



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Medicina
Departamento de Salud Pública

**PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES QUE HAN SIDO MASTECTOMIZADAS
POR CÁNCER DE MAMA EN CUANTO A SU IMAGEN CORPORAL,
SEXUALIDAD, AFECTIVIDAD Y AUTOESTIMA**

**Tesis para optar al grado de
Magister en Salud Pública, mención Gestión Hospitalaria**

Autora:
Marcia Castillo Suárez

Profesora Tutora:
Katherine Cuevas Lang

Valparaiso, 2015

Dedicada a todas aquellas mujeres que enfrentan
la experiencia de una mastectomía por cáncer de mama.
En especial a aquellas que depositaron su confianza en mí,
y colaboraron con el desarrollo de ésta investigación.

Dedicada a mi familia en general, especialmente a mi padre, marido e hijas,
que siempre han estado conmigo en los momentos que más los he necesitado.

Y especialmente esta investigación está dedicada para mi
querida madre, Inés la cual a pesar de ya no estar físicamente
conmigo siempre me acompaña y guía
en los proyectos que emprendo.

INDICE

RESUMEN	4
CAPITULO I	5
INTRODUCCION	5
CAPITULO II	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.1 Relevancia de la investigación.....	9
2.2 Pregunta de investigación.....	9
CAPITULO III	10
MARCO CONTEXTUAL	10
MARCO TEÓRICO	15
1. Cáncer de mama y sus tratamientos.....	15
2. Relevancia sociocultural de las mamas.....	17
3. Consecuencias psicoafectivas y sociales de la mastectomía.	24
CAPITULO IV	41
OBJETIVOS.	41
4.1 Objetivo General.....	41
4.2 Objetivos Específicos.....	41
CAPITULO V	42
METODOLOGÍA	42
5.1 Tipo de investigación	42
5.2 Tipo de diseño	42
5.3 Colectivo en estudio.....	42
5.3.1 Perfiles.....	43
5.4 Criterios de inclusión.....	44
5.5 Criterios de exclusión.....	44
5.6 Selección de participantes.	45

5.7	Consideraciones éticas.....	45
5.8	Criterios de rigor.....	46
CAPITULO VI.....		47
PLAN DE ANALISIS.....		47
6.1	Categorías de análisis	47
6.2	Instrumentos para la recolección de datos y procesamiento.	50
6.3	Trabajo de campo	50
6.4	Limitaciones del estudio.....	50
CAPITULO VII.....		52
RESULTADOS		52
CAPITULO VIII.....		84
ANALISIS DE RESULTADOS		84
CAPITULO IX.....		91
CONCLUSIONES		91
CAPITULO X.....		94
SUGERENCIAS.....		94
CAPITULO XI.....		96
BIBLIOGRAFIA		96
CAPITULO XII.....		101
ANEXOS.....		101
	ANEXO 1: Consentimiento informado.....	101
	ANEXO 2: Guión de entrevista a las mujeres	103
	ANEXO 3: Guión de entrevista a los informantes claves.....	105
	ANEXO 4: Caracterización de las mujeres entrevistadas.....	106

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Perfil de mujeres.....	43
Tabla N° 2: Perfil de los informantes claves	44
Tabla N° 3: Sujetos participantes	45
Tabla N° 4: Procedimientos realizados según criterios de rigor.....	46
Tabla N° 5: Categorías de análisis	48

RESUMEN

La investigación planteada, tiene como objetivo general analizar la percepción de las mujeres que han sido mastectomizadas por cáncer de mama, en cuanto a su imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima, pertenecientes a la Unidad de Patología Mamaria del Hospital San Martín de Quillota, durante el período Enero - Diciembre 2014.

Para el logro de este objetivo se plantea una metodología cualitativa con un tipo de diseño fenomenológico. El instrumento seleccionado para la recolección de información es la entrevista individual de tipo semi-estructurada, la cual fue realizada a las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama controladas en el Hospital San Martín De Quillota y pertenecientes a las comunas de Quillota, La Cruz y La Calera. Además se aplicó una entrevista dirigida a profesionales del área de la salud (Médico y Matrona) de dicho establecimiento, los cuales proporcionaron información relevante en cuanto al tema de la investigación.

El plan de análisis utilizado es el análisis de contenido junto con el cual se establece un proceso de triangulación entre la información aportada por las mujeres en estudio, los informantes claves que corresponden a los profesionales de la salud entrevistados y la literatura descrita, todo lo anterior con el objetivo de producir un mejor conocimiento de los ámbitos a estudiar en esta investigación.

Los resultados de la investigación hacen evidente las repercusiones de la mastectomía en relación a la percepción de la imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima, lo cual se describe a través de los relatos de las mujeres inmersas en el estudio.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Actualmente, como consecuencia de los cambios demográficos experimentados se refleja un notable aumento de la esperanza de vida al nacer. Si bien, en cierto aspecto refleja un mayor desarrollo como país, también evidencia la preocupación que debe existir a nivel de Salud Pública para poder enfrentar el envejecimiento poblacional producto de los cambios experimentados en la población chilena. Esto a su vez, conlleva a la aparición y aumento de la presencia de enfermedades crónicas tales como el cáncer, entre otras.

En Chile, existe un Programa Nacional del Cáncer, del cual se desprende un programa específico para el cáncer de mama, estableciendo además una Guía Clínica actualizada del año 2010, en donde se presentan las recomendaciones basadas en la evidencia para la detección, sospecha, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento del cáncer de mama. Todo lo anterior, demuestra el gran interés en salud por dicha patología a nivel país en el ámbito clínico y asistencial, y el escaso desarrollo en el ámbito psicosocial.

El cáncer, considerado como una enfermedad crónica afecta aspectos importantes de la vida de las personas que lo padecen. Los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro lo constituye el aspecto psicológico, debido al proceso de adaptación funcional, cognitiva, emocional y social, al cual se ve obligado a afrontar el individuo.

Así mismo, las mujeres que padecen un cáncer de mama, presentan diversas repercusiones en el ámbito psicosocial que son comunes en la mayoría de las personas afectadas por un cáncer, sin embargo, en este caso se agrava la situación debido a que en la mayoría de las mujeres este mal significa, no tan sólo una medida terapéutica destinada a extirpar el mal, sino también se traduce en una amenaza concreta a su imagen corporal y por ende a su equilibrio psicoafectivo y social.

Debido a lo anterior, ésta investigación tiene como objetivo, analizar la percepción de las mujeres que han sido mastectomizadas por cáncer de mama, en cuanto a su imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima, pertenecientes a la Unidad de Patología Mamaria del Hospital San Martín de Quillota, durante el período Enero-Diciembre 2014.

Para el logro de este objetivo, se utilizará un esquema teórico, basado en los aspectos clínicos del cáncer de mama, la relevancia sociocultural de las mamas, las consecuencias psicoafectivas y sociales de la mastectomía, aspecto que incluye los diferentes ámbitos de ésta investigación y junto con ello aspectos basados en la Teoría de la Identidad Social y la Teoría General de Sistemas de Ludwig von Bertalanffy.

Este estudio plantea una metodología cualitativa estableciendo un diseño con un enfoque fenomenológico. Para la recolección de datos se utiliza la entrevista individual de tipo semi-estructura acompañada de un guión temático, basado en las categorías de análisis previamente elaboradas. Dicho instrumento será aplicado al colectivo en estudio que son las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama y controladas en el Hospital San Martín De Quillota, pertenecientes a la comuna de Quillota, La Cruz y La Calera. También se aplicó una entrevista dirigida a dos profesionales de la salud (Médico y Matrona) de dicho establecimiento, los que fueron considerados como informantes claves, ya que, aportarán información relevante de las mujeres en estudio, dado que ellos realizan sus controles de salud. La información obtenida de las mujeres del estudio y de los informantes claves, aportarán para el proceso de triangulación a realizar entre ellos y la literatura existente.

En relación a los resultados, éstos se dan a conocer a través de los relatos de acuerdo a cada una de las categorías de análisis y según los perfiles de las mujeres en estudio, dejando a juicio del investigador los resultados más relevantes. Luego se continúa con el plan de análisis a utilizar que será el análisis de contenido. A continuación aparecen las conclusiones de la investigación, las cuales pretenden dar respuesta a los objetivos propuestos por el investigador, para luego terminar con el capítulo de las sugerencias del estudio realizado.

Esta investigación es relevante, por la importancia de abordar el proceso de enfermedad con un enfoque más integral, considerando la multifactorialidad de los problemas de salud, dado que no existe un equipo multidisciplinario a nivel local para la atención de dichas mujeres en el Hospital San Martín de Quillota. Es por ello, que cobra interés, conocer la percepción de las mujeres en torno al proceso vivido, específicamente en aspectos de la vida tales como la imagen corporal, la sexualidad, la afectividad y la autoestima, que son indudablemente afectados durante las distintas etapas de la enfermedad, especialmente como consecuencia de la mastectomía.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, debido a los distintos métodos de screening existentes para la detección precoz del cáncer de mama, es que se han concentrado el mayor número de mujeres afectadas en estadios tempranos de la enfermedad, produciendo un aumento de la incidencia del cáncer de mama.

Desde el punto de vista vivencial, el diagnóstico de cáncer de mama y el posterior tratamiento quirúrgico de la mastectomía se traduce indudablemente en un impacto psicoafectivo y social relevante. Por un lado, desde el momento en que la enfermedad aparece, se produce un proceso progresivo y creciente de labilidad psicológica centralizada fundamentalmente en el gran temor a morir, lo cual se expresa en la necesidad de supervivencia de manera constante. Sin embargo, este proceso es común en la mayoría de las personas afectadas por algún tipo de cáncer.

En el caso específico de las mujeres que padecen un cáncer de mama, se agrava aún más éste proceso de labilidad psicológica, tras el tratamiento de la mastectomía. La mastectomía en la mayoría de las mujeres desencadena una situación de crisis, por un lado se presenta la exposición al riesgo inherente a la cirugía y por otro lado la privación de la mama, todo lo cual provoca temores y angustias que comprometen sus valores existenciales, tanto en lo biológico como en lo psicoafectivo y social, amenazando su integridad e identidad.

En nuestra cultura, la mama no es considerada tan sólo biológicamente, sino que una parte del cuerpo a la que se le otorga gran importancia, debido a la significación que posee en los aspectos de la maternidad, la lactancia, la sexualidad, la feminidad y en el rol de género, que nos distingue del ser femenino o masculino. Como consecuencia, para muchas mujeres que han sido mastectomizadas por un cáncer de mama, la pérdida del seno significa una inevitable mutilación a su imagen corporal, también tienden a relacionarlo con la pérdida del atractivo sexual y de la feminidad, provocando una real crisis existencial en dichas mujeres. Además de la pérdida de los

valores estéticos inherentes a la mama, en algunas mujeres surge el sentimiento de rechazo y falta de apoyo por parte de la pareja y el entorno, afectando evidentemente la capacidad de relacionarse con los demás.

Desde el punto de vista académico, ésta investigación pretende abordar el problema considerando la evidencia existente a nivel nacional, en donde, existe un escaso conocimiento de la percepción de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama controladas en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital de Quillota, durante el período Enero-Diciembre 2014, considerando aspectos como, la imagen corporal, la sexualidad, la afectividad y la autoestima, todo ello a partir de los relatos efectuados por las mujeres que son objeto del estudio, las cuales construirán una realidad distinta la una de la otra y aportarán con ello un nuevo conocimiento a los lectores de la investigación.

2.1 Relevancia de la investigación:

La relevancia de la investigación, radica en analizar la percepción de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en relación a los ámbitos de la imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima, lo cual tiene gran importancia al ser las propias mujeres las que entregan su percepción del proceso vivido. A su vez esto permitirá generar conocimiento de tipo teórico y práctico en este ámbito de investigación, revelando la necesidad de generar instancias de atención especializada a mujeres con cáncer de mama, por ejemplo, la implementación de un equipo multidisciplinario que realice atención a aquellas mujeres y evalúen no sólo el ámbito clínico, sino también el área psicosocial, ya que, la realidad local que se pretende investigar no cuenta con ello.

2.2 Pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de las mujeres que han sido mastectomizadas por cáncer de mama en cuanto a su imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima?

CAPITULO III

MARCO CONTEXTUAL

Al proceder a un análisis en relación a cifras estadísticas y epidemiológicas del cáncer de mama, podemos revelar que a nivel mundial, según la Agencia Internacional de Registro de Cáncer del año 2008, el cáncer de mama aparece como la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres. Esta misma fuente estimó que en forma anual fallecen 458.367 mujeres por ésta causa, alcanzando una tasa estandarizada por edad de 12,5 por 100.000 mujeres. Con respecto a la tasa de incidencia estandarizada por edad fue estimada en 39 por 100.000 mujeres con un total de 1.383.523 casos nuevos en el mundo.

Para Sudamérica, según la Agencia Internacional de Registro de Cáncer del año 2002, estima una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 15,1 por 100.000 mujeres y una tasa de incidencia estandarizada por edad de 46 por 100.000 mujeres, lo que se traduciría en que anualmente fallecerían 24.681 mujeres y se producirían 75.907 casos nuevos en este continente.

En Chile, según datos oficiales publicados por el Departamento de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud, la tasa de mortalidad observada en el año 2008 corresponde a un 14,5 por 100.000 mujeres, ocupando el segundo lugar entre las muertes por cáncer en mujeres chilenas. Desglosado por Servicios de Salud donde se reportan éstos datos, en el año 2008, el riesgo de mortalidad más alto por cáncer de mama, se presentó en el Servicio de Salud Magallanes con una tasa observada de 22,7 por 100.000 mujeres, seguido por Viña del Mar - Quillota y Valparaíso - San Antonio con 20,6 y 18,6 por 100.000 mujeres, respectivamente. Según grupos de edad, muestra que a partir de los 45 años de edad comienza a aumentar la tasa observada de mortalidad por cáncer de mama concentrándose el mayor número de defunciones por ésta causa en dicho grupo etario.

En relación a la incidencia estimada por el Programa Nacional del Cáncer de Mama durante el año 2009, alcanza alrededor de 3.100 casos nuevos, considerando

los pacientes diagnosticados y tratados en el Sistema Público de Salud, correspondiendo al 73.5% de la población chilena. Según la Unidad de Cáncer del Minsal, los casos nuevos han aumentado en forma sostenida en el tiempo en el Sistema Público de Salud.

Entre los años 2000 y 2009 los casos nuevos de cáncer de mama aumentaron en los grupos de edad, entre 55 a 64 años y de 75 y más, a excepción en las mujeres menores de 35 años de edad en las cuales disminuyó. En cuanto a los estadios de la enfermedad, se observa un aumento en los estadios I y II, mientras que los casos en estadio IV han disminuido, esto se explica a la mejoría de la supervivencia de las mujeres diagnosticadas en el Sistema Público Chileno, dada la implementación del Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama impulsado por el Ministerio de Salud desde 1995, el cual comprende estrategias y actividades de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este cáncer.

Con respecto a la detección temprana del Cáncer de Mama, a partir del 2001, se incorporó la mamografía al Programa de Resolución de Especialidades en la Atención Primaria de Salud (APS), cuya disponibilidad ha ido en aumento cada año. Además, a partir del año 2009 el examen de medicina preventiva garantiza una mamografía gratuita para cada mujer entre 50 a 54 años cada 3 años. A lo anterior, se sumó la disponibilidad de ecografía mamaria en APS desde el año 2007.

Según la CASEN del año 2011 el 68 % de las mujeres mayores de 35 años, no se ha hecho una mamografía en el último año; el 24 % declara que no las necesita; el 45 % dice que no tiene tiempo, que se le olvida, que no le gusta o que no sabía. De las mujeres entre 50 y 54 años, que tienen derecho a mamografías incluidas en el Plan de Medicina Preventiva, el 60% no se las hace.

En la actualidad, existen diferentes tipos de tratamientos disponibles para las mujeres con cáncer de mama, los cuales pueden ser locales o sistémicos. El tratamiento indicado va a depender del tipo de cáncer y del grado de diseminación en que se presente. La mayoría de las mujeres que padecen ésta enfermedad a menudo reciben más de un tipo de tratamiento.

En general, la mastectomía constituye la primera opción de tratamiento en el cáncer de mama en etapas precoces, no así en cáncer de mama metastásico. Ésta cirugía, puede ser de modo parcial o radical, dependiendo de la etapa del cáncer que presente la mujer, siendo éste uno de los factores más importantes para determinar el pronóstico y las opciones de tratamiento. Generalmente la mastectomía parcial es realizada en etapas precoces del cáncer de mama, en cambio, la mastectomía radical es utilizada cuando el cáncer ha presentado algún grado de diseminación.

Estudios demuestran que la sobrevida global de mujeres con cáncer de mama es de un 90% a los 5 años, sin embargo en el subgrupo con cáncer de mama metastásico, la sobrevida a 5 años es de sólo un 20%, con una mediana de 2 a 4 años. En relación a la sobrevivencia global de las mujeres sometidas a mastectomía parcial por cáncer de mama en etapas precoces, es mayor del 95% a 10 años.

La posibilidad de que parte de la terapia del cáncer incluya la posible extirpación de la mama, es una de las preocupaciones psicológicas más importantes que afectan a la mujer a la cual se le diagnóstica un cáncer mamario. Las publicaciones existentes indican que la repercusión psicológica de la mastectomía es variable según la deformidad corporal que provoca, la función afectada y su significado emocional.

En un estudio realizado a mujeres con cáncer de mama, en donde se evaluó el concepto de autoestima, se encontró que la autoestima es más baja o negativa en el grupo de mujeres a las que se les ha aplicado mastectomía radical en relación con el grupo de cirugía conservadora. Sin embargo, en otros estudios no se ha demostrado ningún efecto significativo entre la autoestima, el tipo de cirugía y el tipo de tratamiento.

Siguiendo la misma línea, Berteró en el año 2002, estudió dos componentes de la autoestima: la autovalía y el autorespeto, con una muestra de 13 mujeres con cáncer de mama, a 10 de ellas se les aplicó cirugía conservadora y a las otras 3, una mastectomía radical. Los resultados arrojaron que la mayoría de las mujeres tenían la autoestima afectada, especialmente en aspectos relacionados con la inhabilidad de poder continuar con sus actividades, debido a los cambios físicos a los que han estado expuestas. También se determinó en este estudio, que las mujeres además de experimentar un cambio corporal, tenían el sentimiento de no tener el mismo valor como

mujer y como esposas, e incluso algunas se veían deficientes físicamente, tenían vergüenza de sí mismas, de no ser una mujer entera, lo cual está relacionado directamente con la imagen corporal que estas mujeres tenían de sí mismas.

En la actualidad, el sistema sanitario chileno, a través de las garantías explícitas en Salud (GES), otorga un conjunto de beneficios y prestaciones de salud dirigidas a éstas mujeres. Dentro de las prestaciones específicas incluidas en el anexo decreto AUGE, 2007, garantiza atenciones para la patología de cáncer de mama en personas de 15 años y más, dentro de las cuales, como parte del tratamiento, incluye la atención integral para mujeres con cáncer de mama en el ámbito psicológico, tales como consulta o control por psicólogo clínico, consulta de psiquiatría, atención integral por terapeuta ocupacional e intervención psicosocial grupal por equipo multidisciplinario. Por otro lado, con respecto a la posibilidad de una reconstrucción mamaria, según la Guía Clínica Cáncer de Mama, es que su indicación corresponde a toda mujer que deba ser sometida a una mastectomía total por cáncer de mama y que no tenga contraindicaciones médicas u oncológicas para ello. Según el momento en que se realiza la cirugía puede ser inmediata o diferida y también contempla en aquellas mujeres que no pueden realizarse la cirugía para reconstruir su mama, la entrega de una prótesis mamaria externa con sostén especialmente diseñadas para mujeres con mastectomía por cáncer de mama.

En esta investigación nos centraremos en estudiar la población perteneciente y controlada en el nivel secundario de atención de salud, que en este caso, corresponde a la Unidad de Patología Mamaria perteneciente al Hospital San Martín de Quillota, en donde la mujer llega con una sospecha de cáncer de mama enviada desde los consultorios de atención primaria de salud, ya sea, por un diagnóstico sospechoso realizado de manera clínica o radiológica. Esta Unidad de Patología Mamaria se encuentra conformada por una Médica Cirujana y un Médico Gineco-Obstetra, además de una Matrona encargada del Policlínico de seguimiento y un administrativo. Aquí es dónde se realiza la confirmación diagnóstica, el tratamiento quirúrgico y el seguimiento según cada caso.

Según datos extraídos de la Evaluación del Programa de Cáncer de Mama realizado por el Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota en el año 2013, fueron derivadas a ésta Unidad 147 mujeres con probable cáncer de mama, de las cuales 14 eran menores

de 35 años y 133 eran mayores de 35 años. De estos casos, 78 mujeres se confirmaron con diagnóstico de cáncer de mama y 76 fueron sometidas a mastectomía, desglosando según tipo de cirugía a 41 mujeres con mastectomía parcial y 35 con mastectomía radical. Del año 2014, aún no se concluye la evaluación, sin embargo, datos aportaron que 89 mujeres se confirmaron con diagnóstico de cáncer de mama en la UPM, de las cuales 77 fueron sometidas a mastectomía, 8 no fueron operadas por metástasis y edad avanzada y 4 se trasladaron a otros centros de salud.

Algunas de las mujeres con cáncer de mama, y que son intervenidas quirúrgicamente en el Hospital San Martín de Quillota, se realizan además algunas prestaciones de salud en otros niveles de atención, como exámenes y tratamientos coadyuvantes, algunas son derivadas al Hospital de Viña del Mar y Valparaíso, dependiendo de los tratamientos a seguir a nivel terciario. Sin embargo, dichas mujeres permanecen siempre en control periódico y paralelo en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital San Martín de Quillota, dado la realización de la mastectomía en dicho establecimiento. De este modo se facilita la obtención de sujetos de estudio para la realización de las entrevistas en terreno necesarias para llevar a cabo la presente investigación.

MARCO TEÓRICO

1. CANCER DE MAMA Y SUS TRATAMIENTOS.

En Chile, el cáncer de mama es una de las enfermedades crónicas que afecta mayoritariamente a las mujeres a partir de los 40 años de edad, alcanzando en el año 2009 una tasa de mortalidad de un 15,7 cada 100.000 mujeres y presentando alrededor de 1.338 mujeres fallecidas por ésta causa, según el Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS). Por tanto, el cáncer de mama a nivel de Salud Pública, es una enfermedad que ha adquirido una importancia relevante, dado que cada año mueren más mujeres por ésta causa.

