

EFECTOS PSÍQUICOS DE LA MASTECTOMÍA (PREVENTIVA Y TERAPÉUTICA). CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Teresa Sánchez Sánchez
Universidad Pontificia de Salamanca

¿Qué sentido puede tener escribir un trabajo más -dada la abundante literatura específica sobre ello-, que analice las consecuencias de la mastectomía en mujeres que o bien han sido diagnosticadas previamente de un cáncer de mama o bien tienen un fundado temor genético a desarrollarlo en un futuro indeterminado a tenor de los antecedentes familiares que poseen? Repasaremos algunos trabajos destacados sobre el impacto en el psiquismo de la mastectomía (sea ésta como forma de prevención secundaria frente al cáncer o sea profiláctica) en comparación con la llamada "cirugía conservadora" (lumpectomía, tumorectomía), a fin de valorar el consenso o el disenso entre los investigadores. Nuestra hipótesis de trabajo es que se ha producido en las pacientes con cáncer de mama un cambio de tendencia en su perspectiva de la mastectomía coincidente con el cambio de siglo (y milenio), tal vez debido a la generalización de la cirugía reconstructiva mamaria tras la resección, lo que mitiga el alcance traumático (imaginario, simbólico y físico) de la amputación sin reconstrucción.

Palabras clave: Cáncer de mama, Mastectomía quirúrgica, Mastectomía preventiva, Impacto psicológico, Crecimiento postraumático, Autoimagen, Autoestima, Psicooncología.

Considering the abundant literature specifically on the subject, what point can there be in writing yet another study that analyses the consequences of the mastectomy in women who have either been diagnosed with breast cancer previously or have a well-founded, genetics based fear of developing it at some point in the future due to the precedents in their family? In this paper, we review some notable studies on the psychological impact of the mastectomy (whether as a form of secondary prevention against cancer or as a prophylactic measure) compared to what is known as "conservative surgery" (lumpectomy), in order to value the consensus or the dissent among the researchers. Our hypothesis is that a change of tendency has taken place in the patients with breast cancer in their perspective of the mastectomy, coinciding with the turn of the century (and the millennium), perhaps due to the widespread practice of mammary reconstructive surgery after the resection, which mitigates the trauma (imaginary, symbolic and physical) of the amputation without reconstruction.

Key Words: Breast cancer, Mastectomy surgery, Preventive mastectomy, Psychological impact, Post-traumatic growth, Self-image, Self-esteem, Psycho-oncology.

VISIÓN DE LA ENFERMEDAD DESDE LA PSICOLOGÍA

Lo que durante décadas fue una vaga sospecha -en cuanto a las complejas interacciones- entre el psiquismo, el Sistema Nervioso Central, el Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Endocrino e Inmunológico que conducen a la formación y proliferación de tumores cancerosos, ha sido desvelado por la Psiconeuroinmunología actual como una premisa científica indiscutida. En un clarificador artículo de Sirera, Sánchez y Camps (2009), se expone elocuentemente cómo tanto el estrés

como la depresión alteran las citocinas proinflamatorias. Éstas funcionan como neurotransmisores, inmunodeprimiendo al sujeto. Sabemos que en el hipotálamo se cruzan las informaciones de todos los sistemas mencionados, actuando así como centralita. El displacer, el estrés, los traumas y los duelos actúan suprimiendo o disminuyendo la respuesta inmune ante la presencia de células proliferantes nocivas. En situaciones de estrés y sufrimiento psíquico, los mecanismos autoprotectores fallan y las alertas no funcionan con eficacia². En épocas de estrés se producen tales alteraciones moleculares y químicas que se rompe el equilibrio favoreciendo la promoción tumoral o las metástasis.

Diversos estudios empíricos recogidos por Artaloytia (1998) documentan que las enfermas de cáncer de mama presentan un perfil psíquico caracterizado por: menor hostilidad, elevada hiperadaptación social, escasa sintomatología mental y reducida angustia expresada. Todo ello, aunque discutido, originó la teoría sobre la mayor incidencia del cáncer de mama en mujeres con personalidad tipo C.

Correspondencia: Teresa Sánchez Sánchez. Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca. C/ Compañía, 5. 37002 Salamanca. España. E-mail: tsancheza@upsa.es

² La implicación del circuito psiconeuroinmunológico en los distintos tipos de tumores es poco relevante en los de susceptibilidad hereditaria, en los inducidos por carcinógenos químicos (tabaco, grasa, metales, polución...), de media relevancia en los inducidos por cambios hormonales (mama, próstata) y muy relevantes en los inducidos por agentes infecciosos.



Otras teorías psicosomáticas propusieron una configuración multifactorial en la personalidad que puede propiciar una tumoración: alexitimia, depresión esencial, pensamiento y vida operatorios, mentalización incierta e insuficiente de los conflictos, sobreadaptación sociolaboral y familiar (elevada eficacia) y alto nivel de autoexigencia (Sánchez, 2008, 2014). Un estudio clásico de Brainsky (1985) sobre una muestra compuesta por 130 pacientes con cáncer de mama en el GE³ y 55 pacientes de otros diagnósticos como GC⁴, condujo al autor a concluir que las enfermas de mama habían padecido un "síndrome de desmoralización" que precipitó en ellas un derrumbe psíquico en las defensas inmunitarias. A menudo un duelo actuaba como detonante inespecífico llevándolas a darse por vencidas⁵. Muy llamativo fue por ello el artículo de Andreu, Galdón e Ibáñez (1991) en el que contradijeron los resultados de otros estudios que atribuían mayores perturbaciones depresivas y ansiosas a las mujeres con cáncer. Sí observaron que las enfermas, en cualquier estadio de la enfermedad, eran más dependientes que las mujeres sin cáncer, pero solo las mujeres que han llegado al estadio IV son más lábiles emocionalmente que el grupo de mujeres sanas. Sin embargo, tanto la dependencia emocional como la depresión remiten cuando aparecen las metástasis. Esto sugiere que la quinta fase del duelo establecida por Kübler-Ross (2008) (aceptación) se cumple.

Los factores protectores de una reacción psicopatológica ante el diagnóstico son múltiples (Barreto, 2008):

- a) Capacidad de la enferma de dar un sentido a la experiencia.
- b) Competencia (percepción de autocontrol) ante el manejo de las situaciones familiares, personales y laborales inmediatas.

- c) Buena gestión de las emociones, sean positivas o negativas.
- d) Capacidad de autocuidado.
- e) Afrontamiento optimista ante la propia recuperación.
- f) Fuentes internas de resiliencia.

Es indudable la compleja red de variables que determinan la aparición del tumor⁶, el tipo, la fase, la malignidad, la edad y el pronóstico⁷. No corresponde aquí combinar estas variables. La Psicooncología no pretende desplazar ni sustituir a la Biología Molecular ni a las teorías sobre el Genoma y el Ambiooma en el abordaje científico para entender y tratar esta proteiforme enfermedad, pero sí puede contribuir aportando conocimiento de otros factores psíquicos, relacionales y contextuales que confluyen en la enfermedad, así como en el conocimiento de las respuestas terapéuticas interdisciplinares convenientes para optimizar los procesos de adaptación y de supervivencia, la calidad de vida y la normalización de las reacciones que el cáncer inicialmente rompe o estraga.

