

Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama

Victoria Eugenia Díaz Facio Lince²⁸
Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia)

Recibido: 21/10/2009 Aceptado: 22/04/2010

Resumen

El diagnóstico de un cáncer de mama o ginecológico implica para las pacientes la confrontación con las consecuencias orgánicas y psicológicas, propias de una enfermedad que afecta a partes del cuerpo llenas de significaciones subjetivas y culturales. Con base en la formalización de 15 años de experiencia, clínica con pacientes que consultan por esta enfermedad, se propone en este artículo una reflexión, enmarcada en la Psicooncología, acerca de los efectos psíquicos que estos cánceres generan en las pacientes. Se hace énfasis en los conceptos de sexualidad, cuerpo y duelo, y con base en ellos, se propone que estos cánceres y sus tratamientos producen múltiples pérdidas, las cuales pueden generar procesos que favorecen la reconstrucción afectiva y la resignificación de la vida. En algunos casos, las pacientes se fijan en el dolor como forma de no renunciar a lo perdido.

Palabras clave: salud de la mujer, cáncer, imagen corporal, duelo, sexualidad

Abstract

Diagnosis with gynecological or breast cancer obliges patients to deal with organic and psychological consequences which are particular to an illness which affects parts of the body which are full of subjective and cultural significance. Based on the formalization of 15 years of clinical experience with patients who suffer from this illness, this article proposes a reflection within the framework of psycho-oncology, on the psychic effects that these types of cancer have on patients. Areas highlighted are the concepts of sexuality, body and grief, and based on these, the proposal is that these cancers and their treatment produce multiple losses which can bring about affective reconstruction and give a new meaning to life. In some cases, patients focus on pain as a way of not giving up what they have lost.

Key words: women's health, cancer, body image, grief, sexuality.

Resumo

O diagnóstico de um câncer de mama ou ginecológico implica para as pacientes a confrontação com as consequências orgânicas e psicológicas próprias de uma doença que afeta a partes do corpo cheias de significados subjetivos e culturais. Com base na formalização de 15 anos de experiência clínica com pacientes que consultam por esta doença, se propõem neste artigo uma reflexão, demarcada na psico-oncologia, sobre os efeitos psíquicos que estes cânceres geram nas pacientes. Se faz ênfase nos conceitos de sexualidade, corpo e dolo, e com base neles se propõe que estes cânceres e seus tratamentos produzem múltiplas perdas, as quais podem gerar processos que favorecem a reconstrução afetiva e a resignificação da vida. Em alguns casos, as pacientes se fixam na dor como forma de não renunciar ao perdido.

Palavras chave: a saúde da mulher, câncer, a imagem corporal, dolo, sexualidade

²⁸ Correspondencia: vdiazfaciolince@gmail.com

Introducción

El diagnóstico de un cáncer de mama o ginecológico no nombra únicamente una proliferación desordenada de células que afecta partes del organismo de una mujer. Éste implica, para las pacientes, confrontarse con las consecuencias orgánicas y psicológicas, propias de una enfermedad cuyo nombre remite a múltiples metáforas: la muerte, la mutilación, el dolor, el aislamiento.

El artículo propone una reflexión, inscrita en el área de la Psicooncología, acerca de los efectos psíquicos que estos tipos de cáncer generan en las mujeres diagnosticadas, particularmente, en relación con la representación del cuerpo y con los procesos de duelo. Con base en escritos previos (Díaz, 1996a, 1996b, 2003, 2008, Díaz y Cortés, 2005), quienes se apoyan en quince años de trabajo clínico con pacientes en duelo y, entre ellos, con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y ginecológico, se desarrollan algunos aspectos que emergen en el discurso de las pacientes y que sustentan la evaluación e intervención de la población de referencia.

En un primer apartado, se trabaja el concepto de cuerpo. Se entiende éste como una construcción particular en la historia del sujeto que difiere del concepto de organismo biológico en el que se basa la intervención médica. Se propone que la representación que cada sujeto tiene de su cuerpo es única e incide en cómo vive la experiencia de una enfermedad. La segunda parte, relaciona el concepto de cuerpo con la pregunta por la sexualidad en las pacientes diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. Se propone que estos tipos de tumores afectan partes de cuerpo que están llenas de representaciones subjetivas y culturales que remiten, entre otras, a la feminidad y a la maternidad. Con base en esto, se plantea que la enfermedad no afecta sólo la dimensión biológica de la mujer, sino también su representación de cuerpo y su vínculo con el otro. El semejante puede ser visto como aquél que juzga, critica o siente lástima y ante quien se asume una distancia física y afectiva para protegerse de lo que él evoca. Finalmente, se aborda el concepto de duelo, entendido como el proceso psíquico que se produce tras la pérdida de algo valioso para el sujeto y que puede referirse a la salud, la imagen del cuerpo, los proyectos y los vínculos.