Desde el punto de vista biomédico, (1,2) el cáncer de mama es el crecimiento descontrolado de las células mamarias y hace referencia a un tumor maligno que se ha desarrollado a partir de células mamarias. Generalmente, el cáncer de mama se origina en las células de los lobulillos, que son las glándulas productoras de leche, o en los conductos, que son las vías que transportan la leche desde los lobulillos hasta el pezón. Con menos frecuencia, el cáncer de mama puede originarse en los tejidos estromales, que incluyen a los tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de la mama. Con el paso del tiempo las células cancerígenas pueden invadir el tejido mamario sano circundante y llegar a los ganglios linfáticos de las axilas. Si las células cancerígenas llegan a los ganglios linfáticos, obtienen una puerta de acceso hacia otras partes del cuerpo. El cáncer de mama siempre se origina por una anomalía genética. No obstante, 5-10% de los casos son producto de una anomalía heredada de la madre o del padre. En cambio, el 85%-90% de los casos de cáncer de mama tiene su origen en anomalías genéticas vinculadas al proceso de envejecimiento y el “desgaste natural” de la vida. El cáncer de mama se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es poco frecuente. (3)

Existen diferentes tratamientos disponibles para las mujeres con cáncer de mama. Algunos tratamientos son estándar y otros se encuentran en evaluación de ensayos clínicos. (3)

En la actualidad, se utilizan cuatro tipos de tratamientos estándar:

- ✚ **Tratamiento local:** se refiere al tratamiento dirigido al tumor en su lugar de origen o en alguna localización determinada. La cirugía y la radioterapia son ejemplos de ello.
- ✚ **Tratamiento sistémico:** se refiere al tratamiento que afecta a todo el organismo. La quimioterapia y la hormonoterapia son tratamientos sistémicos.
- ✚ **Tratamiento adyuvante:** se llama así al tratamiento sistémico y/o local administrado tras el primer tratamiento. El objetivo de este tratamiento es profiláctico, tanto a nivel sistémico como local, es decir, pretende reducir el riesgo de recidiva del cáncer de mama.
- ✚ **Tratamiento neo adyuvante:** consiste en administrar un tratamiento sistémico antes de un tratamiento local, con el objetivo de reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía.

Esta investigación, se enfocará esencialmente en la primera etapa del proceso de tratamiento de una mujer con cáncer de mama, en donde se contemplará el tratamiento quirúrgico, que será la mastectomía, de la cual existen dos tipos a considerar:

- ✚ **Mastectomía parcial**, o también llamada cirugía con conservación del seno, mastectomía segmentaria o tumorectomía. En este tipo de cirugía, sólo se extirpa la parte del seno que contiene el cáncer. El objetivo es extraer el cáncer y algo de tejido normal circundante. La cantidad que se extirpa del seno depende del tamaño y localización del tumor, además de otros factores. La mayoría de las mujeres necesitan recibir radioterapia al seno después de este tipo de cirugía. (4)
- ✚ **Mastectomía radical (total)**, es una cirugía en la que se extirpa el seno por completo. Conlleva la extirpación de todo el tejido del seno, incluyendo a veces, tejidos adyacentes. La mayoría de las mujeres requieren recibir tratamientos de tipo sistémico y local luego de la cirugía. En general, éste tipo de cirugía es una de las más usada para tratar el cáncer de mama. (4)

2. RELEVANCIA SOCIOCULTURAL DE LAS MAMAS

Desde tiempos inmemorables se han venido representando las mamas en distintas manifestaciones del arte, incluyendo sus funciones e incluso hasta su patología más agresiva, como es el cáncer. Se refiere que las mamas, son órganos específicos que en la especie humana hacen la diferencia entre ser hombre y mujer, teniendo un importante papel en la silueta femenina, en la sexualidad y erotismo. (5)

También en diversas expresiones artísticas como pintura, escultura, literatura, entre otras, e incluso tratados de medicina, existe amplia documentación que nos cuenta lo que la mama simboliza y cómo este significado cambia en las distintas épocas y culturas. Sea cual sea dicho significado, siempre conserva su importancia trascendental, que permanece no solamente en lo más profundo de cada mujer, sino también en lo más profundo del pensamiento colectivo de la sociedad.(5)

Así se constata algunos ejemplos que evidencian como las mamas fueron símbolo de feminidad en culturas antiguas, muy distantes entre sí; tal es el caso de representaciones en piedra de figuras femeninas del Paleolítico, entre las que se halla la conocida como Venus de Willendorf, con rasgos sexuales femeninos muy acentuados, entre los que destacan grandes mamas; y el de las estatuillas halladas en excavaciones realizadas en México, pertenecientes a épocas precolombinas, en las que es manifiesta la acentuación de las glándulas mamarias. (6)

Es conocido igualmente el poder atribuido a la diosa egipcia Isis de conceder la inmortalidad a quien se nutriera de sus mamas y la leyenda de Rómulo y Remo, amamantados por una loba. Este concepto de la mama nutritiva, sinónimo de abundancia, fue venerado como signo de supervivencia por el pueblo judío; la tradición cristiana lo convirtió en “nutrición espiritual” y posteriormente en el siglo XIV se entendió como encarnación de la caridad y de la pureza. La Virgen amamantando al niño ha sido un motivo frecuentemente tratado en la pintura que hoy podemos admirar. (7)

Dentro de un horizonte más amplio que implica la vida en sociedad, el cuerpo se define como el resultado de la incidencia de los mensajes transmitidos por la

cultura sobre los aspectos biológicos; considerando la intersección de dos ámbitos distintos: el biológico y el cultural.

Mauss M., declara que no existe comportamiento natural en el hombre, sino que la naturaleza en éste se halla instrumentalizada por la cultura. (8) Por tanto, dependiendo del entorno en el que el individuo se desarrolla y de la forma en que se asume e interpreta, existirán diversas concepciones acerca de cada parte del cuerpo. En esta línea, la mama se convierte en un signo, y cobra distinta importancia en cada mujer, ya que, su significación es de carácter personal, pero también influenciada por la concepción otorgada por el entorno. Por tanto, la conducta de las mujeres mastectomizadas por un cáncer de mama, dependen, por consiguiente, del sentido que se le dé al órgano extirpado y de lo significativo que haya sido en su vida, en su autoestima y su sexualidad.

Se distingue a nivel de la corporalidad, el aspecto positivo que todo individuo le atribuye a la integridad e indemnidad de su cuerpo, existiendo valoraciones específicas vinculadas a la auto apreciación personal y funciones concretas que los distintos órganos cumplen, tanto en el ámbito biológico, como en el colectivo social.

Desde la perspectiva de la Teoría General de Sistemas, en donde se identifican los sistemas como conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, se puede explicar y observar que las mamas desempeñan diversas funciones interrelacionadas, y cualquiera de ellas que se vea afectada, altera el significado que el individuo estableció. (9,10) En cuanto a las funciones importantes desempeñadas por las mamas, se pueden mencionar:

- ✚ **Función Biológica:** La mama es efector de este “dar biológico” de alimentación.
- ✚ **Función de amamantamiento:** acto de generosidad biológica y espiritual que encuentra la plenitud propia que brinda el sentido concreto de la maternidad.
- ✚ **Función Identificadora:** una propiedad existencial básica del ser humano es su connotación sexuada. En las mujeres, uno de los más significativos caracteres

sexuales secundarios lo constituye el desarrollo mamario, constituyendo un esencial símbolo de feminidad.

✚ **Función Erógena:** las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico. En virtud de lo anterior es comprensible una especial preocupación por las características estéticas de esta zona tan significativa para la mujer.

Según Bertalanffy, “La integración y la separación representan dos aspectos fundamentales diferentes de la misma realidad, en el momento que se rompe el todo se pierde alguna de sus propiedades vitales”. (10)

Por otro lado, desde la perspectiva de la Teoría de la Identidad Social, en donde se considera la identidad personal, como una construcción social generada a través de la interiorización de roles y del reflejo de las valoraciones del entorno, cobra real importancia la relevancia otorgada a la mama, desde el punto de vista personal, social y cultural, dado que la mastectomía provoca un gran impacto en los ámbitos mencionados. Existen estudios, en donde la mayoría de las mujeres que fueron entrevistadas, mencionó que la pérdida de las mamas había afectado su identidad social. Todas mencionaron evitar el contacto social con el entorno, relataron el temor que los demás se dieran cuenta de su problema físico y de la preocupación constante de estar pendientes de su cirugía. También las mujeres refirieron esconder su deformidad no solo por la evasión, sino también por el uso de ropa excesiva, tomar baños de corta duración con el objeto de no verse su mastectomía y también experimentaron el pudor de ser vistas por sus parejas. (11) Por consiguiente, las percepciones, creencias y emociones generadas por las imperfecciones o deformidades físicas suelen interferir negativamente en las relaciones íntimas y hasta llegar a contribuir al aislamiento social.

Cabe mencionar, que dentro de las funciones que se asignan a las mamas mencionadas anteriormente, incluye la función identificadora como constituyente esencial y símbolo de feminidad, cobrando gran interés conocer los alcances simbólicos que inevitablemente tendrá la mastectomía en la condición propia de ser mujer, o sea, su feminidad.

Desde la perspectiva antropológica, el ser humano posee una dignidad intrínseca. Por tanto, ser hombre y ser mujer no son accidentes del ser humano, sino que pertenecen inseparablemente a su esencia y por tanto, la feminidad y masculinidad es la consecuencia natural de ser mujer u hombre. La mujer y el hombre deben ser reconocidos en su igualdad como especie y en sus diferencias como género, entendido éste como una adecuación coherente entre su unidad biológica, psicológica y social. La feminidad es una forma de ser en el mundo, propio de la condición de ser mujer. (12)

A través de la historia, a las mujeres se les enseña cómo debe ser la estructuración de su cuerpo, en base al reflejo de sus semejantes, por tanto, si ocurre una intervención quirúrgica como es la mastectomía, el equilibrio corporal se pierde, ya sea, en imagen como en estructura, poniendo en evidencia, el imaginario colectivo social en relación a lo que debe ser femenino. (13)

Según la literatura, esto de “ser hombre o “ser mujer” son cuestiones internamente inestables. Están siempre acosadas por la ambivalencia precisamente porque toda identificación tiene un costo, la pérdida de algún otro conjunto de identificaciones, la aproximación forzada a una norma que uno nunca elige... que nos elige, pero que nosotros ocupamos, invertimos y resignificamos, puesto que la norma nunca logra determinarnos por completo. (14)

Por consecuencia, dado que la norma de género no encapsula el ser mujer u hombre, de alguna manera posibilita que aquellas mujeres que perdieron un seno, teniendo el espacio propicio, comiencen a redescubrir lo que como mujeres pueden ser, así como las múltiples posibilidades que ellas mismas pueden realizar con su feminidad, es decir, un saber hacer con aquello que se ha hecho de ellas. Resignificar su feminidad, significa también descubrir que se es más de lo que establece la norma, que cada una es diferente y hermosa en sus diferencias, que es y son acompañadas de un cuerpo erotizado cuyo potencial no se ciñe en un solo sector del cuerpo, es quizás valorar nuevas contingencias de lo que se puede ser y hacer. Desde el punto de vista del psicoanálisis tiene gran importancia, porque viabiliza que la mujer como sujeto asume un lugar distinto a partir de la lectura y escucha de las palabras con que cuenta su experiencia. (14,15)

Indudablemente la feminidad se encuentra vinculada a la imagen corporal, es por ello, que la existencia de ideales que atrapan la imaginaria norma del cuerpo femenino, son posiblemente responsables de la vergüenza y pudor a la que se encuentra sometida la mujer que a causa de la enfermedad, debe perder un seno y enfrentarse en muchos momentos, especialmente poco después de la cirugía, a la penosa sensación de ser “menos mujer”. La pérdida del seno representa una muerte simbólica en un trozo de significación de sí misma, de lo aprendido a llamar feminidad, y junto con ello su erotismo, la representación de belleza, y de sensualidad que durante largo tiempo ha acompañado de diversos modos a las mujeres. (13)

Desde el punto de vista de la construcción social, la imagen de los individuos se elabora en base a parámetros culturales que denotan el rol y el estatus de los individuos frente a las distintas circunstancias de la vida. Visto de esta manera, se crece y se vive en una sociedad en donde la apariencia juega un rol importante y donde se valoran ciertos parámetros de un estereotipo de imagen corporal hacia el cual las personas se deberían acercar para mantener una satisfacción personal y obtener la aprobación del entorno social. Estos parámetros se han incorporado y naturalizado en cada uno de los individuos debido a que se ha llegado a consensos sociales respecto de conceptos como la belleza, lo femenino y lo masculino. (16)

Autores, describen que la imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y desvalorizantes, las cuales se manifiestan como una simbolización en la variación de la percepción del esquema corporal. (17)

Otros autores, proponen que la imagen corporal es la representación mental del cuerpo que poseen los individuos en relación al tamaño y su forma, la cual está influenciada por una variedad de factores históricos, culturales, sociales, individuales y biológicos, incluyendo aspectos de percepción, cognitivos, afectivos y conductuales, los cuales se van gestando durante la niñez y en la adolescencia resultando trascendental para el desarrollo psicosocial del individuo, lo cual constituye parte importante en la formación de su autoestima. (18)

La idea del cuerpo basada en estudios socio-antropológicos, se puede configurar como un “objeto natural”, en donde los grupos culturales construyen sus propias gestualidades, expresiones emocionales, modos de percepción sensorial y técnicas de movimiento corporal cotidianas, rituales, estéticas; asimismo, estudios mostraron las variadas representaciones, significaciones y valoraciones culturales elaboradas en torno a los cuerpos, analizando las distintas concepciones anatómicas, fisiológicas, sexuales y de la salud-enfermedad. (19)

A partir de los años 1980, se estudia la corporalidad en la vida social, a partir de la influencia de estudios Foucault M. y Butler J., en donde analizan el cuerpo como objeto de representaciones simbólicas, formaciones discursivas y prácticas disciplinares (20). Por otro lado, diversos autores, comienzan a enfatizar en la capacidad constituyente, activa y transformadora de la corporalidad en la vida social, ya sea a partir de una reapropiación de la fenomenología de Merleau-Ponty, que destacan el papel de la corporalidad en las prácticas de oposición, resistencia y creatividad cultural. (21)

Siguiendo, lo propuesto por Merleau-Ponty, define nuestro cuerpo como algo objetivo, concreto, que se puede medir con límites precisos; sin embargo, lo que llamamos «esquema corporal» es la idea que tenemos del mismo, por lo tanto es algo subjetivo y sujeto a posibles modificaciones. Por consiguiente, la corporalidad se constituye en un instrumento de expresión de nuestra propia personalidad, también nos sirve para tomar contacto con el exterior, comparándonos con otros cuerpos y objetos, por lo que se puede hablar, dentro del esquema corporal, del cuerpo objeto, es decir, de la representación aislada que nos hacemos de nuestro cuerpo en sí mismo, y del cuerpo vivido, que se refiere a la forma en que nuestra corporalidad se manifiesta en nuestras relaciones humanas y en la socialización. Nuestros cuerpos no son sólo el lugar desde el cual llegamos a experimentar el mundo, sino que a través de ellos llegamos a ser vistos en él. (21)

En los últimos años la imagen corporal ha tomado un inmenso auge en las sociedades modernas, muchas de las cuales han creado toda una sub cultura basada en la percepción y la importancia de la imagen ideal. En una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física. Según algunos autores, los medios de comunicación y la presión social son algunos de

los muchos factores que han influenciado a los individuos a seguir una imagen ideal que en muchas ocasiones resulta difícil conseguir. (22)

Del estudio de Tseelson, se demuestra de qué modo el aspecto y, por ende, la indumentaria está sujeta a diversos grados de conciencia según la situación. Las mujeres más que los hombres ven sus cuerpos como objetos a los «cuales se ha de mirar»; al efecto podemos afirmar que la conciencia del aspecto corporal está influida por el género. Las mujeres suelen identificarse más con el cuerpo que los hombres, y eso puede generar experiencias de corporeidad diferenciales: se puede afirmar que las mujeres tienen más tendencia a desarrollar una mayor conciencia corporal de ellas mismas como un ser corpóreo que los hombres, cuya identidad no está tan situada en el cuerpo. (23)

3. CONSECUENCIAS PSICOAFECTIVAS Y SOCIALES DE LA MASTECTOMÍA

Es innegable que cada individuo responde de manera única e individual a un mismo estímulo; sin embargo, cuando hablamos de cáncer existe una representación de tipo social entendida como el significado que realiza la sociedad de la enfermedad, en la cual se encuentran inmersas las creencias de la mujer sobre el evento específico, que sería el cáncer de mama. Estas creencias inciden en la interpretación individual del evento mórbido, el cual es comúnmente evaluado como una condición que amenaza la integridad física, así como a la vida misma. La presencia del cáncer se relaciona como un evento catastrófico, asociado con la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia y disrupción de la relación con los demás. Aún cuando las condiciones físicas reales de la enfermedad ubiquen a la mujer en una situación favorable para la recuperación de la salud física, se torna difícil luchar contra la representación emocional que la mujer realiza al respecto y a partir de la cual se manejará durante el proceso de enfermedad. (24)

La experiencia de un hecho traumático, como la toma de conciencia de la enfermedad y la amenaza de la muerte en el caso de mujeres con un diagnóstico de cáncer de mama, va a provocar el cuestionamiento y la revisión de la estructura sobre la que hasta ese momento la persona habría cimentado su existencia, produciéndose un desequilibrio entre los diversos ámbitos de la vida. (25)

Según Bowlby J., señala que cualquier mujer que sufra la extirpación de una o ambas mamas a través de una mastectomía por cáncer de mama, evidencia una pérdida que desencadena la elaboración de un proceso de duelo, desarrollando diversas manifestaciones psicológicas y que llegando cierto momento le permitirá a la mujer reconstruir su nueva realidad. Por otro lado, este proceso de duelo constituye una instancia de crecimiento para la mujer, ya que, se produce una reconstrucción de significados, que la llevará a un estado de mayor desarrollo personal. (26)

El concepto de duelo se ha centrado normalmente en la vivencia de las personas sobre la pérdida de un ser próximo, sin embargo, como señala Cabodevilla I.,

“cada pérdida significativa, cada desapego de una posición, objeto o ser querido provoca una serie de reacciones o sentimientos que nos hacen pasar por un período que llamamos duelo”; y que precisará de un tiempo para lograr la adaptación a la nueva situación. (27) Con respecto a la intensidad y duración de éste proceso, existen estudios que señalan la aparición de manifestaciones de tipo psicosocial generalmente a los tres primeros meses, permaneciendo incluso años. Sin embargo, el ajuste emocional luego de la mastectomía dependerá de los recursos psicológicos y sociales que posea cada mujer para enfrentar dicha situación y su intensidad y duración dependerán de la importancia y significado que le otorgan a la mama que se ha perdido. Las reacciones emocionales intensas desaparecen en un periodo de seis a doce meses, no obstante, las repercusiones pueden continuar por tres a cinco años después de la mastectomía. (28)

Reforzando lo anterior, el duelo se considera como un proceso dinámico y complejo, que involucra la personalidad total del individuo y que puede presentarse en cualquier tipo de pérdida, vínculo e incluso algo simbólico, siendo diferente en cada persona, estableciendo así un modelo con cinco etapas: (26,27)

- ✚ **Negación y aislamiento:** permite amortiguar el dolor y asimilar la pérdida.
- ✚ **Ira:** aparecen sentimientos de rabia, envidia, resentimiento, culpa, entre otros.
- ✚ **Negociación:** etapa de acuerdos.
- ✚ **Depresión:** aparece la debilidad y tristeza.
- ✚ **Aceptación:** existe la aceptación de la pérdida y se asume la nueva realidad.

El duelo es un proceso individual, el cual requiere tiempo y elaboración, considerando a su vez que las pérdidas se vivirán como únicas y personales. La manera de afrontar la nueva situación, así como adaptarse a las distintas fases de la enfermedad, condicionarán el proceso de duelo que la persona experimente, así como el desarrollo o agravamiento de otros trastornos como la depresión o la ansiedad. (27)

Autores, señalan que existen variables individuales que influyen en la intensidad y duración del impacto psicológico que produce el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Existen tres tipos de variables que influyen: (29)

- ✚ Una de ellas son las **variables previas a la enfermedad**, que incluye las características propias de la mujer en donde podemos señalar la relevancia otorgada de su imagen asociada al seno, la edad, y las expectativas previas a la mastectomía. Y por otro lado, incluye las características asociadas al entorno, en donde tenemos la preparación previa de la mastectomía por parte del médico tratante y la calidad de la relación y afectividad existente con la pareja y su entorno.
- ✚ La segunda variable, aparece luego de la mastectomía, y está asociada a la **manera de afrontar la situación** y en donde aparecen diversos recursos psicológicos para poder lidiar este proceso, tales como, negación, búsqueda de causas, sentimientos de culpa, entre otros.
- ✚ Y por último las **variables del entorno**, que están relacionadas con el tiempo transcurrido desde la mastectomía, asociada a la presencia de redes de apoyo, ya sea, profesional y familiar, y los tratamientos médicos coadyuvantes a este proceso.

Considerando las variables previas a la enfermedad, que incluye las características propias de la mujer, se señala la relevancia otorgada de su imagen asociada al seno, lo cual se potencia con el hecho de que la mama, desde la perspectiva de la identidad, toma una connotación personal relevante y además una importancia trascendental en la sociedad y la cultura.