LA CIRUGÍA

Aunque hoy en día se considera el cáncer de mama una enfermedad sistémica (Román, 2007) tanto en su etiología como en su terapéutica, es claro que la cirugía de la mama ocupa siempre el centro del proceso médico⁸. Las modalidades de intervención quirúrgica pueden ser conservadoras (mediante tumorectomía o cuadrantectomía) o radicales (mastectomía), dependiendo de diversos factores relativos no solo al tamaño de la lesión o a los resultados de la biopsia, sino también a las deliberaciones entre el oncólogo y la paciente, donde entran en juego sin duda factores psíquicos como temores, fantasías y significados de la mama. La paciente puede primar su apariencia estética sobre su seguridad

³ GE: Grupo Experimental.

⁴ GC: Grupo de Control.

⁵ Engel (1966-1968) había insinuado que las mujeres con cáncer de mama habían tenido un 'complejo de darse por vencidas', de rasgos difusos, pero cuya desesperanza y desamparo provocaban que, cuando emergían circunstancias o vivencias adversas, el sistema psíquico se desbordara y se desorganizaran otros sistemas.

⁶ En España se diagnostican unos 22.000 casos de cáncer de mama al año, un 30% de todos los tumores femeninos. La franja de edad más habitualmente afectada se sitúa entre los 35 y los 80 años, situándose la moda estadística entre los 45-65 años.

⁷ Según datos de la AECC, la tasa mundial de esta enfermedad es de 37,4 casos/100.000 habitantes/año. En España es de 50,9 casos/100.000 habitantes/año. La tasa aumenta con el desarrollo económico. Actualmente, 1/8 mujeres lo padecen, aunque existe una curiosa variabilidad en la incidencia según las diversas Comunidades Autónomas, siendo Cataluña donde dicha proporción asciende a 84/100.000 habitantes/año. En España fallecen unas 6000 mujeres al año por cáncer de mama, lo que representa el 16,7% de todos los fallecimientos por cáncer en el sexo femenino, y el 3,3% del total de muertes entre las mujeres. La edad media de la muerte por esta enfermedad es de 66 años. Si bien están aumentando los casos, la tasa de mortalidad desciende, lo que indica claramente que el cáncer de mama está convirtiéndose en una enfermedad crónica y relativamente controlable. (Vide www.aecc.es y www.cancer.gov.co/cancerencifras).

⁸ Según cifras de la AECC, el 64% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama recurren a la mastectomía, y de ellas el 30% a la reconstrucción mamaria, aunque el porcentaje va en ascenso. Solo un 40% lo hacen de forma inmediata, en el mismo acto quirúrgico. Lamentablemente, solo un 60% de las mujeres diagnosticadas son informadas de la posibilidad de reconstruir su mama en el mismo acto quirúrgico o posteriormente. Información del Instituto Nacional de Cancerología.



o a la inversa, pero en la valoración previa a la autonomía de la decisión, la mujer se ve atravesada por multitud de procesos mentales que van a mediatizar el resultado final.

Habida cuenta de la información existente, profusa y amenazadora, todas las mujeres sienten y calibran -de forma más o menos consciente- desde la pubertad el riesgo de padecer eventualmente un cáncer de mama. El hecho de que ésta sea, tras la de pulmón, la tumoración más frecuente, así como el clamor de las estadísticas y las probabilidades epidemiológicas de padecerlo, provoca una hipersensibilidad y una predisposición a las exploraciones y a las visitas ginecológicas y pruebas radiodiagnósticas crecientemente masivas en las sociedades de casi todo el "primer mundo"⁹. Todo lo cual, si bien tiene el inconveniente de que coadyuva temores hipocondríacos y fóbicos que no pueden desdeñarse, conduce en muchos casos a un diagnóstico precoz (*in statu nascendi*) cuando la lesión apenas tiene 1 cm de diámetro. En estos casos la cirugía puede ser menos injuriosa que cuando el tumor sobrepasa la medida de los 2 cm o ha alcanzado mayor tamaño y su malignidad puede haberse extendido a otras zonas o a los ganglios axilares.

MASTECTOMÍA PREVENTIVA¹⁰

La detección de marcadores genéticos¹¹ predisponentes al cáncer de mama y útero despierta temores en mujeres que también cuentan con parientes de grado uno víctimas de la enfermedad. Se ha desencadenado una oleada de inquietud y de esperanza en la población femenina mundial, alentando exploraciones preventivas que acarrearán un beneficio: el diagnóstico precoz. La decisión de someterse a mastectomía preventiva por parte de algunas de las portadoras de los marcadores es audaz y, en algunos casos, irreflexiva o dominada por el miedo.

Aclaremos esto: la mastectomía, además de no ser el

procedimiento recomendado ni siquiera en casos de riesgo genético, disminuye pero no excluye el riesgo de desarrollar la enfermedad, pues, por escaso que sea el tejido mamario residual preservado o respetado por el bisturí, allí podría anidar el cáncer. El tema es que la mastectomía no es una decisión reversible y, por ello, es necesario calibrar el grado de congruencia y la proporcionalidad riesgo/beneficio, sopesando desmesuras hipocondríacas o *actings* psicóticos o prepsicóticos materializados en ataques al cuerpo imaginario enfermo que en nada se correspondan con márgenes probables de morbilidad

La revisión de la literatura específica sobre esta cuestión llevó a Cruzado et als (2007) a ponderar positivamente esta vía. Ellos alegan que el 97% de las mujeres mastectomizadas preventivamente en Ontario entre 1991 y 2000 repetirían el procedimiento. En otro estudio parejo de Hatcher y Fallowfield (2003), se comprobó que, a pesar de la percepción de pérdida de atractivo y a las molestias y problemas postoperatorios, la mayor parte estaba satisfecha. Por otra parte, Cruzado et als (2007) certifican que las mujeres con MP¹² experimentan mayor calidad de vida que las que, aun conociendo su riesgo, no optan por esta solución. Adicionalmente, también reducen su ansiedad y su morbilidad psicológica a medio y largo plazo. Wagner (2000) destaca que lo más relevante es el riesgo subjetivo y la prontitud con que se toma la decisión de someterse a MP, pues a menudo el inicial interés difuso en la MP se desvanece sin concretarse. Los estudios de Stefanek (2001) y Meiser (2002), hallaron que el riesgo subjetivo conduce a sobreestimaciones que a menudo no guardan relación con la historia familiar de la enfermedad¹³.

ESTUDIOS DE MUESTRAS DE MUJERES MASTECTOMIZADAS (AÑOS 1980-1999). PRIMEROS PASOS DE LA NACIENTE PSICOONCOLOGÍA

Retrotrayéndonos en el tiempo, y rastreando la pista de

⁹ En las sociedades del Segundo Mundo el diagnóstico de cáncer de mama suele ser tardío, cuando la tumoración es de tamaño y de malignidad más peligrosos por lo que el procedimiento terapéutico más habitual termina siendo la mastectomía radical. No solo la insuficiencia de recursos médicos o la carencia de sistemas nacionales de salud gratuita, sino también factores culturales y religiosos ligados al pudor y a la evitación supersticiosa de exploraciones y exámenes médicos contribuyen a este resultado (de Haro, Gallardo et als, 2014)

¹⁰ Puede darse Mastectomía Profiláctica Contralateral (operar el pecho de momento sano cuando el otro ya ha estado afectado por el cáncer) o Mastectomía Profiláctica Pretumoral (cuando el riesgo es crítico y deducible de otros marcadores analíticos, pero aún no hay evidencia de masa tumoral). La mastectomía puede realizarse con resección radical del máximo tejido mamario que sea posible o puede ser subcutánea: con preservación del pezón, se elimina todo el tejido mamario compatible con la preservación del pezón, con el fin de conservar la mayor naturalidad y simetría de la mama una vez reconstruida.