Se concluye que el cáncer y sus tratamientos producen múltiples pérdidas que generan procesos de duelo en diversas dimensiones de la vida de quien lo padece. El duelo, como trabajo psíquico de elaboración, permite ante la enfermedad la reconstrucción afectiva y la resignificación de la vida; en algunos casos, sin embargo, la mujer se detiene en el dolor por lo perdido, lo que le impide situarse de una nueva forma ante sí misma y frente al otro. El duelo, visto de esta manera, es una elección que se plantea entre el dolor -como forma de no renunciar a lo perdido- o una nueva posición subjetiva que sea compatible con la vida.

Un cuerpo enfermo

Es importante plantear que la noción de cuerpo que estudian e intervienen las ciencias de la salud —y que en adelante se llamará *organismo*— difiere sustancialmente del cuerpo que se representa la mujer con cáncer, y frente al cual se tramita, o se bloquea, el proceso de duelo que conlleva una mutilación causada por la misma enfermedad o por las intervenciones médicas que buscan tratarla.

Para el discurso médico el concepto de cuerpo coincide con el de organismo, el cual se define cómo la materia biológica que, constituida como un conjunto de sistemas, funciona e interactúa para permitir la vida orgánica. El estudio y la intervención de esta materialidad se apoyan, fundamentalmente, en ciencias exactas y naturales como la Matemática, la Física y la Química, las cuales dan pie a la Anatomía y la Fisiología, fundamentos de la Medicina. El discurso médico, según Foucault (1966), y por tanto, las áreas de la salud que en él se apoyan, se basa en ciencias que observan, objetivan, generalizan y formulan leyes universales de estructuras y funciones para intervenir desde allí el cuerpo como organismo.

Pero la enfermedad no puede existir separada del sujeto enfermo, y el padecimiento de éste no se restringe a la alteración física del organismo. El profesional de la salud constata esto cuando en el vínculo que establece con su paciente evidencia que no todo es explicable con la lógica del organismo; que hay un sufrimiento que sobrepasa la expresión del dolor físico, que el sujeto formula una protesta frente a procedimientos que la ciencia considera idóneos, o que no hay una respuesta del cuerpo a una

terapéutica a la que la mayoría de los organismos responden adecuadamente. Es este el cuerpo del sujeto, el cual se resiste a la generalización.

El Psicoanálisis, y apoyadas en él algunas teorías psicológicas, plantea una propuesta alternativa para pensar el cuerpo y lo propone como una construcción en la historia particular de un sujeto. El descubrimiento que Sigmund Freud hizo de enfermedades que afectan al cuerpo, sin lesión orgánica subyacente, lo llevó a proponer la diferencia entre dos anatomías —la del cuerpo y la del organismo— que operan en todo sujeto humano. De esta manera, el cuerpo percibido por cada sujeto no se corresponde con la anatomía del organismo, y los procesos que en ese terreno ocurren tienen para cada uno, no el sentido general que podrían tener para la Medicina, sino una significación particular construida a partir de la historia singular (Freud, 1981a).

El cuerpo, desde esta perspectiva, está determinado por el vínculo del sujeto con las primeras figuras de amor y, posteriormente, con otros representantes de la cultura. Son éstos quienes moldean la imagen que el sujeto tiene de sí, la construyen y le asignan las pautas de los ideales que debe seguir. En este sentido, es importante señalar cómo en el mundo contemporáneo el cuerpo ha sido sometido a los imperativos implacables de una sociedad que le exige lograr unos ideales inalcanzables. En las últimas décadas se ha impuesto en el mundo occidental un prototipo de cuerpo valorado: atlético y fuerte para el hombre, voluptuoso y esbelto para la mujer. Cuerpo estereotipado, sin rasgos que lo diferencien de los otros, y que los medios de comunicación exaltan permanentemente. Éstos, coherentes con el discurso contemporáneo, promueven el culto al cuerpo con la puesta en escena de modelos de perfección y generan el rechazo a los sujetos que no cumplen con los paradigmas de belleza establecidos por ellos mismos. En este sentido, la sensación de no acercarse al ideal de cuerpo —ideal que en sí mismo es inalcanzable— genera en los sujetos una experiencia de continua insatisfacción que conduce al surgimiento de síntomas —anorexia, bulimia, consumo de anfetaminas, intervenciones estéticas repetidas— los cuales expresan que la relación que un sujeto establece con su cuerpo, no es armónica ni natural (Díaz y Cortés, 2005).