Dada la importancia de la imagen corporal según la literatura existente en la sociedad actual, el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también (...) el tener que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los

cambios en su autoimagen y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva. (30,31)

Estudios reportan, que la mastectomía afecta áreas de la imagen corporal relacionadas con las actitudes ante el propio cuerpo desnudo y la autovaloración del atractivo físico y sexual. Estas áreas afectadas se ponen en manifiesto a través de los sentimientos negativos cuando las mujeres se reflejan frente a un espejo o cuando se ven enfrentadas en esta situación a su pareja, experimentando sentimientos de vergüenza, pérdida de atractivo y desagrado. Como consecuencia, es evidente que existe una pérdida del atractivo físico y sexual, que sumado a sentimientos negativos asociados a la propia imagen corporal que se produce de la extirpación o amputación de la mama, ponen de manifiesto su alteración en los ámbitos mencionados. (32)

Las mujeres con mastectomía por cáncer de mama, evitan mirarse al espejo, y solo el profesional suele mirarlas y tocarlas, esto nos lleva a pensar en la afectividad en un sentido más corpóreo, como caricias, como sexualidad. Indudablemente el no mirar (se), el no dejar que otros miren incide en lo que manifiestan las mujeres con cáncer de mama: no tocar (se) ni ser tocados. (32)

Si bien, algunas de ellas, particularmente mujeres jóvenes relacionan la pérdida de la mama con preocupaciones del ámbito sexual, la mayoría visualiza dicha cirugía como una afrenta a su imagen corporal expresando preocupaciones de tipo estético, considerando la pérdida de un atributo físico que difícilmente pueden disimular. Considerando lo anterior, algunas mujeres presentan cambios en el tipo de vestuario a utilizar, por ejemplo, absteniéndose de blusas con escote, transparentes, ajustadas al cuerpo, que puedan de alguna manera visibilizar la cirugía. Para otras mujeres, la pérdida del seno implica no sólo una pérdida de libertad en cuanto a lo que pueden usar para vestirse, sino también en cuanto a participar en actividades en que se hallan expuestas a las miradas de los demás, lo cual indudablemente está dado por la imagen corporal que dichas mujeres proyectan hacia su entorno. (33)

Desde la perspectiva de que la imagen corporal, es la dimensión psicológica de la corporalidad, en el caso del cáncer de mama, el cuerpo (transformado, mutado, mutilado) no es lo irreductible; sino que lo es su irrepetibilidad. No se refiere a

rasgos psicosociales, culturales ni genéticos, sino, más bien a los momentos vitales. El tiempo de vida de cada mujer es indudablemente lo que no habrá manera de plagiar o repetir. Estas mujeres toman distancia de su propia existencia, se vuelven extranjeras en sus propias vidas, a las que refieren desde un altar, lugar en el que el cáncer, la muerte y el dolor son posibilidades que, si aún conservan algún poder de conmocionar, es solo en el nivel de las sensaciones físicas. (34)

Además de la enfermedad en sí, los tratamientos biomédicos utilizados para el cáncer de mama evidentemente constituyen una fuente de “agresión” a la corporalidad, refiriéndose específicamente a la cirugía de la mastectomía por cáncer de mama, la cual, puede ser de forma total, produciendo la amputación de la mama, y en otros casos puede ser parcial, en donde sólo se extrae la zona afectada de la mama, generando una desfiguración del órgano. (35)

Una vez realizada la mastectomía, existe el tiempo en donde las mujeres vuelven a adquirir algunas certezas básicas dentro de la nueva corporalidad, hay una apropiación de esa nueva existencia que implica resignificar su imagen corporal y por ende su identidad. A su vez, la parte faltante puede seguir teniendo una presencia “activa” en el cuerpo, no solamente a través de lo que sintió, sino también de aquello en lo que esta ausencia se ha convertido. (35)

La imagen del propio cuerpo transformado vuelve a ser “reinventada”; los cambios registrados sobre la textura, el color, el aspecto en general, serán objetos de resignificación. Estas marcas buscarán la forma de ser incorporadas a la vida de esa mujer, y este proceso de reconocimiento de lo extraño en uno tiene aristas tan disimiles como la exposición abierta de las mismas o su total ocultamiento. Sin embargo, las formas y recursos especialmente simbólicos para reinventarse difieren desde una mujer a otra. (35)

Michel Henry, en su propuesta del cuerpo como un saber inmediato de sí, un “yo soy mi cuerpo”, el cuerpo de la experiencia, nos lleva a ver en esta irrupción de la enfermedad una instancia en la que se despliega toda la subjetividad de ese ser. Sirve poco pensar, el cuerpo con cáncer como un reducto de la biología, porque es más que eso, es una existencia encarnada con límites borrosos que serán afectados de acuerdo

con las historias de esas vidas. Aunque desde la percepción con base mas empírica “no pase nada”, la persona puede sentir que le falta una parte, o por el contrario, a pesar de no tener un miembro, sigue sintiéndolo y viéndolo, que es lo que ocurre en el caso de la mastectomía. (36)

De acuerdo a lo anteriormente expuesto en relación a los alcances de la mastectomía en la imagen corporal, se puede abordar la autoestima, desde el término del autoconcepto. Entendiendo que el autoconcepto o también llamado autovaloración, se compone de la imagen corporal y la autoestima. (37).

Autores, han definido el autoconcepto como un conjunto de juicios tanto descriptivos como evaluativos acerca de uno mismo; consideran que el autoconcepto expresa el modo en la que la persona se representa, conoce y valora a ella misma. Sin embargo, a menudo se usan de manera equivalente el autoconcepto y la autoestima, considerando en rigor ésta última constituyente como elemento valorativo del autoconcepto. (37)

Rosenberg, también considera la autoestima como un aspecto evaluativo del autoconcepto basado en la percepción global que el individuo tiene de su persona lo que no excluye la existencia de autoestimas parciales referidas a distintas facetas o dominios (38). La importancia de la autoestima viene avalada por el hecho de que puede considerarse como uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez. (38)

El estudio de la autoestima, según cualquiera de las denominaciones a que responde este proceso psicológico, cobra vital importancia en aquellos individuos que experimentan un proceso de enfermedad, por ser ésta una situación de crisis que pone a prueba los recursos psicológicos de la persona. (39,40)

Desde la perspectiva de la Identidad Social, se puede mencionar que la valoración de sí mismo, o sea la autoestima, se forma activamente en el proceso de desarrollo social, en constante determinación por las interrelaciones sociales, las circunstancias de la vida y los propios procesos autorreflexivos que de todo ello forma el individuo, en una conjunción entre lo cognitivo y lo afectivo, dentro de un proceso

dinámico de asimilación de lo externo a lo interno determinado por los sentidos psicológicos, intereses, afectos y motivaciones con una profunda naturaleza socio-histórica. (41,42)

Considerando lo anterior, el cáncer de mama como enfermedad, desde sus primeros síntomas, diagnóstico y tratamiento, hasta la sobrevida o muerte, impone intensos esfuerzos adaptativos enfocados a conservar la integridad de la propia valía, autovaloración y autoestima, ante el daño físico y emocional. Existen en consideración, en diversos reportes científicos muchos factores obvios y apremiantes que se relacionan directamente con un marcado estrés psicológico y social en las mujeres que tienen que hacer frente al cáncer de mama, entre los que se privilegian; encarar una enfermedad potencialmente mortal, tratamientos agresivos tales como la mastectomía y que provocan un deterioro típico en la calidad de vida, así como cambios significativos en sus roles de su vida en pareja, familiares y laborales. (43)

Básicamente lo que se visualiza en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, es la percepción evaluativa del sí mismo, y como implica una actitud positiva o negativa hacia la enfermedad y sus tratamientos, adicionalmente sistematizamos las aproximaciones a las consecuencias que en el plano de lo afectivo genera la inadecuación de sus configuraciones como autoestima, autoconocimiento, autoaceptación, autoimagen y autorregulación considerando la autovaloración, como formación central, de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica y tiempo transcurrido de la cirugía.(43)

Un tratamiento psicológico que se focalice en aceptar la nueva condición o situación de salud, reencontrarse con una nueva imagen de sí misma y valorarse en los distintos ámbitos de la vida, integrando la enfermedad y sus consecuencias como parte de la historia de su vida, ayudarán en el mejoramiento progresivo y por consecuencia en el bienestar psicológico. (44,45)

La psicoterapia y rehabilitación se hacen necesarias, para incorporar al sujeto a una vida plena y satisfactoria. Lo que sí es importante para poder intervenir, es conocer las fases por las que atraviesa la mujer que padece el cáncer, para así poder ayudarle en cada momento adecuadamente. (44,45)

Es importante mencionar, que existen cuatro aspectos a considerar en la atención psicosocial de las mujeres con cáncer de mama: (46)

- ✚ En primer lugar, las mujeres experimentan una “situación existencial” durante los primeros meses posterior a su diagnóstico. Aunque la mayoría de las mujeres se esfuerzan por recuperar un sentido de normalidad, a su vez, luchan para aceptar que su vida nunca será la misma de antes.
- ✚ Luego, si se produce una remisión de la enfermedad, las mujeres comienzan a vivir con su cáncer. La mayoría de las mujeres empiezan a incorporar las perturbaciones de la vida cotidiana en sus rutinas.
- ✚ En tercer lugar, aparece el miedo a la recurrencia de la enfermedad, lo cual es bastante común en las mujeres con cáncer de mama, de hecho es considerado como parte inevitable de la sobrevivencia.
- ✚ Y por último, si el tratamiento falla, se produce una real amenaza y potencial abandono, generando una mayor dificultad en la adaptación durante el proceso de la enfermedad.

El impacto en el ámbito psicológico del descubrimiento de esta patología mamaria es doble; primero, se liga a la pésima imagen del cáncer, asociada con sufrimiento, mutilación, deformidad, decadencia sexual y muerte, y por otra parte a la imagen idealizada del pecho, como un símbolo de feminidad, atractivo físico, erotismo y maternidad. La consideración conjunta de estas dos observaciones permite junto a otras variables pensar en la necesidad de optimizar la información, la escucha, brindar el apoyo requerido en cada caso, para garantizar una mayor adherencia a los tratamientos que pueden ser brindados a éstas mujeres. (47)

En este escenario el rol de la intervención en la corrección de estados emocionales des adaptativas recae en profesionales especializados que insertos en un equipo multidisciplinario, asumen dentro de este colectivo las tareas del soporte psicológico, desde el diagnóstico, hasta la curación o muerte del paciente y sus cuidadores y familia en general. (48,49)

En la mayoría de las mujeres mastectomizadas se presentan una gran variedad de síntomas físicos y psicológicos que deben ser atendidos con prontitud y que están determinados, en gran medida, por su edad, capacidad intelectual, educación adquirida, modo de vida, relaciones familiares y de pareja, empatía establecida con los profesionales que las atienden, la manera de asumir su realidad, la tolerancia a la frustración, todo lo cual se encuentra estrechamente relacionado con los estilos de afrontamiento. (50)

A menudo, la aparición de reacciones emocionales negativas, que pueden ser tan sólo adaptativas, no se hacen esperar tras la cirugía y deben ser vigiladas para evitar que se cronifiquen. El apoyo del profesional del área es importante a la hora de prevenir estos trastornos, detectar a tiempo su aparición y finalmente abordarlos cuando existan. (51)

Cabe mencionar, la importancia otorgada a la posibilidad de una reconstrucción mamaria en mujeres que han sido sometidas a una mastectomía. Para la mayoría de las mujeres, dicha opción, permite de alguna manera recuperar la imagen corporal alterada y además contribuye al restablecimiento del equilibrio psicológico alterado por el proceso vivido. Estudios muestran que las mujeres a las que se les aplica una reconstrucción mamaria presentan mejores niveles de autoestima y una mejor evaluación de su imagen corporal. (52)

Mock, declara que mientras que el cáncer de mama ocasiona ansiedad en cuanto a la enfermedad, la mastectomía amenaza a las mujeres con un perturbante cambio en su imagen corporal; en gran parte por la asociación física y simbólica que hay entre el pecho y la feminidad (53). Es por esto que la reconstrucción mamaria es parte integral en el tratamiento del cáncer de mama con indicación de mastectomía, considerando aspectos clínicos enfocados a la rehabilitación tanto física como emocional de las mujeres.

La reconstrucción mamaria es, por definición, una intervención quirúrgica que permite devolver a una mujer el aspecto original de sus mamas, probablemente después de haber sufrido una mastectomía por cáncer de mama. En la mayoría de las operaciones de cirugía plástica intervienen factores psicológicos muy importantes, pero,

en la reconstrucción de mamas, éste aspecto cobra mayor relevancia. La mujer que se somete a este tipo de intervención en muchas ocasiones ha pasado por un duro proceso tumoral y además una mastectomía. Por esta razón, necesita recuperar su mama, recuperar su contorno y figura, ya que el hecho de no tenerla lleva asociados trastornos graves de autoestima, depresión, sensación de pérdida de la feminidad, temor a mostrar su cuerpo desnudo, entre otros ya mencionados. (54)

La reconstrucción mamaria tras la mastectomía por cáncer de mama, ha experimentado un gran cambio en los últimos 25 años, pasando de ser una técnica que rara vez se practicaba y que generalmente se obtenían resultados poco satisfactorios, a ser una cirugía muy frecuente en la actualidad y con resultados estéticos francamente exitosos. Los grandes problemas emocionales que experimentan las mujeres mastectomizadas y la deformidad ocasionada por la pérdida de la mama han sido fundamentales para desarrollar todas las técnicas existentes hoy día de reconstrucción mamaria. (54)

En Chile, lo propuesto por la Guía Clínica Cáncer de Mama, es que la indicación de reconstrucción mamaria, corresponde a toda mujer que deba ser sometida a una mastectomía total por cáncer de mama y que no tenga contraindicaciones médicas u oncológicas para ello. Según el momento en que se realiza la reconstrucción mamaria, ésta puede ser: (4)

- ✚ Inmediata: la cual se realiza en el mismo momento quirúrgico en el que se lleva a cabo la extirpación del tumor, o sea, la mastectomía.
- ✚ Diferida: se da cuando la mujer ha pasado por un largo período de tratamientos, que impiden la reconstrucción inmediata por causas médicas.

Actualmente, las técnicas de reconstrucción mamaria mencionadas se encuentran dentro del marco legal y jurídico de las garantías del sistema de salud actual. Además, en las mujeres que no tienen la posibilidad de realizar una reconstrucción mamaria por condiciones médicas que lo impiden, el sistema de salud les entrega una prótesis mamaria externa con sostén, la cual ayuda a restablecer de cierta manera la simetría con la mama colateral. (55)

Desde el punto de vista psicológico, la reconstrucción mamaria tras la mastectomía es una opción decisiva que contribuye a disminuir o evitar posibles trastornos emocionales, debidos a la sensación de mutilación y agresión de la enfermedad. Esta alternativa es clave en el desarrollo del proceso rehabilitador puesto que al permitir la posibilidad de recuperar una imagen adecuada, evita la pérdida de autoestima e impide que las emociones negativas se apoderen del estado de ánimo y se cronifiquen, en un momento en que tales emociones podrían interferir negativamente en el restablecimiento de la salud. (56)

La experiencia demuestra que la mayoría de las mujeres a las que se ha practicado la reconstrucción mamaria retorna a sus actividades habituales, se preocupa por su imagen corporal y mantiene un alto grado de afectividad y autoestima, a la vez que un rechazo a la condolencia y apoyo excesivo de su entorno. Sin embargo, hay que considerar que no todas las mujeres que se enfrentan hoy en día a una mastectomía pueden sentir la necesidad de una reconstrucción mamaria, sin embargo, para muchas de ellas ha significado recuperar un estado de bienestar y satisfacción personal que les permite seguir con su estilo de vida normal. (57)

Diversas son las repercusiones psicosociales de la mastectomía por cáncer de mama, en el ámbito de la imagen corporal y la autoestima descritas anteriormente, sin embargo, cobra gran interés conocer las repercusiones de la mastectomía en el ámbito de la relación de pareja en cuanto a la sexualidad y afectividad tras la mastectomía.

En la Revista Cubana de Oncología, se relata que el tema de la sexualidad en pacientes con cáncer ha sido tradicionalmente poco tratado en la literatura especializada a pesar de que constituye una preocupación real y vigente en muchos enfermos a consecuencia directa de la enfermedad, de los tratamientos o del impacto emocional que ambas generan, que pueden exacerbar crisis o problemas de pareja preexistentes. (58)

A lo largo del tiempo, la sexualidad, ha ido evolucionando acompañado de la mano del ser humano, debido a que es un concepto dinámico y forma parte integral de la personalidad de cada individuo. Es definida como una dimensión fundamental del ser humano, porque es necesaria para identificarlo como tal, ya que, está íntimamente

relacionada con la afectividad, la capacidad de amar y la aptitud de relacionarse con los demás. (59)

La sexualidad considerada como producto social es el resultado del cruce de la naturaleza con la estructura social y responde, por tanto, a condiciones sociales determinadas por un contexto. Es así, como la sexualidad de los seres humanos se va construyendo mediante la interacción del individuo y las estructuras sociales existentes. (60)

Rubio, con el objetivo de aproximarse al estudio de la sexualidad humana, plantea un “Modelo de los Holones Sexuales”, el cual se basa en aspectos de la Teoría General de Sistemas, en donde la comprensión del fenómeno de la realidad que sería la sexualidad emerge de la compleja relación de sus elementos, que son los cuatro holones, los cuales se encuentran en interacción mutua. (10,61)

Este modelo planteado propone que la sexualidad es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humanas que dan origen a cuatro holones o subsistemas sexuales, que son: (61)

- ✚ La reproductividad.
- ✚ El género.
- ✚ El erotismo.
- ✚ Y la vinculación afectiva.

Considerando que el **género**, es una potencialidad humana que forma parte de la sexualidad, al abordar las implicancias que tiene la mastectomía por cáncer de mama en la mujer, se deben considerar las consecuencias a nivel de la concepción de género y sexualidad desde la propia percepción de la mujer, pero también considerando la vivencia de género y sexualidad a nivel del género masculino. Esto, debido a que el género es una categoría que se construye en una relación social; asimismo, la sexualidad se vive en conjunto con la pareja y no como una experiencia exclusivamente individual. (62)

Luego de una mastectomía por cáncer de mama, en general surgen diversas inquietudes con respecto a la sexualidad. Evidentemente, este proceso afecta los sentimientos de la mujer asociados a su atractivo, debido a que en nuestra cultura, se nos educa a observar las mamas como una parte básica de la belleza y feminidad. Por tanto, si se extirpa un seno, es muy posible que la mujer se preocupe de si su pareja aún la encontrará atractiva, o quizás, también la preocupación va dirigida a no poder disfrutar de la estimulación sexual en el seno afectado, como también puede existir la incomodidad con sus propios cuerpos debido a las consecuencias propias de la cirugía. (63)

Por otro lado, Carrables J.A., Sanz A. describe que en la mayoría de las personas que gozan de buena salud, la **actividad sexual** es el modo privilegiado de expresión de la sexualidad, constituyendo entonces así un aspecto importante del modo de vida de las mujeres con un diagnóstico y tratamiento por cáncer de mama.

Los tratamientos destinados a enfermedades como el cáncer de mama, en este caso, la mastectomía, pueden dañar una o más de las fases de la respuesta sexual al afectar especialmente las emociones, provocadas por la ansiedad, el miedo y las preocupaciones propias del proceso de la enfermedad. Indudablemente, se puede considerar que el interés sexual, puede verse afectado a nivel físico, ya sea, por el dolor, o a nivel emocional dado por la ansiedad y el miedo, o aún, a nivel de los pensamientos y preocupaciones, puede constituir un inhibidor potente de la respuesta sexual. (63)

En general, las disfunciones sexuales, en oncología son un fenómeno frecuente. Se estima que el 90% de los pacientes van a manifestar en un momento u otro de su enfermedad, dificultades sexuales. Además, cerca del 50% de los pacientes con cáncer de tipo ginecológico, en donde se incluye el cáncer de mama, tendrán dificultades severas y prolongadas. (64)

En el caso de la mastectomía por cáncer de mama, el origen de estas dificultades pueden ser tanto físicas como psicológicas. La sensación de no poder ser sexualmente atractiva, el fuerte impacto en la corporalidad, en la feminidad como mujer y en su significación, pueden ciertamente disminuir el interés por la sexualidad, provocando en su conjunto consecuencias importantes dentro de las fases de la respuesta sexual considerada normal. Por otro lado, es importante mencionar que como consecuencia de

las modificaciones expresadas anteriormente en el ámbito de la sexualidad pueden producirse eventualmente en algunos casos un cambio en la intimidad de la pareja, que pierde entonces un lugar de comunicación y encuentro. (65)

Considerando en los capítulos anteriores, un posible deterioro en la autoestima y autoimagen de la mujer mastectomizada por cáncer de mama, Zung, afirma que lo anterior refleja de manera negativa la posibilidad de ejercer una sexualidad considerada “normal” (66). No obstante, Silberberg y Lubera, afirman que ...”la mastectomía no impide por sí misma la actividad sexual de la mujer”... (67)

Así mismo, investigaciones reportan, que el bienestar de la mujer se encuentra disminuido con expresión en el área sexual. Arango y colab., reportaron una alteración en la autoimagen y en el autoconcepto, manifestada en la relación consigo misma y con los demás, expresada en el área sexual, en donde a pesar de existir el deseo, éste se bloquea. (68)

Según estudios realizados en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, pueden surgir cuatro categorías en el ámbito de la sexualidad: (69)

- ✚ **Manifestación biológica**, que corresponde a la expresión verbal consciente de la mujer sobre la mama con el concepto implícito de que es una parte erotizada del cuerpo. Tal como lo expresa Eusebio Rubio, la mujer sufre una alteración en la referencia que se hace de la apariencia corporal en términos de reconocimiento consciente de esa parte del cuerpo erotizada (61). El cuerpo de la mujer juega un gran papel en el rol genérico que ella desempeña en su vivencia sexual, reforzado por la cultura. Por eso la mujer encuentra una explicación para estas cirugías desde el punto de vista médico, pero no en su pensamiento, donde emergen preguntas, ideas negativas y temores, que dan paso al concepto de mutilación.

- ✚ **La mutilación**, expresada verbalmente como la percepción de la pérdida de esa parte erotizada de su cuerpo, es explicable como una castración psicológica que repercute en una deficiencia apreciable de ese cuerpo que por años había considerado íntegro y ahora le da lástima y pena.

✚ **El componente mental**, dado por la capacidad intelectual que hace posible formar los constructos mentales permitiendo la representatividad y simbolización que la mujer hace de determinadas partes del cuerpo. Aquí el componente mental permite que estas mujeres expresen cómo sus senos eran un atractivo erótico singular y símbolo de feminidad y por tanto de seducción, lo cual va ligado a sentimientos de incomodidad al mirarse al espejo, la manera de vestirse, por ejemplo. Esta simbolización va ligada a lo imaginario femenino, como relacionando lo que es y para qué lo es.

✚ **La elaboración de la pérdida afectiva**, proceso que demuestra cómo la mujer asimila la pérdida de la mama como parte erotizada que se supone que le había pertenecido, para lo cual sufrió todo un proceso de elaboración de duelo. La pérdida del seno, lleva a que la mujer pase por un proceso de elaboración de la pérdida afectiva, que en algunos casos se considera un duelo patológico por lo prolongado en el tiempo (27). Por eso, esa tristeza converge en su feminidad y toca su **holón erótico**, y ese erotismo es lo que está en torno al apetito sexual, la excitación sexual, el orgasmo y todos los constructos mentales alrededor de esa experiencia, manifestándose claramente una disminución del deseo o libido sexual.

