relaciones sexuales?, ¿y el placer sexual? (explorar también placer sexual)

¿Cómo son ahora tus relaciones de la pareja?

En cuanto a la maternidad ¿Qué ha pasado con esto?

En tu opinión, ¿qué sería importante o qué ayudaría a una mujer que está en esta situación se sienta bien con su sexualidad?

**6.3 Anexo 3: Carta de Solicitud Consignada en las Instituciones**

Caracas,

Sres.

Presente.-

Estimado

En principio quiero expresarles mi solidaridad con el amplio reconocimiento que tiene esa institución por el trabajo que vienen desarrollando en beneficio de la mujer venezolana. Basándome en la coincidencia del área específica de su acción social con mi trabajo de tesís para la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, estoy solicitándoles su valiosa colaboración, en el sentido de que me puedan facilitar el contacto con mujeres que como consecuencia de haber sufrido cáncer de mama hayan sido mastectomizadas.

Mi propósito es realizar una investigación sobre **los procesos subjetivos de la sexualidad en mujeres que hayan sufrido dicha experiencia**. El proyecto en cuestión se fundamenta en la obtención de testimonios directos, lo que incluye, como instrumento de trabajo, la realización de un determinado número de entrevistas para conocer la vivencia particular de cada una de las involucradas en el estudio. Demás está enfatizar y garantizar que los datos recolectados serán empleados exclusivamente con fines académicos.

Agradeciéndoles de antemano la atención que puedan brindarme, me despido muy cordialmente

**Sofía Lorena Hernández Gilbert**

**CI.19.974.412**

**Teléfonos: 0212 251 20 87 / 0414 305 10 07**

**6.4 Anexo 4: Consentimiento Firmado**

Se le invita a participar en la investigación realizada por la bach. Sofía Hernández Gilbert, titular de la cédula de identidad 19.874.412, quien actualmente está realizando un trabajo de investigación para la obtención del título de licenciado en Psicología en la Universidad Central de Venezuela

Esta investigación se denomina *Procesos Subjetivos de la Sexualidad en Mujeres con Cáncer de Mama Mastectomizadas* y en ella se pretende conocer cómo es la vivencia de la sexualidad en mujeres que ha padecido de cáncer de mama.

La invitación que se le hace es a participar en una entrevista en la cual podrá conversar sobre su experiencia en el área de la sexualidad y su vivencia como paciente oncológico.

La participación en esta investigación es voluntaria y puede reservarse el derecho a no responder alguna de las preguntas que se le plantean. Los datos e información que aporte serán confidenciales y los resultados obtenidos serán de uso exclusivamente académico.

 Se le agradece de antemano su participación.

**Yo Hago constar que conozco los términos de la investigación y acepto participar de manera voluntaria en la investigación realizada por la bach. Sofía Hernández Gilbert, reconociendo que la información otorgada se mantendrá confidencial, siendo su uso estrictamente académico**