Es pertinente ahora, considerar lo que acontece en esta particular relación del ser humano con su cuerpo cuando se enfrenta a una enfermedad como el cáncer. Éste, en los casos particulares del cáncer ginecológico y de mama, afecta al organismo en zonas muy significativas para la mujer, lo que produce consecuencias en la imagen del cuerpo y, con ellas, en la relación con el otro. De igual forma, los principales tratamientos que se proponen para la enfermedad: cirugía, quimioterapia y radioterapia tienen repercusiones significativas en los órganos afectados y en la representación que de ellos hacen las mujeres (Díaz, 2008).

Cuerpo y sexualidad en la mujer con cáncer ginecológico y de mama

El diagnóstico de un cáncer, y en este caso concreto un cáncer ginecológico o de mama, implica para las pacientes enfrentar las afecciones orgánicas y subjetivas propias de la enfermedad y de los tratamientos oncológicos, que modifican de forma importante su relación con el cuerpo, con el otro y con la sexualidad —entendida aquí desde una dimensión amplia del encuentro con el otro que trasciende la genitalidad—. Al respecto, es bien sabido que las pacientes viven los tratamientos oncológicos como intervenciones agresivas, que dejan importantes secuelas orgánicas y afectivas, y a las que se someten únicamente con el fin último de luchar por su vida. Las cirugías cortan, extraen, modifican el organismo dejando en las cicatrices las marcas de lo perdido. La quimioterapia ataca químicamente las células malignas, al mismo tiempo que afecta a las células sanas ocasionando efectos secundarios como la caída del cabello o la infertilidad transitoria. La radioterapia destruye las células enfermas y deja quemaduras en las zonas afectadas o en los órganos aledaños, las cuales pueden persistir mucho tiempo después de terminado el tratamiento (Díaz, 1996b).

Uno de los aspectos que determinan la vivencia del cáncer es la significación subjetiva y social que tiene el órgano enfermo. Concretamente, las partes del cuerpo atacadas por los tipos de cáncer en cuestión —senos, útero, ovarios, vagina, entre otras— están cargadas de representaciones simbólicas que no necesariamente concuerdan con su funcionalidad en el organismo. Se evidencia esto en la experiencia de

mujeres que ya han finalizado su vida reproductiva o en la de aquellas que no desean tener hijos, quienes viven la extracción de un órgano reproductor con fuertes reacciones afectivas. En este sentido, las partes del cuerpo que han sido vinculadas -social o subjetivamente- con la feminidad, la maternidad y la sexualidad se inscriben psíquicamente como representantes del ser madre, mujer, amada, deseada. Por su parte, la enfermedad y los tratamientos producen pérdidas significativas en estas dimensiones. Al respecto se escuchan expresiones como: *Para mí fue peor perder el seno que haber perdido un brazo o una pierna*. O: *“Yo siento que estoy engañando a la gente pues todos aún me creen mujer cuando, después de la histerectomía, en realidad ya no lo soy”*.

Un efecto secundario de la quimioterapia, la caída del cabello, es un ejemplo concreto de cómo para las pacientes es más importante la representación psíquica y social de la parte perdida que su funcionalidad. Muchas veces las mujeres le dan más relevancia a esta consecuencia que al efecto del tratamiento sobre la médula ósea, el cual orgánicamente es de mayor importancia. Esto se explica por la diferencia hecha entre el cuerpo y el organismo en la cual, como se afirmó antes, la construcción del cuerpo se va dando por las marcas particulares que vienen del otro. Así, una madre acaricia el cabello de su hija, lo deja crecer, le enseña a cuidarlo, deja allí huellas particulares y marcas de la diferenciación sexual. La mujer se mira en el espejo y reconoce su rostro enmarcado por el cabello. La sociedad y la publicidad lo exaltan como símbolo de feminidad y lo imponen como objeto para suscitar el deseo del otro. La paciente, entonces, no vive la caída del cabello como la pérdida de un tejido muerto, sin importancia para el funcionamiento biológico, sino como la de un objeto significativo para su propia imagen, estimado y valorado como atributo para ganar la aceptación y el amor del otro.