Indudablemente es relevante mencionar, la percepción de las mujeres que padecen un cáncer de mama, con respecto a su sexualidad, dado que la sexualidad tiene un significado distinto y particular para cada individuo. Para ello es importante identificar la significación de la sexualidad en la vida de estas mujeres. La incapacidad de iniciar una actividad sexual con su pareja, para algunas mujeres, puede representar una aceptación de cambios físicos producidos por el cáncer, en este caso la mastectomía propiamente tal. Por otro lado, la pareja de la mujer enferma no debe ser considerada ajena a la situación, ya que, él mismo puede verse afectado indudablemente por una disminución en el deseo sexual producto de la ansiedad, temor de causar daño, estrés o simplemente la tristeza vivida por todo el proceso de enfermedad. (70)

De lo anterior, se desprende la importancia del ámbito de la vinculación afectiva en las mujeres que han sido mastectomizadas por cáncer de mama, dado el impacto que tiene la mastectomía en el área de la sexualidad.

La **vinculación afectiva**, es considerada el cuarto componente de la sexualidad, según el modelo de los Holones Sexuales propuestos por Rubio. Refiere que el amor es el cuarto componente de nuestra sexualidad, postula que la potencialidad humana de amar aparece en los seres humanos como resultado de una necesidad de permanecer en el mundo. Muchas especies que pueblan el planeta pueden empezar a vivir de manera independiente desde que nacen; en cambio, los seres humanos no; dependemos de nuestro entorno para sobrevivir. El aspecto más notable del amor es que hay de diversos tipos, sin contar con que cada quien entiende cosas diferentes. (61)

Cuando se presenta el cáncer de mama, evidentemente repercute directamente en las relaciones personales, tanto familiares como sociales. A nivel familiar, tiene un efecto especial en las relaciones de pareja. El cáncer puede suponer un obstáculo para la comunicación entre ambos miembros de la pareja. La mujer, a veces, se siente poco apoyada, o el apoyo que recibe no responde a sus expectativas. Puede sentirse sola, o por el contrario, excesivamente protegida, cuando quiere empezar a ser autónoma, una vez superado el tratamiento. (71)

Por otra parte, en algunos casos, la pareja, en particular, y a veces la familia, en general, da por terminado el tema de la enfermedad cuando ha acabado el tratamiento. Sin embargo, no hay que olvidar que, a nivel psicológico, la mujer puede continuar asustada y con miedos que necesite explicar. Por ello, es necesario darle lugar y espacio para que pueda hacerlo. De lo contrario, su rehabilitación no será integral pudiendo dejar de lado el aspecto emocional. Si ve que en su entorno, o por parte de su pareja, no parece haber predisposición para oír y hablar del tema, es necesaria la ayuda de un profesional en psicología, de manera que se conserve de alguna manera la calidad de vida. (71)

El tema del vínculo afectivo entre las parejas, cobra relevancia debido que el diagnóstico de un cáncer de mama suele ser muy angustiante tanto para la pareja como para la mujer. Las parejas usualmente se preocupan sobre cómo expresar su amor físico y emocional después del tratamiento de la mastectomía. No obstante, el cáncer de seno puede ser una experiencia de crecimiento para las parejas, especialmente cuando ellas participan activamente en el proceso de toma de decisiones y acuden a los tratamientos. (72)

Como se expresó en el Congreso de La lucha contra el Cáncer en Madrid, en el caso del cáncer de mama los efectos psicológicos se centran en aspectos propios de la autoimagen y autoestima femeninas, siendo importante abordar desde la psicología, la vida en pareja de las mujeres, dado que es un tumor que aparece en un órgano tan esencial. La mujer puede sentirse menos atractiva y menos deseable. Pueden aparecer problemas funcionales, por las dificultades prácticas al querer ocultar la cicatriz, con lo que la mujer reduce sus actividades de ocio, de igual forma hay otras dificultades muy importantes como son los cambios en las relaciones de pareja. (73)

Las mujeres con cáncer de mama suelen sentirse menos atractivas y en ocasiones experimentan miedo al abandono. Por su parte, la pareja de la paciente se encuentra, a veces, incómoda, pues a menudo no sabe qué es lo que se espera de él. Puede intentar dar soporte, pero no sabe mucho, de cómo hacerlo, además, la sensibilidad de la mujer a las reacciones de los demás aumenta con el cáncer de mama, y su pareja no se libra de ello. Se da la paradoja de que 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 problemas y dificultades en la relación de pareja. (74)

El realizar una entrega completa de información a la pareja por parte de los profesionales afines que intervienen en todo su proceso de salud-enfermedad, es primordial e imprescindible para que exista una buena comunicación y además favorecer un mejor afrontamiento de los problemas emocionales y psicosociales que puedan surgir producto de la enfermedad y tratamiento, facilitando así un mayor fortalecimiento del vínculo afectivo desde un enfoque de pareja. (75)

CAPITULO IV

OBJETIVOS.

4.1 **Objetivo General:**

- ✚ Analizar la percepción de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, en cuanto a su imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima, pertenecientes a la Unidad de Patología Mamaria del Hospital San Martín de Quillota, atendidas durante el período Enero - Diciembre 2014.

4.2 **Objetivos Específicos:**

- ✚ Describir la percepción de las mujeres en relación a su imagen corporal luego de la mastectomía por cáncer de mama.
- ✚ Indagar sobre la percepción de las mujeres en cuanto a la relación de pareja, en el ámbito de la sexualidad y afectividad tras la mastectomía por cáncer de mama.
- ✚ Conocer la percepción de las mujeres en cuanto a las repercusiones de la mastectomía en su autoestima.

CAPITULO V

METODOLOGÍA

5.1 Tipo de investigación:

El tipo de investigación corresponde a una metodología cualitativa, ya que a través de ella se busca interpretar las percepciones de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en ámbitos de la imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima.

5.2 Tipo de diseño:

Esta investigación cualitativa establece un tipo de diseño con un enfoque fenomenológico, el cual pretende describir, comprender e interpretar las percepciones de las mujeres en los aspectos inmersos en la investigación.

5.3 Colectivo en estudio:

Las participantes del estudio corresponden a las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama controladas en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital San Martín de Quillota, durante el período Enero - Diciembre 2014. Estas mujeres provienen de los distintos centros de salud de atención primaria, en donde por exámenes de screening como es la mamografía y ecotomografía mamaria resultan con una sospecha de cáncer de mama, de allí son derivadas a la Unidad de Patología Mamaria del Hospital San Martín de Quillota en donde son atendidas para la confirmación diagnóstica del cáncer de mama, sus posibles tratamientos y rehabilitación.

También como participantes de la investigación, están los informantes claves, que corresponden a profesionales del área de la salud, como son el Médico y la Matrona de la Unidad de Patología Mamaria que trabajan de manera permanente en el

proceso de salud y enfermedad de las mujeres inmersas en el estudio, los cuales serán de gran relevancia dada la información que puedan otorgar, para así contrastar distintos aspectos de la investigación.

5.3.1 Perfiles:

Para la investigación, se proponen cuatro perfiles de mujeres seleccionadas según ciertas características, tales como:

- ✚ Edad:
 - ✚ Entre 40 y 50 años.
 - ✚ Mayores de 50.

- ✚ Tipo de mastectomía:
 - ✚ Parcial.
 - ✚ Total.

Tabla Nº 1: Perfil de mujeres.

EDAD (AÑOS)	TIPO MASTECTOMÍA	PERFIL
Entre 40 – 50	Parcial	1
	Total	2
Mayores de 50	Parcial	3
	Total	4

Tabla Nº 2: Perfil de los informantes claves:

ACTORES IDENTIFICADOS	ATRIBUTOS DE LOS ENTREVISTADOS
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Médica cirujana en mama con trayectoria. 	<p>Profesional médica con más de 15 años de experiencia en Unidad de Patología Mamaria Hospital Quillota.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Matrona con experiencia y capacitada. 	<p>Profesional Matrona con trayectoria de la Unidad Patología Mamaria Hospital Quillota.</p>

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ✚ Mujeres mastectomizadas por cáncer de mama parcial o total.
- ✚ Mujeres con mastectomía realizada durante Enero-Diciembre del año 2014.
- ✚ Mujeres con pareja.
- ✚ Mujeres residentes en la Provincia de Quillota.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- ✚ Mujeres mastectomizadas por cáncer de mama con recidiva de la enfermedad o metástasis.

5.6 SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.

Dado que la investigación realizada posee un enfoque cualitativo, para proceder a la selección de los participantes, se utilizará una estrategia de selección por criterio, que permitirá que todas las unidades de análisis han de cumplir con los perfiles diseñados, constituyendo un muestreo teórico, es decir, se obtienen grupos de individuos que poseen ciertas características o que experimenten circunstancias relevantes en relación al objetivo de estudio. (76)

Con respecto a la cantidad de entrevistas, se considera óptimo a partir del criterio de saturación, puesto que la información recabada comenzó a redundar en temas ya conversados con las mujeres en entrevistas previas. De este modo, la muestra quedó conformada con 11 casos, distribuidos en la siguiente tabla:

Tabla Nº 3: Sujetos participantes:

Edad (años)	Tipo Mastectomía	Perfil	Nº Casos
Entre 40 – 50	Parcial	1	3
	Total	2	2
Mayores de 50	Parcial	3	4
	Total	4	2

5.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS.










Esta investigación se basa en un estudio a través de sujetos humanos, en donde las mujeres participantes sólo actuarán como informantes, no existen beneficios personales para la investigadora, y en cuanto a los principios éticos se puede señalar que la investigación vela por el respeto a la autonomía, a la no maleficencia y a la justicia

distributiva. Además para efectos de resguardar la participación, se contemplará la utilización de un consentimiento informado, el cual tiene como objeto asegurar a los sujetos que participen de manera voluntaria, explicitando que sus testimonios, serán utilizados sólo con fines académicos resguardando su carácter anónimo.

5.8 CRITERIOS DE RIGOR.

Considerando que el concepto de rigor es transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y además permite valorar la aplicación de métodos de investigación y de técnicas de análisis para la obtención y el análisis de los datos, para lograr los criterios de rigor en esta investigación se realizarán los distintos procedimientos descritos en la siguiente tabla:

Tabla Nº 4: Procedimientos realizados según criterios de rigor:

CRITERIO	PROCEDIMIENTOS
Credibilidad	<ul style="list-style-type: none">  Entrevista semi-estructurada.  Transcripciones textuales de las entrevistas.  Reconocer las limitaciones del estudio.  Triangulación.
Dependencia/Consistencia	<ul style="list-style-type: none">  Entrevista semi-estructurada.  Análisis de contenido.  Triangulación.
Confirmabilidad	<ul style="list-style-type: none">  Transcripciones textuales y citas directas.  Grabación de las entrevistas.

CAPITULO VI

PLAN DE ANALISIS

El plan de análisis a utilizar en esta investigación será el análisis de contenido, ya que, este tipo de análisis se centra más en la sistematización de la información manifiesta y en la interpretación de su significado. (76)

La información obtenida es transcrita y luego traducida en las categorías diseñadas. Para el manejo de la información recopilada se utilizará el software Atlas-Ti versión 6.0, el cual ayudará a manipular más fácilmente los datos. Cabe mencionar, que el análisis de los datos es de exclusiva responsabilidad de la investigadora. En esta etapa se produce el proceso de triangulación entre la información obtenida de las mujeres en estudio, los informantes claves y la literatura descrita. Para luego comenzar el proceso de interpretación de los resultados obtenidos que luego se concretará mediante la descripción y elaboración de los datos y finalmente la realización de las conclusiones de la investigación.

En resumen, las etapas del proceso de análisis de datos se pueden materializar en la evaluación del material auditivo, transcripción de las entrevistas, lectura individual de las entrevistas, realización de la codificación, la organización de la información y la redacción final del contenido.

6.1 CATEGORIAS DE ANALISIS

La información que fue obtenida de las entrevistas a las mujeres en estudio y a los informantes claves, se redujeron a un sistema de categorías que se elaboraron en base a los ámbitos a investigar, y en donde a su vez ellas mismas generaron subcategorías más específicas, las cuales se detallan a continuación:

Tabla Nº 5: Categorías de análisis:

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Percepción de la Imagen Corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="935 422 1372 499">✚ Significado de mirarse y tocarse luego de la mastectomía. <li data-bbox="935 558 1372 636">✚ Auto percepción del atractivo físico. <li data-bbox="935 695 1372 772">✚ Sentimientos por la pérdida de la mama. <li data-bbox="935 831 1372 909">✚ Sentimientos generados por el cuerpo actual.
Percepción de la Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="935 1016 1182 1050">✚ Actividad Sexual <li data-bbox="935 1108 1333 1186">✚ Percepción del interés sexual luego de la mastectomía. <li data-bbox="935 1245 1365 1367">✚ Sentimientos experimentados frente al contacto físico y sexual de la pareja.
Percepción de la Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="935 1476 1365 1598">✚ Percepción sobre el apoyo y comprensión otorgado por la pareja luego de la mastectomía. <li data-bbox="935 1656 1365 1778">✚ Percepción asociada a la expresión de sentimientos y afectos en la relación de pareja.

Percepción de la Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Percepción del cómo valoro el pensar, actuar y sentir, luego de la mastectomía. ✚ Percepción asociada a los sentimientos de apoyo por parte de la familia y el entorno cercano. ✚ Sentimientos de apoyo por parte de las redes sociales para con la enfermedad.
-----------------------------	---

Definiciones de las categorías de análisis:

- ✚ **Imagen Corporal:** es la definición que realizan las mujeres con respecto a la percepción de cómo se ven y se sienten con respecto a su corporalidad e imagen una vez realizada la mastectomía por cáncer de mama, entendida específicamente a la significación de mirarse y tocarse, a la autopercepción del atractivo físico, y a los sentimientos generados por la pérdida de la mama y por el cuerpo actual.
- ✚ **Sexualidad:** es la definición que realizan las mujeres en cuanto a la relación de pareja, que incluye aspectos de la actividad sexual y los sentimientos que experimentan frente al contacto físico y sexual de la pareja tras la mastectomía.
- ✚ **Afectividad:** es la definición que realizan las mujeres en torno a la expresión de apoyo, comprensión, comunicación y afectos recibidos por parte de su pareja, luego de la mastectomía.
- ✚ **Autoestima:** es la definición que realizan las mujeres con respecto a la valoración propia y del entorno, entendida del cómo me veo, cómo me siento, actúo y pienso

luego de la mastectomía; y con respecto a la valoración del entorno, ya sea, al interior de la familia como en el entorno social.

6.2 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCESAMIENTO.

El instrumento seleccionado para recolectar los datos en esta investigación corresponde a una fuente primaria, que es la entrevista individual semi-estructurada. Dicha opción fue seleccionada dado a la mayor gama de posibilidades en cuanto a la flexibilidad de las preguntas, en donde se utilizó un guión de preguntas el cual fue realizado en base a las categorías de análisis preliminares elaboradas. Las entrevistas serán aplicadas a las mujeres en estudio y a los informantes claves descritos.

Para las entrevistas, se recurrió a una entrevistadora externa con una formación académica basada en la sociología. Luego cada una de las entrevistas serán transcritas de forma textual previa evaluación del material auditivo, para su posterior análisis.

6.3 TRABAJO DE CAMPO

La información recolectada para este estudio se obtuvo entre los meses de Enero a Marzo 2015, en donde se realiza el contacto con trece mujeres según los perfiles diseñados, de las cuales dos no aceptaron colaborar con la investigación propuesta, debido a motivos personales, obteniendo así un total de once entrevistas a mujeres mastectomizadas por cáncer de mama pertenecientes a la Provincia de Quillota, específicamente en las comuna de Quillota, La Cruz y La Calera.

Para la obtención de los sujetos se recurrió al profesional Matrona encargada del Policlínico de Mamas del Hospital Quillota y también a Matronas de los consultorios de la comuna de La Calera.

Se realizó un contacto telefónico previo con las mujeres potencialmente entrevistadas, para otorgar una invitación a participar de la investigación. Las entrevistas fueron realizadas en el hogar de cada mujer, previo contacto y coordinación de los tiempos destinados a la entrevista, en un ambiente de confidencialidad y previa firma del consentimiento informado, dando a conocer el tipo de investigación en donde van a ser partícipes y dejando claro los objetivos a lograr, en donde se enmarca la entrevista.

De acuerdo a los perfiles diseñados se entrevistaron once mujeres que se detallan a continuación:

- ✚ Perfil 1: 3 mujeres.
- ✚ Perfil 2: 2 mujeres.
- ✚ Perfil 3: 4 mujeres.
- ✚ Perfil 4: 2 mujeres.

Durante el mes de Marzo 2015, fueron entrevistados los informantes claves, que corresponden a dos profesionales de la salud, una Matrona y una Médica Cirujana en mama con experiencia en el tema de investigación. La primera fue entrevistada en su consulta del Policlínico de seguimiento del hospital y la segunda fue entrevistada en su consulta privada.

6.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

Dentro de la limitación que surge en esta investigación de carácter cualitativa, es la situación en que no todas las mujeres aceptan participar en el trabajo de investigación, dado el impacto emocional que les causó la mastectomía por cáncer de mama, refiriendo no querer hablar de la enfermedad. Esta limitación a su vez, puede constituir un sesgo, ya que, quizás las mujeres que sí aceptaron participar de la investigación estaban en mejores condiciones emocionales que el otro grupo de mujeres.

CAPITULO VII

RESULTADOS

A partir de los capítulos precedentes se desprenden los principales lineamientos teóricos que nos aproximan a las implicancias que tiene la mastectomía en la imagen corporal, la sexualidad, la afectividad y la autoestima de mujeres que han sido diagnosticadas por cáncer mamario e intervenidas quirúrgicamente (mastectomía). Mediante la estrategia metodológica que fue detallada previamente, se vuelve ahora necesario contrastar estos elementos con los hallazgos arrojados por la técnica aplicada durante el trabajo de campo. Con este propósito, el siguiente capítulo, contiene los resultados del estudio en relación a los tópicos abordados en la pauta de entrevista.

La sección que se presenta a continuación se estructura en función de los objetivos específicos planteados al inicio del proceso investigativo; en primer lugar nos adentraremos en las repercusiones que tiene la mastectomía en la imagen corporal, luego nos abocaremos a la sexualidad, afectividad y finalmente, nos focalizaremos en los efectos de éste sobre la autoestima de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Los relatos empíricos de las entrevistadas serán identificados con letra cursiva.

PERCEPCIONES ENTORNO A LA IMAGEN CORPORAL DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA.

Un elemento de especial importancia en relación a las percepciones que poseen las entrevistadas respecto a su imagen corporal luego de la mastectomía, es la situación de mirarse y tocarse los senos que han sido intervenidos. En este sentido, se pueden observar tres significados que implican grados variables de disposiciones hacia estas acciones. Una primera disposición queda graficada en los relatos de las mujeres, en donde se muestra reacia a cualquier acercamiento físico o visual hacia la mama, prefiriendo ocultar esta zona por las cicatrices y las quemaduras que ha dejado su tratamiento.

“Porque igual po’. Uno de primera no se podía poner sostén, entonces uno se tapa, igual como que queda más duro, queda más negra, siempre anda escondiéndose... el catéter (la cicatriz) tampoco lo nuestro mucho, siempre me ando tapando” (E1,P39, mastectomía parcial).

El hecho de rehusarse a tocar o ver la mama afectada también se describe en los relatos de los profesionales de la salud, en donde se ha podido observar a lo largo de su trayectoria que a pesar del paso de los años, la aversión de algunas mujeres hacia algún contacto visual o táctil con la mama se mantiene, situación que muchas veces puede implicar la no detección oportuna de algún nuevo nódulo cancerígeno.

“Por ejemplo tú puedes ver que tienes mujeres con más de 5 años operada y todavía llora. O sea, cuando tú les preguntas: ¿Y usted se examina la mama? Porque claro, uno las ve acá después de 2 años, pero ¿Quién las examina mensualmente de si les aparece algún nódulo o algo? Entonces tú ya cuando ves que ellas evitan el contacto con su propio cuerpo porque no quieren mirarse que les falta una pechuga, y se ponen a llorar, les corren las lágrimas, entonces todavía... incluso de años, todavía están afectadas” (E13, P10, Profesional de la Salud).

Debemos precisar que el discurso más negativo hacia tocarse o mirarse el seno intervenido se concentra en las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía completa. Las mujeres entrevistadas mostraron tanto evitación persistente a mirarse como aproximaciones graduales y normalización de la situación. Dentro de estas situaciones aparece por ejemplo, en el momento de ducharse, produciéndole un gran daño emocional que la lleva a los llantos.

“Es traumante, y todavía es muy difícil, muy difícil. Ahí es cuando yo lloro, cuando me estoy duchando, es muy traumante. No sé si le pasará a todas las mujeres, pero para mí fue traumante, porque yo digo: bueno, no tendré grandes pechugas, pero fue muy traumante...trato de no mirarme al espejo ah, trato de no mirarme al espejo. Eh...trato de que cuando me ducho, trato de pensar en otras cosas, pero claro que uno al ducharse tiene que jabonarse, mirarse... y encontrarse así que le falta...” (E7, P116, mastectomía completa).

Según argumentan los profesionales de la salud, esta diferencia obedece a los menores rastros físicos que producen las intervenciones quirúrgicas parciales (mastectomía parcial).

“La mastectomía parcial, que es sacar un pedacito de la mama, obviamente, causa mucho menos impacto...las cicatrices son no demasiado visibles, y se trata de dejar más o menos armadita la mama. Y en general no tienen mucho reclamo las pacientes, en general. Es que en realidad cuando se les ha hecho mastectomía parcial, no están tan preocupadas de la “deformidad” que queda en la mama, sino que más preocupada de la enfermedad global” (E12, P124, Profesional de la salud).

Una disposición intermedia a tocarse y mirarse se presenta en el relato de las mujeres, en donde se observa con claridad que la evitación a establecer un contacto visual con el seno que fue objeto del tratamiento médico se concentraba en las primeras semanas luego de la intervención quirúrgica. A partir de este período se generó un acostumbramiento con esta zona del cuerpo, marcado por contactos visuales progresivos y cada vez con mayor duración.

“Las primeras veces no po’ yo no me miraba, estuve como dos semanas sin mirarme; y la primera vez que me miré... no lloré tampoco. La primera vez...es que empecé a mirarme de a poco en realidad, empecé como que miraba, después volvía a mirar hasta que ya después me quedé pegá’ y dije yo... (Silencio) estoy viva po’” (E8, P47, mastectomía parcial).

“Mira no tanto. De primera sí, pero después no tanto. Después ya me fui soltando y acostumbrando. Pero si de verdad de que de primera sí que cuesta, pero ahora ya estoy acostumbrada con mi cuerpo” (E11, P 52, mastectomía completa).