¹¹ Los marcadores de probada transmisión hereditaria son el BRCA1 y el BRCA2. Otros genes cuya mutación incrementa el riesgo de cáncer de mama son el TP53 y el PTEN.

¹² MP: Mastectomía Preventiva.

¹³ En las Unidades de Consejo Genético se estipulan unos criterios de selección para la práctica de MP a fin de filtrar demandas que puedan estar basadas en impulsos de imitación o en sobrevaloraciones del riesgo hereditario.



investigaciones antiguas vemos la evolución en las actitudes femeninas hacia el cáncer:

- ✓ En 1985, Claudel y Hernández estudiaron las consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía, arrojando un resultado sombrío para estas mujeres: aumento de sus conductas regresivas, cambios negativos en las relaciones interpersonales, mayor fragilidad psicológica, conductas inhibitorias y vergonzosas en el vestir y en la presencia pública, disminución de la libertad de movimientos, vivencia de afrenta corporal y mutilación, ocultamiento de la "herida" al compañero sexual, ahondamiento en crisis existenciales y familiares previas, susceptibilidad aumentada al rechazo afectivo por parte de otros familiares, percepción distorsionada y autorreferente (paranoide) del interés o la curiosidad mostrada por los demás, dificultades físicas y psicológicas para desarrollar una actividad laboral o doméstica, repercutiendo negativamente sobre su autovaloración, presencia de sentimientos y pensamientos pesimistas, retroalimentados en el contacto con otras enfermas y derivando en una sensación de envejecimiento prematuro ("sin pecho, soy menos mujer, una mujer vieja..."). Atisbamos la expectativa perfilada para las mujeres mastectomizadas hace 30 años:

Sienten con agudeza que las personas que las rodean tienen conocimiento de la falta de un seno y se fijan en ello, interpretando cualquier mirada como una invasión a su intimidad. Con motivo de ello, muchas se inclinan por aislarse en su hogar, considerando que la mastectomía las condena en alguna forma, a un estilo de vida sobrio y púdico, comparable al de una monja (Claudel y Hernández, 1985, 34).

- ✓ En 1989, Fernández-Argüelles y colaboradores efectuaron un estudio sobre 46 pacientes mastectomizadas, en el que se intentaron evaluar los efectos a largo plazo de la mastectomía, en unos casos de forma prospectiva y en otros de forma retrospectiva y prospectiva a un tiempo. Contemplaron una amplia diversidad de factores anamnésticos y de personalidad. Sus interesantes conclusiones permitieron ver que
 - a) La mitad de las pacientes no tuvieron reacción a la mastectomía porque la aceptaron estoicamente. El resto sí mostraron reacciones diversas: incompletud, pena, fealdad, vergüenza/asco/repulsión por su propio cuerpo, mutilación, sentimiento de inferioridad y temor al rechazo social. Significativamente: ninguna mencionó explícitamente el miedo a la pérdida de atractivo sexual.
 - b) Referente a los temores expresados, no hallaron di-

ferencia entre las mujeres que tenían, previamente, una personalidad patológica en comparación con las que no la tenían. Es como si —fuera cual fuese el perfil premastectomía— todas ellas quedaran igualadas tras el quirófano en cuanto a que debían resituarse con otra identidad psicocorporal.

- c) Las reacciones psicopatológicas posteriores al diagnóstico no correlacionaron ni con pérdidas previas, ni con antecedentes psiquiátricos, ni con la evolución del cáncer, ni con la calidad del apoyo familiar, ni con la información que se posea sobre la enfermedad y su morbilidad, pero sí lo hicieron con la adaptación psicosocial y con la aceptación de la mastectomía como opción segura.
 - d) La negación de la gravedad del tumor predijo consecuencias psicopatológicas a largo plazo, coadyuvando una mayor tardanza en decidir un tratamiento u otro.
 - e) No se observaron diferencias entre las recién mastectomizadas y las veteranas.
- ✓ En 1988, González Barrón investigó la relación de los efectos psicológicos de la mastectomía con la influencia del medio. Para ello, reunió una muestra de 95 mujeres mastectomizadas, comparándola con su equivalente GC. Su conclusión más relevante es que los efectos psicológicos están en función del estadio en que se encuentren, pero éste no se relaciona tanto con el tiempo transcurrido desde la cirugía, cuanto con el grado de asimilación y afrontamiento alcanzados por las mujeres mastectomizadas. El autor recopila fuentes y coteja la calificación de dichos estadios dada por diversos autores, hablando de tres estadios que se han de recorrer en el proceso de ajuste. Lo visualizamos en la tabla 1.
- La unanimidad sobre las etapas queda patente, aunque difiera la forma de designarlas. Por ende, encuentra que lo más determinante en cuanto a la forma de reaccionar y la prontitud en atravesar los estadios es el grado de exigencia laboral de las mujeres, por encima del grado de apoyo familiar, en el tiempo considerado necesario para la recuperación y el dominio sobre la nueva situación.
- ✓ En 1990, González Barrón se preguntaba si la mastectomía alteraba la personalidad de las personas afectadas. Por entonces, una de cada catorce (1/14) mujeres desarrollaba la enfermedad y la mama mutilada parecía ocupar un lugar más o menos central en el autoconcepto, viviéndose como agresión a la identidad femenina. En la muestra de 110 mujeres (55 GE de mujeres mastectomizadas, 55 GC de mujeres sanas) se comprobó que el GE presentaba sentimientos de desesperanza y desamparo (añadiéndose "característicos de



la mastectomía¹⁴). Concluyen que la enfermedad es el origen de rasgos psicopatológicos que no preexistían. El grupo experimental de mujeres mastectomizadas mostraba tras la operación gran labilidad emocional, hipersensibilidad y alto neuroticismo, favoreciéndose con ello la emergencia de reacciones psicopatológicas. La conclusión del estudio es clara: la mastectomía altera la personalidad, marcando un hiato traumático que oscila entre el 30-75% de respuesta depresiva o ansiosa, no presente en los tumores benignos:

Estas reacciones son consideradas como parte de la depresión que subyace, consecuencia del shock producido por la enfermedad, siendo parte del proceso de adaptación a la mastectomía y consecuencia del duelo que debe realizar en dicho proceso (González Barrón, 1990, 249).

- ✓ Dos psicoanalistas, Mercedes Samanes y J. Rallo (1991), estudiaron 60 casos y, a tenor de las anamnesis, descubrieron que: dependiendo del tiempo transcurrido desde el hallazgo del tumor hasta la consulta diagnóstica, podía inferirse que la angustia ante la mastectomía sería mayor en las mujeres con fuerte negación de la patología y que dicha negación se relaciona con el nivel de narcisismo patológico que presentaban. Para las mujeres fuertemente narcisistas, su cáncer suponía una amenaza global a su identidad psicosexual, evitando reconocer durante más tiempo la existencia de un mal y la necesidad de un remedio, postergándolo hasta el punto de comprometer su propia supervivencia. En cambio, en las mujeres maduras, el descubrimiento del tumor incita a una solución adaptativa: la cirugía local-regional o total, viviéndose ésta como una "pérdida de objeto parcial", no sintiéndose tan "castradas" en su feminidad. Tanto por su carácter nutricional como por su carácter erógeno, la mama

es depositaria de significados fundamentales en la vivencia femenina. De ahí que la inevitable visualización de la mastectomía sea un recuerdo constante de la herida.