Así, la relación con el cuerpo se construye, originalmente, a partir del vínculo con el otro. De la misma forma, las nuevas representaciones que una mujer establezca con su cuerpo a partir del cáncer inciden de forma importante en dicho vínculo. Es significativa la referencia de las pacientes a cómo sienten en la mirada —propia y del otro— la ratificación constante de la pérdida

generada por la enfermedad o por los tratamientos. En el reconocimiento que cada una da a su cuerpo está la evidencia de que algo ha cambiado; ya la representación que tiene inscrita de su cuerpo no coincide con la imagen que aparece en el espejo, y que se vive como desconocida, invasora. Y si en su propia mirada está el reconocimiento de la pérdida, la del otro se siente como un señalamiento que ratifica su falta. Aunque con frecuencia aquello que ha sido modificado por la enfermedad no se percibe a simple vista, algunas pacientes sienten que los otros las observan con sorpresa, con una fascinación que les impide alejar la vista de aquel cuerpo mutilado. La mirada del otro promueve el imaginario de la paciente, quien allí descubre la burla, el espanto. Si bien hay situaciones donde objetivamente el otro invade al observarlas, podría conjeturarse que con frecuencia lo que sucede es que en la mirada del otro se proyecta el reflejo de la propia evaluación, aquella que se horroriza por lo que ya no se es y que no soporta el rechazo que produce de sí misma.

En esta perspectiva, algunas pacientes que han sufrido cáncer ginecológico o de mama relatan que esa experiencia cambió la relación con sus parejas; algunas veces porque se encontraron con el rechazo explícito o el temor del otro para acercarse a ellas, pero en la mayoría de los casos porque ellas mismas no se sentían bien cuando ellos las miraban o las tocaban, pues sentían vergüenza de evidenciar su cuerpo “*deformado*” o temor de suscitar horror en el otro. Al respecto decía una paciente: *“Yo no soporto que mi esposo me toque el hueco donde estaba el seno porque siento su mano como una cuchilla. Es que yo no quiero pensar en eso y cuando él me toca me acuerdo siempre de la cirugía”*.

Se ve entonces cómo el cáncer y sus tratamientos producen múltiples pérdidas en el organismo, en la representación del cuerpo y en la relación con el otro. Estas pérdidas generan procesos afectivos de elaboración del duelo que conducen a la construcción de una nueva imagen corporal y al reencuentro con el otro. En algunos casos, sin embargo, la mujer puede responder a su enfermedad deteniéndose en el dolor por lo perdido y anclándose en un anhelo que le impide la reconstrucción del cuerpo y la resignificación de la vida.

Duelos del cuerpo

Se ha visto que el diagnóstico de un cáncer ginecológico o de mama genera en la mujer la experiencia de pérdidas múltiples: se pierde una parte del cuerpo o la representación que de ella se tenía; se pierde el ideal de futuro al sufrir una enfermedad que psíquicamente remite a la muerte; se pierde la lógica del vínculo con el otro por las transformaciones que la enfermedad y los tratamientos imponen a la relación. Las pérdidas de todo aquello que se ama, o a lo cual se está ligado afectivamente, mueven el psiquismo a un trabajo de elaboración del duelo que conduce a la asunción de la vida sin lo perdido.

Se ha definido el duelo como la respuesta psíquica ante la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente como la patria, la libertad, un ideal, una parte del cuerpo o su fortaleza, entre otras. La teoría psicoanalítica, fuente primaria de la noción de “trabajo de duelo”, lo propone como un proceso, no como un estado, cuyo curso es fluctuante y depende de la labor que hace el psiquismo para tramitar la pérdida. Esta definición es importante porque, a partir de ella, entendemos que el duelo implica un trabajo psíquico, es decir, el sujeto en duelo debe llevar a cabo una serie de movimientos, muchas veces de forma inconsciente, para que la herida afectiva cicatrice (Freud, 1981b).