Finalmente, una tercera disposición a mirarse y tocarse el seno intervenido queda reflejado en aquellas mujeres, quienes no reportan rechazo hacia establecer contacto con su seno intervenido, aludiendo incluso a que con su pareja han efectuado bromas hacia las cicatrices que le generó el tratamiento quirúrgico. También justifica su postura desdramatizada, apuntando a las constantes examinaciones de la cual ha sido objeto por parte del personal de salud a lo largo de su tratamiento.

“Yo le digo a mi marido: ¡Mira tengo un hoyo! (risas). Se te ve bonito me dice él. ¿Me entiende? Entonces pa’ mí no es tema. Yo igual me siento bien, o sea ésta (su seno operado) me quedó más chica que la otra, pero pa’ mi...Incluso de repente bromeo y le digo a mi hija: esta está negra (risas). Yo digo: ¡Ya le he mostrado tanto mis pechugas a medio mundo! Tanto que me las han tocado, que ya no es tema” (E10, P53, mastectomía parcial).

Otro hallazgo relevante de destacar dentro de la imagen corporal que tienen las mujeres mastectomizadas, es que un elemento común en sus relatos es el deterioro de su atractivo físico a raíz de la intervención quirúrgica, ante lo cual generan diversas estrategias para atenuar las secuelas gatilladas. En sus relatos se aborda esta situación, mencionando que el uso del maquillaje ha aumentado en el último tiempo en comparación al período previo a la cirugía, con el propósito de disimular la palidez que le produjo el tratamiento médico, aspecto indeseado al estar asociado a la proximidad de la muerte. El uso del pañuelo actúa en igual sentido; mejorar el atractivo físico deteriorado

por la pérdida del cabello, logrando obtener el reconocimiento público de belleza femenina.

“De hecho cuando estuve “pelá” me bañaba y me pintaba. Decía: ¡Total después el pelo va a salir! Me arreglaba sí, y como que me pinté más que antes, antes no me pintaba tanto... como que me empecé a pintar más, como que cuando estaba “pelá” te arreglai’ un poquito más. Hay gente que por ejemplo tu tomái’ otro color, como que tenís cara de “finá” (risas) entonces decía yo... con una pintá’, una manito e’ gato...”

(E10, P87, mastectomía parcial).

“... pero uno igual comienza a arreglarse más po’, cuando andaba de pañuelo yo me arreglaba más, yo trataba de verme mejor que nadie, de pintarme, maquillarme... Por ejemplo si yo me ponía un pañuelo verde, me maquillaba verde, cosa de sentirme mejor yo misma. Y todo el mundo me decía: ¡Oh que te ves linda de pañuelo! (E1, P84, mastectomía parcial).

Otra estrategia identificada apunta a la utilización del relleno mamario para ocultar el menor volumen que adquiere el seno producto de la extirpación del nódulo canceroso. Lo anterior es descrito durante la entrevista por las mujeres en donde una de ellas, incluso, muestra su relleno mamario, describiendo la forma en que se lo acomoda en el lugar preciso en el que tiene las señales de la cirugía. Para esta mujer, las mañanas son especialmente incómodas, pues al levantarse y comenzar su día no tiene puesto el relleno, generándole una gran incomodidad que la lleva a buscarlo y sujetarlo dentro de su sostén.

“...por eso yo me pongo esto (su relleno)... y así todas las mañanas me pongo una “batita” cortita, y claro ahí todavía no me pongo el sostén, para descansar un poco también, y ahí te ves y claro... ahí te notas altiro aquí (muestra su seno) y acá esto otro como hundido (muestra su operación). Y digo: ¡Ah no! Y me lo “aglobo” hasta que ya me visto mejor”

(E6, P97, mastectomía completa).

“Si porque uno tiene, si eso es importante como mujer. Debe ser así, porque yo como le digo cuando me arreglo, me pongo mi fajita, que se marque bien (muestra como moldea su cuerpo)” (E2, P83, mastectomía parcial).

Una última estrategia que es posible reconocer en el relato de las mujeres entrevistadas es la potenciación de su atractivo físico mediante la renovación de su ropa, la utilización de accesorios y la producción de una apariencia física atrayente. Según las mujeres, estas acciones tienen como motivación el no hacer explícito la vivencia del cáncer, cuestión que también es vinculada a un estado emocional menos melancólico y abatido. Esta estrategia se ve maximizada ante los elogios que gatilla su apariencia, cuestión que se expresa en el gusto que dice sentir ante los piropos que recibe en la vía pública de parte de los hombres.

“Yo digo: ¡Por qué uno tiene que representar enfermedad! Eso les digo yo, porque eso te tira pa’ abajo, ¡No! Les decía yo, yo me arreglo y caminaba y me traban piropos, entonces yo decía que es una manera de darme ánimo y salir adelante. Me arreglaba, me compraba ropa” (E9, P80, mastectomía parcial).

“Si aumentó, me empecé a preocupar de mí, de mi persona. Bueno no tanto, tanto como de ir a las tiendas y comprarme ropa y qué se yo, pero como más pendiente” (E3, P72, mastectomía parcial).

En cuanto a los sentimientos generados por la pérdida de la mama, es posible apreciar una mezcla de emociones distintas, que sin embargo tienen un énfasis mayor hacia una u otra esfera de acuerdo a la importancia que le asignan las entrevistadas al bienestar médico, estético o a la continuidad de la vida. Esto último queda de manifiesto en el relato de las mujeres, en donde, la primera de ellas reporta con precisión su deseo por continuar viviendo, aún si para aquello fuese necesaria la extirpación de su seno. Consecuentemente, en este caso la pérdida de la mama tiene una importancia secundaria en relación con el sentimiento primordial, que apunta a resistirse ante la posibilidad de fallecer.

“Yo sí, y también te digo que habían mujeres que les faltaba el seno, pero me decían que uno se acostumbra a todo, a tenerlo o no tenerlo. Y es verdad, si pones una pesa... y me dicen que tengo cáncer y si al sacarme el seno voy a vivir más, prefieres no tenerlo pero vivir más. La idea es segur viviendo” (E1, P63, mastectomía parcial).

“Lo único no más, yo pensando en mi hijo chico que ahora está estudiando en la U...Yo decía: bueno que termine con él, que termine la educación y después... porque ya mi hija es profesional, mi hijo mayor también es sargento de carabineros... me falta uno nomás” (E2, P21, mastectomía parcial).

No obstante, otro sentimiento que reportan los hallazgos dentro de esta dimensión de la problemática analizada, es el miedo por las repercusiones físicas que generan las intervenciones médicas. Esto es expresado por las mujeres, quienes mencionan sentir temor por perder su bienestar estético al enterarse del diagnóstico y de que la pérdida de la mama, total o parcial, era una posibilidad cercana. De acuerdo con los relatos, en ese momento se valora mayormente el sentido de lo estético por sobre lo médico, pues se entendía que en esta última área los exámenes indicaban que el cáncer se encontraba en una etapa inicial.

“Si po’, fue más temor estético que temor al mismo cáncer y no es por un tema de ser frívola, sino que por un tema de... de que yo sabía de que estaba mi cáncer tranquilo, de que no podía ser algo tan invasivo porque yo tenía todos mis exámenes buenos, no tenía metástasis...O sea igual me importaba, pero estaba tranquila porque era un tema de que yo sabía que se podía controlar todavía...”(E7, P132, mastectomía completa).

Otro caso de preocupación por lo estético lo describen los profesionales de la salud, quienes relatan la historia de una mujer mayor que pese a su edad tenía una pareja sexual y se negaba a la posibilidad de una amputación por el miedo a que su atractivo estético disminuyera.

“Yo siempre me acuerdo de una abuelita que en ese tiempo tenía 65 años. No, miento, tenía 70 años y ella se arreglaba y todo, y su tumor era muy

grande, por lo tanto le tenían que hacer una mastectomía total. Y ella tenía una pareja que había encontrado hace poco, un pololo, y andaba feliz con su pololo, llevaba como dos meses, y ella no se quería sacar la pechuga porque ¿Cómo le iba a decir al pololo que le faltaba una pechuga? Entonces ella la primera vez me dijo: ¡No, yo no me saco la mama! ¡No me la saco! Y no se la sacó, y después de dos meses volvió acá y llorando me dijo: ¡Ya, me la saco! Pero a ese nivel de resistirse, porque claro en el fondo es ¿Cuáles son tus expectativas de vida como persona? Qué esperas tú de la vida...”
(E13, P28, Profesional de la salud).

La última versión al respecto es manifestada por las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, en donde se puede apreciar que la preocupación prevaeciente tenía que ver más bien con las implicancias médicas que acarrearía la extirpación de sus senos afectados. Aquello se vuelve evidente en sus discursos, pues las entrevistadas mencionaron que en algún minuto de su tratamiento se les comunicó que existía una alta probabilidad de que la mastectomía fuese total en ambas mamas, situación que generó en ellas la creencia de que el cáncer se encontraba más avanzado de lo común, que estaba afectando a otros órganos, y que el tratamiento acarrearía intervenciones sucesivas que disminuirían su calidad de vida.

“El miedo era que yo decía que si hay que sacar las dos es porque el cáncer está demasiado avanzado, ese era mi miedo. Entonces yo decía: Claro no me vayan a estar sacando de “pedacitos” ¿Valdrá la pena? Si al final después me voy a ir igual, ¿Me entiende?” (E9, P45, mastectomía parcial).

“La noticia mala no era esa, si no que me tenían que sacar las dos mamas. Y cuando me dijo eso, yo quedé así (hace gesto de impresión)...Y yo le dije: ¿Doctora las 2 mamas? Y ahí la doctora me dijo que con una resonancia tenía que corroborar qué operación hacía” (E10, P76, mastectomía parcial).

Ahora bien, al margen de estos sentimientos prevaecientes que acarrea la pérdida de la mama, se visualizaron también emociones especialmente negativas en el relato de las mujeres. Uno de estos está retratado por los dichos de las mujeres, quienes mencionan que la pérdida del seno cobra especial importancia al momento de enterarse

de que existe la posibilidad de que el tratamiento del cáncer implique la pérdida de una parte del cuerpo humano. En su relato, el seno tiene un significado en función de la importancia que le es asignada a la completitud del cuerpo, comparándolo con la extracción de otros componentes (por ejemplo, la oreja o el dedo), los que sin embargo tienen como rasgo común el hecho de que pertenecen a la parte externa del cuerpo humano, y por lo tanto son visualmente reconocibles. Es así como en función de la importancia asignada a la completitud del cuerpo, la entrevistada dice sentirse mutilada, incompleta e inacabada ante la pérdida de sus senos.

“Uno le dá la importancia cuando lo pierden dicen... (risas) una cosa así, me di cuenta ya cuando sabía que lo iba a perder...es igual como el tema que haya sido que te cortaran la oreja, un dedo... es igual a como que te mutilen po', no estai' completa po' (E7, P128, mastectomía completa).

El sentimiento de mutilación también es observado por los profesionales de la salud, quienes reconocen que es uno de los principales impactos que genera el diagnóstico en las mujeres.

*“Porque lo primero que impacta es el diagnostico, porque bueno, la palabra es sinónimo de muerte o de algo grave, digamos que me va a pasar algo grave, que si voy a sentir dolor, eh... si me van a someter a tratamientos qué se yo... que me van a producir efecto, ¿Me van a operar? ¿Me van a mutilar? O sea obviamente el diagnostico es un impacto tremendo”
(E12, P7, Profesional de la salud).*

Otro sentimiento negativo provocado por la pérdida de la mama apunta a la desvalorización personal. De acuerdo con las mujeres entrevistadas, el cáncer de mama tuvo un impacto emocional mucho más acentuado del que experimentó anteriormente (al colon), pues el actual implicó la pérdida de un órgano que es visiblemente reconocido. De acuerdo con ello, la pérdida de la mama se relaciona con los sentimientos de dependencia funcional, minusvalía e incapacidad.

“Es que es impactante, muy impactante, no como el anterior (el cáncer al colon que padeció anteriormente)...porque ese no se veía. O sea fue terrible

el otro porque claro, era un cáncer; pero en cambio este fue muy impactante por el hecho de que a uno le saquen un seno. Es como que uno no sirve para nada po', yo lo tomé así" (E6, P19, mastectomía completa).

Por otra parte, los sentimientos gatillados por la pérdida de la mama se relacionan también con la identidad femenina de las mujeres. En este sentido, es posible reconocer mayoritariamente que las entrevistadas vinculan la pérdida total o parcial de sus senos con el deterioro de la identidad femenina que habían mantenido hasta antes de la vivencia del cáncer. Esto es reportado por las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, quienes retratan claramente que los senos tenían la cualidad de reforzar su sentimiento de identificación en "lo femenino", lo cual se expresa en sus alusiones a los senos como la mejor parte de su cuerpo, lo cual además era reforzado con la utilización de ropa ajustada, escotes o collares.

"...usaba puras cosas así (ropa ajustada), porque es femenino. Si, el escote siempre me ha gustado cositas acá (señala su cuello), escotadas siempre. Como yo soy muy flaquita entonces lucía toda esta parte de arriba (su busto). Si tú tienes que sacarte provecho a lo mejor que tú tienes" (E5, P26, mastectomía completa).

"Es que es la feminidad de una, aparte que yo soy pechugona (risas)...entonces es más por ese tema que yo creo que... más es por vanidad nomás... Sipo' si es la parte bonita que quiere uno po'. Hay que lucirlas... no tanto de andar mostrando, pero típico el collarcito que se te ve bonito... ¡Hay! Como es que te dijera yo, que lo que más me gustaba a mí de mi cuerpo eran mis pechugas, una cosa así, como de ese punto de vista" (E7, P27, mastectomía completa).

"Yo pienso que sí, porque resulta que después yo no la tenía, entonces andaba ahí sin nada, con un solo pecho, y pucha yo quería ponerme sostén como todas. Y Pucha, yo reconozco que yo miraba a otras mujeres y decía: ¡Porque yo no puedo tener como ellas las dos! Pero después lo fui asumiendo, los mismo doctores me orientaron y me decían que me acomodara... que me

hiciera ahí alguna cosa (hace gesto de acomodar su seno) y ya no te van a estar mirando que esta señora no tiene pechuga... una cosa así”
(E11, P32, mastectomía completa).

Este discurso que relaciona los senos como componente primordial de la feminidad es reconocido a la vez por los profesionales de la salud, quienes junto con aludir a la visibilidad del órgano afectado por el cáncer de mamas, mencionan que se trata de una parte del cuerpo humano asociado a lo femenino, reconociendo un mayor impacto emocional en las mujeres.

“Sí, este es un cáncer que se ve, que se nota ¿Ya? A diferencia de tener un cáncer a un órgano intra abdominal... que no... no lo ves. Entonces, ojos que no ven corazón que no siente, o siente menos ¿Ya? Pero obviamente si lo ves externamente, y más encima que es un órgano femenino... porque todas las mujeres aprecian sus pechugas po’, así que hay un impacto”
(E12, P50, Profesional de la salud).

También es rescatable mencionar el hecho de que se reportó un discurso matizado al respecto en el caso de las mujeres entrevistadas, pues en esos casos la pérdida de los senos no está asociada a una menor feminidad.

“...y yo les decía que yo no estaba preocupada por mi seno, yo estoy más preocupada por el cáncer en sí, porque si es mi vida, y hay que sacarlo, prefiero mi vida y vivir sin seno ¿Me entiende? Pero para mí, o sea yo por ejemplo...si me sacaban el seno, yo no iba a dejar de ser mujer ¿Me entiende?” (E9, P32, mastectomía parcial).

Otro hallazgo en cuanto a los sentimientos causados por la pérdida de la mama dice relación con la incapacidad que reconocen las mujeres en relación a ejercer la maternidad, pues el seno afectaría la capacidad de amamantamiento.

“Si po’, es que tení’ que verlo eso del punto de vista que la especie humana es la mujer la que tiene el pecho abultado, es la mujer la que amamanta y por lo tanto la que da vida...entonces es un tema aparte de la sensualidad de que

entregai' vida. Yo gracias a Dios ya tengo a mis hijos, ya tuve hijos...bueno igual me queda la otra pechuga y ya pude hacerlo (el hecho de la maternidad) pero igual lo miro...si no los hubiera tenido, yo creo que habría sido más impactante también” (E7, P37, mastectomía completa).

“ Eh... más que nada en el sentido de la valoración de que el seno representa más que nada por ejemplo que yo alimenté a mi hija ¿me entiende? Más por el lado de la maternidad” (E9, P30, mastectomía parcial).

“Ya tenía mis hijos grandes, entonces si hubiera sido más joven, que todavía no hubiese tenido hijos, para mí hubiera sido importante, un impacto mayor” (E11, P30, mastectomía completa).

La tendencia descrita es reconocida también por los profesionales de la salud, para quienes el interés de las mujeres en ser madres implica una desvalorización del bienestar propio.

“Por ejemplo una vez nos llegó una mujer con cáncer de mama con 37 años y que le sacaron la pechuga y decía: ¡No importa! Pero yo estoy bien, me fue bien en la quimio, voy bien, tengo mi hijo de 5 años. O sea su prioridad es otra. Quizás no se ha dado el tiempo como de mirarse a sí misma y ver sus necesidades como persona, porque las proyectan en las necesidades del otro, sabe que el “otro” la necesita, por lo tanto eso es secundario (el tema de la pérdida del seno) y eso es lo que se ve generalmente” (E13, P18, Profesional de la salud).

Al analizar las repercusiones del cáncer de mama en la imagen corporal de las mujeres salta a la vista una inconformidad hacia el cuerpo actual, las cuales no se relacionan directamente con las repercusiones de la mastectomía, pues una de las mujeres menciona que la evaluación negativa de sus piernas se producía con anterioridad al tratamiento médico. Para la entrevistada, la delgadez de sus piernas es un defecto que no le permite usar vestimentas que muestren una mayor proporción de esta parte de su cuerpo, cuestión que le genera impotencia.

“Que Dios me castigó digo yo (risas) porque yo toda la vida decía yo... yo tengo las piernas bien flaquitas. Y yo decía: ¡Pucha! Porque yo no tengo las piernas más gruesas. Toda la vida yo he comido mucho, me inyectan cosas y no, no. Y decía yo: ¡Ah yo quiero usar mini!... Uso aquí sí, pero short, pero no para salir... (E5, P46, mastectomía completa).

No obstante, una diferencia al respecto lo marcan aquellas mujeres, en donde, existe igualmente inconformidad con el cuerpo actual, pero esta se ha visto acentuada exclusivamente por el tratamiento médico experimentado, pues el hecho de que éste haya comprometido una parte externa de su cuerpo le genera un sentimiento de malestar, entendiendo que su valoración ideal del cuerpo humano se visualiza íntegro.

“Para mí es importante completo, si completo. Sí, porque si hubiese sido un brazo, una pierna o un dedo yo creo que hubiera sido... no, en realidad un brazo yo creo que hubiese sido más porque ahí quedo sin movilidad. Pero igual habría tenido una connotación importante, o sea igual el cuerpo es completo” (E7, P41, mastectomía completa).

La desaprobación hacia el cuerpo actual también se aprecia en los relatos de las mujeres entrevistadas, ya que, reconocen que la pérdida de la mama les afecta poco, y recurren a la utilización de vestimentas anchas y holgadas que oculten su cuerpo actual, gracias a lo cual la ausencia de su mama no es reconocible públicamente.

“Te afecta en la ropa no más po’... Mira si todo coincide, va a llegar el invierno, en el invierno ¿Qué usa uno? Chaqueta, cositas más anchas, entonces ahí ya no. No, a mi me afectó un poquito, ahí me di cuenta...” (E5, P65, mastectomía completa).

Otra implicancia de la mastectomía frente al cuerpo actual se manifiesta en las mujeres, quienes recurren al reforzamiento prototípico de la delgadez como una manera de aumentar su autoestima, que se vio deteriorada por la pérdida de su mama. En este sentido, se entiende que el deseo por estar más delgada se convierte en una estrategia que sopesa la pérdida de la feminidad que acarrea la mastectomía.

“Ah sí, o sea igual cuidarse, mantenerse delgada, así por ejemplo... yo me arreglo... o sea es como una manera de sentirme y bien y darme ánimo. Porque es increíble, uno muchas veces por ejemplo escucha la palabra cáncer y se echa a morir po’. Entonces, yo dije: bueno de alguna manera me tengo que dar ánimo, y ya si por último no voy a tener un seno, hay otras cosas importantes que yo puedo rescatar de mí, ¿Me entiende?”

(E9, P37, mastectomía parcial).

PERCEPCIONES ENTORNO AL ÁMBITO DE LA SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA.

Al abordar las percepciones que tienen las mujeres que han experimentado el cáncer de mama en torno a su relación de pareja, un elemento común en sus relatos es la posibilidad del rechazo de la pareja sexual a partir de la mastectomía. Si bien ninguna de las mujeres reconoce que sufrió el rechazo de su pareja, efectivamente es una situación frecuente en las pacientes con el mismo diagnóstico que han conocido durante su tratamiento. El abandono de la pareja está plasmado en el relato de los profesionales de la salud.

“En la parte sexual, hay algunas que las parejas las abandonan, derechamente. Y sobre todo las que son jóvenes, las abandonan. No las apoyan, pierden la pareja” (E13, P11, Profesional de la salud).

Frente a este rechazo, se aprecia que las mujeres tienen tres posturas; una postura condescendiente, una intermedia y una crítica. La postura más condescendiente se expresa en el relato de las mujeres entrevistadas, en donde por ejemplo una de ellas le ofreció a su marido que terminaran la relación sentimental, que se alejara de la casa y que el único apoyo de su parte fuese el sustento económico. En tal sentido, la mujer asume que la pérdida de su mama deteriora su identidad femenina, y por tanto la inhabilita para mantener su relación afectiva y sexual con su marido, por lo cual justifica e incentiva el potencial rechazo de su pareja.

“...y de hecho yo ahora lo hice. Le dije: mira viejo, sabí que esta es mi condición (muestra su seno) y tú si necesitas una mujer entera, tú puedes irte, te doy toda la libertad del mundo para que tú te vayas, déjame aquí tranquila. Yo tengo dos hijas nomás, las dos ya están casadas. Porque yo apenas supe que a mí me iban a cortar el seno yo le hice esa propuesta, de que él me dejara, que él se fuera y que sí me apoyara económicamente en todo lo que yo necesitara, pero que yo le daba la libertad para que él estuviera con otra persona...” (E6, P108, mastectomía completa)

“Claro...porque hay personas con las que yo he hablao’ que tienen cáncer de mama y al cortarle la pechuga a la tercera o cuarta semana de radioterapia ya estaban separadas po’, los maridos se habían ido, o las parejas... entonces me decían que por lo menos pa’ ellas si no hubiera la reconstrucción de pechuga, ellas no pensarían ni la remota posibilidad de rehacer su vida amorosa...” (E7, P99, mastectomía completa).