El miedo a la recidiva del cáncer, el temor al rechazo, la aversión al propio cuerpo, el ocultamiento, la reducción de la actividad física y la mayor vulnerabilidad emergerán, en la trama del duelo, durante el primer año posterior a la cirugía, como cortejo de la depresión postmastectomía. Los autores, sin que ello presuponga desarrollo psicopatológico inevitable, no vacilan en afirmar que la mastectomía es "la injuria física más grave que puede sufrir una mujer" (p. 155).

- ✓ Por su parte, Coll Espinosa et al. (1991), buscaron con una muestra incidental de 30 pacientes (15 con mastectomía parcial y 15 con mastectomía radical), algunas de ellas recién operadas y otras intervenidas 15 años atrás- las representaciones mentales sobre la enfermedad. Las mujeres expresaban vivencias persistentes de pérdida (fuera cual fuera el tiempo transcurrido desde la intervención), dudas sobre la capacidad para inspirar deseo, así como creencias acerca de la relación de la función materna con el cáncer¹⁵. Todas ellas hubieran preferido la mastectomía parcial a la radical, pero ésta se vive de forma distinta dependiendo de la edad: las mayores de 55 años tenían sus sensaciones de mayor distancia emocional y de cierta melancolía. No se privaron los autores de interpretar la subjetividad del pensamiento femenino, reconstruyendo atribuciones profundas:

Sería como decir que "el médico se ha quedado con una parte de su cuerpo y él es el que debe llevar el control de esa parte faltante". (...) Parece haber una asociación inconsciente de que a partir de la extirpación de la mama, hay algo de menos, algo que la priva de ser como todas" (Coll et al., 1991, 36)

- ✓ López Pérez y otros publicaron en 1992 un estudio realizado con 58 enfermas mastectomizadas. Subdividieron la muestra en dos grandes grupos: el grupo A (con afectación grave a su imagen corporal) y el grupo B (sin cambios importantes tras la mastectomía). Extrajerón la conclusión de que los rasgos previos de personalidad predecían más el tipo de reacción que la operación misma y su radicalidad, constatando que

TABLA 1

1º	"De diagnóstico" (Lohman)	"Aturdimiento" (Brantner)	"Desesperanza" (Kaufman)	"Incertidumbre" (Bayés)
2º	"Operatorio y Postoperatorio" (Lohman)	"Depresivo" (Brantner)	"Indefensión e Impotencia" (Kaufman)	"Sentimientos negativos" (Bayés)
3º	"Readaptación" (Lohman)	"Asimilación" (Brantner)	"Redefinición e Integración" (Kaufman)	"Controlabilidad" (Bayés)

¹⁴ Es un ejemplo de la falacia llamada 'quod erat demonstrandum' en la que se da por incuestionable aquello que, precisamente, se trata de confirmar o refutar, adjudicándose características ciertas a un hecho o circunstancia. Podemos hablar, igualmente, de la prevalencia del estereotipo (mastectomía = desamparo y desesperanza) que no ha pasado por ningún procedimiento de contrastación empírica.

¹⁵ D. Gros (1987) afirmó en su libro "El pecho al descubierto" este preciso significado: "el seno: promesa de la vida y amenaza de la muerte".



durante la etapa postquirúrgica se intensificaban los rasgos previos. El grupo con mayor deterioro en la auto percepción, como cabía prever, fue el que también obtuvo mayor puntuación en ansiedad y depresión. Es notable que un factor decisivo para la adaptación al propio cuerpo tras la operación fuera el rechazo de las prótesis mamarias y los cambios o ajustes en el vestuario. Por la fecha aludida (hace 23 años) el procedimiento de reconstrucción oncoplastica de la mama no estaba tan instaurado como en la actualidad. El 84% de la muestra acusó cambios negativos en la autoimagen corporal, pero no correlacionaba -ni se derivaba de, ni conducía a- otras reacciones posibles como la depresión, la ansiedad o el locus control.

- ✓ Los mismos autores (López Pérez, Polaino, et als, 1991), y probablemente sobre la misma muestra anterior de 58 mujeres con amputación de los senos, buscaron fijar los nexos entre mastectomía y sexualidad. Sus resultados parecen alarmantes con la mirada actual, pero seguramente no sobresaltaron hace 24 años: El 74% de las mujeres experimentaron en sus relaciones sexuales cambios negativos vinculados a la no-aceptación de la imagen corporal ($r = 0,43$), desembocando para el 32% de la muestra en una disfunción sexual. A menudo dichos cambios persistían hasta 2 años después de la mastectomía.
- ✓ En la pequeña muestra aportada por Usobiaga (1995), las mujeres descubrieron su tumor en la perimenopausia, momento delicado de por sí, haya o no mastectomía, pues estas "amazonas voluntarias" añaden una "castración blanca" a las otras "castraciones" (envejecimiento, pérdidas narcisistas de belleza, desaparición de la regla...). Basándose en los sistemas clasificatorios del IPSO (Instituto de Psicología de París), Usobiaga bosqueja un perfil de estas mujeres en duelo: mantienen una relación significativamente estrecha con su madre, de la que a menudo son prolongación, padre ausente o de perfil bajo, identidad mal constituida, yo ideal elevado, consagradas a la familia y/o sin recorrido propio...Características todas ellas que inducen un desfallecimiento psíquico que afecta al plano de la intimidad y a la socialización. Vincula la autora el cáncer a duelos no mentalizados, siendo el principal el duelo de sí mismas.
- ✓ Glosamos también el trabajo de Guerra, Báñez et als (1996), muy revelador, pues efectúa una comparación entre las manifestaciones psicopatológicas presentadas por 29 mujeres tumorectomizadas y 57 mujeres mastectomizadas. La diversidad de tamaño de las muestras podría representar un problema metodológico a la hora de extrapolar los resultados. Se les aplicó a todas ellas el General Health Questionnaire. Resultó difícil

discriminar la incidencia de tres variables independientes que confluían en las respuestas al Cuestionario:

- a) El miedo a la propia enfermedad y a la muerte: incertidumbre, pérdida de control, dependencia, amenaza...
- b) El rechazo a la pérdida del pecho, con el subsiguiente sentimiento de minusvalía y pérdida de feminidad y atractivo sexual.
- c) La ansiedad anticipatoria a los efectos secundarios de los tratamientos posteriores.

Entre sus hallazgos más destacados figuran: la presencia de cuadros de ansiedad en un porcentaje elevado de ambas muestras; presencia moderada de depresión, apareciendo en ciertos casos una euforia reactiva tras la cirugía que podría significar la "victoria sobre el monstruo", la "erradicación del mal". Para algunas mujeres mastectomizadas, la mutilación representa un daño aún mayor que el cáncer mismo. La depresión es más patente en las mujeres mastectomizadas en tanto que la ansiedad lo es en las tumorectomizadas, pues éstas albergan dudas sobre la eliminación total del "enemigo". (Vide Morales et als, 1997).

ESTUDIOS DE MUESTRAS DE MUJERES MASTECTOMIZADAS (AÑOS 2000-2014). CAMBIOS DE TENDENCIA EN LA PSICOONCOLOGÍA

Al doblar la esquina del siglo y del milenio, siendo el cáncer de mama una realidad omnipresente, se han ido produciendo cambios en la percepción social del mismo, los más importantes de los cuales pueden ser el borrado de su condición mortífera y la eliminación del estigma que pesaba sobre las enfermas. No podemos soslayar que símbolos publicitarios como el lazo rosa (Pink Ribbon) o la presencia de mujeres célebres asociadas a organizaciones de lucha contra el cáncer, han dado a la enfermedad una condición de icono, incluso de marca. Diversas auras (positivas o negativas) pueden atribuirse a este reciente escaparatismo mediático del cáncer de mama, algunas de las cuales exhiben actitudes pro-vida muy entusiastas y voluntaristas, y otras proclaman victoriosas el orgullo resiliente de las supervivientes del cáncer¹⁶.