Frente al cáncer y a los tratamientos, la mujer se confronta con una realidad que le evidencia las pérdidas ocurridas y le anuncia las por venir. Ante esa realidad, la respuesta suele ser la negación con el mantenimiento de la esperanza de recuperar lo perdido. La mujer puede suponer que el diagnóstico es errado, o que con el avance en los tratamientos no tendrá que enfrentar ninguna pérdida significativa. Un ejemplo de lo anterior se escucha en la experiencia de las pacientes a quienes se les hace la reconstrucción inmediata del seno en el mismo acto quirúrgico de la mastectomía, las cuales fantasean que no habrán de enfrentar pérdida alguna.

En un segundo momento, posterior a la negación, vienen la aceptación de la realidad y el asumir la renuncia, lo que implica un gran gasto de tiempo, de energía psíquica y la experiencia de sentimientos dolorosos. La mujer se enfrenta poco a poco con la evidencia de la falta, que se impone afectivamente, a pesar de no ser muy tangible en lo real. Es el caso de las pacientes con reconstrucción del seno, quienes

empiezan a manifestar insatisfacción con su nueva imagen, incomodidad por la asimetría que perciben en sus senos, malestar con la mirada y el encuentro con el otro, tristeza por todo aquello que evidencia lo que han perdido. Sentimientos dolorosos necesarios que, progresivamente, contribuyen a cicatrizar la herida emocional causada por la enfermedad.

En el momento final del duelo hay una reubicación emocional de lo perdido y se da la resignificación de una nueva realidad (Worden, 1997). La mujer reconstruye una imagen de su cuerpo, a la cual ya no se resiste, e instaura también una nueva relación con el otro en la que su presencia, su mirada y su contacto no representan la amenaza percibida en los primeros momentos de la enfermedad.

Pero la pérdida de algo significativo no siempre conlleva una elaboración, sino que a veces persisten respuestas de dolor —sin el concomitante trabajo de duelo—, producidas por el anhelo insatisfecho frente al objeto perdido (Díaz, 2003). En esta vertiente, el dolor puede convertirse en el principal contenido de la experiencia emocional tras la enfermedad, lo que se escucha en mujeres que, tras años de un tratamiento oncológico exitoso —en el sentido orgánico—, permanecen ancladas en un continuo dolor de existir y en la imposibilidad de mirar o tocar su propio cuerpo o de permitir que alguien lo haga. Todo esto les impide reasumir su vida y las aleja del vínculo con el otro.

Se concluye entonces que, en tanto perpetuarse en el dolor impide que la mujer acepte las pérdidas que el cáncer impone y resignifique la vida, el asumirlas permite que el proceso de duelo inicie. Así, el trabajo del duelo es una elección que se plantea entre el dolor y la vida: entre permanecer aferrado al dolor como forma de no renunciar a lo perdido, o apostar por una nueva posición subjetiva que sea compatible con la vida.

Referencias

- Díaz, V. (1996a). Díaz, V. (1996). *Aspectos psíquicos del paciente oncológico*. Tesis de pregrado no publicada, Universidad de Antioquia, Medellín
- Díaz, V. (1996b, octubre). *Aspectos psíquicos del paciente oncológico*. Documento presentado en el Encuentro interdisciplinario sobre la fase terminal y la muerte, Medellín.

- Díaz V. (2003) *Del dolor al duelo. Límite al anhelo frente a la desaparición forzada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Díaz, V., y Cortés, N. (2005) Efectos del tratamiento de ortodoncia en la imagen del cuerpo y la autoestima de los adolescentes. *Revista Facultad de Odontología*, 16 (1 y 2), 125-134.
- Díaz V. (2008, abril). *Cuerpo y duelo en la mujer con cáncer ginecológico*. Congreso Internacional Sexualidad y Cáncer. CD Rom. Universidad de Antioquia.
- Foucault, M. (1966). *El Nacimiento de la Clínica*. México: Siglo XXI.
- Freud S. (1981a) Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En: L. Ballesteros (Trad.) *Obras Completas, Vol. 1* (4ª ed., pp. 13-21). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud S. (1981b) Duelo y melancolía. En: L. Ballesteros, (Trad.) *Obras completas, Vol. 2* (4ª ed. pp. 2091-2100). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Worden W. (1997). *El Tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Buenos Aires: Paidós.