La posición intermedia queda manifestada en el relato de las mujeres, quienes reconocen que producto del tratamiento médico actualmente posee una menor lubricación vaginal al momento de mantener relaciones sexuales con su pareja. Así, al hipotetizar sobre una eventual infidelidad de éste, recurren a estrategias para retener a su marido, aminorando los efectos del tratamiento a través de la utilización de vaselina.

“Yo por mí po’, por mi caso...así que por eso yo ahora uso vaselina, cuando veo que ya han pasado muchos días, digo: ¡Pucha capaz que me peguen hasta en la nuca! ¡Con otra vieja. Porque ahora lo que he visto es que muchos hombres, conozco muchos, que han dejado a las señoras y se han juntado con estas que vienen del otro país... esas morenas...las colombianas...” (E10, P104, mastectomía parcial)

Por último, una postura crítica al rechazo de la pareja queda retratada por las mujeres entrevistadas, quienes mencionan lo frecuente de la ocurrencia de estos casos, en donde, la pérdida de la mama adquiere una mayor gravedad en función de la influencia que ejerce la pareja respectiva, pues la preocupación central para ellas no es el bienestar propio, sino más bien la reacción de sus maridos ante la pérdida de alguno de sus senos. Esta situación es fuertemente reprobada por algunas mujeres, exhortando a las mujeres que sufren el rechazo de sus parejas a que sean ellas las que concluyan su relación.

“Y pasa mucho, yo lo vi mucho, mucho. Y yo les decía: ¿Cómo vas a preocuparte tanto de tu mama? Y ellas me decían: ¡No pero es que mi marido...! ¡Oye, les decía yo, si tu marido te quiere, te va a querer con mama o sin mama! Y si no... ¡Mándalo a la cresta! les decía yo. Porque es una

persona que no vale la pena. ¿O no? ¿Por qué que le importa más que la enfermedad?” (E9, P132, mastectomía parcial).

En relación al interés sexual luego de la mastectomía, los relatos de las mujeres dan cuenta de que existen factores biológicos y psicológicos que afectan negativamente el deseo de tener sexo. Entre los primeros se reitera la menor lubricación vaginal y anal reconocida por las mujeres, que agregan sentirse “seca”, refiriéndose a un sentimiento de esterilidad e infertilidad que le dificulta experimentar el placer sexual.

“yo antes nunca sufría en la vagina de hongos ni nada, y ahora yo tengo una picazón que de primera creía que eran hongos, y me vieron y no tengo nada, y me dice ella (la matrona) que es de la pastilla. Y en el ano también como que me duele, y de repente como que me pica y me sale sangre... y la matrona me dice que es pura “resequedá”... ¿Sabes qué? Que ahora siento como que estoy “seca” ¿Cómo mujer? No como antes, que tu cuando tení relaciones como que sola te lubricas, y ahora no po’, ahora uso vaselina...”
(E10, P132, mastectomía parcial).

Otro factor biológico que perjudica el interés sexual apunta a la aceleración de la menopausia, hallazgo que queda registrado en los relatos de las mujeres. Tal como se reconoce en algunos de sus discursos, las quimioterapias y radioterapias gatillaron este proceso biológico, determinando una disminución de su apetito sexual.

“Pero lo que me pasó a mí fue que me llegó la menopausia... con las quimio, entonces ahí como que afectó un poco el deseo. Por ejemplo la primera quimio que tuve, ese mes me llegó y después me le cortó... me le cortó un año y medio, y después me llegó dos meses, un mes me le cortó y me volvió a llegar...” (E8, P52, mastectomía parcial).

“Y todo eso influye porque después de las quimio y la radio a ti se te corta todo, te llega la menopausia entonces ya no te llega la “regla” como normal, se acaba todo, el deseo y todo eso. Entonces nosotros conversamos con el doctor, yo le expliqué – estábamos los dos (con su marido)- y el doctor le explicó a él también po’, lo que le pasa a uno cuando le hacen radiaciones,

quimio y todos estos cánceres, al útero... imagínate que está todo ahí delicado, y si tu empiezas a tocar, como a "bombear" claro que duele po', así que al final la mujer no siente nada, no disfrutas"
(E11, P80, mastectomía completa).

Dentro de este mismo ámbito, también se aprecian algunos efectos hormonales que producen los medicamentos que les han sido prescritos a las mujeres entrevistadas, cuestión que les genera infecciones urinarias, bochornos, desregulaciones de la temperatura corporal y dolores al ser penetradas.

"Más que nada el cambio que noté es con las pastillas que estoy tomando. Porque resulta que las pastillas que tomo yo me inhiben de hormonas, entonces tengo problemas como que sufro de infecciones urinarias, sufro con la penetración y esas cosas. Porque cuando es más joven y toma estas hormonas se supone que el cuerpo reacciona de otra manera, pero yo sin las hormonas me cambia por completo, por ejemplo, bochornos y calores"
(E9, P84, mastectomía parcial).

Dentro de los factores psicológicos que inciden en el interés sexual luego de la mastectomía, se encuentra el sentimiento de fragmentación corpórea y la inseguridad frente a la respuesta de la pareja sexual. El primero de ellos se ve ilustrado en una de las mujeres, quien menciona que se auto percibe inhabilitada para tener relaciones sexuales con su esposo, creencia que también se encuentra asociada a la edad adulta que tiene. Esta mujer tiene especial rechazo hacia la penetración, manteniendo otras demostraciones de afecto con su pareja, como lo son besos, abrazos y caricias.

"Porque yo no me siento como para hacer el sexo con mi esposo...Muy importante, aunque como le digo; bueno... por la edad pero igual no estoy tan vieja tampoco (risas), pero igual perjudica, me perjudica. No puedo. O sea, todo lo que sea cariños, abrazos y besos sí. Pero lo otro (sexo) es algo que no puedo, no puedo. Entonces, la verdad que yo digo no, no me siento completa, no, no" (E6, P39, mastectomía completa).

La inseguridad frente a la respuesta sexual de la pareja es expresada también, a través de la inhibición del interés sexual propio que se encuentra vinculada a la postura que asume la pareja en las relaciones sexuales, evidenciando una gran preocupación por alguna muestra de desprecio de parte de su marido.

“...de primera yo decía: ¿Estará haciéndolo para que yo me sienta bien?, ¿Querrá?... ¿No le dará cosa? ¿Le dará nervio o no le dará miedo?...”
(E7, P107, mastectomía completa).

Ahora bien, los sentimientos expresados frente al contacto físico y sexual también se ven condicionados por la mastectomía y sus tratamientos posteriores. Así vuelve a quedar de manifiesto en los relatos de las mujeres, quienes reconocen el dolor que les provoca la penetración debido a la menor lubricación vaginal que poseen actualmente. Por ello, junto con recurrir a la vaselina, muchas veces ha postergado su actividad sexual.

“Yo evitaba tener relaciones porque me dolía. Y él también lo notaba, me decía: ¡Oh como que estai’ seca! Si po’ le decía yo, me duele, me duele... como que me estai’ metiendo un palo en vez de la otra cosa”
(E10, P118, mastectomía parcial).

Por otra parte, las mujeres entrevistadas, reportan un marcado rechazo hacia el contacto físico con el seno que se ha perdido debido al impacto psicológico que le genera el hecho de que sus parejas le toquen esa zona.

“Porque es algo de uno po, y que no me toques ahí, no me toques allá. Y todavía po’, yo estoy como sensible, y le digo que no quiero que me toque ahí, ¡No quiero que me toque en realidad!”
(E11, P97, mastectomía completa).

Junto con lo anterior, también se presenta desaprobación hacia el contacto visual del seno. Lo anterior se manifiesta por la utilización de pijama durante las noches con el propósito de ocultar el seno comprometido de la vista de del marido.

“... pero ahora no, ahora yo me doy vuelta para allá (señala e indica cómo lo hace), de tal manera que mi marido que está acostado no me vea ésta pechuga y me pongo el pijama. Y mi marido me dice: vieja duerme una noche sin pijama. Pero no, yo no puedo...incluso yo me pongo aunque sea la parte de arriba, pero tengo que ponerme algo, tengo que taparme...”
(E6, P154, mastectomía completa).

Al fijarnos en los relatos de las mujeres, se aprecia que se manifiesta un rechazo hacia el contacto físico con su cuerpo en general, lo cual demuestra que la desaprobación estética no se relaciona únicamente con la visualización o el contacto físico de los senos, sino que abarca también el rechazo a nivel corpóreo, a partir de lo cual se entienden las alusiones a la mutilación que dicen sentir las mujeres mastectomizadas.

“Entonces yo rechazaba cuando me iban a abrazar, porque no sé po’ yo pensaba que se iba a notar, cuando estaba con mi esposo no me gustaba sacarme la ropa porque yo no quería que él me viera... Porque no sé po’... me veía extraña, veía que tenía una más grande, decía yo”
(E11, P26, mastectomía completa).

Ahora bien, volcándonos a la esfera de la afectividad, un elemento analizado es el apoyo y comprensión otorgados por la pareja luego de la mastectomía. En este sentido, se pueden apreciar determinadas actitudes que favorecen y desfavorecen el respaldo. Entre las primeras se encuentra la preocupación por el cuidado físico de las mujeres por parte de sus parejas. Así queda de manifiesto en el relato de las mujeres, quienes mencionan que sus maridos tienen especial preocupación por sus medicamentos, cremas y el uso adecuado de su sostén.

“...cuando iba a las radios era el primero que me llamaba ¿Cómo estás? ¿Cómo te fue? Siempre está preocupado de los remedios, de las cremas... él me pone las cremas, me ayuda a desabrochar el sostén. Entonces, todas esas cosas él vive preocupado de eso”
(E9, P96, mastectomía parcial).

“Aparte que me cocía él la fruta, viste que yo no podía comer fruta cruda... y una vez le dije que quería comer palta y fue a cocer una palta po’... quedó re mala la palta... y así po’ (risas)”
(E10, P136, mastectomía parcial).

Otra actitud valorada como un apoyo positivo de parte de las mujeres es el interés por brindar sustento emocional. Así tenemos, que sus parejas se encuentran atentos a sus requerimientos, potenciando su estado emocional y halagando su atractivo físico, aminorando así el impacto generado por la pérdida de su seno.

“Claro, que él es muy preocupado, él yo creo le da una pena enorme porque me fala una pechuga. Pero él me dice: flaquita, si estás bonita. Y según él ahora tengo una pechuga no más... soy mutante (risas). Bueno, harto bonita la mutante me dice él (risas). Pero es re’ amoroso, él me apoya mucho”
(E5, P115, mastectomía completa).

“ Es que los dos somos uno...nos llevamos súper bien, gracias a Dios no tengo ningún problema con él, nada... preocupado de mí, de todo... todo lo que... empezamos de la nada y ahora gracias a Dios tenemos la casa ya completa” (E4, P160, mastectomía parcial).

“...mucho más. El se ha apegado mucho a mi, el ha tenido un cambio pero total, un cambio total en él porque él incluso hasta se pensionó anticipado”
(E6, P47, mastectomía completa).

Es importante destacar que las mujeres entrevistadas, creen que el apoyo que han recibido de parte de sus maridos se relaciona con el temor de éstos a la soledad ante un posible fallecimiento, cuestión que motivaría el sustento emocional que les brindan.

“Por ejemplo cuando yo he conversado así con las señoras, los maridos son comprensivos...O será donde ellos creen que uno se va a morir, a lo mejor es eso también po’ (risas)... porque dicen: ¡Pucha, se me va a morir y voy a quedarme solo! (risas). A lo mejor po’, va por ese lado (risas). Yo digo porque

de por sí el hombre es cobarde, como que no quiere quedar solo. Y yo siempre le he dicho a él, capaz que yo me muera primero. Y me dice: ¡No po' mejor primero que me muera yo po'!" (E10, P134, mastectomía parcial).

"Yo igual lo noté así, se preocupaba incluso más después de la enfermedad, sí... como que tienen miedo de quedar solos puede ser también. Siempre me llevaba a las quimio, a las radiaciones, también a los controles y cuando él no podía por su trabajo me acompañaba mi hija. El siempre me ha acompañado, y pide opiniones para saber cómo es, como funciona y todo"
(E11, P11, mastectomía completa).

Por otra parte, una de las mujeres reportó sentirse agradada por la honestidad de la relación que ha establecido con su pareja posterior a la mastectomía, valorando positivamente que éste no mantenga una actitud de compasión hacia ella debido a la enfermedad.

"...una buena relación. Y si él tiene que discutir conmigo por algo que no le parece, me lo dice. No es de los que ¡Ay, porque está enferma no le voy a decir! Porque conversando las cosas se llega a buen puerto"
(E8, P113, mastectomía parcial).

En cuanto a las actitudes de la pareja que desfavorecen el apoyo y comprensión, es la sobre exigencia del trabajo doméstico y la incomprensión frente a los efectos secundarios de las quimioterapias son los principales elementos que entran en juego.

"Eh... mi pareja trabajando no más. Siempre dice: oye sírveme, sírveme. Claro que cuando yo salgo, ahí me decía: oh que me haces falta. Pero cuando estoy acá, me exige... (risas), que todo lo que hago es poco"
(E2, P97, mastectomía parcial).

El segundo factor es manifestado por las mujeres, quienes dicen que el apoyo y comprensión de su pareja no ha sido el adecuado, pues no empatizan con los efectos secundarios que le producían las quimioterapias.

“Y después que estaba en las quimio... me hicieron todas mal, no hay ninguna que la soporté, ninguna... entonces, tirá' en la cama. Y mi esposo se enojaba po', porque él me quería ver en el sillón, me quería ver haciendo cosas. Y yo no podía po', si las defensas las tenía bajas, bajas, bajas. Pero él no entendía ese proceso... (E9, P23, mastectomía parcial).

PERCEPCIONES ENTORNO A LA REPERCUSIÓN DE LA MASTECTOMÍA EN LA AUTOESTIMA DE LAS MUJERES CON CANCER DE MAMA.

Focalizándonos en la autoestima de las mujeres entrevistadas, un elemento común en el relato de las mujeres es el reconocimiento de que la experiencia vivencial del cáncer de mama ha mermado la valoración propia que tenían hasta antes del diagnóstico. Sin embargo, existen diferencias en relación a la forma en que las mujeres exteriorizan los sentimientos de pesar que perjudican su autoestima, pudiendo identificarse una expresión manifiesta de la pena, una expresión truncada de la pena y una expresión controlada de la pena. La primera de ellas está relatada por las mujeres mastectomizadas, quienes mencionan que el impacto emocional generado luego de la mastectomía se concentró en un período particular, en el cual su vida cotidiana se vio clausurada, enclaustrándose en su casa para sólo dormir o acostarse durante gran parte del día, sin deseos de realizar otras acciones por la tristeza en la que se encontraban. Agregando también en algunas de las mujeres que las ganas de permanecer acostadas e incomunicadas de la vida social se potencian por los efectos de la quimioterapia.

“... estuve más de un mes en que yo... mi vida era día y noche en pijama. Yo no salía a ninguna parte, nada...nada, yo vivía en pijama. Yo en la mañana me levantaba, me duchaba y me ponía otro pijama. Al otro día me levantaba, me duchaba y me ponía otro pijama... todo el día y noche en pijama, porque estaba por allá en el suelo, es que fue para mí demasiado impactante”
(E6, P21, mastectomía completa)

“No po’, ahí tú no tienes ganas de nada, es un tema de que tú pasas encerrada, no quieres salir porque todos los olores te molestan, no te puedes levantar porque no tienes fuerza, yo me daba fuerzas y no podía salir de la pieza, pasaba puro encerrada. Y me hacían quimio todas las semanas y son muy pesadas todas” (E11, P129, mastectomía completa).

Nuevamente debemos evidenciar que este escenario fue descrito con mayor énfasis por las mujeres que presentaron una mastectomía completa, lo cual contrasta con el discurso de algunas mujeres, quienes describen claramente que al

momento de enterarse de que su cirugía implicaba una extracción minoritaria de su seno comprometido, su estado anímico se vio fortalecido.

“...así que cuando me dijeron a mi lo del cáncer a la mama dije: me van a sacar una pechuga...Y dije: si es, tengo que aceptarlo nomás...tendré que comprarme un sostén con relleno, pero como que me costó al principio asimilar que me lo sacaran y que iba a andar con uno, pero después cuando ya dijeron que no... ahí ya volvió el autoestima pa' arriba de nuevo...Gracias a Dios que no fue completa, dije yo.” (E4, P22, mastectomía parcial).

Versiones diferentes manifiestan las mujeres, quienes ilustran una expresión truncada de la pena, pues el hecho de someterse a la intervención quirúrgica genera que sus penas se interioricen, sin manifestarse explícitamente, pese a mantener algunos dolores físicos luego de la mastectomía.

“Y de ahí me derivaron a Viña para que me operaran solo “dos pedacitos” y lo otro quedó normal. Y por ejemplo después de ese día, no lloré más, todo me lo aguanté... por ejemplo si me dolía algo, nada” (E9, P79, mastectomía parcial).

Finalmente, la expresión controlada de la pena está contenida en los relatos de las mujeres, quienes reconocen que se guardaban su pena sin darla a conocer a su entorno cercano con el interés de aparentar que se encontraba emocionalmente estable, y a la vez éstos le reportaran una impresión positiva.

“Si, andaba deprimida. Si, en ese tiempo sí. Pero yo demostraba que no, que andaba bien... quería que me dijeran que estaba bien, pero por dentro no lo estaba” (E1, P86, mastectomía parcial).

“Yo trato de darme ánimo, por ejemplo me preguntan que cómo estoy y yo les respondo: ¡Súper bien! ¡Súper bien! Yo, yo me levanto pero delante de los demás, pero conmigo misma estoy triste, pero para fuera uno puede decir muchas cosas... ¡Súper bien!” (E6, P160, mastectomía completa).

Esto también es reconocido por los profesionales de la salud, quienes reconocen que sus pacientes muchas veces prefieren guardarse los sentimientos negativos que tienen, aparentando estar bien para causar una buena impresión en su entorno.

“...y ahí en ese momento tú ves cosas que no te imaginas, ahí ves que esa mujer que se ve bien, bien pará’, no está tan bien, porque ellas muchas veces proyectan para su familia de que ella está bien, porque las mujeres tenemos esa particularidad, que nos creemos súper héroes”
(E13, P134, Profesional de la salud).

Profundizando en relación al apoyo que brinda la familia y el entorno íntimo, las mujeres abordaron aspectos positivos y negativos. Entre los aspectos bien valorados se encuentra el apoyo emocional, el apoyo económico y el apoyo en la gestión de los cuidados. El primero de ellos es expresado por la mayoría de las mujeres, para quienes el apoyo de la familia, esposo, hijas o hermanos ha sido fundamental como sustento psicológico para sobrellevar su tratamiento.

“He tenido mucho el apoyo de mi familia, de mi esposo, de mis hijas...mucho apoyo, y gracias a eso yo he salido adelante. Porque como le digo, una ayuda psicológica no he tenido de parte de nadie, solamente de mi familia y que gracias a Dios es que yo salí adelante” (E6, P20, mastectomía completa).

“...y ellos cuando me llaman y me preguntan cómo estoy, yo les digo bien, bien les digo yo...contenta. ¡Pero tienes cáncer! Si tengo cáncer pero hasta cuando Dios me diga, que le voy a hacer...así que tengo que estar contenta hasta aquí, mi vida porque tengo 68 años ya cumplidos y soy feliz. Entonces ellos quedan contentos, quedaban admirados, me decían mira yo pensaba que estabas mal, no les decía yo... no estoy mal... estoy bien”
(E2, P95, mastectomía parcial).

“La familia, si mi familia. Yo creo que para mí y para cualquiera, yo creo que cualquier enfermedad, o cualquier cosa, que uno se sienta apoyada por su familia, yo creo que es lo ideal y yo creo que eso influye mucho, mucho. En tu

ánimo y en todo te influye, de la enfermedad en sí para tu salir adelante ¿Me entiende? Para afrontarla”(E9, P127, mastectomía parcial).

En el caso de una de las mujeres entrevistadas, el apoyo de su familia tuvo especial importancia para motivarla a continuar con las quimioterapias posteriores a su intervención quirúrgica, señalando que fueron los deseos de conocer y criar a su nieta recién nacida los que le dieron el impulso para concluir su tratamiento.

“Mire, yo creo que lo enfrenté bien. Porque yo fui bien fuerte para todo, valiente. Porque yo vi muchos casos, que habían personas que decían ¡Hasta acá llego, ya chao! Y no iban más, había personas que no resistían, las quimio no las resistían, no tenían la fuerza ni nada. Bueno que había otras cosas también, porque mi hija estaba embarazada, y ella me decía: ¡Pucha mamá, cómo no vas a conocer a tu nieta! ¡Vamos pa’ arriba! Entonces seguí tirando pa’ arriba. Y en el último mi fuerza me la dio una nietecita chica que nació prematura, nació a los 6 meses, pesaba 600 gramos- dime tú- esa guagüita tuvo la fuerza de resistir, de vivir, ¡Por qué yo una mujer ya vieja y madura no voy a que querer vivir! (risas)” (E11, P132, mastectomía completa).

Para los profesionales de la salud, el apoyo de los familiares es especialmente relevante al momento de la comunicación diagnóstica, pues es un momento en el que el común de las mujeres cae en un shock psicológico que les imposibilita interiorizar las indicaciones que se le deben comunicar.

“Cuando van los familiares es más fácil, porque el familiar la contiene, el familiar entiende, el familiar puede hacerle los trámites; pero muchas veces - por ejemplo yo atiendo con una secretaria, y ella ya sabe ya- pero muchas veces, ella tiene que ir a pedirle las horas de los exámenes a la enferma, y acompañar a la enferma, porque la enferma está bloqueada. Y yo tampoco puedo parar el policlínico porque me quedan 10 enfermas más. Entonces ella va, y les hace... les pide las horas, y la llama por teléfono y tenemos una red de poder apoyarlas lo más posible” (E12, P32, Profesional de la salud).

Es relevante destacar que los profesionales de la salud, mencionan que una falencia importante en relación al apoyo emocional lo constituye la ausencia de un programa estable de salud mental focalizado en las necesidades de las mujeres diagnosticadas por cáncer de mama. Sólo señala que los casos puntuales que tienen un trastorno depresivo severo son los que se derivan a evaluación y tratamiento psicológico.