Las mastectomías, con el avance del diagnóstico precoz, y las cirugías de alta precisión, van decreciendo, pero además, incluso cuando se practican por necesidad o por elección de la paciente, pierden una parte importante del carácter traumático que otrora poseyeran, pues se les aplica de inmediato -en combinación con cirujanos plásticos- cirugías reconstructivas que minimizan los daños psíquicos relativos a la auto percepción, la autoestima corporal, la imagen pública y las relaciones interpersonales.



Este cambio de mentalidad en la imagen pública sobre el cáncer trasciende hasta llegar a las propias pacientes afectadas, dulcificando sus reacciones emocionales primero ante el diagnóstico y luego ante la intervención quirúrgica. Nuestra hipótesis al realizar este trabajo es comprobar si en las últimas investigaciones sobre el impacto de la mastectomía en el psiquismo se refleja dicho cambio de tendencia en los resultados muestrales.

Recientemente se concede mayor relevancia en las reacciones psicológicas a variables que dependen de las propias mujeres: locus de control, estrategias de afrontamiento. Ello concuerda con el papel crecientemente proactivo que se otorga a las personas en su propia salud, así como la mayor responsabilización y autodeterminación que se asigna a los enfermos, tanto a la hora de componer sus creencias acerca de la salud como a la hora de decidir con autonomía el tipo de intervención que desean que se les practique.¹⁷

- ✓ Suárez Vera (2005), con una muestra de 40 pacientes mastectomizadas procedentes del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, no halló diferencias en cuanto a la capacidad de afrontamiento de las mujeres que optaron por mastectomía radical o tumorectomía. La capacidad de afrontamiento dependía, de forma significativa, del nivel de **información** que poseían y de su grado de **control** cognitivo sobre la enfermedad que padecían.
- ✓ En una publicación del 2007, García Arroyo y Domínguez López (2007) enlazan las reacciones postmastectomía con el **esquema corporal** y las vivencias sobre el cuerpo que poseyera la mujer antes de la cirugía. Esto supone que se descarga a la mastectomía de su carácter inherentemente traumático. Éste va a depender más bien del **momento evolutivo** (existencial) en el que se encuentre la mujer.
- ✓ Un estudio coetáneo de Olivares (2007)¹⁸ realizado sobre una muestra de enfermas de Reino Unido compara mujeres sanas y mujeres sometidas a cirugía conservadora, a cirugía radical y a cirugía reconstructiva. In-

forma de que un gran número de mujeres recurre a la reconstrucción mamaria inmediata tras la mastectomía. Cruzando todas las muestras trabajadas en cuanto a algunas variables aporta escasas novedades en las conclusiones, pero algunas merecen especificarse:

- a) La cirugía conservadora (tumorectomía) es más recomendable que la cirugía radical (mastectomía) si se pretende preservar la imagen corporal y conservar una vida sexual satisfactoria, pero no hay diferencias entre ambas en cuanto a aminorar los temores de recurrencia del cáncer.
 - b) No se han encontrado diferencias entre ambos tipos de cirugía en cuanto a la imagen corporal o el ajuste a la enfermedad.
 - c) La calidad de vida o el bienestar social entre las mujeres sanas y las mujeres mastectomizadas con reconstrucción mamaria es similar. Mastectomizadas con y sin reconstrucción se igualan en ansiedad, aunque la depresión es mayor en las no reconstruidas que en las sí reconstruidas.
 - d) El grado de satisfacción con el resultado de la cirugía reconstructiva dependía del **nivel de expectativas** y motivaciones previas de las pacientes: cuanto más joven o más depresiva se fuera, más riesgo de padecer estrés o frustración por el resultado obtenido: "los niveles preoperatorios de depresión y ansiedad están inversamente relacionados con la satisfacción del paciente respecto al resultado quirúrgico" (p. 457). Lo subrayado aquí es la relevancia de la imagen: si ésta queda preservada, casi todo va bien.
- ✓ Vázquez Ortiz et als (2010) se centraron en analizar el ajuste sexual y la imagen corporal en mujeres mastectomizadas. Con un GE de 60 mujeres mastectomizadas y un GC de 30 mujeres sanas, aplicaron la Escala de Excitación, la Escala de Satisfacción del S.A.I., la Escala de Autoconcepto Físico y una entrevista estructurada. De todo ello concluyeron que la mastectomía ejerce un efecto muy negativo sobre la

¹⁶ Sería interesante estudiar el impacto de estas campañas -que se venden como preventivas de la enfermedad- sobre el modelo o arquetipo de mujer. Entre líneas del mensaje publicitario se pide a las mujeres televidentes que se identifiquen con esas otras que, tras el cáncer, lucen un aspecto muy saludable y vital, se rodean de vivencias gratas, recuperan su vida laboral y su atractivo previo, como si la enfermedad hubiera sido solo un paréntesis que no hubiese roto la continuidad de sus vidas. Cabría indagar el alcance del mensaje según el cual el cáncer puede obrar una metamorfosis positiva en la vida de la mujer y, tras él, ellas tienen la 'obligación' moral de no considerarlo un trauma y de retomar su vida, con el enemigo ya vencido. ¿Resulta esto una exigencia que anula o niega el duelo por la pérdida? ¿Se está con ello trivializando el problema 'prohibiendo' a las mujeres sentirse mal tras la intervención?

¹⁷ La *Ley 41/2002 básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (BOE, 15 Noviembre 2002) así lo reconoce y destierra para siempre el paternalismo médico también en la psicooncología.

¹⁸ Esta investigación presenta un defecto metodológico importante al comparar mujeres mastectomizadas con mujeres sanas en lugar de comparar diversas muestras de mujeres mastectomizadas en distintas etapas tras la cirugía -con y sin reconstrucción mamaria-.



imagen corporal, la sexualidad, el deseo, la relación con el propio cuerpo (vergüenza ante la propia desnudez y vigilancia suspicaz hacia las características de las prendas de vestir); no se muestran las mamas y se evita acariciarlas, todo lo cual repercute negativamente sobre la vida sexual y su satisfacción, incluso después del primer año postmastectomía. De ellas, un 30% requieren ayuda o apoyo psicológico para superar esos problemas. Gran número de mujeres mastectomizadas no reciben ni toleran caricias en la zona del pecho, aunque en esta muestra se constata la inexistencia de diferencias entre ambos grupos en cuanto a frecuencia de relaciones sexuales, grado de excitación sexual, autoimagen física global o número de orgasmos. Destacamos la contradicción que parece emanar entre la vivencia subjetiva de las mastectomizadas (claramente deteriorada) y los indicadores que pretenden objetivar y medir la satisfacción sexual o, dicho de otro modo, entre el cuerpo real y el cuerpo imaginario, o entre la **función sexual** (operativamente eficiente y satisfactoria) y la fantasmaticación sexual (duraderamente dañada).