**Caracas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VII Referencias**

1. Acevedo, J.; Bonilla, P. y Rodríguez, J.(2007). Dolor neuropático en cáncer de mama gabapentina versus carbamazepina [versión electrónica]  *Revista Venezolana de oncología*. 19 (3), p.194- 203.Recuperado el 05 de diciembre de 2011 en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S07 98- 05822007000300002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798- 0582.
2. Aller, L.(1991). *Pedagogía de la Sexualidad Humana, una aproximación ideológica y metodológica*. Méjico: Editorial Galerna.
3. Almanza, J.; Straker , N.y Holland, J. (1999). Psicoterapia Psicodinámica en Pacientes con cáncer. *Cuadernos de Psicoanálisis*, 3 (4), 206- 217.
4. Almanza, J.;Juaréz, I.; Silva,J. y De la Huerta,R. (2009). Distrés psicosocial y trastornos mentales en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer.Revista Sanidad Militar. México, 63(4),148- 155.
5. Arbizu, J. (2000).Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales Sis Navarra, 24* (1), 173-178.
6. Barroilhet, S.; Forjaz M. y Garrido, E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales de la adaptación al cáncer. *Actas Especial Psiquiátrica, 33*(6), 390-397.
7. Canelones, P. (2005, febrero). *Elementos de la psicoterapia para las personas con cáncer*. 6º Congreso Virtual de Psiquiatría. Universidad Central de Venezuela,Caracas, Venezuela.
8. Capote, L. (2006). Aspectos epidemiológicos del cáncer en Venezuela [versión electrónica], *Revista venezolana de oncología.* 18(4), 269-281.Recuperado el 25 de octubre de 2011, de :<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0 79805 82200 6000400011 &lng=es&nrm=iso>. ISSN 0798-0582.
9. Cayo, G.; Flores, E.; Perea, X. Pizzaro, M. y Arancena, A. (2003). Sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo. ´Ponencia presentada en el Simposio Viejas y Viejas Participaciones, Santiago de Chile
10. De Val Gil, J.; López, M; Rebollo, F; Utrillas, A. y Minguillón, A. (2001). Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cirugía Española*, *69* (1), 56-64
11. Díaz, V. (2009). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama*. Pensamiento Psicológico, (7)* 14, 155-160
12. Duran, J. y Vega, R. (2007). *Dificultades que provoca en las relaciones de pareja el cáncer de mama.* Universidad de pamplona facultad de salud departamento de psicologia pamplona
13. Fernández, A. (2004). Alteraciones Psicológicas Asociadas a los Cambios en la Apariencia Física en Pacientes Oncológicos . *Psicooncología, 1* (2), 168- 180
14. Fernández, H y Jimenez, E(1975). Sexualidad y Educación sexual. *Cuadernos de Educación, 1-102*
15. Fleming, M y Kleinbart, E. (2001). Breast Cancer and Sexuality. Journal of Sex *Education and Therapy, 26*(3), 215-224
16. Flores, F. (1996). Construcción e impacto de aspectos psicosociales en la sexualidad; una propuesta desde la salud mental. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología, 2*(1), 27-36
17. Flores, F. y Parada, L. (2005).*las sexualidades y las ideologías*. En Antología de la sexualidad humana (pp 203- 218). Méjico: Conapo
18. Freud, S. (1905/1981). Tres ensayos para una teoría sexual. En Obras Completas. (pp. 1169-1237). Madrid: Biblioteca Nueva
19. Freud, S. (1932/1981).33°Conferencia. La feminidad. En Obras Completas. (pp. 104-125). Madrid: Biblioteca Nueva
20. Gaviria, A.; Vinaccia, S.; Riveros, M. y Quincero, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Psicología desde el Cariba, 20 (50-75)
21. González, F. (2000). *Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca.* Acta c*olombiana de psicología, 12 (59-68)*
22. Guba, E. y Lincoln, Y.(1994).paradigmas en pugna en la investigación cualitativa. Handbook of Qualitative Research, (pp.105-117).
23. Guillén,N. (1997). *Cuerpo femenino en movimiento: subjetividad que se pone en escena, texto sin palabras*. La ventana, 6 (226-236)
24. Henson, H.(2002).Breast Cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability, 20*(4), 261-275
25. Hernández, R; Fernández, C y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México, D.F: Mc Graw H
26. Hierro, G (2005). *Ética y Sexualidad*. En Antología de la sexualidad humana (pp 219-233). Méjico: Conapo
27. Instituto Nacional de Cáncer (1991). *¿Qué es el cáncer?.* Recuperado el 30 de octubre de 2011, de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es-cancer>
28. Irbalucía, B.(1987). Algunas reflexiones sobre la construcción de la identidad femenina. Flora-Tristan, 1-8
29. Junceda, E. (1988). *Cáncer de mama*. España: Universidad de Oviedo, Servicio de publicaciones
30. Lacan, J.(1984). *El Seminario Libro* 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós
31. Lagarde, M.(1992). Identidad de Género. *Cuadernos de Trabajo*, 3- 37.
32. Lamas, H. (2001). Modelos de la sexualidad humana. Liberati, 60, (70-78)
33. Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). Diccionario de psicoanálisis. Méjico: Paidos
34. Lipowskiz, J. (1969). Psychosocial aspects of disease. *Annals of Internal Medicine. 71*, 1197-1206.
35. Londoño, L. (1992). *Mujer y salud en el contexto socio- político*. Cuadernos de reflexión, 30 (10-17)
36. Londoño, M. (1996). *Derechos sexuales y reproductivos: los más humanos de todos los derechos*. España: Editorial ISEDER.
37. Lumbreras, S. y Blasco, T. (2008). Características de la sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 5(1), 155- 170
38. Martinez, M. (2008). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Méjico: Editorial Trillas
39. Nobles, D. y Brunal, B. (2009). Una mirada al impacto, reacciones emocionales y estilos de afrontamiento de los pacientes con cáncer. Revista *de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, *5* (8) 101- 107.
40. Organización del Cáncer de Mama. (1992). ¿Qué es el Cáncer de Mama? Recuperado el 5 de diciembre, de [http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer\_de\_mama/que \_es\_cancer](http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que%09_es_cancer)mama.jsp
41. *Organización Mundial de la Salud (2000). Promoción para la salud sexual, recomendaciones para la acción.*  Actas de una Reunión de Consulta convocada por: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS) En colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS), (1-64)
42. Organización Mundial de la Salud. (s.f). *Cáncer*. Recuperado el 30 de octubre de 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
43. Pérez, M (2005). El desarrollo sexual. En Antología de la sexualidad humana (pp 203- 218). Méjico: Conapo
44. Robles, R.; Morales, M.; Jiménez, L y Morales, J. (2009).Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: El Papel de la afectividad y el soporte social. Psicooncología. 6(1),191-201
45. Rodríguez, M. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid
46. Rojas, G. (2006).Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Revista Médica Clínica Condes*, *17*(4), 194 – 97
47. *Rubio E. Introducción al estudio de la sexualidad humana: Conceptos básicos en sexualidad humana. En: Consejo Nacional de Población, "Antología de la Sexualidad Humana". Tomo I. Consejo Nacional de Población- Miguel Ángel Porrúa. México 1994.*
48. Serret, E.(1989). *El sujeto femenino: para una refundamentación de la teoría femenina.* Sociología, 10 (1-9)
49. Sheppard, L. (2008). Breast Cancer and Sexuality. *The Breast Journal*, 14 (2), 176-181
50. Silverstein, A.; Silverstein, V. y Silverstein, L. (2006). *Cancer*. Minnesota, EE.UU. Lerner Publishing Group.
51. University of California. (1978). *Cancer: the wayward cell: its origins , nature, and treatmen*t. California: Richards, V.
52. Valera, S. (2002). *El* *Cáncer: etiología, epidemiología, diagnóstico y prevención*. Madrid, España: Ediciones Harcourt.
53. Vázquez, J.; Antequera, R. y Blanco, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología, 7* (3), 433-451.
54. Vidal, M. (2006). Psicoterapia en Psicooncología: Un modelo dinámico focalizado combinable con psicofármacos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, 13*(3), 31- 56
55. Vinaccia, A.; Riveros, S. y Quiceno, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico [versión electrónica], *Psicología desde el Caribe*, *20*, 50-75 [recuperado el 26 de octubre de 2011,de<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.j sp?iCve=21302004ISSN 0123- 417X
56. Weeks, J. (2005). *Sexualidad e historia: reconsideración*. En Antología de la sexualidad humana (pp 179-201). Méjico: Conapo