“Hubo un tiempo un programa que tomaba a todas las pacientes mastectomizadas y les hacía apoyo, que estaba en conjunto con la parte de kinesiología. Funcionó unos 2 o 3 años porque había una psicóloga que había sido contratada para ello, y entre otras labores que ella ejecutaba estaba este programita. Pero se terminó po...entonces en este momento en salud mental no existe un programa que esté orientado a todas las enfermas o que se les de apoyo psicológico, no. Que es necesario yo creo que sí, pero no existe. Entonces yo envío ocasionalmente a alguna paciente que desarrolla algún cuadro depresivo reactivo digamos de esto y que ella lo manifiesta y lo solicita o los familiares, y ahí se envía a salud mental”

(E12, P46, Profesional de la salud).

“Súper, súper necesario... y yo creo que el poli clínico de mamas, debería ser un equipo multidisciplinario, en donde entre esos debiera haber una psicóloga o psicólogo que las evaluara y les diera el apoyo... evaluando también la red que ella tiene, porque en el fondo tú ves que hay mujeres que son... solas, o quedan solas después y no tienen donde no sé po'... hay abuelitas que llegan y vienen acompañadas de la vecina porque están solas, no tienen a nadie y muchas veces el marido las deja” (E13, P22, Profesional de la salud).

Volviendo sobre el rol de la familia, el apoyo económico de parte de ésta queda de manifiesto en el caso de algunas de las mujeres, quienes debieron costearse los gastos de su intervención quirúrgica con los recursos proporcionados por algún familiar. En estos casos, si bien se acogen a las garantías establecidas por el AUGE, al tener una cobertura de FONASA tipo D, existe un copago que deben cubrir con fondos propios.

“Yo por ejemplo me acogí al AUGE, y resulta que mi marido tiene FONASA D, entonces igual debo pagar. Y mi hermano me dijo que cuando me llegara la cuenta, él de alguna manera me va a ayudar a pagar. Entonces no solamente en lo material, sino que en lo emocional, me llaman y todo”
(E9, P119, mastectomía parcial).

El apoyo en la gestión de los cuidados es evidenciado en el discurso de las mujeres, en donde, ellas relatan recibir el apoyo de su esposo y de sus hermanas, expresando incluso sentirse sobre protegida ante el interés de sus cercanos por ayudarla a realizar las tareas más personales, como por ejemplo el bañarse.

“Yo andaba con el drenaje y me lo enganchaba aquí con una cuestión. Y mi marido golpeando que me quería bañar. ¡No! Sergio, si no estoy bien ahí me vas a ayudar. Y a mi hermana le digo lo mismo: ¡Yo puedo sola! Yo puedo. Y que no, que abre la puerta... que yo te ayudo”
(E5, P65, mastectomía completa).

“Si claro, porque mi hija se hizo cargo de la casa los fines de semana ella me llegaba a cuidar a mí, una tía que se portó excelente, que me cuidaba de martes a viernes y el día viernes que llegaba mi hija que me cuidaba hasta el día lunes” (E8, P61, mastectomía parcial).

“De todos, mi mamá y mi pareja; porque mi mamá se levanta y va a dejar a mi hija al colegio, hacen las tareas juntas eh...está en la casa po’, está presente... ordena, yo ahora no puedo moverme mucho porque tengo los dos brazos- éste por la operación, y éste por el catéter- entonces no puedo hacer mucha fuerza, pero ella está pendiente de esas cosas...”
(E7, P182, mastectomía completa).

Sin embargo, también se encontraron impresiones negativas en relación al apoyo familiar, entre ellas el alejamiento de algunos miembros a partir del diagnóstico y una visión lastimera hacia las mujeres mastectomizadas. Una de ellas, menciona que uno de sus hijos al enterarse que ella había sido diagnosticada con cáncer de mamas se alejó

físicamente y no estableció ningún tipo de comunicación con los otros miembros de la familia, pues se negaba a verla sin el cabello.

“Mi hijo de Santiago se perdió sí. Se perdió como 2 meses que no venía, y mi otra hija le preguntó por qué no venía. Y él le dijo que no me quería ver así como estaba “pelá”. Y ahí ella le dijo: ¡No po’ tení’ que venir a verla porque mi mamá puede que le vaya bien o mal en el tratamiento y es importante que la veas ahora viva!” (E10, P149, mastectomía parcial).

La visión lastimera de la familia es retratada también por una de las mujeres, quien percibía negativamente el hecho de que sus hermanas la visitaran, pues tenían una actitud que la hacían sentir moribunda.

“Si, y mi marido me dijo... que él se daba cuenta que yo no les estaba dando espacio a las niñas, a tus hermanas- las niñas les dice él- para que ellas me cuidaran. Porque yo les dije, no po’ yo estoy bien todavía, después vamos a tener tiempo más atrás a lo mejor, todo lo que quieran pero ahora no. Ellas venían, entonces él me dijo que está malo también po’, ¡déjalas! Que demuestren el cariño. Es que yo sé que a ellas les afecta mucho po’, si ese es el problema, que les afecta mucho. Y me afectó más verlas a ellas (sus hermanas), porque de primera me venían a ver y era como que yo me había muerto po’. Entonces les dije: ¡No po’!, si yo voy a estar un tiempo más... (E5, P59, mastectomía completa).

En relación al apoyo brindado por las redes sociales, se pudo encontrar mayoritariamente reforzamientos positivos desde tres actores; las compañeras de trabajo, las amistades y otras mujeres que se encontraban en el mismo tratamiento médico. El primero se manifiesta a través de su trabajo como feriante y valora positivamente la preocupación que demostraban sus compañeros al verla reintegrarse a las labores de su oficio.

“Y cuando llegue a la feria todos así me miraban y me decían ¡y vino a trabajar a la feria! Y yo les decía: ¡Y qué saco con seguir en la casa! Y así la gente siempre me decía: ¿Cómo está?, me alegro que esté bien. Entonces

como que la misma gente te da animo, así que empecé a trabajar no más...”
(E10, P90, mastectomía parcial).

Por otra parte, los vecinos también actúan como un reforzamiento positivo para algunas de las mujeres entrevistadas, que incluso se interesan por las fechas y el tipo de tratamiento que le es dispensado.

“Claro, los vecinos de aquí saben... Me dicen: flaquita: ¡Qué bien! Más tarde va a llegar gente, el de allá (señala sus vecinos)... vienen todos preocupados. Y todos saben cuando yo tengo las horas. Entonces son buenos vecinos, de toda una vida... (E5, P155, mastectomía completa).

Es de igual importancia rescatar el rol que cumplen las pacientes en tratamiento por quimioterapia, pues muchas de ellas expresaron que en las salas de espera se conocen, apoyándose anímicamente a proseguir con el tratamiento. Así lo manifiestan las mujeres, quienes mencionan que todas las mujeres que llegan por este tratamiento al Hospital tienen temores, que luego se van disipando al compartirlos con sus pares.

“Mucha gente que llegaba allá súper asustada, “bajoneada”, “bloquiada” y mucho miedo. ¿En cuál vas tú? Yo voy en la 20, ¡Ah te queda poquitito! Así nos decíamos, y todas contando su experiencia y lo que está tomando...Entonces allá nos complementábamos, conversábamos y aparte que tiene lo mismo que tú, entonces es bueno eso, es bueno
(E9, P125, mastectomía parcial).

Lo anterior también es destacado por los profesionales de la salud, para quienes el hecho de que las mujeres tomen contacto con otras enfermas que pasaron por la mastectomía les permite visualizar en concreto las posibilidades de sobrevivida más allá de la operación quirúrgica.

“A ver, los primeros segundos son los más terribles, después ella cuando ya asume de que tiene la enfermedad, ya empieza a tomar contacto con otras enfermas del mismo policlínico, que ya están operadas y ya están de vuelta, y

que sobrevivieron, y que están de vuelta, están “peladitas” pero están bien ¿Ya? Entonces ella ya empieza a proyectarse y dice: bueno, yo voy a transitar el mismo camino...” (E12, P33, Profesional de la salud).

Sólo se encontró un reforzamiento negativo desde las redes sociales, que queda constituido en el relato de una de las mujeres, en donde, menciona cómo sus amistades cercanas al visitarla fijaban su vista en la mama que le había sido intervenida, actitud que ella interpretaba como un acto morboso ante el cual debía sobreponerse.

“Y se les notaba que estaban como pendientes (hace gesto de mirada en su seno), eso como que me incomodaba porque estaban como tratando de verme. Entonces ahí yo como para bajarle el perfil les decía: esta es la que me operaron (muestra la parte del seno plana), me aplanaba y entonces ahí como que yo las opacaba a ellas” (E7, P43, mastectomía completa).

CAPITULO VIII

ANALISIS DE RESULTADOS

En la sección que se presenta a continuación se realizará la lectura teórica de los principales resultados expuestos previamente. En función de las dimensiones abordadas en nuestra investigación, las implicancias de la mastectomía por cáncer de mamas han sido situadas en ámbitos tales como la imagen corporal, la sexualidad, afectividad y la autoestima de las mujeres que han sido mastectomizadas por un cáncer de mama. El análisis de los resultados será descrito por cada objetivo específico propuesto.

PERCEPCIONES ENTORNO A LA IMAGEN CORPORAL DE LAS MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA.

En relación al primer ámbito, que corresponde a la imagen corporal, se hace evidente la influencia que tiene el entorno social y cultural sobre la percepción que tienen los individuos sobre su cuerpo. Los resultados que emergen de las entrevistas a las mujeres en estudio, ilustran claramente que la mastectomía se constituye en un procedimiento médico que tiene repercusiones más allá del bienestar biológico de los individuos, generándoles un alejamiento de los estereotipos socialmente construidos de la belleza del cuerpo humano, lo cual también se respalda por los resultados obtenidos de los relatos de los profesionales de la salud en éste tema. Lo anterior, se evidencia en la literatura, en donde se describe que los parámetros culturales generan estereotipos en relación a la imagen ideal, que incluye una determinada concepción sobre la belleza socialmente deseada, que es internalizada y naturalizada por los sujetos, provocando grados variables de satisfacción de acuerdo a la cercanía o lejanía de tales estereotipos. Además Goffman, declara que desde la perspectiva de la construcción social, la imagen se elabora en base a parámetros culturales que denotan el rol y el estatus de los individuos frente a las distintas circunstancias de la vida. Dichos parámetros se han incorporado y naturalizado debido a que se ha llegado a consensos sociales respecto de

los conceptos de belleza y lo femenino. Por otra parte, algunas de las entrevistadas declaran cierta disconformidad con su cuerpo, manifestada en alusiones hacia un supuesto sobrepeso o piernas delgadas, tendencia que se acentúa cuando entra en juego la extirpación de una mama. Esto se evidencia en estudios que describen que los medios masivos de comunicación se convierten en actores que motivan el deseo de los individuos a seguir los patrones establecidos de belleza.

Ahora bien, la verbalización efectuada por parte de las mujeres participantes del estudio en relación a la idea de mutilación, tiene repercusiones sobre la definición con la que éstas asocian su cuerpo luego de la mastectomía. De este modo, la mutilación expresada por las mujeres durante el trabajo de campo realizado, conlleva a que el esquema corporal tiene como trasfondo una idea del cuerpo humano faltante, incompleto, inacabado y/o accidentado, muy determinado a la vez por un sentimiento de minusvalía, lo cual se encuentra respaldado también por los profesionales de la salud quienes relatan el concepto de la mutilación asociado a la extirpación del seno y la manera de cómo les afecta a las mujeres, haciendo diferencia que en la mastectomía total existe un mayor impacto en comparación con la mastectomía parcial. Lo descrito es explicado por la literatura al definir los esquemas corporales como la idea subjetiva y cambiante que tienen los individuos respecto a su cuerpo. Otros autores, plantean que este fenómeno opera de manera diferencial entre hombres y mujeres, pues en el caso de estas últimas existe una identificación más aguda con el cuerpo.

Lo anteriormente descrito también, es posible apreciarlo en los resultados que fueron reportados, a través de expresiones que relacionan el seno con una característica exclusiva de lo femenino, dicho fenómeno también es relatado por los profesionales de la salud reafirmando la apreciación de las mamas por parte de las mujeres, como componente primordial de la feminidad. Butler, declara que indudablemente la feminidad se encuentra vinculada a la imagen corporal, es por ello, que los ideales que atrapan la imaginaria norma del cuerpo femenino, son responsables de la vergüenza y pudor de las mujeres al perder un seno y enfrentarse a la sensación de ser “menos mujer” una vez realizada la mastectomía. La pérdida del seno representa una muerte simbólica en un trozo de significación de sí misma, de la feminidad y junto con ello la representación de la belleza como constructo social.

En relación a la imagen corporal, desde los resultados obtenidos se desprende que la mastectomía incide en un deterioro grave de la percepción que tienen las mujeres de su capacidad para considerarse atractiva. En efecto, el uso de maquillaje, la renovación de la vestimenta, o el empleo del pañuelo en la cabeza tienen el propósito de atenuar esta merma que experimentan del atractivo físico. Esto se afirma con Melet, quien describe que la imagen corporal también está relacionada con la autovaloración del atractivo físico. Por otro lado, Fernández declara que la mastectomía se visualiza como una afrenta a la imagen corporal, considerando la pérdida del seno como un atributo físico difícil de disimular, presentando cambios en el tipo de vestuario a utilizar, que en el caso de algunas entrevistadas se evidencia absteniéndose de usar vestuario que pueda visibilizar la cirugía. A la vez, cobra sentido la evitación que presentaron algunos casos en relación a tocar o mirar el seno intervenido por la cirugía, lo cual se respalda a través de los discursos por parte de los profesionales de la salud y también se evidencia en la literatura en donde se declara que pueden aparecer sentimientos negativos cuando las mujeres luego de la mastectomía se reflejan frente a un espejo, lo cual en general se evita, e indudablemente el no mirarse, el no dejar que otros la miren incide en lo manifiesto por las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

En los resultados obtenidos, se aprecia el hecho de que son las mujeres que sufrieron una mastectomía completa quienes tienen más dificultades para resignificar su cuerpo actual con atributos positivos. Y es donde también existe un mayor rechazo a establecer contactos visuales o táctiles con los senos mastectomizados. Autores plantean que es posible confirmar la emergencia del proceso de resignificación que presentan los individuos ante cambios agudos en su imagen corporal. La resignificación de la imagen corporal se estructura en función tanto del significado que el individuo le atribuye a las pérdidas de su cuerpo, como a los resultados actuales. En consecuencia, los rastros, cicatrices, colores y/o texturas, son aspectos que determinan la concepción que se genera sobre el cuerpo actual.

PERCEPCIONES ENTORNO AL ÁMBITO DE LA SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA.

Ahora nos centraremos en el análisis de los resultados obtenidos en la segunda dimensión de nuestro objeto de estudio, que corresponde al ámbito de la sexualidad y afectividad de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

En relación a éste ámbito a analizar, en primer lugar, se vuelve evidente en los resultados que la mastectomía, junto con afectar un órgano exterior del cuerpo humano, incide sobre un símbolo de la feminidad que está socialmente construido sobre la creencia de que el seno es un elemento propio y exclusivo de las mujeres, que determina su identidad de género y además está asociado a una idealización de la maternidad, entre otras percepciones relatadas por las mujeres inmersas en la investigación. En segundo término, la capacidad erótica también se ve incidida por la mastectomía, a través de factores físicos como psicológicos. Entre los primeros, las mujeres entrevistadas destacan el impacto de la menor lubricación vaginal, la aceleración de la menopausia y los cambios hormonales asociados a partir de la mastectomía y sus tratamientos sistémicos posteriores. Si bien estos síntomas tienen una explicación primordialmente biomédica, tienen implicancias que van más allá de este ámbito, pues son interpretadas por las mujeres como obstáculos que inhiben su deseo sexual. Por otra parte, entre los factores psicológicos se encuentran la inseguridad de la respuesta sexual de la pareja y un sentimiento agudo de mutilación corporal. Este último es el factor que causa el mayor conflicto a las mujeres entrevistadas en relación a la práctica sexual.

Cabe mencionar, que si bien el segundo objetivo específico incluye las percepciones de las mujeres mastectomizada por cáncer de mama en el ámbito de la relación de pareja, que incluye la sexualidad, aparecen algunos discursos de las mujeres entrevistadas que asocian los cambios en la esfera sexual con los tratamientos médicos posteriores (quimioterapia, radioterapia y terapia hormonal), y no directamente con la mastectomía, ya que, algunas de las mujeres ya están o estuvieron con los tratamientos médicos mencionados y además, porque existe un temor a hablar de la sexualidad por parte de algunas de ellas, relatando temas de sexualidad pero en las otras mujeres, esto fue evidenciado en los aspectos no verbales de la comunicación, en donde, las mujeres

evitaban los relatos en este tema. Esto coincide también con lo que describen los profesionales de la salud, ya que, ellos relatan que en los controles las mujeres no hablan de la sexualidad e incluso evitan el tema, son escasas las que sí lo hacen. Todo lo mencionado con anterioridad se argumenta en la literatura con tres potencialidades correspondientes al modelo de los holones sexuales de Rubio, que son el género, el erotismo y la vinculación afectiva.

Finalmente, la vinculación afectiva se constituye en un área en dónde es posible apreciar las principales repercusiones en los tres ámbitos anteriores. En este caso, la posibilidad del rechazo por parte de la pareja sexual es reconocida por la mayoría de las entrevistadas. Si bien ninguna de ellas explicitó que la pareja propia haya experimentado un rechazo, se pudo constatar el escenario en el que es la propia mujer quien incentiva a su pareja a que éste se aleje de ella, terminen su vida afectiva, y mantengan un contacto a la distancia. Lo anterior indica claramente que los estereotipos de géneros se encuentran fuertemente naturalizados y no se concentran únicamente en las visiones que presentan los varones, sino que muchas veces son potenciados desde las mismas mujeres en su calidad de madres y/o parejas. Así, esta naturalización del estereotipo de la mujer como fuente de placer para el hombre valida la postura de ésta en relación a justificar el alejamiento de su pareja, entendiendo que la extirpación de su seno la inhibiría de cumplir a cabalidad las exigencias impuestas por su rol. Las estrategias implementadas por las mujeres entrevistadas para atenuar los efectos de la mastectomía, evitando que su pareja le sea infiel a partir de éstos, también valida el asidero de nuestra observación.

Este análisis sobre la dimensión de la relación de pareja en ámbitos de la sexualidad y afectividad, también está respaldado por la bibliografía, pues estudios realizados en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama declaran que las principales incidencias negativas de la mastectomía sobre la sexualidad son la manifestación biológica, la mutilación corporal, el componente mental y la pérdida afectiva.

PERCEPCIONES ENTORNO A LA REPERCUSIÓN DE LA MASTECTOMÍA EN LA AUTOESTIMA DE LAS MUJERES CON CANCER DE MAMA.

Ahora bien, finalmente nos referiremos al análisis de los resultados dentro de la dimensión de nuestro objeto de estudio, considerando las repercusiones de la autoestima en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama.

Desde los resultados presentados se desprende que la mastectomía a raíz del cáncer mamario tiene un efecto negativo sobre el autoconcepto, que se relaciona con dos ámbitos: primero, el sentimiento de mutilación corpórea, deformidad y de cercanía con la muerte; y segundo, la corrosión de la imagen idealizada del pecho, concebida socialmente como sinónimo de maternidad, feminidad y erotismo. De acuerdo con lo planteado en la literatura, esta problemática se relaciona tanto con la imagen corporal como con el autoconcepto que presentan los individuos de sí mismos, siendo este último un atributo eminentemente valorativo.

De acuerdo a los hallazgos presentados, la verbalización de los sentimientos generados a partir de la mastectomía en relación a un trauma, con muchos miedos y temores acompañados de un agudo sentimiento de pena y tristeza, nos lleva a suponer que el procedimiento médico acarrea un deterioro de la autoestima. Este escenario fue descrito también por el personal de salud entrevistado, especialmente refiriéndose al momento de la comunicación diagnóstica, especificando que se produce un mayor daño emocional en el caso de las mujeres que fueron sometidas a una mastectomía total de la mama. El reporte de algunas de las entrevistadas en relación a la clausura de los vínculos sociales, el deseo de aislarse de las relaciones sociales, el resistirse a mantener su vida cotidiana normalmente, también confirman este deterioro que produce la mastectomía sobre su autoestima. También en esta dimensión es posible reflexionar en torno a los aportes conceptuales de Tajfel y Turner, desde la perspectiva de la Teoría de la Identidad Social, en donde, para estos autores, el autoconcepto de los individuos está vinculado a la permanencia de grupos sociales en los que se encuentran insertos. De ahí que podamos entender que la mayoría de las entrevistadas siente apoyo desde los grupos sociales más próximos; tanto la familia más cercana (pareja, hijos, hermanas), amistades y compañeras de trabajo. También cobra sentido la fuerte

valoración que tiene el sustento brindado por las pacientes del Servicio de Oncología que se van conociendo a lo largo del tratamiento. A diferencia de los anteriores grupos humanos, en este caso se trata de uno que no existía en la vida de las mujeres previo a la cirugía, al que se van insertando progresivamente durante el tratamiento médico luego de la mastectomía. Los principales atributos positivos asignados a este grupo tienen que ver con el conocimiento médico que comparten sobre las implicancias del diagnóstico, la motivación para continuar con las quimioterapias, y la ayuda emocional ante eventos penosos como el abandono familiar o de sus parejas. Las recomendaciones para mejorar el atractivo físico también es una cualidad muy bien valorada por las entrevistadas en relación a este grupo social. En consecuencia, podemos confirmar lo que dice la Teoría de la Identidad Social expresada por estos autores, observando un mejoramiento de la autoestima cuando las mujeres establecen vínculos sociales con otras que se encuentran en situaciones similares.

No obstante, si bien hubo entrevistadas que no percibían necesario un apoyo psicológico profesional que les ayudara a sobrellevar las implicancias de la mastectomía y del tratamiento médico posterior, esta percepción es contrastante con lo planteado por las profesionales de la salud que fueron consultadas. Según la experiencia laboral de estas últimas, aquello se vuelve necesario, no únicamente en los casos puntuales de pacientes que presentan casos depresivos previos, sino que debiese convertirse en un apoyo emocional permanente durante el período posterior a la cirugía, entendiendo que el concepto de salud es holístico y complejo, y tiene una dimensión biológica, psicológica y social. De aquello, podemos inferir que un programa que tuviese la cualidad de incluir terapias grupales entre las mujeres, tendría el efecto de potenciar el bienestar emocional que las pacientes reportan cuando se insertan a este grupo de modo informal y espontáneo. Esta tendencia también es reconocida en la bibliografía consultada, en donde se señala que un tratamiento psicológico en el caso de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama ayuda a la aceptación de la nueva condición de salud, permitiendo reencontrarse con la nueva imagen corporal y a valorarse en los distintos ámbitos de la vida, integrando la enfermedad y sus consecuencias como parte de su historia de vida, lo cual permitirá en algún momento consolidar su bienestar psicológico.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

Respecto del primer objetivo de esta investigación que corresponde a describir las **percepciones de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama en relación a su imagen corporal** se puede concluir efectivamente que existen según los resultados obtenidos, un fuerte impacto en la imagen corporal de las mujeres en estudio.