✓ En la misma línea, y sobre una muestra colombiana de 100 mujeres sanas y 84 con cáncer de seno, Finck, Barradas et als (2012) sorprendieron con resultados inesperados: las mujeres sanas se encuentran menos satisfechas con su sexualidad que las mujeres enfermas de cáncer. El **ajuste a la enfermedad** y la adecuada comunicación en la pareja son decisivos al valorar la calidad de su vida sexual. Esta investigación no contradice las conclusiones de Markopoulos (2009) sobre que las dificultades sexuales disminuyen con el tiempo y que éstas son mayores en las mujeres mastectomizadas sin reconstrucción. Tampoco refutan las conclusiones de Andersen y Hahn (2008) que vinculan la alteración en la vida sexual en las pacientes jóvenes, al ver más comprometida tanto su feminidad como su función materna. Notable es la observación de Finck et als (2012) acerca de que la insatisfacción o disfunciones sexuales previas a la intervención quirúrgica no predicen tanto la insatisfacción posquirúrgica como la distorsión o la **disforia** provocada por la imagen corporal alterada debido a los tratamientos del cáncer¹⁹. Respondieron a la pregunta de Burwell (2006) respecto a si la que se ve modificada es la satisfacción con el sexo o el interés por el mismo (deseo,

apetencia, fantasía, juego), demostrando que es esto último lo más repercutido tras la operación²⁰.

- ✓ Un sencillo artículo de Rincón Fernández et als (2012) versa sobre el impacto de la reconstrucción mamaria en la autoestima y la imagen corporal. Aplicaron a una muestra de 72 pacientes sometidas a cirugía mamaria diversas escalas (la de Autoestima de Rosenberg, el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC, el Test de Medición del Grado de Satisfacción Corporal). Se comprobó lo obvio: las pacientes con **mamas reconstruidas** tras la mastectomía manifestaron mayor satisfacción estética, mayor autoestima y menor deterioro en la imagen corporal.
- ✓ En la investigación sobre 98 pacientes mexicanas de todas las edades publicada este año (de Haro-Rodríguez, Gallardo-Vid et als, 2014), usando el Inventario de Estrategias de Afrontamiento adaptado por Cano García (2007), se halló que la reacción más habitual tras el diagnóstico es la de "Resolución de problemas" ("liberación de emociones que acontecen en el proceso de estrés modificando la situación que lo produce"), tras la que sigue la estrategia de búsqueda de apoyo social. La **Inteligencia Emocional** de las pacientes predijo la calidad de vida que tendrían tras la intervención quirúrgica y correlacionó con la prontitud en la consulta médica y con la determinación y cooperación en los tratamientos, estimulando también un mayor optimismo ante los resultados.
- ✓ Por último, la investigación más reciente que corona este periplo es la de Segura-Valverde et als (2014). Con una muestra de 23 pacientes (12 mastectomizadas y 11 con cirugía conservadora) en el GE y 24 mujeres de GC, se utilizó el método de la rejilla corporal. Se ha podido identificar mediante ANOVA qué aspectos psíquicos son los más dañados tras la operación. Comprobaron que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la imagen corporal global, pero sí en cuanto a las **zonas corporales** implicadas en la cirugía. Esta técnica, desarrollada en España por Feixas et als (2003), y basada en la teoría de los constructos personales de Kelly, logra establecer el impacto que tiene una enfermedad concreta sobre los constructos que elaboran los enfermos acerca de su cuerpo. Asombra que Segura Valverde et als concluyan que la valoración de agravio al cuerpo es indistinta en mastectomías y lumpectomías. Añaden que si

¹⁹ Ha de destacarse aquí que a la vivencia de deformidad subsiguiente a la mastectomía contribuye de forma determinante el vaciamiento de la axila y ocasionalmente la aparición de linfedema, tanto más perturbador y relacionado con el daño de la imagen corporal global que la propia resección de la mama.

²⁰ El defecto metodológico principal consiste en suponer que la mujer puede evaluar autónomamente su satisfacción sexual sin valorar si ésta depende solo de ella misma o de la implicación y de las evidencias genuinas de deseo sexual por parte de su pareja.



bien las mastectomizadas integran peor su imagen corporal en aquellos órganos y zonas corporales dañadas por la operación, la adaptación de la imagen corporal global es buena pues, a cambio, obtienen un pasaporte de supervivencia.

EL CÁNCER COMO OPORTUNIDAD. CLAROSCUROS EN LA POSTURA DEL PENSAMIENTO POSITIVO

En los últimos años se aprecia un giro acusado de las investigaciones oncológicas hacia la corriente de la Psicología Positiva. Ésta contempla el cáncer como una oportunidad para resucitar aspectos del psiquismo dormidos o aletargados, o lo que es lo mismo: tras un duelo (o incluso sin él) puede llevarse a cabo una reinterpretación de la nueva circunstancia y de la nueva realidad corporal que posibilite un reinicio, una reinención del proyecto de vida de la mujer, un nuevo punto cero desde el que se abra un abanico de posibilidades para el mayor control y protagonismo personales. Podría interpretarse como una moda teórica que, por su profusa implantación en la sociedad actual, acaba ejerciendo una molesta "tiranía"²¹ que atraviesa -en este caso a las enfermas de cáncer de mama- de expectativas y demandas abrumadoras. Empero, algunas manifiestan, justo tras haber experimentado "la muerte en los talones"²², que el cáncer les ha servido para emerger de nuevo a la vida, tras un largo marasmo de desmentalización y vida plana:

Me encuentro mucho mejor ahora -dice una paciente- que antes de la operación (...). Ahora tengo ganas de hacer muchas cosas, siento que mi mente vuelve a funcionar, me siento más viva. Antes del cáncer me sentía vacía, con la mente seca, me abandoné a mí misma, nada de la vida me interesaba y me daba igual si me moría... (Franco Vicario, 2010, 106).

Sería un imperdonable fallo inductivo suponer que un ejemplo sea una prueba, pero nos invita a considerar que puede elaborarse mentalmente el duelo por la pérdida de la mama de maneras muy diversas dependiendo del sentido que se le atribuya: forma de apego con un nuevo objeto (el pecho enfermo²³), como aldabón del ha-

llazgo de nuevas fortalezas, como despertar consciente a una vida más auténtica, como prueba crucial, como acontecimiento vital traumático, como renuncia a la omnipotencia narcisista del cuerpo sano y perfecto, etc.

Desde este paradigma se insiste en destacar la influencia del Afecto Positivo en la evolución del cáncer. Tedeschi y Calhoun (1999) encontraron 6 categorías de cambios susceptibles de incluirse como indicadores de Crecimiento Postraumático (CTP):

- a) Mejora de las relaciones interpersonales.
- b) Mayor apreciación de la vida.
- c) Percepción de mayor fuerza personal.
- d) Mayor espiritualidad.
- e) Cambios en las prioridades y metas de la vida.
- f) Mayor control global sobre la propia salud.

Por su parte, Castilla y Vázquez (2007, p. 398), tras el rastreo realizado a través de las evidencias científicas, concluyeron que "las pacientes de cáncer de mama que refirieron la percepción de mayores beneficios después del cáncer, también experimentaron un mayor nivel de interés, desafío y plenitud en su vida diaria". Hallaron también que un amplio número de supervivientes de cáncer de mama refirieron haber experimentado cambios positivos en diferentes áreas de sus vidas: percepción de sí, relaciones interpersonales, espiritualidad, cambio de prioridades...

Abundando y validando los anteriores resultados, Mera y Ortiz (2012), a partir de una muestra de 25 mujeres chilenas con cáncer de mama que completaron diversos cuestionarios sobre calidad de vida, encontraron correlaciones entre las variables independientes (optimismo y estrategias de afrontamiento²⁴) y Calidad de Vida (CV). Concluyeron que ésta tiene una correlación inversa con la estrategia autocrítica dado que, en quienes la utilizan, es frecuente detectar autoinculpaciones e interpretaciones del cáncer como castigo. Por el contrario, las buenas expectativas (optimismo) propendían al uso de estrategias correctas y viceversa:

El optimismo, además de ser un favorecedor de la adaptación a la enfermedad, actuaría como factor protector, disminuyendo la vulnerabilidad frente a otro tipo de enfermedades de carácter

²¹ Algunos hablan de la "tiranía del pensamiento positivo" (Alonso Fernández y Bastos Flores, 2011).

²² "Con la muerte en los talones" es el título significativo, con resonancias cinematográficas, que Franco Vicario (2010) puso a un trabajo en el que se clarifica este estado.

²³ Así lo formuló M. Zubiri en una conferencia en el Colegio de Médicos de Madrid sobre "Cáncer y Psicopatología" (febrero, 2014). Seguramente, la base de su pensamiento está en Smadja (2010) que habla del cáncer como un intento de reorganización psicobiológica que ayuda a devolver el cuerpo a la conciencia del enfermo, habida cuenta de que el cuerpo no estaba adecuadamente representado en la mente.

²⁴ Las estrategias más relacionadas con la calidad de vida son: la reestructuración cognitiva y el apoyo social. En cuanto al optimismo se comprobó que fomenta la salud psicológica, social y ambiental.



emocional y físico asociadas al cáncer (Mera y Ortiz, 2012, 75).

Ochoa, Castejón, Sumilla y Blanco (2013) investigaron si el CPT en supervivientes de cáncer y sus allegados (familiares, pareja, amigos) es vicario o secundario. Concluyeron que el CPT en los enfermos es primario, y (por aprendizaje, modelado e imitación) vicario en los "otros significativos"; en cambio, cuando el cáncer se hallaba en fase terminal e irreversible sólo aportaba un CPT secundario (fortalecimiento de los recursos adaptativos). Parecidos resultados obtuvieron dos años antes García y Rincón (2011) con una muestra de mujeres con cáncer de mama; en el mismo enfoque ahondaron Broche y Medina (2011), tomando el concepto de resiliencia como pivote impulsor del CPT.

Otros autores (Pastells y Font, 2011) han hallado una correlación positiva entre el llamado "optimismo disposicional"²⁵ y la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, resaltando la relación inversa entre optimismo y percepción del dolor, lo que las haría más resistentes a los tratamientos quirúrgicos y químicos del cáncer, así como potenciaría su sistema inmunitario²⁶. Interpretan que el pesimismo incide en la pérdida de calidad de vida emocional: "sería tan importante o más no sentirse pesimista que sentirse optimista" (p. 26). Las enfermas más optimistas de la muestra estudiada (50) sentían menos ira y dolor y no se sentían tan cansadas o con dificultad en sus movimientos, al tiempo que podían realizar mejor sus tareas habituales y tenían menos miedo al futuro y a la evolución de su cáncer.

Frente a la hegemonía del pensamiento positivo, se levanta una corriente crítica que denuncia los excesos del "pensamiento positivo y del CPT". Exponen también la contradicción existente entre el mensaje de que el cáncer es resultado de múltiples déficit y el opuesto: las supervivientes del mismo son heroínas, adalides de madura y valiente lucha contra la enfermedad, tanto en lo emocional como en lo estrictamente médico-terapéutico. La psicooncología busca encontrar las carencias (desarreglos, deterioro) de la personalidad premórbida que están en la base de la enfermedad, mientras que la Psicología Positiva ensalza a las enfermas de cáncer, elevándolas a una condición sublime, estandartes de coraje:

Superar la enfermedad implicaría, desde esta perspectiva y bajo la etiqueta de identidad de superviviente, dotar al self no de los atributos propios de la normalidad, sino dibujarlo y presentarlo socialmente bajo los parámetros de

excepcionalidad positivizada espontáneamente generados tras vencer el cáncer (Sumalla et al., 2013a, 49).

¿En qué quedamos –dicen–: ¿son víctimas de su pobreza mental, de sus fallidos recursos psicológicos ante los conflictos y los duelos, o ejemplos de fortaleza, resiliencia y afrontamiento positivo? Crítica que se dirige a la "corriente del *Pink Ribbon*" (lazo rosa) porque, implícitamente, carga a las enfermas de cáncer de mama con una sobreexigencia de resiliencia (por ser valerosas supervivientes), invitándolas a ocultar o a disimular sus emociones negativas (tristeza, ansiedad, miedo, rabia, soledad, envidia, culpa o vergüenza) consideradas exponentes de debilidad o de duelos patológicos. En otro trabajo (Sumalla, 2013b), se plantea incluso si el CPT es real o ilusorio en el cáncer, pues no se puede determinar qué parte de los presuntos cambios positivos experimentados por los pacientes se asocian a procesos genuinos de crecimiento personal y qué parte a otros factores o variables extrañas. Se preguntan: ¿si existe un genuino CPT, debe éste reducir el sufrimiento o mantener el sufrimiento y trascenderlo? Es muy posible que, en muchos casos, los indicadores subjetivos de CPT posean un "sesgo de autoensalzamiento" por lo que deben reclamarse criterios más objetivos (conductas observables positivas, cambios positivos en las personas cercanas al enfermo) para determinar que la paciente con cáncer ha crecido gracias a él y no a pesar de él.

Los eventuales excesos de esta corriente hegemónica actualmente no deben hacernos olvidar que el propósito no debe ser convertir a las enfermas de cáncer de mama en paradigmas de madurez psíquica, sino ayudarlas a entender y cambiar (o al menos corregir) el curso de su enfermedad, mejorando su pronóstico, y eso puede hacerse mediante la rementalización y mediante la reeducación emocional hacia la resiliencia: asumiendo creativamente el futuro tras la enfermedad

Para procurarse una vida que aún valga la pena vivir, una vez que se ha entendido bien que todos los cuerpos humanos somos radicalmente deteriorables, vulnerables y caducables (Pera, 2006, 172).

CONCLUSIONES

A través de numerosos estudios empíricos hemos asistido a cambios en las respuestas y en expectativas mostrados por las mujeres sometidas a mastectomía, así como en la tendencia social general hacia ellas. Si bien las mastectomías afectan a la autoestima y la autoimagen

²⁵ Definen el optimismo disposicional como "expectativa generalizada de que van a ocurrir cosas positivas" (Pastells y Font, 2014, 22).

²⁶ El fortalecimiento del sistema inmunitario se puede operacionalizar en el aumento de las células citotóxicas (Natural Killer, NK) y de las células colaboradoras (Linfocitos T).



corporales, el halo salvador de las cirugías preventivas minimiza las repercusiones negativas sobre las relaciones sexuales, relación con la familia, percepción sobre la mirada de los demás, creencias sobre la propia salud global, etc. En las mastectomías terapéuticas el temor a la proliferación de un mal que ya se ha presentado infiltra de mayor pesimismo las reacciones postquirúrgicas y distorsiona mayormente la autoimagen y las relaciones interpersonales.

No obstante, la investigación sobre el cáncer de mama ha experimentado tal avance en los últimos 30 años que se ha desactivado en parte el temor social y la fatídica equivalencia cáncer = muerte; a ello contribuyen también los protocolos de tratamiento y seguimiento de la enfermedad, así como la Educación para la Salud y la Medicina Preventiva. Se ha logrado, si bien no disminuir el número de pacientes, sí cambiar el imaginario social e individual sobre la enfermedad, hoy en día abordable y curable en alto porcentaje, perdiendo así su condición de estigma. Ya no se invisibiliza a las mujeres afectas de un cáncer de mama. Ellas mismas dan la cara, protagonizan campañas de sensibilización, cooperan orgullosas en asociaciones y grupos de prevención contra el cáncer y lucen orgullosas sus cuerpos (amputados y/o reconstruidos).