Cabe mencionar que las percepciones de las mujeres en relación al ámbito de la imagen corporal asociadas a la mastectomía, son subjetivas, por tanto, la pérdida del seno y la manera de afrontar la situación se vivirá como una experiencia única y personal, considerando la relevancia sociocultural otorgada a las mamas tanto por la mujer como por la sociedad, lo cual evidencia que las mamas son un símbolo propio y visible de la identidad femenina y que cumple diversas funciones entre las que destaca en el ámbito de la imagen corporal la función identificadora, constituyendo un esencial símbolo de feminidad.

Al analizar los relatos de las mujeres en estudio se pone en evidencia los alcances en la feminidad, lo cual puede ser explicado desde la perspectiva de la Identidad Social, en donde la autoimagen es uno de sus componentes, que en el caso de las mujeres en estudio se encuentra afectada por la mastectomía. Sin embargo, existen diferencias según el tipo de mastectomía y la edad.

En aquellas mujeres con mastectomía total, se evidencian mayores dificultades en la autoimagen y en los sentimientos generados por la cirugía, que en aquellas que sólo es una mastectomía parcial.

Por otro lado, existen diferencias según la edad de la mujer, ya que, en algunas mujeres jóvenes, menores de 50 años, se evidencia más la preocupación estética, y la manera en que afecta la pérdida de un seno. En cambio en las mujeres mayores de 50 años, en general se evidencian más recursos adaptativos de tipo psicológico para enfrentar la pérdida del seno, aunque también existen sin dudas

alcances en su feminidad. Todo lo cual, fue descrito también por los relatos de los informantes claves.

En relación al segundo objetivo, que corresponde a indagar la **percepción de la relación de pareja en el ámbito de la sexualidad y afectividad** en mujeres que han sido mastectomizadas por cáncer de mama. También se concluye que existen influencias de la mastectomía en dichos aspectos.

En las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía por cáncer de mama, la actividad sexual, asociada al interés sexual luego de la cirugía, en general se encuentra disminuida, lo cual se relaciona tanto a dificultades físicas como psicológicas. Aunque, dado los resultados obtenidos se evidencia que existen diferencias en el ámbito de la sexualidad dependiendo del tipo de mastectomía. En el caso de la mastectomía total, existen preocupaciones asociadas a sentimientos generados frente al contacto físico y sexual, lo cual está dado por inquietudes surgidas por la pérdida del seno considerada una parte erotizada de la mujer, que ya no está presente.

El tener un cáncer de mama puede llevar a quebrar relaciones de pareja, quedando las mujeres en algunas ocasiones en situación de soledad. Sin embargo, algunas mujeres están en permanente acompañamiento de sus parejas, lo cual evidencia un mayor fortalecimiento del vínculo afectivo desde un enfoque de pareja.

Se puede concluir con respecto al tercer objetivo, que es **conocer desde la perspectiva de las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama las repercusiones de la cirugía en su autoestima**, considerando la autovaloración y la valoración del entorno. Desde la mirada de la teoría de Identidad Social, tenemos la autoestima considerada parte de la autovaloración, que se refiere a como valoro el pensar, actuar y sentir, luego de la mastectomía. En este aspecto, las mujeres mastectomizadas reflejan la percepción evaluativa del sí mismo, y como implica una actitud positiva y negativa hacia la enfermedad y la cirugía. En general, las mujeres en estudio presentan una disminución de la autovaloración comparada con el período antes del diagnóstico de cáncer de mama, sin embargo, se presenta en general un fortalecimiento de la valoración del entorno.

La autoestima responde a un proceso psicológico, que cobra una real importancia cuando se presentan situaciones como es un cáncer de mama, generando un estado de crisis y poniendo a prueba todos los recursos adaptativos de la mujer. Si bien este proceso de enfermedad desencadena una serie de manifestaciones psicológicas configurando un proceso de duelo, por la pérdida de una mama, no existen grandes diferencias según el tipo de cirugía en las mujeres del estudio.

CAPITULO X

SUGERENCIAS

- ✚ A nivel MINSAL, sería primordial que las garantías explícitas en salud expuestas en el listado de prestaciones de salud dirigidas a mujeres con cáncer de mama en el área psicológica se cumplieran, ya que, a nivel local no existen dichas prestaciones, sólo en algunos casos puntuales.
- ✚ La formación de un equipo multidisciplinario en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital San Martín de Quillota, para la atención integral e idealmente realizada de forma grupal en las mujeres que padecen cáncer de mama desde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, puesto que los pares actúan como un refuerzo positivo al autoestima según los resultados obtenidos.
- ✚ Con el objetivo de entregar una mejor atención a las mujeres que padecen un cáncer de mama, se hace necesario que exista un fortalecimiento de los equipos de salud que trabajan con éstas mujeres, ya que, evidentemente las situaciones generadas por las mujeres afectan a los profesionales que las atienden generando un impacto emocional importante en ellos por las diversas circunstancias de vida de las mujeres que son atendidas.
- ✚ Desde la perspectiva de género, es importante considerar en la atención clínica y psicosocial a las parejas de las mujeres que pasan por este proceso de enfermedad, debido a que constituyen una parte importante para el mejoramiento progresivo y consecuente bienestar psicológico.
- ✚ Fortalecer la investigación cualitativa de fenómenos en salud que experimenten un alto contenido emocional, ya que, permite conocer aspectos que no son evidenciados en otros tipos de estudio, como son las percepciones que los individuos le otorgan a un determinado fenómeno vivido.

✚ Es menester diseñar políticas públicas que vayan dirigidas a este sector de la población femenina, planes de desarrollo que enfoquen la atención requerida y brindada de un modo integral, considerando el ámbito psicológico y social de la mujer que padece un cáncer de mama, pues no se debe descuidar que la salud por definición posee características multidimensionales y por tanto, una atención equilibrada de dichos aspectos sería lo ideal. Reforzando lo anterior, resulta necesario e imprescindible un programa de ayuda multidisciplinario dirigido a éstas mujeres, como refieren que hubo en algún tiempo en dicho establecimiento.

CAPITULO XI

BIBLIOGRAFIA

1. Willet W, Rockhill B, Hankinson S y cols: Epidemiología y causas no genéticas de cáncer de mama. En: Harris J. et al. Enfermedades de la Mama, 2º Edición 2000; (IV):175-220.
2. MINSAL, Instituto Nacional del Cáncer. Servicio de Salud metropolitano Norte, Santiago de Chile, 2014.
3. Sociedad Americana del Cáncer: Hechos y cifras 2015. Atlanta, Ga cáncer: La sociedad Americana del Cáncer, 2015.
4. Ministerio de Salud. Guía Clínica Cáncer de Mama, Santiago: MINSAL, 2011.
5. Alfonso Fernández-Cid Fenollera, Algunas curiosidades médicas mamarias en el arte. Barcelona. España. 1937.
6. Fullola JM, Gurt JM. La prehistoria del hombre. Salvat. Barcelona, 1985.
7. Berger J. La Virgen Maria de medio cuerpo amamantando al niño Jesús. Alberto Durero. Madrid, 2003.
8. Mauss, Marcel. " Técnicas y movimientos corporales". En sociología y antropología. Madrid: Tecnos, (1991).
9. Bello M. A. Aspectos psicoantropológicos en la mujer con cáncer de mama. Rev. Cuadernos de Cirugía (Chile). 1998; 82-89.
10. Bertalanffy, L.: Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Fondo de cultura económica. México, 1995.
11. Bredin, et.al. Mastectomy, body image and therapeutic Message. Journal of Advanced Nursing 1999;29
12. Soler, C. Lo que Lacan dijo de las mujeres. Buenos Aires: Paidós. (2010).
13. Butler, J. Cuerpos que importan. España. Paidós.(2008).
14. Butler, J. Deshacer el género. España. Paidós.(2006).
15. M. C. Lizeth Capullín Arellano. Un desafío a la feminidad:el cáncer de mama. International Journal of Good Conscience. Vol. 9. Número 1. Mexico.2014.
16. Goffman, Erving. La ritualización de la feminidad. En los momentos y sus hombres. Barcelona: Península. 1991.

17. Dolto, F. La imagen inconsciente del cuerpo. España. Paidós. (2010).
18. Banfiel S y Mc Cabe M (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37, 373-393.
19. Douglas, Mary (1979). "Do Dogs Laugh". A Cross Cultural Approach to Body Symbolism". En Douglas, M. (comp.). *Implicit Meanings: Essays in Anthropology*. Londres: Routledge.
20. Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad*. 14ª edición, siglo XXI. Editores S.A., México.
21. Merleau-Ponty, M. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona, Planeta. (1985).
22. Calaf, M., León, M., Hilerio y Rodríguez, J. Inventario de imagen corporal para féminas adolescentes (IICFA). *Revista interamericana de Psicología*, 39, 347-354. (2005).
23. Tseelson, E. *The Masque of Feminity*: Londres: Sage. (1997).
24. Almanza-Muñoz JJ, Holland JC. Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología* 2000; 46:196-206.
25. Williams R. *Cómo dar las noticias*. *Oncología*, 2005 vol.50.
26. Bowlby J. *El Apego y la Pérdida: La pérdida*. Barcelona: Paidós Psicología Profunda, 1997.
27. Cabodevilla I. Las reacciones de duelo En: Die Trill M. (eds) *Psicooncología*. Ades Ediciones, 2003.
28. *Fundamentos de enfermería en salud mental*. Morrison Michelle, Editorial Harcourt Brace, Madrid, 1999. Morrison, 1999
29. Haber S. *Cáncer de Mama. Manual de tratamiento psicológico*. Barcelona: Ed. Paidós; 2000.
30. Anderson, M.S. y Johnson, J. (1994). Restoration of body image and self-esteem for women after cancer treatment. *Cancer Practice*, 2, 345-349.
31. Sebastián, J., Bueno, M. J., Mateos N. *Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. (2002).
32. Melet Argelia. Después de la mastectomía. La Calidad de vida. *Rev. Venez. Oncol.* V.17 (2): 115-119. (2005).
33. Fernández, A. I. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1, 169-179. (2004).

34. Lévinas, Emmanuel. De la existencia al existente. Arena Libros. (2006).
35. Porzecansky Teresa (comp.). El cuerpo y sus espejos. Montevideo. Uruguay:Grupo editorial Planeta (2008).
36. Michel Henry. Filosofía y fenomenología del cuerpo. Salamanca, 2007.
37. Cardenal, V" y Fierro, A. Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piersw-Harris. Estudios de Psicología 24, 101-111. (2003).
38. Rosenberg, M. Self-concept from middle childhood through adolescence. En J. Suls, y A.G. Greenwald (Eds), Psychological perspectives on the self (Vol 3, pp. 107-136). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. (1986).
39. Parra, A., Oliva, A., y Sánchez-Queija, I. Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. Anuario de Psicología, 35, 331- 346. (2004).
40. Roca, M. A.;Vega,R.,Zaldivar,D. Psicoterapia general. La Habana. 2004.
41. Tajfel, H., Flament, C., Billing, M., & Bundy, R. P. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. European Journal of Social Psychology, 1, 149-177.
42. Turner, Bryan. El cuerpo y la sociedad: exploraciones en la teoría social. México :FCE. (1989).
43. Castillo, Z., Guerra, V., Gómez, I.,. El apoyo familiar y la autovaloración en la sobrevivida del paciente con cáncer de mama. Revista Medicentro Electrónica 15(1):3. (2011)
44. Del Pilar M. Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. Rev. Perinatol. Reprod. Hum. Vol. 21 N°2 (2009).
45. Brachfeld, F. Los sentimientos de inferioridad. Editorial Diana. México. (1953).
46. Zabora J. Prevalencia de los trastornos psicológicos por el sitio del cáncer. Diario de Oncología Psicosocial, 2001;10:19-23.
47. Miccio, Patricia. Actitud y aceptación para enfrentar la enfermedad. Edit. Bonum. Buenos Aires, 2006.
48. Knapp, E. Psicología de la salud. La habana. Editorial Félix Varela. 2005.
49. Dabrowski M, Boucher K, Ward JH, et al: Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cáncer patients. J. Natl. Compr. Canc. Netw. 2007.
50. Lazarus R. y Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
51. Ellis Albert. Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao esclée de Brouwer, 1980.

52. Rincón M., Pérez M., Borda M. y Martín A., Univ. Psychol. Bogotá, Colombia Vol. 11 N°.1 p. 25-41. (2012).
53. Mock, V. Body image in women treated with breast cancer. *Nursing Research*, 42, 153-157. (1993).
54. Bostwick J. Reconstrucción después de la mastectomía. Vol. 5. México:McGraw-Hill In ter Americana, 1990.
55. Ministerio de Salud. Listado de prestaciones específicas anexo decreto régimen de garantías explícitas en salud. (2010).
56. Escudero FJ, Oroz J, Pelay MJ. Reconstrucción de la mama tras mastectomía. *An Sist. Sanit. Navar.* 1997; 20: 325-336.
57. Wilkins EG, Cederna PS, Lowery JC, JA Davis, Kim HM, Roth RS et al. Análisis prospectivo de los resultados psicosociales en la reconstrucción mamaria: resultados postoperatorios un año a partir del Estudio de Resultado Reconstrucción Mamaria Michigan. 2000.
58. *Revista Cubana de Oncología.* La sexualidad en pacientes con cáncer. algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Vol.15 N°1. 1999.
59. Cerviño, M., Hernández, G. ,Moruno, T. ,Varilla, M., Lorenzo, A. y Blaya, R. La sexualidad humana. España. 2009.
60. Osborne R. y Guash O. *Sociología de la Sexualidad.* CIS. Madrid. España. 2003.
61. Rubio E. Introducción al estudio de la sexualidad humana de la antología de la sexualidad humana, Consejo Nacional de la Población y Miguel Angel Purrua, México, 1994.
62. Conway, Bourque y Scott. *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual.* PUEG Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa México, 2000.
63. Carrobes JA, Sanz A. Clasificación de los problemas sexuales. *Terapia sexual.* Ed. Universidad Empresa. Madrid, 1998; 25-55.
64. Amsterdam A y Krychman ML. La disfunción sexual en pacientes con neoplasias ginecológicas: un estudio piloto retrospectivo. *J Sex Med* 2006;3:646-649.
65. Schover LR, Schain WS, Montague DK. Psychologic aspects of patients with cáncer: Sexual problems in patients with cáncer. *Clinical oncology: A multidisciplinary approach*, 2 ede. New York: American Cancer Society, 1989.
66. Zung WW. Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En: Sartorius N, Ban TA (eds.). *Assessment of depression.* Berlin: Springer-Verlag y W.H.O, 1986; 221-231.

67. Silberberg E, Lubera J. Cancer statistics 1986; 36: 9-25. Citado por: Becín Diep R, Ugarta F. Efectos de algunos fármacos e intervenciones quirúrgicas en la vida sexual. En: Antología de la sexualidad humana. México: Porrúa; 1998.
68. Arango AL, Botero B, Ossa LM. Algunos cambios en la calidad de vida manifestados por varias pacientes con cáncer de mama usuarias de la EPS. Seguro Social Medellín. Universidad Javeriana- Universidad de Antioquia 1998.
69. Fernández S., González, Múnera G. La sexualidad en pacientes con cáncer de mama o cérvix sometidas a tratamiento quirúrgico. Publicado revista colombiana de obstetricia y ginecología, Medellín, Colombia.1999.
70. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with breast cancer about sexual issues. Br J Cancer, 2003.
71. Zeolla, h. Rehabilitación psicofísica de la operada de mama. Celam. Buenos aires 1980. Citado por Pierre Thomas Claudet y Flory Saborío Hernández en: Consecuencias psicoafectivas y sociales del cáncer de mama y de la mastectomía.
72. Fleitas Amaro, M. Cáncer de mama: mastectomía y sexualidad. (Monografía Internet) Montevideo, Facultad de Psicología: 2014 (citado: 2015) 43 p.
73. Congreso La lucha contra el Cáncer. Madrid. España. Dpto. de Programas, INOR, C. Habana (1999).
74. Ganz, P. (1998). Vida después del cáncer de pecho: calidad relativa a la salud de las mujeres que entienden de la vida y del funcionamiento sexual. J Clin Oncol 16 (2): 501-14.
75. Friedman, L.C., Baer P. E., Nelson, D. V., Lane, M. Y Cols. (1988). Women with breast cancer: perception of family functioning and adjustment to illness. Psychosomatic medicine, 50 (5), 529-40.
76. M.L. Vásquez, M.R.Ferreira, A.S.Mogollón, M.J.Fernández, M.E.Delgado, I.Vargas. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud.2006.

CAPITULO XII

ANEXOS

ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Marcia Castillo Suárez, Matrona Jefe de la Unidad Maternal del Hospital La Calera. La meta de este estudio es analizar las percepciones de las mujeres que han sido mastectomizadas por cáncer de mama, en cuanto a su imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima, pertenecientes a la Unidad de Patología Mamaria del Hospital San Martín de Quillota, atendidas durante el período Enero – Diciembre 2014.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista diseñada para cumplir los fines y objetivos de la investigación. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, el registro de la grabación será destruido.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de

las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Marcia Castillo Suárez. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es analizar las percepciones de las mujeres que han sido mastectomizadas por cáncer de mama, en cuanto a su imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima, pertenecientes a la Unidad de Patología Mamaria del Hospital San Martín de Quillota, atendidas durante el período Enero – Diciembre 2014.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Marcia Castillo Suárez al teléfono 85553535 o vía correo electrónico a marcastisu@hotmail.com.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Marcia Castillo Suárez al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 2.

GUIÓN DE ENTREVISTA A LAS MUJERES

EDAD	
FECHA	
LUGAR	
HORARIO	

Saludo

Buenas tardes mi nombre es, en el contexto de la investigación a realizar sobre mujeres mastectomizadas controladas en la unidad Patología Mamaria del Hospital de Quillota, en relación a temas de imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima, le proponemos abordar una conversación sobre su percepción en los distintos ámbitos mencionados. La presente entrevista tendrá una duración aproximada de 20 a 30 minutos, la cual será utilizada como fuente de información para nuestra investigación, pero dentro de lo cual sus datos personales permanecerán confidenciales y su identidad se mantendrá en el anonimato. La entrevista se registrara mediante una grabadora y antes de llevarla a cabo tendrá la posibilidad de aceptar estas condiciones o no a través del consentimiento informado (**firma del consentimiento informado**).

Ámbito: Imagen Corporal.

Guión de Entrevista	
1	Cómo viviste la experiencia del cáncer de mama en tu cuerpo?
2	Qué sientes al mirarte desnuda frente a un espejo?
3	Cómo percibes hoy tu atractivo físico?
4	Cómo te sientes físicamente ?
5	La posibilidad de una reconstrucción mamaria o uso de prótesis que importancia tendría para tu imagen corporal ?
6	Que sentimientos surgen a raíz de la pérdida de la mama?
7	Cómo te sientes hoy con tu cuerpo?

Ámbito: Sexualidad.

Guión de Entrevista	
1	Cómo vivencias la intimidad con tu pareja?
2	Hubo algún cambio en tu vida sexual después de la mastectomía?
3	Cómo percibes el interés en el ámbito sexual por parte de tu pareja?
4	Que sentimientos experimentas cuando existe el contacto físico y sexual con tu pareja?
5	Cómo percibes ahora la relación de pareja, en cuanto al apoyo y comprensión?
6	Cómo percibes ahora la relación de pareja, en cuanto a la comunicación?
7	Cómo sientes la expresión de afecto por parte de tu pareja?

Ámbito: Autoestima.

Guión de Entrevista	
1	¿Cómo percibes tu autoestima luego de la mastectomía?
2	¿Cómo sientes que enfrentas las dificultades que surgen después de ésta experiencia vivida?
3	¿Cómo sientes que te valora tu familia?
4	¿Cómo sientes que te valora tu entorno cercano? (amistades, compañeros de trabajo, etc)
5	¿Cómo percibiste el trato otorgado por los distintos profesionales de la salud que intervinieron en su proceso de enfermedad, tratamiento y rehabilitación?
6	En general, ¿Durante todo el proceso vivido cuáles fueron los apoyos considerados más significativos para ti?

Cierre: Con esto la entrevista se da por finalizada, se agradece la información brindada, la cuál será de gran utilidad para nuestra investigación. Le reitero la confidencialidad de sus datos e información. Se procede a la despedida de la entrevistada.

ANEXO 3.

GUIÓN ENTREVISTA INFORMANTES CLAVES

EDAD	
FECHA	
LUGAR	
HORARIO	

Saludo

Buenas tardes mi nombre es, en el contexto de la investigación a realizar sobre mujeres mastectomizadas controladas en la unidad Patología Mamaria del Hospital de Quillota, en relación a temas de imagen corporal, sexualidad, afectividad y autoestima, le proponemos abordar una conversación basada en sus experiencias en la atención clínica directa con estas pacientes en las distintas etapas de su proceso de enfermedad. La presente entrevista tendrá una duración aproximada de 20 a 30 minutos, la cual será utilizada como fuente de información para nuestra investigación. La entrevista se registrara mediante una grabadora.

Guión de Entrevista	
Considerando su experiencia en el tema a abordar en esta investigación:	
1	Cómo cree que afecta la mastectomía en el ámbito de la corporalidad?
2	Cómo cree que influye la mastectomía en el ámbito de la sexualidad y afectividad?
3	Cómo cree que afecta la mastectomía en el ámbito de la autoestima?
4	Cómo crees que influye el hecho de que sea una mastectomía parcial o radical, en los distintos ámbitos mencionados?
5	Cómo ha influido en las mujeres el hecho de que hace algún tiempo se ha incluido el acceso de la prótesis o reconstrucción mamaria, en algunos casos. Según tu experiencia es significativo para ellas?
6	Cuál es la opinión que te merece el apoyo psicológico que otorga el GES en estos casos?

Cierre: Con esto la entrevista se da por finalizada, se agradece la información brindada, la cuál será de gran utilidad para nuestra investigación. Se procede a la despedida de la entrevistada/o.

ANEXO 4.

**CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES
ENTREVISTADAS**

Nº Entrevista	Edad	Tipo de Mastectomía	Perfil
1	57	Parcial	3
2	68	Parcial	3
3	59	Parcial	3
4	56	Parcial	3
5	49	Total	2
6	62	Total	4
7	43	Total	2
8	49	Parcial	1
9	48	Parcial	1
10	50	Parcial	1
11	60	Total	4