Las respuestas de las mujeres tanto al diagnóstico como a la cirugía estaban más impregnadas de pesimismo y vivencias depresivo-ansiosas sobre su cuerpo en los estudios de las décadas finales del siglo XX (1980-2000), tendencia que parece estar revirtiendo en los quince años transcurridos del siglo XXI. La mayor autonomía, empoderamiento, control del proceso por parte de las enfermas, así como los avances de la oncología y de la medicina plástica-reconstructiva favorecen actitudes psicológicas positivas y resilientes ante el cáncer de mama.

REFERENCIAS

- Alarcón, A. (1990). Ideas para un enfoque sistémico del cáncer. *Psiquis*, 11(3), 25-32.
- Alonso Fernández, C. y Bastos Florez, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2, 187-207.
- Andreu Vaillo, Y., Galdón Garrido, M.J., y Ibáñez Guerra, E. (1991). Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama. *Psicothema*, 3(2), 283-296.
- Arraras, J.I., Illarramendi, J.J., Manterola, A., Salgado, E., y Domínguez, M.A. (2007). Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. El sistema de medida de la EORTC. *Psicooncología*, 4(2-3), 367-384.
- Artaloytia Usobiaga, J.F. (1998). De la psicopatología al cáncer. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, 40, 67-77.
- Barreto, P. y Soler, C. (2008). Predictores del duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Barreto, P.; de la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368.
- Brainsky, S. (1985). Factores emocionales y de personalidad en el cáncer de seno. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, 10, 7-19.
- Broche Pérez, Y. y Ricardo Medina, W. (2011). Resiliencia y afrontamiento. Una visión desde la Psicooncología. *Revista de Psicología.com*, 15-17. Available from <http://hdl.handle.net/10401/4068>.
- Cano García, F.J., Rodríguez, L. y Martínez, J. (2007). Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.
- Castilla, C. y Vázquez, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 385-404.
- Claudiel, P.T. y Hernández, F.S. (1985). Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 6(2), 29-38.
- Coll Espinosa, F.J., Heras González, M., y Navarrete Montoya, A. (1991). Repercusiones psíquicas del cáncer de mama. Efectos psíquicos de la mastectomía. *Psiquis*, 12(10), 29-39.
- Cruzado, J.A., Olivera, H., y Pérez Segura, P. (2007). Cirugía profiláctica como medida preventiva del cáncer de mama y ovario hereditario. *Psicooncología*, 4(2-3), 483-498.
- Díaz, V.E. (2010). Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*, 7, 155-160.
- Fernández-Argüelles, P., Duque, A., Borrego, A. y García López, O. (1989). Trastornos psíquicos y adaptación psicosocial tras la mastectomía: estudio retrospectivo y prospectivo. *Anales de Psiquiatría*, 5(1), 20-24.
- Finck, C., Barradas, S., Agudelo, D., y Moyano, J. (2012). Cuando el cáncer de mama no significa insatisfacción sexual. Un estudio comparativo. *Psicooncología*, 9(1), 41-64.
- Franco Vicario, J.M. (2010). Con la muerte en los talones. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 61, 105-114.
- García Arroyo, J.M. y Domínguez López, M. L. (2007). Cuerpo, corporalidad y esquema corporal en la mujer mastectomizada. *Anales de Psiquiatría*, 23(5), 235-240.



- García Arroyo, J.M. y Domínguez López, M. L. (2009). Reacciones psicológicas de la mujer ante el diagnóstico de cáncer de mama. *Anales de Psiquiatría*, 25(6), 287-294.
- González Barron, R. (1988). Efectos psicológicos de la mastectomía: influencia del medio. *Psiquis*, 9(5), 23-39.
- González Barron, R. (1990). La mastectomía, ¿altera la personalidad de las personas afectadas? *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43(2), 245-255.
- Guerra, D., Rarez, M., Viñolas, N., Fernández-Cid, A., y Farre, J.M. (1996). Incidencia de psicopatología en pacientes intervenidas de cáncer de mama. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 39, 32-37.
- Haro-Rodríguez, M.A. de., Gallardo-Vidal, L.S., Martínez-Martínez, M.L., Camacho-Calderón, N., Velázquez-Tlapanco, J., y Paredes Hernández, E. (2014). Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de reciente diagnóstico. *Psicooncología*, 11(1), 87-99.
- Kübler-Ross, R. (2008). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- López Pérez, M.D., Polaino Lorente, A., y Arranz, P. (1991). La sexualidad en enfermas mastectomizadas. *Clínica y Salud*, 2(3), 271-278.
- López Pérez, M.D., Polaino Lorente, A., y Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*, 13(10), 49-54.
- Mera, P. y Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 30, 69-78.
- Morales, M.P., Granada, O., Guerrero, G., Penedo, C., y Ylla Segura, L. (1997). Adaptación psicológica en el cáncer de mama: comparación entre mastectomía y cirugía conservadora. *Psiquis*, 18(9), 25-30.
- Olivares, M.E. (2007). Cirugía mamaria: aspectos psicológicos. *Psicooncología*, 4(2-3), 447-464.
- Pastells, S., Font Guiteras, A. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 19-29.
- Rincón Fernández, M. E.; Pérez San Gregorio, M. A., Borda Más, M. y Martín Rodríguez, A. (2010). Factores que predicen un buen ajuste psicosocial postquirúrgico en pacientes con cáncer de mama. *Estudios de Psicología*, 31(3), 325-337.
- Rincón Fernández, M.E., Pérez San Gregorio, M.A., Borda Más, M. y Martín Rodríguez, A. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psicológica*, 11(1), 25-41.
- Román, J.M. (2007). La cirugía en el cáncer de mama. *Psicooncología*, 4(2-3), 301-310.
- Samanes, M. y Rallo, J. (1991). Problemas psicológicos de las enfermas con tumoraciones de mama. *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, 18/19, 153-162.
- Sánchez Sánchez, T. (2008). *¿Qué es la Psicopatología? Del silencio de las emociones a la enfermedad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez Sánchez, T. (2014). De la depresión esencial (desmentalizada) al cáncer (en particular de mama) y de éste al crecimiento postraumático (rementalización). *Revista de Psicoterapia y Psicopatología*, 85, 43-69.
- Segura Valerde, M., García-Nieto, R., Saúl Gutiérrez, L.A. (2014). Imagen corporal y autoestima en mujeres mastectomizadas. *Psicooncología*, 11(1), 45-57.
- Sirera, R., Sánchez, P.T. y Camps, C. (2006). Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35-48.
- Smadja, C. (2010). La enfermedad somática. Una dimensión de la salud psíquica. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 61, 30-40.
- Suárez Vera, D.J. (2005). Mastectomía, Afrontamientos y autopercepción corporal. *Psicología.com*, 9(2). Disponible en <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/759/>
- Sumalla, E.C., Castejón, V., Ochoa, C., y Blanco, I. (2013a). ¿Por qué las mujeres con cáncer de mama deben estar guapas y los hombres con cáncer de próstata pueden ir sin afeitarse? *Oncología, disidencia y cultura hegemónica*. *Psicooncología*, 10(1), 7-56.
- Sumalla, E.C. Ochoa, C., y Blanco, I. (2013b) ¿Es real o ilusorio el crecimiento personal como consecuencia de afrontar un cáncer? *Infocop*, 67-68. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2265
- Usobiaga, I. (1995). Las Amazonas involuntarias. *Revista de Psicoanálisis de la APM*, 21, 59-74.
- Vázquez Ortiz, J., Antequera, R., y Blanco, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7(2-3), 433-451.

